

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS
PERFORACIONES GASTRODUODENA-
LES AGUDAS ABIERTAS Y CLINICA
DE LAS PERFORACIONES CUBIER-
TAS (*)

A. GARCÍA-BARÓN.

Jefe del Servicio de las Enfermedades del Aparato Dige-
stivo de la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

1.º PERFORACIONES ABIERTAS.

Se ha utilizado para este estudio un material de 878 casos, reunidos por el autor en su Servicio durante los últimos veinticinco años.

A. El simple cierre de la perforación.

Ventajas.—Es una intervención que, perfectamente practicada con anestesia local, exige del enfermo el mínimo de resistencia ante el trauma quirúrgico; es factible en la inmensa mayoría de los casos, ya que, prestando la debida atención, se logra ocluir el orificio con seguridad, por grande que sea; puede ser realizada de un modo perfecto y con rapidez por el cirujano de más modestas posibilidades técnicas, y en un gran número de ocasiones—dependiente de la precocidad con que se emplee—es salvadora. No hay duda que estas ventajas son inmensas, y que puede decirse que si un perforado suturado fallece no es casi nunca por la operación sufrida, sino a pesar de ella.

Mortalidad operatoria.—Depende de diversos factores: 1.º La proporción recíproca de cierres y resecciones (con el 69 por 100 de cierres—en 698 intervenidos directamente contra la perforación—ha sido en todo el lote del 21 por 100). 2.º Según las diferentes épocas (en los últimos cinco años ha quedado reducida al 9 por 100). 3.º Según la edad de los pacientes (el mínimo, por debajo de los treinta años, casi se duplica entre los 31-50, se cuadruplica entre los 51-70 y se sextuplica pasada esta edad). 4.º Según la localización de la úlcera perforada (en las gástricas—por fortuna en una minoría del 17 por 100—la mortalidad fué más del triple que en los duodenales). 5.º Según las horas transcurridas (el 11 por 100 de los de las 6 primeras horas ascendió al 16 en los de las 7-12, al 57 en los de las de 13-24, para alcanzar el terrible 61 por 100 en los que ya habían pasado el primer día); y 6.º Según que la perforación fuera hallada aún abierta (mortalidad, 22 por 100) o ya cubierta (mortalidad, 10 por 100).

Peligros e inconvenientes posteriores.—1.º Hemorragias postoperatorias mortales proce-

denes del mismo ulcus o de otro coexistente (3 casos). 2.º Dehiscencia de la sutura oclusiva (valorable, acaso, en un 5 por 100). 3.º Existencia de otro ulcus además del perforado (la multiplicidad fué observada de 2.502 resecciones radicales por ulcus simple en el 14 por 100 de los casos, y de 217 reseccionados por ulcus perforado, en el 8 por 100). 4.º La transformación maligna ulterior de ulcus gástricos (raro, 2 casos). 5.º La persistencia o recidiva de los síntomas ulcerosos después del cierre (evaluable en un 65 a 75 por 100, dependiendo, entre otros factores, de la edad y de la ausencia o tiempo de existencia de los síntomas de acidismo anteriores a la perforación); y 6.º Las perforaciones iterativas (hacia el 3 por 100; de 27 casos, 22 con dos episodios y 5 con tres).

Particularidades en la mujer.—En ella, la perforación es muy poco frecuente (3 por 100 en mi material: 30 casos), pero muy grave (casi con triple mortalidad que en el hombre), y a mi juicio por estas razones: la mayor frecuencia de las perforaciones gástricas (casi en la mitad de los casos), la edad más avanzada y el ingreso más tardío por mayor dificultad diagnóstica, dada la escasa frecuencia (8 ingresaron casi moribundas).

B. La gastroenterostomía como complemento del cierre.

Agregar al simple cierre de la perforación una intervención supletoria con la que se pretende defender una sutura, que no necesita esa clase de cuidados; prevenir una estenosis duodenal inmediata, que no se produce si se cose bien, e influir sobre la evolución lejana del ulcus, para lo que carece de acción segura, no es aconsejable. Y tanto menos cuanto que tiene el inconveniente de requerir un tiempo poco menor que el preciso para una resección y el serio peligro del ulcus en la anastomosis. El dilema ha de concretarse así: cierre o resección.

