

PERITONITIS POR PERFORACION TIFICA ()*

Dr. José P. Otero

Nombre: M. J. J., edad 17 años, oriental, soltero. Domicilio: Miguelete 2285. Ingreso: 22-IX-1946. Egreso: 28-X-1946. Diagnóstico: Peritonitis por perforación tífica. Tratamiento: operatorio.

Ingresa a la Sala San Luis del Hospital Maciel por un cuadro de peritonitis por perforación.

Muchacho de 17 años, sano hasta hace 6 días en que empieza a tener un estado "gripal" con algo de fiebre (entre 37° y 38°). En la madrugada de hoy (hace 17 horas exactamente) siente un dolor brusco y muy intenso situado en el hipogastrio o mejor, en el vientre inferior, que duró media hora más o menos y que luego se atenuó algo, pero persistiendo todavía con intensidad hasta su ingreso.

Examen: Fascies tóxico. Lengua y labios muy secos. Pulso rápido e hipotenso pero conservado. Temperatura axilar 37°9; temperatura rectal 38°2.

Vientre: Contractura generalizada, de madera. Dolor neto aunque no vivísimo en vientre inferior, sobre todo en fosa ilíaca derecha. No hay dolor en el vientre superior. Cierta grado de distensión (ileus paralítico) del vientre inferior corroborado por la succión con clapoteo al limpiar el vientre con el clamps y gasa montada cuando se fué a operar.

Zona prehepática sonora. Base del hemitórax izq. sonora; timpanismo.

Tacto rectal: Douglas sumamente doloroso y ocupado por un apelmazamiento de ansas delgadas distendidas y exudado (plastrón).

Radiografía: Neumoperitoneo muy neto bajo ambos diafragmas.

Micción: orinaba sin dificultad.

Diagnóstico clínico: Peritonitis por perforación de origen inframesocólico (vientre inferior). Probable origen apendicular dada la edad y por razones de frecuencia, y por el plastrón pelviano.

Plan quirúrgico: Incisión de Mac Burney y si no es apendicitis averiguaremos por allí cuál sea el origen de esta peritonitis que podrá ser como probabilidad menor por perforación del delgado, o de un divertículo.

Intervención: 22-IX-1946. Dr. Otero. Pte. de guardia. Anestesia general, éter. Incisión de Mac Burney. Sale gran cantidad de líquido sero purulento apenas hecho un ojal al peritoneo. Este líquido, fluido y algo

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 31 de marzo de 1948.

bilioso de aspecto, nos hace pensar en seguida en contenido del intestino delgado. No tenía olor. Ciego a la vista, muy congestivo, distendido. Apéndice retrocecal, difícil de exteriorizar, no enfermo en su parte proximal (sola visible); la parte distal se mete detrás del ciego. Introducimos el dedo para ver si se palpa "tumor". No se palpa. Exteriorizamos dos o tres ansas delgadas y la salida del líquido es aun mayor. Las ansas están recubiertas de espesas falsas membranas, extensas, "couenneuses", pegadas a las ansas. Las ansas son rojo vinosas, distendidas. A unos 50 cms. del ángulo ileo-cecal se encuentra una perforación que admitimos como tífica, en el borde libre del ansa, de tamaño de una lenteja. Se hunde con doble surget en bolsa. Se reducen las otras ansas. El ansa enferma se plastía al peritoneo parietal con dos puntos (uno superior y uno inferior) tomando peritoneo, ansa en dos puntos y peritoneo del otro lado. Un punto de cierre comisural en pequeño oblicuo-transverso. Un punto superior de ángulo del gran oblicuo. Todo lo demás abierto. Se colocó tubo supra púbico de drenaje del Douglas.

Indicaciones: Sangre. Suero fisiológico. Escatin. Sulfatiazol inyectable.

Al día siguiente (12 horas de operado) buen pulso. Despejado. Se indica suero fisiológico, escatin, agua por cucharadas, sulfatiazol, penicilina. Desde el punto de vista médico lo atiende el Dr. Aguirre y en el post-operatorio lo siguen los Dres. de Chiara y Gordon.

Se le sigue haciendo hidratación, medicación antibiótica (sulfatiazol, penicilina), transfusiones, coramina, etc.

