

# Complicaciones de la úlcera gastroduodenal. Asociación de perforación y hemorragia

Dres. Federico Latourrette \* y Héctor E. Geninazzi \*\*

Los autores presentan 15 casos de asociación de perforación y hemorragia gastroduodenal, simultánea o sucesiva.

La frecuencia de esta asociación lesional oscila entre un 3 y un 5 %, aunque existen cifras mayores en la literatura internacional.

Analizan la dificultad diagnóstica, que es real, aunque interviene en el retardo diagnóstico, la falta de costumbre de pensar y buscar dicha asociación lesional en todo enfermo que no evolucione como habitualmente. Se demuestra que el retardo diagnóstico genera una elevada mortalidad, de la grave complicación.

Analizan las formas en que se presentan, simultánea o sucesiva; así como las variedades anatómicas de las úlceras únicas, dobles, o extensas que le dan origen.

Estudian las dificultades diagnósticas creadas por las distintas formas.

Proponen una conducta más radical de entrada, para el tratamiento de las complicaciones por separado, como profilaxis de las complicaciones sucesivas.

Consideran que el tratamiento lógico, para la asociación lesional establecida, es el tratamiento radical de la enfermedad ulcerosa: gastrectomía; vaguectomía y piloroplastia, o sus combinaciones.

Plantean la revisión de los métodos conservadores, ante el elevado número de reintervenciones que requieren los enfermos tratados con el método del cierre simple de la perforación ulcerosa.

*Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Duodenal Ulcer / Complications. Stomach Ulcer / Complications.*

## INTRODUCCION

La asociación entre estas dos complicaciones agudas de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal es poco frecuente. Pero cuando ambas coexisten en un mismo enfermo, el pronóstico, por las dificultades del diagnóstico y del tratamiento.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 9 de noviembre de 1977.

\* Prof. Adjunto del Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas). \*\* Asistente de Clínica Quirúrgica.

Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Rambla T. Berreta 6765, Montevideo Dr. Latourrette).

*Trabajo del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas, Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno.*

En nuestro medio, en el año 1934, el Prof. J. C. del Campo, comunica a la Sociedad de Cirugía (9), tres casos que reúne en su práctica, a propósito de una comunicación del Dr. G. Caprio (3) a la misma Sociedad y sobre el mismo tema.

Desde entonces no se publican nuevos trabajos referidos específicamente al tema. Existen varias publicaciones sobre úlceras perforadas, que citan esta asociación lesional en la casuística. Piquinela, en 1937 (16), sobre 27 casos menciona que uno de los fallecidos fue por hemorragia digestiva en el postoperatorio de una úlcera perforada de la pequeña curva. Del Campo, en 1939 (8), analiza 61 casos personales y entre los fallecidos tratados por sutura simple, encuentra tres casos en que la perforación fue seguida de severas hemorragias como causa determinante de las muertes. En 1947, Larghero (13) en una revisión de 95 casos, encuentra 4 complicados con hemorragia, una de ellas en que la hemorragia precedió a la perforación. Cendán en 1955 (5), analiza los distintos métodos de tratamiento de las úlceras perforadas gastroduodenales, a propósito de 197 casos del Hospital Maciel, en el lapso de cinco años, citando 11 casos de perforación y hemorragia.

En la literatura internacional consultada—que también es escasa—debido a que no hay trabajos indizados con esta asociación lesional—destacamos a Kyrilowycs (12) que publica en Polonia 3 casos en 1974. Y fundamentalmente el excelente trabajo de Anshin en Rusia (1), que publica una casuística importante recogida de los hospitales de la región de Donesk, donde reúne en un solo año, 1.600 perforaciones, 717 hemorragias y 42 casos de asociación lesional.

La jerarquía de esta asociación lesional está dada por el diagnóstico difícil y la elevada letalidad.

Las dificultades diagnósticas están dadas porque, los cirujanos no están habituados a pensar en ella. Esto se traduce en una incompleta valoración pre e intraoperatoria, que a su vez genera un tratamiento insuficiente responsable de la elevada mortalidad (1).

Una clara evidencia de la poca atención al tema, es la escasa bibliografía nacional y ex-

manera, donde esta asociación lesional es referida como hallazgos estadísticos secundarios.

La baja frecuencia en nuestro medio, del 3 al 5.5 %, probablemente se modificaría, si contáramos con autopsias sistemáticas. Porque muchos fallecidos en el rubro de una de las complicaciones aisladas, pueden haber presentado la otra complicación, que queda ignorada. Muchos de los casos de Anishin fueron hallazgos de autopsia en fallecidos por hemorragia o perforación.

Es nuestra intención hacer énfasis en esta entidad real y no tan infrecuente, crear conciencia de su existencia para pensar en ella, y tenerla en cuenta en todo caso de úlcera perforada o de hemorragia en tratamiento; única manera de hacer el diagnóstico precozmente.

El otro punto en el que queremos insistir, es la necesidad de ser más radicales en el tratamiento de las U.G.D. complicadas, como propugnan ya, numerosísimos autores de gran jerarquía y las estadísticas importantes que citaremos (6).

### FORMAS ANATOMOCLINICAS DE PRESENTACION

Antes de entrar en el análisis de la casuística, es necesario tener en cuenta las formas de presentación y las variedades anatómo-patológicas, que pueden dar origen a esta doble complicación.

—*Simultánea*.— Es decir, ambas complicaciones acaeciando en el mismo momento. Cuando la perforación y la hemorragia coinciden, el cirujano está advertido para la búsqueda de dos lesiones diferentes, la que sangra y la que se perfora.

—*Sucesiva*.— Separadas entre sí por un lapso variable, entre dos y dieciocho días, pero siempre dentro del mismo período de internación, que puede ser incluso del postoperatorio de la primera complicación. Esta variedad tiene dos alternativas:

—*la primera*: en que la perforación abre el cuadro y es seguida luego por la hemorragia. Constituye la variedad más frecuente.

—*la segunda*: la hemorragia abre la escena y es seguida por la perforación. Esto sucede cuando la hemorragia fue tratada médicamente, o cuando quirúrgicamente pero sin resección de la lesión ulcerada (procedimientos de hemostasis simple).