C. La resección.

Dificultades.—Se refieren al edema y menor resistencia de los tejidos; la posible localización difícil del ulcus perforado, o de otro coexistente, y el estado, acaso no perfecto, del cirujano y de su equipo en horas intempestivas. Todo esto puede crear una situación no favorable para el método radical.

Mortalidad.—Los factores de que depende son: 1.º La proporción recíproca entre resecciones y cierres (en 217 casos—31 por 100 de 698 intervenidos contra la perforación—ha alcanzado el 13 por 100). 2.º Las diferentes épocas (en los últimos cinco años ha quedado reducida al 8 por 100). 3.º La edad de los pacientes (residiendo el mínimo por debajo de los 30

(*) Ponencia leída en el IV Congreso Panamericano de Gastroenterología celebrado en Sao Paulo (Brasil) en julio de 1954.

años, se eleva poco entre los 31-50, pero, en cambio, casi se cuadruplica pasados los 50). 4.º La localización del úlcus (en los gástricos, casi se cuadruplicó la mortalidad de los duodenales). 5.º Las horas transcurridas (siendo casi igual en las horas 0-3 y 4-6, aumenta sólo algo entre las 7-12, en las que únicamente se resecan casos muy buenos). 6.º Según que la perforación fuera hallada aún abierta (mortalidad, 11 por 100) o ya cubierta (mortalidad, 3 por 100); y 7.º La mortalidad de cada cirujano en sus resecciones por úlcus simples (en 1.510 resecciones por úlcus no perforados ni recidivados, de los diez últimos años, el 2 por 100).

D. Elección del método quirúrgico. ¿Cierre o resección?

¿Por qué se sigue debatiendo este tema sin llegar a un acuerdo?—Por la relativa escasa frecuencia de la perforación, cuyos casos quedan muy ampliamente repartidos; por la diferente calidad del material de que cada cirujano dispone; por la influencia personal del operador, más o menos inclinado a las intervenciones paliativas o a las radicales; por la inclusión en el problema de los resultados lejanos; por la confusión creada, y no mencionada, por las perforaciones halladas ya cubiertas durante el acto operatorio, y por la manifiesta insuficiencia de las estadísticas, carentes de uniformidad para la comparación.

Las dos cuestiones esenciales y concretas.—La primera, concierne a si en la decisión ha de entrar como elemento de juicio el resultado lejano, antiulceroso, de ambos métodos, y la segunda, a si, cuando la opción puede plantearse, las mortalidades operatorias del cierre y de la resección son idénticas.

Lo fundamental ante un perforado es, a mi juicio, conceder el máximo valor a las consideraciones que atañen al porvenir inmediato; lo que meses o años más tarde pueda ocurrir, por importante que parezca, es secundario. Y a favor de este criterio hay también razones éticas e íntimas que se refieren a la misma personalidad humana del enfermo. Así, adquiere mayor importancia aún, hasta ser decisiva, la segunda cuestión: dada en un caso la posibilidad de emplear la resección, ¿aumenta ésta el riesgo operatorio o no? La lógica permite afirmar que una resección es de mucha mayor categoría que un cierre y, por tanto, de mayor riesgo. Si en mi casuística considero los perforados de los últimos diez años—de mortalidad constante y mínima—suturados y resecados en las primeras 12 horas, encuentro que, en números, la mortalidad de ambos métodos es la misma. Pero no nos engañemos, pues si entramos en las causas de muerte diré que de los 5 resecados fallecidos, 3 lo fueron por dehiscencia de la anastomosis (es decir, no por la perforación, sino por una complicación del método radical)

y uno por indicación inadecuada, aunque obligada, de la resección. Se podrá objetar que la culpa no fué del método, sino mía. Así la acepto (no obstante no tener dehiscencias en las resecciones por úlcus no perforados, a pesar de no usar contra éstos, desde hace muchos años, más procedimiento que el radical), lo que no obsta para que siga creyendo que esos enfermos desdichados no hubieran perecido, lógicamente, si me hubiese en ellos limitado al cierre.