Algunos días después de la operación hizo una pequeña fistula intestinal con salida del contenido del delgado que no repercutió seriamente sobre el estado general y que tampoco tuvo incidencia mayor sobre el estado local de la piel del vientre; fistula que cerró espontáneamente sin mayores dificultades y sin presentar en ningún momento un problema vital. A los 36 días fué dado de alta curado, en perfectas condiciones desde el punto de vista general y local.

Exámenes de Laboratorio: 24-IX-1946. — Urea 0 gramo 27; hemocultivo negativo; Wassermann negativo; Widal negativo. Hemograma: G. R. 2.930.000; G. B. 4.600; H. B. 60 %; V. G. 1.03. Presión arterial: Mx. 13; Mn. 4.

25-IX-1946: Presión art. Mx. 13 $\frac{1}{2}$, Mn. 4 $\frac{1}{2}$.

30-IX-1946: Presión art. Mx. 12 $\frac{1}{2}$, Mn. 6 $\frac{1}{2}$.

6-X-1946: Presión arterial: Mx. 11 $\frac{1}{2}$, Mn. 7 $\frac{1}{2}$.

7-X-1946: Hemograma, G. R. 4.200.000; G. B. 6.800; H. B. 84 %; V. G. 1.

7-X-1946: Orina, normal.

He decidido presentar este caso porque es clásico entre nosotros, según creo, comunicar todos los casos de perforaciones tíficas curadas, y porque es ésta una eventualidad poco fre-

cuenta ya que en el curso de 14 años de Guardias de Cirugía de Urgencia sólo he visto dos casos de curación de una peritonitis por perforación tífica. He visto operar, ayudado a operar y operado yo mismo una cantidad bastante grande de perforaciones tíficas y los cirujanos que actuaban eran todos hombres de experiencia y de indudable capacidad a pesar de lo cual el resultado era extraordinariamente malo, casi desolador. A tal punto, que sólo por imperativo moral y con un gran escepticismo nos decidíamos a afrontar estos enfermos cuyo resultado previsto era casi siempre la muerte después de un post-operatorio más o menos angustioso. Creo que aún hoy el pronóstico en estos casos es sumamente severo a pesar de los adelantos en el post-operatorio (transfusiones, mantenimiento de la nutrición, hidratación correcta, etc.) y probablemente seguirá siendo así hasta que se descubra una droga específica del bacilus de Eberth.

Entre tanto es nuestra obligación tratar de comprender cuáles son los elementos que dentro de la terapéutica actual pueden conducirnos a un número progresivo y razonable de éxitos operatorios.

La primera cuestión que se plantea frente a este enfermo es si realmente se trata de una perforación tífica como la hemos titulado, o si podría dársele una interpretación diferente. El hemocultivo fué negativo y la reacción de Widal que le hicimos en repetidas oportunidades fué siempre negativa. En aquel momento preguntamos a los médicos si los exámenes eran suficientes para eliminar el diagnóstico de fiebre tifoidea pero nunca se nos aseguró de un modo categórico que esto fuera así, y quedamos en la idea de repetir ulteriormente la reacción de Widal que podría hacerse positiva tardíamente. Sin embargo esto no fué hecho y el enfermo no ha sido seguido en el post operatorio alejado.

Cuando operamos este enfermo tuvimos operatoriamente la certeza de que estábamos frente a una perforación tífica por las características del intestino, de la perforación y del enfermo. Por eso nos sorprendió mucho saber que las reacciones biológicas eran negativas. Sólo un dato de laboratorio está en favor del diagnóstico positivo (por el laboratorio) y es la existencia de una leucopenia neta de 4.600 glóbulas blancos, dato positivo que

tiene bastante valor ya que estamos acostumbrados a pensar que un proceso infeccioso con leucopenia es en principio una tifoidea.

¿Qué otro proceso infeccioso con localización en el intestino delgado podría darnos un cuadro de perforación intestinal semejante al que relatamos? No creemos que pueda tratarse de una perforación en una ileítis regional (enfermedad de Crohn) porque macroscópicamente los caracteres del intestino no eran los que corresponderían a dicha enfermedad: intestino espesado, edematoso, pesado, con meso infiltrado, con una zona de cierta extensión más o menos afectada en su totalidad. Ninguno de estos caracteres estaban presentes en nuestro caso y creemos tener suficiente experiencia para poder reconocer una ileítis regional.