La variedad sucesiva, siendo la más frecuente, es a la vez la más grave; porque exige reintervenciones en un terreno desmejorado, con defensas disminuidas y con las modificaciones abdominales secundarias al acto operatorio anterior.

### CONSIDERACIONES ANATOMOPATOLOGICAS

Esta doble complicación, simultánea o sucesiva, se hace posible en las siguientes situaciones anatómicas:

A) *Con lesión ulcerada única*.— Gástrica o duodenal.

A-1. Hemorragia y perforación simultánea. Situación excepcional en las lesiones únicas.

A-2. Úlcera perforada tratada por cierre simple y que sangra en el postoperatorio. Variedad poco frecuente para las lesiones únicas. Sangra la misma lesión ulcerada que fuera suturada cuando la perforación, sobre los granulomas de la sutura, o por extensión de la lesión que siguió una evolución progresiva.

A-3. Úlcera sangrante tratada por procedimientos médicos, o quirúrgicamente, pero sólo con hemostasis simple del lecho; que se perfora en los días siguientes o en el postoperatorio, al seguir una evolución progresiva, terebrante, como uno de los casos relatados por el Prof. Larghero (13). En esta variedad, el cuadro doloroso agudo, de tipo perforativo facilita el diagnóstico y el tratamiento precoz.

B) *Con lesión ulcerada doble, múltiple o asociada*.

B-1. Úlcera gástrica y duodenal. En esta situación de doble lesión ulcerosa, la perforación se produce en una de las úlceras, que se trata en la urgencia con la sutura simple, quedando la otra ignorada y que sangra en el postoperatorio.

B-2. Doble úlcera en la misma viscera. "Úlceras en beso", se perfora la de la cara anterior, que se sutura en la urgencia. Quedando la de la cara posterior ignorada, que si sigue su evolución terebrante, sangra en los días siguientes.

B-3. Ulceraciones extensas, tomando las dos caras. "Úlceras en ala de mariposa o en silla de montar". Estas úlceras extensas, terebrantes, se comportan como úlceras dobles; la perforación se hace en la cara anterior, y sangra luego la otra superficie de la cara posterior.

Resulta oportuno destacar la frecuencia que señala Fenger y col. (10) en un trabajo sobre 700 casos de úlceras gastroduodenales en que el porcentaje de lesiones dobles alcanza a un 28 %.

### DIAGNOSTICO

Coincidimos con Anishin (1) en que de esta asociación, una de las complicaciones pasa generalmente desapercibida, sea porque es de difícil diagnóstico o porque el cirujano no tiene en cuenta la posibilidad de su aparición. En general los síntomas de una de las complicaciones aparecen enmascarados, ya sea por falta de reactividad del paciente no se perciba una peritonitis, o que la hemorragia se oculta luego de la operación; o bien por falta de un buen interrogatorio y examen físico del paciente (1).

Cuando ambas complicaciones se presentan en forma *simultánea*, el diagnóstico está en general facilitado por la evidencia de la hemorragia digestiva y de la peritonitis. El cirujano está advertido para la búsqueda de la doble lesión, la que sangra y la que se perfora; y en general predominan los síntomas de perforación.

Cuando *la hemorragia precede a la perforación*, situación menos frecuente, en general el diagnóstico se ve facilitado por lo dramático del síndrome perforativo, acaeciéndose en la evolución de una hemorragia digestiva. Sin embargo, no siempre la perforación se traduce ruidosamente, ya que la misma acontece en enfermos desmejorados, shockados, anémicos, con poca reactividad. Además el contenido del estómago es sangre que no determina gran reacción peritoneal. (Bratus — citado por Anishin) (1). Así, por ejemplo, 9 de los 13 casos de Anishin que sangraron primero, no tuvieron dolor perforativo ni contractura; sólo dos tuvieron dolor, y otros dos contractura. En los 13, luego de la perforación, empeoró el estado general, aumentó la frecuencia cardíaca, cayó la presión arterial, aparecieron náuseas, sudores fríos, etc. En general la gravedad de la hemorragia distrae al clínico de la posible aparición de una segunda complicación. Hay que sospecharla siempre que una hemorragia digestiva tenga dolor abdominal, y aún cuando no haya defensa, pedir RX de abdomen, buscando el neumoperitoneo. Otras veces el cirujano se dispone a operar una hemorragia digestiva que se agrava, y se encuentra en el acto operatorio con una peritonitis hemática, que no es más que una coexistencia de una perforación a bajo ruido con la hemorragia. En este caso el diagnóstico se hace en forma simultánea, aunque la secuencia patológica no haya sido.

El diagnóstico es todavía más difícil cuando *la hemorragia sucede a la perforación*, siendo a la vez esta secuencia la más habitual de esta doble complicación. La hemorragia acontece en el post-operatorio de una peritonitis por úlcus perforado, tratado por cierre simple. Si ésta no se manifiesta por una hematemesi franca, la hemorragia pasa desapercibida durante horas o días, hasta que aparece la melena; atribuyéndose la taquicardia, la hipotensión, el desmejoramiento del estado general, a la evolución de la peritonitis generada por la perforación. Recordar que estos enfermos están además con el íleo post-operatorio de la peritonitis, que enlentece el tránsito y la distensión abdominal, por tanto, no llama la atención. Es decir que el diagnóstico de la hemorragia aparecida en el post-operatorio de una úlcera perforada, puede ser tardío; lo que hace irrecuperable a muchos de estos pacientes, que incluso mueren antes de ser reintervenidos. Pacientes frecuentemente disminuidos en sus resistencias con importante patología asociada, respiratoria, cardiovascular, renal, hepática, etc.

## ANALISIS DE LA CASUISTICA

### CUADRO Nº 1

#### CASUISTICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS

Nº total de úlcus gastroduodenales .....	3.944
Nº de U.G.D. con hemorragia	688 (17.5 %)
Nº de U.G.D. con perforación	486 (12.3 %)
Nº de U.G.D. con Sme. pilórico ....	32 (0.8 %)
Nº de U.G.D. con asociación de perforación y hemorragia .....	15 0.4 %)

2.2 % de las Hemorragias, 3 % de las perforadas

Del análisis de la casuística del Hospital de Clínicas (Cuadro Nº 1) se desprende que del total de U.G.D. tratados solamente 15 (0.4 %) presentaron la doble complicación. Sería una baja incidencia. Sin embargo, pensamos que la misma, es relativa y no refleja fielmente la realidad. En primer lugar, porque muchas de estas complicaciones determinan la muerte, que al no contarse con autopsia sistemática, quedan sin diagnosticar. En segundo lugar, debido a los efectos en el cierre de las historias, que impiden contar con datos estadísticos veraces. Hemos comprobado que varias historias tienen un diagnóstico de archivo que no traduce el contenido de la misma.

