

## LAS PERFORACIONES GASTRODUODENALES ULCEROSAS AGUDAS ITERATIVAS

A. GARCÍA-BARÓN.

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

Santander.

## CONCEPTO.

La gran mayoría de los pacientes ulcerosos que sufren una perforación, abierta o cubierta, a la que sobreviven, no vuelven a padecer otro accidente perforativo del mismo origen, hayan sido tratados con el simple cierre o curado espontáneamente, sin intervención quirúrgica. Pero en una exigua minoría ocurre, pasados meses o años, otra perforación, e incluso—lo que es aún mucho más raro—una tercera. Esto trae consigo, para el desafortunado ulceroso, la repetición de las situaciones de grave peligro.

No podemos considerar como perforaciones iterativas las que tienen lugar con tan sólo días de separación entre los dos accidentes, de los cuales el primero se solucionó, de momento, sin acudir a la operación. En estos casos (historias números 1 y 2) se trata de las bien conocidas perforaciones en dos tiempos, en las que lo único anormal radica en que el plazo que los separa en vez de durar, como de ordinario, unas horas, muchas veces menos de 12 y pocas más de 48, se amplía hasta varios días.

¿Se trata en las perforaciones iterativas de la misma úlcera, o es otra diferente la que ocasiona la segunda perforación?—No hay en mi material más que un único caso, dos veces perforado y tratado ambas con cierre, en el que la resección ulterior demostró que se trataba de úlceras diferentes por la presencia de dos pequeñas zonas endurecidas y separadas: una, localizada en la curvatura menor bulbar, y otra, en plena cara anterior del bulbo, correspondientes al cierre de dos ulcus ya curados. En todos los demás casos es mi impresión que se trataba de la misma úlcera. Veamos si este juicio adquirido en las intervenciones es apoyado o rechazado por otros hechos de mejor comprobación:

Puesto que para perforarse dos úlceras diferentes es imprescindible que existan, simultánea o sucesivamente, he precisado la frecuencia con que hay multiplicidad del ulcus utilizando un material de confianza, como es el de los ulcerosos simples reseçados radicalmente. El lote utilizado consta de 2.403 resecciones y en él concederé el mismo valor a los ulcus en evolución que a las cicatrices indudables, ya que éstas representan pasadas ulceraciones susceptibles de haberse perforado antes de realizar su evolución favorable, transitoria o definitiva.

De los datos del cuadro I se derivan las siguientes conclusiones:

CUADRO I

ULCEROSOS SIMPLES RESECCADOS. MULTIPLICIDAD DE LOS ULCUS, O CICATRICES, EN EL DUODENO Y EN EL ESTÓMAGO. FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DEL SEGUNDO ULCUS EN LA ZONA PERFORABLE DE AMBOS SEGMENTOS

Resecciones por ulcus o cicatrices	Casos	De ellos, con más de uno	Enfermos de ulcus múltiples con más de uno en zona perforable
Mixtos.....	93 (4 %)	—	—
Gástricos.....	953	47 (5 %)	23 (49 %)
Duodenales...	1.543	211 (14 %)	15 (7 %)

1.<sup>a</sup> En relación con la simultaneidad de ulcus en el estómago y el duodeno.—*Se ha hallado tan sólo en el 4 por 100 de los casos*, lo que inclina a pensar que no es probable que en las perforaciones iterativas, una vez sea el perforado un ulcus gástrico y otro duodenal o viceversa. Y esto coincide con la observación clínica, ya que en todos mis casos de perforación iterativa comprobadas las dos veces por la operación se trataba siempre de orificios situados en la región bulbar.

2.<sup>a</sup> En relación con la simultaneidad de los ulcus gástricos.—En el estómago sólo *he observado ulcus múltiples en el 5 por 100 de los casos* (dobles, en 39 casos; triples, en 7, y cuádruples, en 1) *y de éstos, la mitad tenían los dos ulcus en zona perforable* (semicircunferencia anterior del estómago). Aunque este último dato parece que favorecería las perforaciones iterativas en úlceras diferentes, hemos de tener en cuenta que la proporción de ulcus dobles en el estómago es muy poco frecuente; y, por otra parte, pequeña también la tendencia del ulcus gástrico a la perforación (en mi material de ulcus perforados con comprobación operatoria inmediata, 758 casos, eran gástricos únicamente el 16 por 100). Y esto coincide con mi experiencia en las perforaciones iterativas: tan sólo hay dos casos en los que habiendo existido en el pasado del Servicio en un cuadro lógicamente atribuible a una perforación cubierta, encontré en el segundo episodio una perforación de ulcus gástrico.