Ahora bien: ¿existe, fuera de la tifoidea y de la ileítis regional, un proceso infeccioso a localización intestinal que pueda producir una peritonitis por perforación? Si tal proceso está descrito en la literatura no es de nuestro conocimiento, a pesar de que se nos ocurre que nada se opone a la posibilidad de su existencia y es de preguntarse si todos los casos de perforaciones tíficas descritas tienen la certificación definida y correcta por los exámenes de laboratorio pertinentes. Y si muchas de dichas perforaciones tíficas descritas en la literatura no estarán como la nuestra, basadas en una impresión clínica y de anatomía macroscópica sin el suficiente control de las pruebas de laboratorio.

La segunda cuestión que deseo señalar es que desde el punto de vista clínico la perforación tífica se presenta como un cuadro perforativo de vientre inferior, y evoluciona luego como una pelvi-peritonitis grave. Esta topografía de la peritonitis se explica perfectamente si se piensa en la situación y dirección de la última ansa ileal que es de abajo hacia arriba y de adentro hacia afuera, y que por consiguiente el ansa que se perfora es casi siempre pelviana. Esta explicación patogénica de la topografía de la peritonitis tífica está luminosamente expuesta e ilustrada en el trabajo de Larghero sobre el tema, donde muestra anatómicamente y radiológicamente cuál es la dirección y la situación profunda de esta última ansa ileal, asiento preferente de la perforación. Así se explica también entre otras cosas, la frecuencia de las repercusiones de esta peritonitis sobre el me-

canismo de la micción, provocando retenciones de orina por parálisis vesical refleja, hecho que ha sido muy bien destacado en su serie de casos por Medulio Pérez Fontana.

Ahora bien, si la perforación se produce en un tífico catalogado y en tratamiento, el problema reside en diagnosticar precozmente esta peritonitis por perforación en un sujeto más o menos intensamente obnubilado, pero no hay dificultad en la filiación etiológica.

En vez, si la perforación se produce en un sujeto con un cuadro febril reciente y poco acentuado (tifoidea más o menos ambulatoria), con un estado general no muy tocado y con psiquismo normal el problema reside en hacer el diagnóstico etiológico de esta neta pelvipertonitis por perforación.

Como nuestro caso entra en este segundo grupo, sólo nos ocuparemos de esta situación, y diremos que frente a una pelvipertonitis por perforación de origen discutible debemos siempre hacer el estudio radiológico para saber si hay o no neumoperitoneo. La comprobación de un neumoperitoneo afirma de un modo categórico el origen digestivo y si este neumoperitoneo es muy abundante como lo era en nuestro caso, debemos inclinarnos a pensar en perforación intestinal.

No nos vamos a ocupar aquí de estudiar el significado y la interpretación del neumoperitoneo en las peritonitis por perforación pero queremos señalar al pasar que la existencia de un neumoperitoneo, aún mismo abundante, no debe hacernos desecher el diagnóstico de perforación apendicular como se ha sugerido. En uno de nuestros casos la existencia de un neumoperitoneo neto en un cuadro perforativo nos llevó al diagnóstico de úlcera perforada de duodeno y a su abordaje por incisión supra-umbilical comprobándose luego que se trataba de una perforación apendicular que hubiera sido correcto y ventajoso abordar por un Mac Burney.

Hacemos estas consideraciones porque pensamos que frente a una peritonitis difusa por perforación o no, siempre es conveniente tener presente que la incisión de Mac Burney puede, en los casos difíciles o dudosos, resolvernos el problema con una incisión económica, o de lo contrario orientarnos hacia la verdadera causa de la peritonitis.

Ya hemos insistido en esta táctica quirúrgica en nuestra reciente comunicación sobre peritonitis por diverticulitis y allí decimos que nos gusta llamarle Mac Burney "explorador" y en qué consiste dicha táctica.