*Edad:* de 28 a 84 años, 11 de los 15 analizados (73 %) en la sexta década.

*Sexo:* predominio de hombres, 13 sobre 2 de mujeres.

*Morbilidad:* seis de los quince pacientes (40 %) con esta doble complicación, requirieron re-intervenciones.

*Mortalidad:* un tercio de los pacientes fallecieron (5 en 15).

### CUADRO Nº 2

#### TOPOGRAFIA Y MODALIDAD ANATOMICA

(9) Duodenales:	
(3) úlceras simples,	
(2) únicas extensas,	
(4) dobles.	
(1) Gástrica y duodenal (doble).	
(5) Gástricas:	
(3) únicas extensas,	
(2) dobles.	
3/15 simples ( <i>duodenales</i> ) (20 %)	
12/15 dobles o extensas (80 %)	

Como se aprecia en el Cuadro Nº 2, hay un neto predominio de úlceras duodenales sobre las gástricas. El 80 % de las úlceras eran lesiones dobles o únicas extensas, sobre todo las gástricas. Solamente 3 del total, eran lesiones simples, todas duodenales.

## CASOS CLINICOS

Se analizaron todas las historias del Hospital de Clínicas indicadas con diagnóstico de doble

complicación. Pero debimos descartar la mayoría, porque en el rubro de perforación figuraban las penetradas, en órganos vecinos, hígado, páncreas, etc.

Seleccionamos finalmente 15 casos que presentaron realmente la doble complicación, perforación y hemorragia, de las cuales presentamos algunas, como ilustración de las formas de presentación, secuencia y evolución.

### Como ejemplo de presentación simultánea

Caso 14.—G.M.C. Hombre, 67 años, N° R. 410.280.

A.P.—E.P.O.C. y ulcus gástrico tratado, de diez años de evolución. Consultó por cuadro agudo de abdomen caracterizado por dolor perforativo epigástrico y vientre en tabla. Se intervino de urgencia con diagnóstico de peritonitis por úlcera perforada, desconociéndose en ese momento que había presentado melenas horas antes.

*Operación.*—Perforación de antro. Cierre simple con epiploplastia, lavado peritoneal y drenajes.

*Evolución.*—Buena hasta el sexto día en que presenta hemorragia digestiva gravísima. Reintervención al día siguiente, debiéndose realizar una gastrectomía, en paciente muy grave, que fallece al cuarto día por insuficiencia respiratoria. La pieza mostró una extensa úlcera antral, con grueso vaso oradado en la cara posterior.

### Comentario

1º) Se desconoció la simultaneidad de la hemorragia por anamnesis insuficiente.

2º) La exploración incompleta, ignoró la lesión sangrante de cara posterior.

3º) El tratamiento primario incorrecto posibilitó una recidiva hemorrágica gravísima.

Caso 4.—L.A.T.N. 51 a. Masculino. N° R. 379.225. Ingresa con peritonitis por perforación. Operación de urgencia: la exploración muestra un doble ulcus duodenal, perforado en cara anterior y sangrando en cara posterior.

*Procedimiento:* Gastroduodenostomía, hemostasis del lecho posterior, piloroplastia y vaguectomía troncular.

*Evolución.*—Buena. Alta 30 días.

### Comentario

La exploración correcta permitió el diagnóstico de doble complicación simultánea, posibilitando un tratamiento adecuado.

Caso 3.—A.F. 59 a. Masculino. N° R. 353.377. Consultó por dolor abdominal, fiebre e ictericia. Se internó con diagnóstico de síndrome coledociano, presentando al tercer día una hemorragia digestiva masiva, por la que se opera de urgencia. Diagnóstico operatorio: Doble ulcus duodenal perforado el anterior, sangrante el posterior. Englobando el pedículo hepático el proceso inflamatorio.

*Procedimiento:* Gastroduodenostomía, hemostasis posterior. Piloroplastia y vaguectomía troncular.

*Evolución.*—Alta a los 20 días.

### Comentario

Nuevamente una exploración correcta permitió diagnóstico y tratamiento adecuado, con buena evolución.

### Como ejemplo de presentación sucesiva. Hemorragia-perforación

Caso 11.—A.M. 56 a. Masculino. N° R. 103.580.

A.P.—Ulcus gástrico hace 6 años. En los 4 días anteriores al ingreso, melenas en pleno empuje ulcerooso. Al ingreso: peritonitis por perforación. Primera operación: ulcus gástrico perforado: cierre simple y epiploplastia. Al 9º día hemorragia digestiva grave. Segunda operación: ulcus extenso del sinus angularis, gastrectomía subtotal. *Post-operatorio:* Bronconeumonía. Al 18º día peritonitis biliar. Tercera operación: falla muñón duodenal, drenaje. Fallece el mismo día en shock, sepsis.

### Comentario

Falló la exploración que permitiera comprobar la extensión lesional responsable de la doble complicación presente. El tratamiento fue incompleto y trajo la persistencia de la hemorragia, que requirió intervenciones interactivas responsables de su muerte.

### Como ejemplo de presentación sucesiva. Perforación-hemorragia.

Caso 1.—M.G. 64 a. Masculino. N° R. 398.435.

Dolor perforativo y vientre en tabla. Con diagnóstico de peritonitis difusa aguda se opera de urgencia: ulcus perforado cara anterior de duodeno.

*Procedimiento.*—Cierre simple y epiploplastia.

*Evolución.*—Al 11º día hemorragia digestiva grave. Reintervención: Gastrotomía que localiza ulcus duodenal de cara posterior sangrando. Procedimiento: Gastrectomía intrahemorrágica. Buena evolución.