3.<sup>a</sup> En relación con la simultaneidad de los ulcus duodenales.—*La frecuencia de ulcus múltiples en el duodeno, con su 14 por 100, triplica la del mismo hecho en el estómago* (y eran dobles en 206 casos, triples en 4 y cuádruples en 1); *pero tan sólo en 7 por 100 de éstos tienen los dos ulcus en zona perforable* (semicircunferencia anterior de la primera porción), mientras que eso ocurría en el estómago en la mitad de los casos. *Esto equivale a decir que de 100 ulcerosos duodenales, si bien hay 14 con ulcus múltiples, tan sólo uno de estos 14 tiene el segundo ulcus en el sector perforable*. Por

consiguiente, dada la mayor frecuencia del úlcus duodenal sobre el gástrico (en mi material de resecaados radicales por úlcus simple con comprobación exacta de la localización, de 2.428 casos son duodenales el 64 por 100) y su mayor tendencia a la perforación (de los 758 perforados con localización precisa eran duodenales el 84 por 100), es explicable que en todos mis casos de perforaciones iterativas, con las dos excepciones antes citadas, se comprobase, siempre que se intervino, que el orificio era duodenal; y no parece menos natural admitir que si de cada 100 casos de úlcus duodenal, aunque 14 tengan más de un úlcus sólo hay uno cuyo segundo úlcus esté en la zona perforable, es mucho más probable que la segunda perforación tenga lugar en el mismo úlcus que la primera que no en esta úlcera suplementaria, que representa únicamente el 1 por 100 de los úlcus duodenales.

Pudiera parecer, a primera vista, demasiado esquemática la calificación de "zonas no perforables" a las semicircunferencias posteriores del duodeno y del estómago, pero el hecho es que en mi material de perforados tan sólo hay 3 casos de perforación en la transcavidad de los epiplones.

*Frecuencia de las perforaciones iterativas.*— Para poder formar un juicio aproximado sobre ella es necesario llegar, en lo posible, a un acuerdo sobre la certeza diagnóstica de los accidentes perforativos múltiples.

Hemos de conceder un valor absoluto: a) Al acto operativo; y b) A la comprobación radiológica del neumoperitoneo subdiafragmático espontáneo en un enfermo que, portador o no, de historia de acidismo gástrico ofrece un síndrome de perforación con la posibilidad de variantes sintomáticas propias de las perforaciones cubiertas y que cure sin intervención quirúrgica directa. No tiene valor absoluto, aunque sí suficiente: c) El cuadro claro de perforación cubierta, aunque sin neumoperitoneo, en paciente con antecedentes ulcerosos, siendo el valor tanto más elevado cuanto mayor sea la experiencia del observador en el campo de las perforaciones cubiertas; y d) A la formación de abscesos subfrénicos, subhepáticos (historia número 3) o en Douglas (historia núm. 4), juzgados con las naturales reservas. Y tiene un valor relativo, dependiente de la perfección de la anamnesis: e) Ciertos episodios agudos dolorosos y repentinos que sobrevienen en los ulcerosos, generalmente estando en temporada mala, con destacada intensidad muy diferente de la habitual gastralgia, con irradiaciones dolorosas inmediatas al resto del vientre, y acaso al hombro, y que van seguidos de desaparición temporal del cuadro de acidismo; y sobre todo si cuando al verles con motivo de una perforación evidente recuerdan en ese momento que aquel episodio pasado, y tal vez olvidado, era análogo o muy parecido al actual.

Creo que el diagnóstico de perforación cubierta sin neumoperitoneo (grupos c y d) no está sometido a muchos errores si se tiene cierta experiencia. Y en cuanto a admitir como perforaciones cubiertas esos episodios ya pasados y no presenciados, basándose únicamente en los síntomas que el paciente recuerda (grupo e), estimo de igual modo que con investigación minuciosa y prudencia en el juicio no nos equivocaremos con frecuencia en el diagnóstico retrospectivo. Con este criterio he de juzgar mis casos, y precisamente su escaso número ofrece una cierta garantía de no haber prodigado el diagnóstico de perforación cubierta en estos grupos c), d) y e). Son los siguientes:

#### 1.º Casos de dos perforaciones.

##### a) Observados en el Servicio en los dos accidentes:

1.ª, operación, y 2.ª, operación .....	9
1.ª, operación cubierta con neumoperitoneo, y 2.ª operación .....	1
1.ª, operación, y 2.ª, perforación cubierta con neumoperitoneo .....	1
1.ª, perforación cubierta, sin neumoperitoneo, con producción de un absceso en el Douglas, y 2.ª, operación (historia núm. 3) .....	1
1.ª, perforación cubierta, sin neumoperitoneo, con absceso subhepático consecutivo, y 2.ª, operación (historia núm. 4) .....	1
1.ª, perforación cubierta, sin neumoperitoneo, y 2.ª, operación .....	1

##### b) Observados en el Servicio sólo en el segundo:

1.ª, perforación cubierta, y 2.ª, operación .....	8
1.ª, perforación cubierta, y 2.ª, cubierta, con neumoperitoneo (historia núm. 5) .....	2
<b>TOTAL</b> .....	<b>24</b>