En el caso que nos ocupa hoy hicimos el diagnóstico de probable peritonitis por perforación de una apendicitis pelviano y la incisión de Mac Burney nos sirvió para rectificar el diagnóstico y además para tratar las lesiones, ya que creemos que el Mac Burney es asimismo la incisión de elección para el tratamiento de las perforaciones tíficas.

Agreguemos lo siguiente: cuando frente a una peritonitis baja de origen dudoso practicamos un Mac Burney y nos encontramos con un apéndice sano, no responsable, debemos tener presente que una de las maniobras obligatorias a realizar es la exteriorización rápida y atraumática de las cuatro o cinco últimas ansas delgadas para saber si son o no el asiento de perforaciones o diverticulitis. Así no nos pasará lo que me ocurrió hace alrededor de doce años en que operé una peritonitis por perforación por una incisión de Mac Burney y una vez comprobado un apéndice sano y un contenido peritoneal bilioso practiqué una incisión supra-umbilical reconociendo un gastro-duodeno sano y sólo recorriendo el delgado hacia abajo reconocí la perforación tífica con enorme perjuicio para el enfermo que tal vez pudo salvarse si mis maniobras operatorias hubieran sido estrictamente localizadas al foco.

Así que, frente a una pelvi-peritonitis de origen dudoso, debemos practicar un Mac Burney, y si el apéndice no es responsable debemos ejecutar *por allí mismo* una serie de maniobras simples y sistematizadas que casi siempre nos llevarán al diagnóstico correcto y por ende al tratamiento adecuado.

Una vez ejecutada esta exploración mínima, con una incisión que como el Mac Burney es muy externa y poco mesoceliaca o sea moviliza pocas ansas delgadas y penetra poco en la gran cavidad, y una vez con el ansa perforada exteriorizada podemos preguntarnos cuál debe ser frente a ella nuestra conducta de elección. En principio, sólo dos conductas operatorias me parecen indicadas: sea el hundimiento simple de la perforación y reintegración del ansa, o sea el hundimiento de la perforación

al cual se le agrega la plastia del ansa contra el peritoneo parietal anterior para hacer la profilaxis de una posible falla de la sutura en estos tejidos patológicos. Las dos técnicas han dado resultados favorables pero nos parece lógico sistematizar la plastia del ansa a la pared como un recurso de mayor seguridad frente a este tipo de lesiones. Y si, en el postoperatorio se produjese una fístula del delgado como sucedió en nuestro caso, ella tiene tendencia a ser mínima y a curarse espontáneamente o por un procedimiento ulterior muy simple.

Ahora, yo pienso que esta plastia puede hacerse simplemente por dos puntos de sutura angulares superior e inferior y que luego el ansa se adherirá en pocas horas al peritoneo parietal sin necesidad de recurrir a una sutura demasiado prolija y a numerosos puntos como está representada en una figura de Larghero y que tal vez podría tener inconvenientes en estos tejidos alterados y que además lleva un tiempo complementario a no despreciar en estos enfermos tan debilitados.

Otra táctica defendible en circunstancias especiales es la de realizar una enterostomía en vez de la sutura como fué practicado con éxito por Emilio Duval en Francia y también en un caso que en 1934 presentó el doctor Luis P. Bottaro a la Sociedad de Cirugía. Pero esta táctica nos parece aconsejable sólo en aquellos casos en que la magnitud de la perforación o la extensión y carácter de las lesiones tíficas del ansa la hagan sensatamente conveniente.

También se ha aconsejado y realizado entre nosotros la simple incisión infra-umbilical con drenaje de la peritonitis con algunos casos de éxito como consta en el trabajo que el doctor Pelfort escribió en el año 1913 en los Archivos Latino-Americanos de Pediatría, siendo el cirujano actuante el Dr. Prudencio de Pena cuya autoridad era bien reconocida entre nosotros. Es claro que hace de esto 34 años y que desde entonces ha habido muchos cambios y progresos en la técnica quirúrgica y en los tratamientos pre y post-operatorios. De cualquier modo esta técnica ha dado curaciones después de fístulas del delgado que en cierto modo homologan en parte estos éxitos al mecanismo del procedimiento de Duval y uno se pregunta si en circunstancias

excepcionales, de extrema gravedad, no sería todavía prudente recurrir a este procedimiento del pasado.