### Comentario

Se aplica el tratamiento clásico sin una adecuada exploración, queda ignorado el ulcus posterior que sangra y obliga a reintervención. Evoluciona bien, porque la hemorragia aunque severa, permitió la reintervención.

Caso 15.—A.P. 50 a. Masculino. N° R. 411.297.

Consulta: Cuadro agudo de abdomen de cuatro días de evolución, caracterizado por rectorragia, dolor abdominal y reacción peritoneal. Con diagnóstico de infarto intestinomesentérico se opera de urgencia: peritonitis por ulcus duodenal perforado de cara anterior.

*Procedimiento.*—Cierre simple y epiploplastia.

*Evolución.*—Muerte al tercer día por hemorragia digestiva copiosa.

### Comentario

Aunque sin necropsia, es a suponer que la hemorragia cataclísmica es por otro ulcus ignorado por falta de exploración. Esta no dio tiempo a reintervención.

### CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

Todos los cirujanos están de acuerdo en que al enfrentarse a una complicación, lo mejor

es el tratamiento de la enfermedad global. Pero a veces sólo es posible tratar la complicación. Criterio válido también para colestitis, oclusiones, etc.

CUADRO Nº 3

ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRODUODENAL (U. G. D.)

U. G. D. no complicada:

- Trat. médico.
- Trat. Quir.
  - Gastrectomía subtotal.
  - Vaguetomía (Troncular, selectiva, ultraselectiva).
  - Vaguetomía + antrectomía.

U. G. D. con hemorragia:

- Trat. médico.
- Trat. Quir.
  - de la complicación.
    - Hemostasis del lecho.
    - Ligadura vasc.
  - de la enfermedad:
    - gastrectomía subtotal.
    - vaguetomía + píloroplastia.
    - vaguetomía + antrectomía.

U. G. D. con perforación:

- Trat. médico.
- Procedimiento de Taylor.
- Trat. Quir.
  - de la complicación:

- Cierre simple con o sin ulcerectomía.
- Cierre + gastroenterostomía.
- de la enfermedad:
  - Cierre con o sin ulcerectomía y vaguetomía + píloroplastia.
  - Gastrectomía parcial.
  - Vaguetomía + hemigastrectomía.

Las corrientes de tratamiento de la enfermedad ulcerosa G-D, están divididas entre el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico. Pero cuando se presenta la complicación obstructiva, perforativa o hemorrágica irreversible, sólo está indicado el tratamiento quirúrgico. Gastrectomía, vaguetomía y píloroplastia o la combinación de vaguetomía y antrectomía.

En la emergencia hay dos posibilidades: tratar sólo la complicación, que deja a la enfermedad librada a su propia evolución, o tratar de entrada la enfermedad de fondo para lograr la curación definitiva.

Cuando la complicación a tratar es la hemorragia, la profilaxis de una perforación sucesiva se obtiene con el tratamiento quirúrgico radical de la enfermedad, porque la hemostasis simple o el tratamiento médico no previene la perforación.

Cuando la complicación a tratar es la perforación ulcerosa, las posibilidades de aparición de una hemorragia sucesiva están latentes, toda vez que se efectúe el tratamiento médico (Taylor) (18), o el cierre simple, procedimiento más comúnmente efectuado.

CUADRO Nº 4

MORTALIDAD DE LOS CIERRES SIMPLES

A ñ o	A u t o r e s	N ú m e r o d e c a s o s	M u e r t e s
1940	De Bakey	5.589	1.450 (26 %)
1951	Turner	224	25 (11 %)
1957	Hoyer	1.364	137 (10 %)
1961	Maynard	43	10 (23 %)
1964	Kao	67	18 (27 %)
1964	Ribet	68	10 (15 %)
1967	Hamilton	44	4 (9 %)
1968	Natale	34	1 (3 %)
1969	Mark	52	7 (13 %)
1972	Abate	411	17 (4 %)
1972	Adloff	222	14 (6 %)
1972	Bonomo	209	21 (10 %)
1972	Carabalona	68	28 (41 %)
1972	Mac Donough	187	19 (10 %)
1972	Jarret	300	27 (9 %)
1972	Kurzweg	21	1 (5 %)
1972	Wangenstein	89	2 (2 %)
1973	Debesse	67	5 (7 %)
1973	Neitcheff	162	15 (9 %)
1974	Greco	143	8 (5.5 %)
1974	Jordan	306	32 (10 %)
1974	Prandi	158	11 (6 %)
1975	Leger	230	33 (14 %)
Totales sin De Bakey:		4.468	445 (9.9 %)

No caben dudas de que la mejor profilaxis de la hemorragia sucesiva es el tratamiento radical de la enfermedad. Sin embargo, esto suena aún hoy día como disparatado para muchos cirujanos.

Llama la atención, que a la hora de los progresos de la técnica, de la anestesia y de los centros de reanimación, que facultan intervenciones radicales en la urgencia, todavía los métodos conservadores, que tratan sólo la complicación, siguen siendo adoptados por numerosos cirujanos. Los buenos resultados aparentes del cierre simple, la rapidez y la sencillez de su ejecución abonan en su favor. Pero la mediocridad de los resultados funcionales, y la frecuencia de las reintervenciones secundarias, no permiten verlo como el tratamiento de elección (6).

Dos argumentos frecuentemente usados en su defensa se derrumban a la luz de estadísticas internacionales (que se analizan en los Cuadros 4, 5 y 6).

—La supuesta mayor morbimortalidad de las intervenciones radicales;

—La posibilidad de curación definitiva luego del cierre simple.

CUADROS DE MORTALIDAD DE (*J. de Chir.*). — Tomado de Chiche, B. y col. (6):

- Sutura simple N° 4.
- Vagotomía N° 5.
- Gastrectomía N° 6.

Comparando la *mortalidad* promedio de todas las estadísticas, tenemos un 10 % para la sutura simple, un 1.7 % para las vagotomías, y un 4.2 % para la gastrectomía.