Es oportuno citar otros dos datos: los cierres de estos diez años han sido realizados por ocho de mis colaboradores y por mí, mientras que yo he ejecutado todas las resecciones. Y de 177 resecciones ulteriores en antiguos perforados suturados, tan sólo he perdido un enfermo; no niego que el lote ha sido casual y excepcionalmente favorable.

Normas de prudencia.—No olvidemos que, existiendo el cierre, la resección es un lujo que se puede tener incluso con frecuencia, pero adaptándose de un modo cuidadoso a las particularidades de cada caso. Antes de la laparotomía, el examen general y local del enfermo nos permitirá incluirle, aunque prematura y provisionalmente, en uno de estos dos grupos: el de la necesidad absoluta de la intervención mínima o el de la posibilidad de la operación radical. Y una vez abierto el vientre, al conseguir nuevos datos, podremos lograr una idea bastante exacta del conjunto del problema. Si la impresión preoperatoria fué adversa, raro será que la operatoria pueda contrarrestarla a favor de la resección. Si fué de posibilidad de ésta, la laparotomía nos inclinará unas veces a limitarnos al cierre y otras seguirá persistiendo la posibilidad de resección. Y si esto último es el caso, el cirujano no debe precipitarse, sino valorar de nuevo el pro y contra, y sólo decidirse por la resección cuando el balance a su favor sea muy favorable. Podríamos tomar como resumen el siguiente "slogan": el perforado suturado que fallece muere, de ordinario, por la perforación y no por el cierre, mientras que el perforado resecado puede morir no por la perforación, sino por haberse empleado no un método exclusivo e indispensable, sino de lujo: la resección.

E. Tratamiento conservador de las perforaciones abiertas.

Mi opinión sobre el método de TAYLOR es ésta: no es aceptable que pretenda sustituir, en los períodos precoces, a la operación inmediata, pero su acción coadyuvante puede ser útil al tratamiento quirúrgico. Dentro del Centro hospitalario—único sitio donde puede ser generalizado su empleo—es aconsejable la aspiración en las siguientes circunstancias: 1.º En los raros perforados precoces en que exista tal grado de shock que éste contraindique momentáneamente la operación, pero en cuanto sea

vencido, la intervención debe ser inmediata. 2.^a Cuando al ingresar un perforado tengamos razones suficientes para admitir que la perforación esté ya cubierta y por ello renunciemos a la intervención, aunque persista la vigilancia, será conveniente la aspiración para disminuir o eliminar la posibilidad de que un aumento de la presión intragástrica rompa las adherencias perifocales o desobstruya el orificio. 3.^a Cuando después de haber realizado la sutura quirúrgica de la perforación tengamos dudas sobre la firmeza del cierre realizado, será prudente acudir a la aspiración para dificultar en lo posible una eventual dehiscencia.

Al juzgar los resultados del método de TAYLOR, no puedo olvidar que dispongo de 143 casos de perforación cubierta curada sin operación y sin aspiración, ni de que en bastantes operados con el diagnóstico de perforación abierta encontré el orificio ya ocluido, por lo que es lógico pensar que, por lo menos, en la mayoría de los casos la curación espontánea hubiera también ocurrido aun sin aspiración.

2.^o CLÍNICA DE LAS PERFORACIONES CUBIERTAS.

La posibilidad de impermeabilizarse el orificio de una perforación es obra del proceso defensivo que actúa sobre el orificio mismo y en su inmediata vecindad, mientras que simultáneamente lucha la serosa peritoneal, en zonas amplias de él alejadas, contra el contenido infeccioso en ella vertido. Esto quiere decir que el porvenir del perforado no depende sólo de lo que ocurra al nivel del orificio, sino también de otros factores locales y generales de la mayor importancia. Podemos esquematizar las múltiples posibilidades del siguiente modo: en el perforado de muerte muy rápida el orificio permanece permeable durante las pocas horas que sobrevive a la complicación, y lo que en él fracasa, sin lucha, son las defensas de la gran serosa peritoneal y las generales del organismo. En el tipo habitual de muerte en unos pocos días, por peritonitis, caben varias interpretaciones: la más frecuente es que el orificio continúe permeable durante toda la evolución o hasta el momento de la intervención quirúrgica; otra, que a la fase inicial de permeabilidad suceda, después de cierto número de horas, más que suficientes para el desarrollo de la intensa infección peritoneal, un período definitivo de impermeabilización activa por la acción de las defensas orificiales y periorificales; y también es posible que al período inicial de permeabilidad siga muy pronto—antes que la salida del líquido irritativo-infeccioso haya sido abundante—otro de obturación no permanente, sino transitorio, y que al cesar, por re-perforación, deja abierta la puerta para nueva contaminación de la cavidad peritoneal; y, por último, se observa de igual modo que el orificio abierto durante mucho tiempo acabe por