No insistiré sobre la importancia del tratamiento del estado general en cuanto se refiere al estado infeccioso y también, especialmente en lo que se refiere al estado de la nutrición (balance hidrosalino, proteico, etc.).

El Dr. Medulio Pérez Fontana insiste sobre la importancia que él atribuye al tratamiento consecutivo con sulfamidas y también al cierre de la cavidad peritoneal. Respecto a lo primero creo que en el momento actual es aconsejable el tratamiento sistemático por antibióticos (sulfamida, penicilina) en todas las peritonitis aún mismo en las leves y no sólo en las peritonitis sino mismo en las lesiones localizadas (apendicitis, anexitis, etc.). Respecto al cierre de la cavidad peritoneal nos parece muy objetable porque pensamos que aún rige como regla áurea de que donde hay pus hay que evacuarlo y por consiguiente hacemos el drenaje supra-púbico sistemático del Douglas en todos los procesos que como éste dan una gran cantidad de exudado y de líquido intestinal que se acumula en la parte declive del peritoneo.

El Dr. J. C. Pravia atribuye importancia a la extracción del líquido peritoneal por medio del aspirador eléctrico y cree que esto hace bien al enfermo "puesto que en pocos minutos le saca una enorme cantidad de toxinas, que por sí solo tardarían mucho en eliminarse".

En términos generales no soy partidario de la aspiración ni del secado en las peritonitis por parecerme maniobras traumáticas, que llevan un determinado tiempo, que no pueden de ninguna manera pretender evacuar todos los líquidos patológicos contenidos entre los repliegues peritoneales y porque estoy convencido de que una maniobra tan simple como el drenaje supra-púbico del Douglas realiza perfectamente la evacuación necesaria. No me opongo a que se realicen ciertas maniobras de aspiración o de secado siempre que se hagan sabiendo que no pueden pretender ser completas y con el propósito deliberado de evacuar solamente aquella parte de líquido o exudado que viene con facilidad y sin maniobras violentas, ni prolongadas como he visto hacer.

El Dr. Bortagaray insiste con mucha razón sobre la impor-

tancia muy grande de recurrir sistemáticamente a la intubación con la sonda de aspiración de Miller Abbot.

Sólo me resta hacer algunas consideraciones sobre los factores de pronóstico y porque algunos cirujanos presentan estadísticas relativamente favorables como por ejemplo las de Medulio Pérez Fontana y de Bortagaray y porque otros cirujanos tendrían dificultad para relatar algún caso aún en los que hacen o han hecho especialmente Cirugía de Urgencia durante años.

Sin querer desconocer el valor de las estadísticas mencionadas y sabiendo perfectamente la preparación y el grado de dedicación al enfermo de aquellos cirujanos, yo pienso que uno de los elementos predominantes en el pronóstico de una peritonitis por perforación tífica es el genio epidémico, o sea la gravedad de la tifoidea en sí misma independientemente de cualquier acción terapéutica. Por eso creo que hay series favorables correspondientes a determinadas epidemias en determinados lugares y por eso también sostengo como lo aprendí del ilustre Prof. Morquio que lo repetía frecuentemente, creo digo, que debemos construir nuestra patología que corresponde a nuestro medio y a nuestro clima, y por eso no he mencionado estadísticas ni casos de otros países en el estudio que estoy realizando.

Los éxitos obtenidos por otros en estos casos de tan sombrío pronóstico nos sirven ante todo para alentarnos a emprender el tratamiento de una lesión que alguna vez hemos llegado a encarar con profundo desaliento.

BIBLIOGRAFÍA

- PELFORT, C. — La peritonitis por perforación intestinal en la fiebre tifoidea de los niños. Archivos Latino-Americanos de Pediatría, 1913, Pág. 67.
- PRAVIA, J. C. — Perforación tífica. Tratamiento de la peritonitis. - Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, 1934. Pág. 109.
- BOTTARO, L. P. — Perforación tífica. Iliostomía a la Witzel. - Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, 1934. Pág. 113.
- LARGHERO YBARZ. — Peritonitis tíficas. - Temas de Cirugía de Urgencia, 1944. Pág. 205.
- PEREZ FONTANA, V. — Tratamiento de la perforación tífica. - Apartado de "Libro de Oro, Prof. A. Lamas", 1944.
- BORTAGARAY, C. — Peritonitis tífica. - Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 1945. Nos. 11, 12. Pág. 593.