Por supuesto que los procedimientos radicales se aplican para casos seleccionados. Pero las cifras son muy significativas. En las estadísticas nacionales la mortalidad por cierre simple oscila entre un 6 % (Leoni y col.) (14) y un 17 % (Camaño y col.) (2). No hay gran-

CUADRO N° 5  
MORTALIDAD DE LAS VAGOTOMIAS

A ñ o	A u t o r e s	V a g o t o m í a s	M u e r t e s
1967	Hamilton	36	0
1968	Hinshaw	180	2 ( 1 %)
1968	Natale	24	0
1969	Mark	15	0
1971	Carles	17	2 (12 %)
1972	Bonomo	60	0
1972	Carabalona	19	( 5 %)
1972	Mac Donough	17	0
1974	Jordan	202	5 ( 2.5 %)
1974	Leger	9	0
Totales:		585	10 ( 1.7 %)

Tomado de Chiche y col. (6)

CUADRO N° 6  
MORTALIDAD DE LAS GASTRECTOMIAS

Années	A u t e u r s	G a s t r e c t o m í e s	D é c e s
1940	De Bakey	2.392	321 (13 %)
1957	Hoyer	763	43 ( 6 %)
1961	Maynard	64	2 ( 3 %)
1964	Kao	607	11 ( 1.8 %)
1968	Natale	46	2 ( 4 %)
1969	Mark	4	0
1972	Abate	59	0
1972	Bonomo	306	12 ( 4 %)
1972	Carabalona	33	2 ( 6 %)
1972	Mac Donough	6	2
1972	Favi	260	19 ( 7 %)
1974	Jordan	327	7 ( 2 %)
1974	Leger	11	4
Totales sin De Bakey:		2.486	104 ( 4.2 %)

Tomado de Chiche y col. (6)

CUADRO N° 7

## EVOLUCION A DISTANCIA DE LOS CIERRES SIMPLES

Années	Auteurs	Recul	Nombre de sutures	Guérisons	Moyen	Reintervention
1951	Turner	1-20 ans	143	21 (15 %)	67 (47 %)	55 (38 %)
1957	Hoyer	3 ans	430	120 (28 %)	120 (28 %)	190 (44 %)
1964	Levrat	8-19 ans	83	40 (48 %)	43 (52 %)	
1964	Ribet	1- 6 ans	58	32 (57 %)	16 (27 %)	8 (13 %)
1967	Hamilton	1- 9 ans	40	9 (23 %)	6 (15 %)	25 (63 %)
1969	Cassel	10-20 ans	224			81 (36 %)
1969	Mark	1- 8 ans	45			22 (49 %)
1971	Bousquet	3 mois-10 ans	69	48 (70 %)		
1972	Adloff	1,5-15 ans	162	48 (30 %)	34 (21 %)	80 (49 %)
1972	Bonomo		79	32 (40 %)	0	47 (60 %)
1972	Jarrett	1-25 ans	252	66 (26 %)	53 (21 %)	99 (40 %)
1972	Mac Donough	1-10 ans	139	84 (61 %)	11 ( 8 %)	44 (31 %)
1972	Wangensteen		84	9 (10 %)	17 (52 %)	58 (70 %)
1973	Debese	1-10 ans	38	9 (24 %)	24 (63 %)	5 (13 %)
1973	Neitcheif		147			7 ( 5 %)
1974	Gréco	5 ans	234	75 (32 %)	88 (38 %)	70 (30 %)
1974	Jordan	3 mois-22 ans	63	17 (27 %)	24 (30 %)	22 (35 %)
1974	Prandi	1-14 ans	55	28 (50 %)	10 (18 %)	16 (30 %)
1975	Leger	2-13 ans	124	44 (35 %)	37 (30 %)	43 (35 %)

Tomado de Chiche y col. (6)

des series nacionales con tratamiento radical, solamente la de Castiglioni y col. (4) de 7 casos seleccionados tratados con vaguectomía y pilcroplastia con mortalidad nula.

En cuanto a la *morbilidad* para el cierre simple, las estadísticas oscilan entre 1/3 de resultados mediocres y 1/3 de reintervenciones; correspondiendo el tercio restante a las curaciones. En nuestro medio es difícil tabular los resultados alejados, pero Leoni y col. dan un 23 % de complicaciones postoperatorias (14).

Se desprende del análisis precedente, la necesidad de aplicar con mayor frecuencia los procedimientos radicales en la urgencia, como forma de prevenir nuevas complicaciones inmediatas y alejadas.

¿En qué condiciones no se propone el tratamiento radical?

- En los perforados con historia breve de sufrimiento ulceroso, o bien que debutan con la perforación, porque son los de mayor porcentaje de curación definitiva con el cierre simple.
- En los añosos con muchas taras asociadas.
- En la mujer.
- En las peritonitis muy evolucionadas.
- Cuando no se puede integrar un equipo capacitado.

Quedan entonces como *condiciones favorables para el tratamiento radical*:

- Menores de 50 años.
- Ulcerosos de larga data.
- Peritonitis de corta evolución (12 horas).
- En malas condiciones locales que hacen riesgoso la sutura simple.
- Equipo capacitado.

Si analizamos la última estadística presentada en esta misma Sociedad (Leoni y col., mayo 1975) (14), vemos que se han dado las condiciones favorables para el tratamiento radical. a saber:

- Hospital Universitario, con cirujanos capacitados, anestesistas competentes, buen personal de enfermería, centro de reanimación.
- Hospitalizaciones todas dentro de las 24 horas (87 % antes de las 12 horas, y 72 % antes de las 6 horas).
- Intervenciones efectuadas en 94 % antes de las 12 horas, y el 80 % antes de las 6 horas.

Sin embargo, el tratamiento ha sido casi exclusivamente, el cierre simple (96 %).

Si las consideraciones precedentes son válidas para el tratamiento de una complicación y profilaxis de la sucesiva, el tratamiento lógico de la doble complicación simultánea, es también y con mayor razón, el tratamiento radical de la enfermedad ulcerosa, y en tal sentido están de acuerdo la mayoría de los autores (1, 2, 4, 6, 11).

## CONDUCTA

Del análisis de las formas de presentación posible de la doble complicación, y de las posibilidades terapéuticas, se desprende la conducta a seguir frente al caso de una úlcera G-D perforada y/o sangrante.

En *primer lugar*, extraer el máximo de datos posibles en la anamnesis y el examen clínico, para despistar la otra complicación pre-

cedente<sup>7</sup> o simultánea y conocer el genio evolutivo de su enfermedad ulcerosa y el terreno.