ser cubierto, de manera pasiva y fortuita, por una de tantas membranas peritoníticas. En el tipo de curación espontánea realizado por el camino heroico de vencer el organismo y la gran serosa peritoneal a la infección difusa, el orificio se impermeabiliza más o menos tardíamente, sea por la acción de las defensas activas orificiales o periorificiales o, acaso más tarde aún, por una membrana peritonítica. En el grupo de los que producen un absceso subhepático, o subfrénico, los mecanismos son también diversos y combinados entre sí. Y en el último tipo, el de la curación espontánea lisa y llana, sin producción previa de peritonitis difusa ni circunscrita, o de muy escasa intensidad y extensión, el orificio se impermeabiliza en momento todavía adecuado y además de una manera eficiente y definitiva.

La impermeabilización del orificio es un hecho favorable en todos los casos, pues hace cesar la salida del contenido gastroduodenal; pero para que esa eficacia oclusiva pueda reportar la curación espontánea es preciso que se realice precozmente—antes de que se haya derramado demasiado líquido contaminante—y que sea definitiva (además, claro está, de completa); es decir, que no permita una nueva permeabilización del orificio (reperforación). Es imposible precisar el tiempo límite entre inutilidad y utilidad del fenómeno, porque al depender la producción, grado y marcha de la peritonitis, de la cantidad y características infectivas del líquido, así como de la calidad de las defensas peritoneales y generales, puede—como excepción—ser ya inútil una impermeabilización lograda a las pocas horas y, en cambio, todavía útil efectuada más tarde. Todo lo que podemos suponer es que cuanto más pronto tenga lugar y más perfecta y definitiva sea, no sólo es más segura la curación, sino que a la vez el cuadro clínico del episodio perforativo será más ligero y breve.

De la observación de 60 casos personales cuyo orificio estaba impermeabilizado en el momento de la intervención quirúrgica, se desprenden estas conclusiones: 1.^a De cada tres casos, hay dos en los que la perforación se impermeabiliza por sus propios medios (membrana, masa alimenticia o necrótica, simple acercamiento de sus bordes) y uno en que se logra por la adherencia protectora de los órganos vecinos. 2.^a Más de la mitad de las perforaciones impermeabilizadas son de pequeñísimo tamaño y sólo una exigua minoría de regular calibre. 3.^a Cuanto menor sea el tamaño con más frecuencia obra la simple oclusión y con menos la yuxtaposición de otros órganos, al contrario de lo que ocurre cuando es mayor; y en cuanto a la oclusión por membrana o tapón orificial, también su frecuencia disminuye en cuanto el calibre de la perforación aumenta; y 4.^a Hay ocasiones en que, al menos en apariencia, el orificio, casi siempre muy pequeño, parece se-

guir permeable, pero no sale la menor cantidad de contenido a su través ni aun comprimiendo el estómago, a no ser que se haga con cierta violencia, por lo que el pequeñísimo calibre del orificio obra, en realidad, como factor oclusivo.

En mi material de perforaciones ulcerosas he hallado impermeabilizado el orificio en la operación, o probada por la curación espontánea del paciente, en la cuarta parte de los casos, lo que, sin embargo, no es más que un mínimo demostrado de frecuencia, ya que muchos perforados cubiertos no acuden a los Centros hospitalarios por la ligereza inicial, o rápidamente instaurada, de su cuadro doloroso. Todo hace suponer que las perforaciones cubiertas sean más frecuentes que las abiertas e incluso mucho más.