Dr. Etchegorry. — Yo que tengo la desgracia de tener unos años más de Cirugía de urgencia que los Dres. Otero y Vigil...

Dr. Vigil. — Juntos.

Dr. Etchegorry. — Quizás, porque ingresé al Hospital como interno el 1º de noviembre de 1914; les queda a Vds. hacer el cálculo, debo manifestar que he realizado, salvo la resección, todos los procedimientos para curar las perforaciones tíficas. En todos he tenido éxitos y fracasos. Como el Dr. Vigil anuncia su comunicación, quizás en el momento que haga su comunicación sea más extenso. No se puede comparar, como muy bien lo ha dicho el Dr. Otero las estadísticas entre sí. Hay múltiples factores, para mí fundamentales, que intervienen en el pronóstico de la perforación; prima el epidémico sin disputa alguna, pero no es único. Además también tiene razón el Dr. Otero y es un punto que deseo recalcar, que en esos trabajos sobre perforaciones tíficas con sus figuras brillantes, en general, no se sabe qué admirar más, si la fantasía de los dibujantes o la ingenuidad de los que pretenden hacer creer en una placa de Peyer se pueden hacer arabescos con agujas e hilos; me da la impresión que los que hicieron el trabajo nunca vieron una perforación y menos la suturación; hace muy bien, pues, el Dr. Otero, en recalcar este asunto.

Respecto a la comunicación en sí, del Dr. Otero quedan dudas si es perforación tífica o no; de cualquier manera es una perforación. Es un tema abandonado el relativo a perforaciones en enfermedades no específicas, a pesar de que ese tipo de perforación debe existir. Es a esa parte a que me voy a referir. Creo que en el año 1921, en el Congreso de Trieste, si mi memoria no me es infiel, Clotta, un cirujano napolitano, recogió en la literatura de 20 casos de úlceras simples criptogenéticas, es decir no específicas del intestino delgado perforada en intestino libre. Nunca pude leer el relato en el original; sólo leí un resumen de la Presse Medical hace muchos años, el cual me llamó la atención. Después los trabajos de los americanos y de Crohn en particular absorbieron toda la patología de la última ansa ileal y se creyó que solamente podían existir perforaciones en dicha enfermedad las no específicas dejaron de existir. Quizás esto sea una exageración. En mi concepto la úlcera simple de ileon, aunque afección muy rara, es una realidad. No sería difícil que el caso del Dr. Otero fuera una de ellas. De cualquier manera el Dr. Otero ha llamado la atención sobre las peritonitis tíficas y me asocio a las felicitaciones del Dr. Vigil por haber traído este trabajo, cuya discusión se completará seguramente cuando Vigil lea su parte.

Dr. Otero. — Deseo manifestar que en general estoy de acuerdo con lo que han expuesto los que han discutido el tema, pero quiero decir lo siguiente con respecto a lo manifestado por el Dr. Etchegorry: El sugiere que mi caso podría corresponder a una perforación de úlcera simple del delgado, cosa que no creo posible en absoluto por las siguientes razones que probablemente no fueron suficientemente bien expresadas en el curso

de la comunicación: Se trataba de una perforación en el curso de un estado infeccioso con fiebre prolongada y bien marcada durante unos 40 ó 50 días, o sea, se trataba de una perforación en una enteritis infecciosa (tífica o no) con múltiples lesiones intestinales en varias ansas vecinas, en las cuales una se perforó.

Así que hay que partir de la base de una enteritis que hizo una perforación, enteritis específica o inespecífica, catalogada o no, pero no de una úlcera simple o de una úlcera que se desarrollase en una hernia con intestino alterado por peritonitis crónica.

La razón de la confusión reside en el hecho de no haber presentado junto a los datos de la historia escrita, la curva febril que hizo el enfermo para dejar una idea bien definida de un estado infeccioso neto.