En *segundo lugar*, tratándose de una perforación, no minimizar el acto quirúrgico, yendo a la operación sólo con el criterio de búsqueda de la perforación, cierre de la misma y fin de la intervención. Ni siquiera con el argumento de que la gravedad del paciente no permite una prolongación del acto quirúrgico.

En *tercer lugar*, consideramos imprescindible una correcta exploración y balance lesional, incluyendo la apertura de la retrocavidad para palpar toda la cara posterior del estómago, desde el antro hasta la cúpula.

Cuando la exploración demuestre una *doble lesión* o una *lesión extensa* el cirujano actuante deberá extremar la indicación de un procedimiento radical, como única forma de prevenir una nueva complicación.

Esta conducta se adecuará a la topografía lesional y a las preferencias de cada cirujano. Pudiendo optarse por la gastrectomía (5, 7), la vaguectomía y piloroplastia, o procedimientos combinados (17). Cuando la táctica es la vaguectomía, puede efectuarse la ulcerectomía romboidal como la proponen Castiglioni y col. (4, 15), que permite.

—La exéresis lesional impidiendo su progresión en el postoperatorio,

—No grava el procedimiento quirúrgico, pues es como un cierre simple de un orificio mayor, pudiéndose terminar como una piloroplastia cuando es yuxtapilórica.

—Cohibe la hemorragia si es simultánea.

—Recoge material para examen histopatológico.

—Y fundamentalmente posibilita la exploración endoluminal visual y táctil, que es más completa que la palpación exterior.

Es comprensible que la cirugía radical no es un acto quirúrgico menor, de ahí la necesidad de integrar correctamente el equipo actuante como para poder realizar una exploración adecuada y la cirugía completa, toda vez que esté indicada.

Cuando el tratamiento radical no sea posible, y sólo se trate la complicación, se deberá complementar el procedimiento quirúrgico, con el tratamiento médico adecuado de la enfermedad ulcerosa en el postoperatorio inmediato; y así evitar la progresión de la úlcera, y la complicación sucesiva. Para ello, es importante la antibioterapia, así como el tratamiento local con antiácidos y protectores de la mucosa gástrica, los sedantes de acción central, y no olvidar el uso de una buena sonda nasogástrica para una correcta aspiración periódica.

## CONSIDERACIONES FINALES

El único tratamiento lógico y unánimemente aceptado como curativo de la doble complicación simultánea, es el tratamiento radical.

Cuando se opera una úlcera sangrante, la cirugía radical no tiene el handicap en contra de la peritonitis; y es profiláctica de una segunda complicación.

Cuando la exploración peroperatoria de una perforación evidencie una lesión doble o extensa —aunque no sangre en el momento— aplicar cirugía radical sería la forma lógica de prevenir la hemorragia sucesiva.

Sin embargo, tradicional, atávica y conservadoramente, se sigue aferrado en nuestro medio, al argumento del peligro de las fallas de suturas realizadas en el curso de la peritonitis por perforación GD.

Tal vez sea el momento de reflexionar sobre la veracidad de ese concepto. Tal vez sea el momento de preguntarnos si no seguimos manteniendo un mito. Durante años, las colecistitis agudas se perjudicaron del "tabú" de no actuar sobre las vesículas en agudo.

Es necesario reflexionar sobre los siguientes hechos:

—Durante muchos años se trató a las perforaciones GD, con sutura de la perforación y gastroenterostomía. En la época preantibiótica. Y se dejó de usar, no porque fallaran las suturas, sino porque no curaba la enfermedad ulcerosa.

—No hay demostración de que las suturas de una piloroplastia hecha por perforación, tenga mayor complicación que las de coordinación.

—La propia sutura de la perforación ulcerosa, es una sutura en agudo y sobre tejidos inflamados.

—Cuando se tratan las perforaciones con gastrectomía, si aparece una falla de sutura, es en general a nivel del muñón duodenal; más atribuible a defectos de la técnica que a la infección.

—La temida y mentada mediastinitis, como crítica a la vaguectomía en agudo, es otro mito que citan muchos pero que nadie la demuestra (7).

—Es menos discutida la gastrectomía intrahemorrágica, aunque la anemia y la disproteïnemia que crea, influyen más desfavorablemente sobre las suturas, y son de corrección más difícil y más lenta que la peritonitis bien tratada.

—La peritonitis por ulcus perforado es indiscutiblemente menos séptica que las perforaciones intestinales bajas, y todos suturamos las heridas intestinales en agudo. Al punto que muchas escuelas ya ni drenan la peritonitis por perforación GD luego del lavado y secado.

Nos preguntamos entonces si no ha llegado el momento de cambiar los criterios, y empezar a ser más radicales, tratando la complicación y la enfermedad en un solo gesto quirúrgico; observando las restricciones lógicas a la radicalidad, y ajustando las indicaciones, la táctica y la técnica a cada caso en particular.

Quisiéramos desarraigar de nuestro medio, el hábito transmitido durante años, de tratar la perforación gastroduodenal con el cierre simple; sin meditar que 2/3 de esos enfermos van a requerir tratamiento prolongado y/o nuevas operaciones para curar su enfermedad. Reoperaciones gravadas también con morbilidad, que hay que sumar a la mortalidad propia de la sutura simple, para tener la mortaliadd real de la misma.

## RESUME

**Association de perforation et hémorragie gastroduodenale par ulcere**

Les auteurs présentent 15 cas d'association de perforation et d'hémorragie gastroduodenale, simultané ou successive.

La fréquence de cette association varie entre le 3 et le 5 %, mais il existent chiffres plus élevées dans la littérature internationale.

Ils analysent la difficulté diagnostique, qui est réelle; mais c'est aussi le fait de ne pas chercher cette association lésionale dans tous les malades qui n'évoluent pas comme d'habitude, qui font le diagnostique plus lent. Ils soulignent que ce retard du diagnostique détermine une mortalité très élevée de cette grave complication.

Ils analysent les formes sous lesquelles elles se présentent, simultané ou successive, ainsi que les variétés anatomiques des ulcères uniques, doubles, ou grandes qui les originent.

Ils étudient les difficultés diagnostiques créées par les différentes formes. Proposent une conduite plus radicale dès le premier moment, pour le traitement des complications séparément, à façon pour éviter les complications successives.