Para el estudio de los síntomas y del diagnóstico diferencial he comparado dos lotes del mismo número de casos (143), uno de perforaciones cubiertas curadas sin operación y otro de abiertas operadas, procurando, en lo posible, que fuesen de la misma edad e incluso lo que es más difícil, del mismo número de horas. Las conclusiones obtenidas son las siguientes:

La edad, sexo y existencia o ausencia de antecedentes ulcerosos y de vómitos son datos que carecen de valor para la distinción. El dolor espontáneo inicial es, prácticamente, de igual intensidad en ambas variedades, si bien en las cubiertas se mantiene circunscrito a la mitad supraumbilical del vientre con mayor frecuencia que en las abiertas; más tarde, es en las cubiertas, de menor intensidad y extensión. En el momento del ingreso falta la contractura parietal de defensa en bastantes casos de las cubiertas y en pocas de las abiertas, siendo en aquéllas rara vez generalizada a todo el abdomen y con la mayor frecuencia limitada al epigastrio, al cuadrante derecho superior y, sobre todo, a la zona del recto supraumbilical de este lado, en la que suele ser tanto menos intensa cuanto más limitada. El dolor provocado, también en el momento del ingreso, es menos acentuado en las perforaciones cubiertas y tiene la misma preferencia que la contractura por la zona supraumbilical del recto derecho. La localización del máximo dolor provocado en el cuadrante derecho inferior—región apendicular—es mucho menos frecuente en las perforaciones cubiertas que en las abiertas. La desaparición de la macidez hepática y la comprobación radiológica del neumoperitoneo subdiafragmático son signos ligeramente menos frecuentes en las cubiertas que en las abiertas. El pulso sobre 80 se encuentra muchas veces en las abiertas. La temperatura carece de valor diferencial. Igual ocurre con el hemograma en el primer examen, mientras que los seriados proporcionan más datos útiles.

Puede decirse que si la diferenciación entre perforaciones cubiertas y abiertas suele ser fácil en los casos extremos, o en los tardíos, no

ocurre igual en muchas ocasiones, y sobre todo en los períodos iniciales, ya que se trata de una misma enfermedad con idénticos síntomas y en la que de establecerse la diferencia por los matices que aquéllos ofrezcan, lo que exige observación y valoración muy cuidadosas de cada uno de ellos y del conjunto del cuadro sintomático.

El porvenir del perforado cubierto depende, en lo esencial, de dos factores: el tiempo transcurrido hasta que se verifica la impermeabilización del orificio y la eficacia del mecanismo protector. Hay perforaciones que se cubren poco después de producirse, sea por adherencias perifocales de aparición muy rápida, sea por oclusión del orificio por partícula alimenticia, sin que haya en realidad un cuadro agudo de duración suficiente para precisar la frecuencia de este hecho. Pero con ambos mecanismos puede ocurrir que la impermeabilización sea definitiva o transitoria, pudiendo en este último caso abrirse de nuevo el orificio. En la perforación cubierta del tipo habitual, primeramente abierta, hay un triple camino: la marcha hacia la curación espontánea, la reperfusión y, en algunos casos, la transformación en un absceso subfrénico.

La conducta a seguir ante una perforación cubierta debe basarse en tres consideraciones: grado de seguridad en el diagnóstico de perforación cubierta, tiempo transcurrido y clase de intervención quirúrgica que habría que realizarse. Si la seguridad diagnóstica no es grande, debe obrarse como si la perforación estuviese abierta e intervenir, y con tanta mayor razón cuanto más precoz sea el caso y menos se pueda vigilar. Siempre hay que tener presente que es necesaria buena experiencia para no exponerse demasiado a tener que rectificar el juicio clínico después de haber dejado pasar horas preciosas para el porvenir del enfermo. Respecto al tiempo transcurrido, hay que recordar que el diagnóstico razonablemente seguro de perforación es tanto más difícil cuanto más cerca nos hallamos del comienzo del accidente perforativo, y del mismo modo que cuanto más reciente sea una perforación cubierta, más difícil es que en cualquier momento se transforme de nuevo en abierta. A menor seguridad diagnóstica, más tendencia a la laparotomía y, si conviene, a la resección inmediata; pero si la seguridad es absoluta o razonablemente cierta, abstenerse de la laparotomía: tiempo habrá más tarde para realizar la operación radical si se hiciese necesaria por la evolución del úlcus.