Ils considèrent que le traitement logique, pour l'association lésionale établie, serait le traitement radical de la maladie ulcéreuse: gastrectomie, vaguectomie et pyloroplastie ou ses combinaisons.

Ils posent la nécessité d'une revision des méthodes conservatrices, en face au grand numéro de reinterventions dont les malades traités pas fermeture simple de la perforation ulcéreuse.

## SUMMARY

**Complicated Gastroduodenal Ulcer-Association of Hemorrhage and Perforation**

The Authors present 15 cases of simultaneous or consecutive gastroduodenal hemorrhage and perforation.

The frequency with which these associated forms occurs vary from 3 to 5 %, though the international literature states a higher number of cases.

Difficulties in diagnosis are analyzed because the delayed diagnosis is due to not considering the associated forms, and therefore not looking for it in every patient who does not evolve in the usual way.

It is also demonstrated that delay in diagnosis produces high mortality for serious complications.

They consider the incidence, whether simultaneously or consecutively, as well as the anatomic varieties of the single, double or extensive ulcers which provoke them.

A more radical initial approach is proposed by treating each of these complications separately as a way of preventing further complications.

The logical therapeutics for the stated associated complications is the radical treatment of ulcerous conditions, gastrectomy, vagotomy and pyloroplastia or combinations of these.

Conservative methods, are discussed accord to the high number of patients treated by simple closure of perforation who had to undergo further Surgery.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANISHIN NS. "Complication of gastric and duodenal ulcer by perforation and hemorrhage" (Tr. ruso). *Vestn Khir.* 107: 20, 1971.
2. CAMAÑO M, CASTIGLIONI JC y CAZABAN LA. "Perforación gastroduodenal. Tratamiento y resultados". *Cir Urug.* 40: 133, 1970.
3. CAPRIO G. "Suture simple de un ulcus gástrico perforado. Gastrorragia intensa postoperatoria. Gastrectomia secundaria". *Bol Soc Cir Urug.* 5: 227, 1934.
4. CASTIGLIONI JC, CAMAÑO M y PRADINES JC. "Vagotomía y operación de drenaje". *Rev Cir Urug.* 29: 135, 1969.
5. CENDAN JE. "Conducta en el tratamiento de las úlceras perforadas gastroduodenales". *Bol Soc Cir Urug.* 26: 315, 1955.
6. CHICHE B, MOULLE P, FELIX C, DELAITRE B. "Perforation des ulcers gastroduodenaux". *J Chir* 112: 335, 1976.
7. DE BAKEY ME y JORDAN GL (h). En: Harkins H y Nynusi LL *Surgery of Stomach and Duodenum.* 2ª ed. Boston, Little, Brown, 1969, p. 743.
8. DEL CAMPO JC. "Úlcera perforada gastroduodenal". *An Fac Med.* Montevideo, 24: 829, 1939.
9. DEL CAMPO JC. "Hemorragia gástrica y perforación". *Bol Soc Cir Urug.* 5, 1934
10. FENGER J. "Gastric ulcer. Anaysis of 701 patients". *Acta Chir Scand.* 139: 455, 1973.
11. HARKINS H y NYHUS Ll. "Surgery of the Stomach and Duodenum", 2ª Ed, Boston, Little Brown, 1969.
12. KYRILOWYCKS J. "Rare complications of bleeding gastric and duodenal ulcer with perforation". *Poi Perzegl Chir.* 46: 479, 1974.
13. LARGHERO P, BOSCH LM, MEROLA L, GIURIA F. "Úlceras gástricas y duodenales perforadas". *Bol Soc Cir Urug.* 18: 14, 1947.
14. LEONI C, DI LEONI F, PERDOMO R. "Úlcera gastroduodenal perforada. Revisión de 100 casos". *Cir Urug.* 46: 1, 1976.
15. MAÑANA JL, GUICHEFF V y POLLAK E. "La ulcercetomía en el tratamiento del ulcus gástrico, asociada o no a vagotomía y operación de drenaje". *Rev Cir Urug.* 39: 97, 1969.
16. PIQUINELA JA. "Úlceras gástricas y duodenales perforadas". *An Fac Med.* Montevideo, 22: 387, 1937.
17. STEIGER E y COOPERMAN A. "Considerations in the management of perforated peptic ulcers". *Surg Clin North Am.* 56, 1395, 1976.
18. TAYLOR H. "Perforated peptic ulcer treated without operation". *Lancet.* 2: 441, 1946.

## DISCUSION

DR. CENDÁN.—El trabajo que nos han traído los comunicantes es de una extraordinaria importancia, porque a pesar de que es una situación infrecuente, es sin embargo de una importancia enorme en su manejo porque de ello depende, en gran parte, el resultado que se obtenga. En líneas generales estamos de acuerdo con lo que los comunicantes han expresado. Puntualizamos que la cirugía radical de la úlcera perforada gastroduodenal en nuestro medio tiene ya una larga historia. Personalmente nosotros la hemos realizado de preferencia al cierre simple. Hay que tener en cuenta que hay casos en que la cirugía radical no puede ser realizada por las condiciones en que se encuentra el paciente. El criterio horario sigue teniendo vigencia en cuanto a los resultados obtenidos. La cirugía radical hecha en perforaciones antes de las 12 horas en general da excelentes resultados. Pero yo me quería referir especialmente a un aspecto que no ha sido tocado por los autores, que tiene una importancia muy grande en este sentido y es en lo que se refiere a las complicaciones de perforación y hemorragia en el postoperatorio, en los cuales la perforación es producida por una úlcera de stress, en general localizada en el duodeno.

Nosotros hemos tenido que enfrentarnos a ella en 5 oportunidades. Una en el postoperatorio de una prostatectomía, 3 en el postoperatorio de plastias de cadera y una en el postoperatorio de un by pass aórtico-coronario. De esos 5 casos, sólo logramos salvar uno. La situación se plantea en ellos de forma completamente diferente a lo que sucede en la úlcera crónica sangrante y perforada gastro-duodenal, sea gástrica o sea duodenal. En estos casos, en las úlceras perforadas en el postoperatorio se trata de úlceras de stress en las cuales la perforación no tiene las características corrientes de la úlcera crónica y donde la hemorragia puede provenir de la zona de la úlcera o puede provenir a distancia.