Es en el Centro quirúrgico donde debe siempre quedar el perforado cubierto sometido a vigilancia, ya que en ningún caso podremos estar seguros de que no sobrevenga una reperfusión, y tanto menos, repetimos, cuanto más precozmente hayamos sentado el diagnóstico de perforación cubierta. Por la misma razón debe

ser muy cuidadosa la vigilancia si es pequeño el número de horas transcurridas y si la decisión a favor del tratamiento conservador fué tomada con cierta posibilidad de equivocarnos por ser incompleto el cuadro clínico favorable. La vigilancia debe, por lo menos, durar hasta tres días a partir de la total desaparición del último síntoma subjetivo y objetivo.

El tratamiento consiste en la estancia en cama con dieta absoluta de dos o tres días y en la aplicación de la aspiración de Taylor. Así se evitará el desplazamiento intenso de las vísceras intraabdominales y el aumento de la presión intragástrica. Mientras tanto, contribuiremos con los antibióticos a la curación del proceso peritonítico existente.

SUMMARY

The writer reports his personal experience in the treatment of open acute gastroduodenal perforation either with simple closure or with closure and gastroenterostomy or resection. The indications for each type of operation are commented upon and, finally, the "formes frus-

tes" perforations are studied from the clinical and therapeutical standpoints.

ZUSAMMENFASSUNG

Berichtet wird über die persönliche Erfahrung bei der Behandlung der akuten, offenen Magen-u. Darmperforationen, sei es durch einfachen Verschluss, sei es durch Verschluss mit Gastroenterostomie oder durch Resektion. Besprochen werden die Indikationen fuer jede Art des Eingriffes. Zum Schluss erfolgt das klinische Studium und die Therapie der bedeckten Perforationen.

RÉSUMÉ

On expose l'expérience personnelle sur le traitement des perforations gastro-duodénales aiguës ouvertes, bien avec la simple fermeture, ou celle-ci, plus la gastroentérostomie ou avec la résection. On commente les indications de chacun des genres d'intervention en finissant par l'étude clinique et thérapeutique des perforations couvertes.

EL BILLROTH I EN LAS RESECCIONES POR ULCUS (*)

A. GARCÍA-BARÓN.

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo en la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

Se le concede unánimemente:

- 1.º El ser más fisiológico.
- 2.º Mínimo del "dumping syndrom".

Y se le atribuyen estas desventajas:

- a) Técnica más difícil.
- b) No ser siempre factible.
- c) No permitir muy amplias resecciones.
- d) Peligro de dehiscencia.
- e) Probabilidad de estenosis.

Sorprenden estos generalizados reproches, que estimo totalmente injustos, ya que:

a') Las dificultades se vencen con la técnica. He practicado el Billroth I—técnica de Haberer—en 2.493 casos de ulcus.

b') Desde 1950 a 1954 no he ejecutado con-

tra el ulcus—no perforado ni recidivado—otra intervención que la resección radical y siempre, sin una sola excepción, el Billroth I. El lote consta de 450 casos.

c') Mortalidad total de los 450 casos: 2,2 por 100, lo que demuestra la escasísima probabilidad de dehiscencia.

d') En todo mi material del Billroth I no he visto más que dos casos de estenosis (menos del 1 por 1.000).

SUMMARY

The writers report the satisfactory results attained with the operation of Billroth I in 2.493 cases of ulcer.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor bringt die zufriedenstellenden Resultate, die er mit der Billroth I Methode in 2.493 Ulcusfällen erzielte.

RÉSUMÉ

On présente les bons résultats obtenus par l'auteur par la méthode de Billroth I dans 2.493 cas d'ulcus.

(*) Comunicación presentada al IV Congreso Panamericano de Gastroenterología, celebrado en São Paulo (Brasil), en julio de 1954. No se autorizaban más de 150 palabras como máximo.