De modo que yo quería hacer notar simplemente la gravedad de estas situaciones. Nosotros en cinco casos solamente tuvimos oportunidad de conseguir la salvación de uno.

DR. RUBIO.—El trabajo es de gran interés, muy bien documentado y las conclusiones me parecen también de gran interés.

Nosotros también somos bastantes radicales siempre que las condiciones de los enfermos lo permitan. Pero tenemos una pequeña discrepancia, en mi experiencia muy limitada al lado de la que tiene el Doctor Cendán, y es que si el enfermo está en relativas buenas condiciones para tolerar una operación de mayor magnitud no importan las horas transcurridas. Vale decir, que no hay una gran diferencia entre los enfermos que se les practica la gastrectomía en las primeras horas o que mismo en las 24 ó 48 horas, siempre que las condiciones generales lo permitieran.

DR. TAIBO.—Nosotros lo que queremos hacer es un aporte de la cirugía pediátrica a este tema porque insólitamente no se piensa mucho en la hemorragia digestiva gástrica en el niño, pero tenemos dos casos que son muy importantes.

Uno de ellos en el cual se asoció la hemorragia y la perforación, es un niño de menos de un año en estado de shock en un CTI con una peritonitis difusa y una hemorragia digestiva baja, una mefena, y se palpaba una tumoración a nivel de epigastrio. Lo operamos en estado de gravedad pensando en la perforación de una invaginación intestinal que es lo que se ve a esa edad e insólitamente encontramos una triple perforación de la cara posterior del estómago, cerca de la región pilórica que se había bloqueado, había hecho un absceso a ese nivel que secundariamente se había perforado y el enfermo curó y evolucionó bien después de algunos incidentes con una sutura simple de las perforaciones. En ese momento no teníamos otra solución del problema.

El otro caso, que me parece también muy importante, aunque no tiene perforación y no entra mucho en esto pero que interesa mucho por lo que ha pasado es una niña de 2 años que por el uso de analgésicos comunes, hace una ulceración de duodeno. Internada en un Servicio de Medicina del Hospital Pereyra Rossell, y en una guardia de Urgencia se le hace una laparotomía, con una tremenda hemorragia digestiva y el cirujano de guardia llega al convencimiento de que es una gastritis hemorrágica después de haber hecho una gastrostomía. 24 horas después y en estado de colapso con una nueva hemorragia la reoperamos y encontramos una úlcera de duodeno sangrante. La única solución que tuvimos fue hacerle una gastrectomía. Tiene el valor que es una gastrectomía hecha a los 2 años, que debe ser una de las más precoces en el mundo y que es un niño que

lleva actualmente 5 años de evolución con buen crecimiento, sin anemia y sin trastornos digestivos. De manera que éstas son las consideraciones y el aporte que queríamos hacer a este caso.

DR. GREGORIO.—Es evidente que esta publicación puede promover a la polémica, éste es un trabajo que si hubiera sido presentado 10 años atrás hubiera merecido una drástica censura de parte de estos asambleístas. En el momento actual y a través de la experiencia vivida por los comunicantes, de los datos obtenidos por el Hospital de Clínicas y comparto el criterio de que evidentemente esta estadística está falseada en virtud de que las historias generalmente se cierran muy mal y los números estos en consecuencia tienen un valor muy relativo. Pero del trabajo realizado se deduce que esta suma de complicaciones siendo raras no son tan infrecuentes. En nuestra experiencia personal vivimos una, hace 2 años en un sanatorio privado, un enfermo mutual que desde 5 días atrás había iniciado una hemorragia digestiva y 72 horas antes del ingreso un cuadro perforativo. Tenía una perforación a nivel del tercio superior del estómago cara anterior. En la zona circundante sangraba, pero tenía una peritonitis de una tremenda gravedad con 72 horas de evolución y no nos animamos a hacer otra cosa que la ulcerectomía y el cierre simple. Esta enferma murió. Desde luego en ella creemos en este momento que hubiera sido absolutamente fatal cualquier otro intento, el practicar una gastrectomía. Por eso yo no estoy de acuerdo con lo expresado por mi amigo el Dr. Rubio de que no cuenta el factor tiempo, yo creo que cuenta mucho. Cuando la peritonitis tiene ya más de 24 horas, más de 12 horas de evolución, estos enfermos tienen una gravedad multiplicada varias veces. Creo que es un trabajo de avanzada. Si bien es cierto que la complicación simultánea o sucesiva no es frecuente, cuando ella se presente seguramente tendremos que lamentarnos reiteradamente de no haber procedido al tratamiento radical. ¿Cuándo habrá de presentarse? No es fácil predecirlo, pero cuando están dadas las condiciones que los comunicantes expresaron, en nuestro concepto, por lo menos debe plantearse la conveniencia de practicar un tratamiento radical que puede poner a cubierto al enfermo de la otra complicación que casi fatalmente lo lleva a la muerte cuando no es resuelta la situación en la primera instancia.

Por eso me parece que esta comunicación tiene esa virtud, de establecer una nueva orientación en el tratamiento de la úlcera duodenal complicada con una u otra de estas complicaciones.

DR. GENINAZZI.—En primer lugar agradecer los comentarios efectuados en general y en particular dos o tres aspectos a comentar. En cuanto a lo que señalaba el Dr. Cendán, nosotros en ninguno de los 15 casos analizados, de complicación sucesiva o simultánea o la doble complicación se dio en postoperatorios. Y las circunstancias que anotábamos de que el tiempo de evolución de la enfermedad ulcerosa cuenta en cuanto al tratamiento a efectuar a la complicación. En general cuando se trata (por la bibliografía consultada) de úlceras de stress perforadas, muchas veces son esas las que curan con el cierre simple solamente. En relación a lo que manifestaba el Dr. Rubio en cuanto a que si las condiciones generales son buenas, en general no importa mucho las horas de evolución.

Al Dr. Taibo le manifestamos que en la bibliografía que revisamos había casos que referían esa doble complicación para niños, no proponíamos tratamiento radical para niños, pero es muy interesante el caso que él expresa. Nada más.