#### 2.º Casos de tres perforaciones.

1.ª, cubierta, con neumoperitoneo; 2.ª, cubierta, con neumoperitoneo, y 3.ª, operación (historia núm. 6) .....	1
1.ª, cubierta en su domicilio; 2.ª, con neumoperitoneo, y 3.ª, operación (historia núm. 7) .....	1
1.ª y 2.ª, cubiertas en su domicilio, y 3.ª, operación (historia núm. 8) .....	1
1.ª y 2.ª, cubiertas en su domicilio, y 3.ª, cubierta (historia núm. 9) .....	1
1.ª y 2.ª, cubiertas en su domicilio, y 3.ª, cubierta sin neumoperitoneo (historia núm. 10) .....	1
<b>TOTAL</b> .....	<b>29</b>

Si admitimos como auténticos estos 29 casos, lo que creo que puede hacerse con prudente margen de error, cabe el plantearnos esta doble pregunta:

*Practicado el cierre de una perforación duodenal, o habiendo existido una perforación cubierta curada espontáneamente, ¿qué probabilidades tiene el enfermo de padecer una segunda perforación?* Si la primera parte de la pregunta se refiere, de un modo exclusivo, a la úlcera duodenal, es por no haber en mi material caso alguno demostrado por dos operaciones de perforación iterativa de un úlcus gástrico. Y



para intentar contestarla lo menos erróneamente posible he de limitarme a considerar aquellas perforaciones iterativas indudables, las operadas en los dos accidentes, que suman 9, a las que se debe agregar un caso más, operado en el primer episodio y cubierto, con neumoperitoneo, en el segundo; en total, 10 casos. A estas perforaciones iterativas he de oponer un lote de 314 cierres por ulcus duodenal perforado (al que queda reducido el inicial de 584 casos duodenales después de eliminar 270 (194 que resequé 60 fallecidos postoperatoriamente y 16 cierres practicados como segunda operación en perforaciones iterativas). Hecho así el cálculo, puede estimarse en un 3 por 100 las probabilidades de que un perforado duodenal suturado pueda sufrir una segunda perforación.

Respecto a la frecuencia de la perforación iterativa después de una perforación cubierta curada de una manera espontánea, es asunto de mayor complejidad, y no sólo porque en algunos casos falta la seguridad diagnóstica absoluta (cuando no habiendo sido testigos del accidente nos fundamos, de un modo exclusivo, en la anamnesis), sino también porque ante un perforado puede no llegar a insistirse lo suficiente en la búsqueda de algún episodio anterior de perforación cubierta que pudiera haber existido. Sin embargo, forzados al intento de contestar a la segunda parte de la pregunta inicial, podemos tomar un lote base de 143 perforaciones cubiertas curadas sin operación (73 de ellas con neumoperitoneo) y comparar con él los 4 casos de primer episodio perforativo con perforación cubierta presenciada (2, seguidos de un absceso intraabdominal; 1, con neumoperitoneo, y otro, sin él) y el segundo tratado con operación, así obtendríamos una proporción del 3 por 100. Pero la igualdad del 3 por 100 en perforaciones abiertas y cubiertas ha de sorprendernos a los cirujanos, ya que al resear ulteriormente, por persistencia o retorno de las molestias, a un enfermo intervenido con sutura de una perforación, encontramos muchas veces, habitualmente sería más exacto, adherencias postoperatorias en la región, residuo de la peritonitis supradiafragmática y de las manipulaciones operatorias, pero que son más intensas en la zona suturada; es decir, que a la protección conseguida con la sutura se agrega la de la periduodenitis, por lo que no cuesta trabajo pensar que ya que en las perforaciones cubiertas curadas espontáneamente lo único que protege es la periduodenitis, sean en éstas menos raras las perforaciones iterativas que en las tratadas con simple cierre. Por esta razón, a la que puede agregarse la de que la perforación cubierta es mucho más frecuente de lo que a primera vista pudiera suponerse, me parece más oportuno oponer a la 143 perforaciones cubiertas curadas sin operación, no sólo los 4 casos que antes tomábamos en consideración, sino agregarles los 10 en que fué la anamnesis, y un criterio

mesurado la base del diagnóstico de perforación cubierta. Así se obtiene un 9 por 100, que estimo más ajustado a la realidad, y que más pecará por defecto que por exceso, de probabilidades de que producida una perforación cubierta llegue a tener lugar otro accidente perforativo.

¿Qué intervalo existe entre los dos episodios de las perforaciones iterativas? — La cuestión del riesgo presumible de que un perforado abierto o cubierto vuelva a perforarse, puede plantearse en el momento del accidente perforativo (y a esta situación se refieren los datos anteriores del 3 y 9 por 100 respectivos) o X tiempo después, cuando por primera vez veamos al ulceroso. ¿Aumenta, disminuye o persiste el riesgo inicial a medida que los meses o años transcurren? Para tener algún dato que nos ayude he anotado el tiempo transcurrido entre ambos episodios de los 24 casos de perforación iterativa doble. El resultado ha sido el siguiente: en 10, el intervalo duró un año o menos de un año; en 4, entre 1 y 2 años; en 1, entre 2 y 3; en 4, entre 3 y 4; en 1, entre 4 y 5; en 2, entre 6 y 7; en 1, entre 7 y 8, y en 1, 10 años.

Por tanto, parece que puede decirse que casi en la mitad de los casos el intervalo no excede de un año, por lo que transcurrido éste sin novedad las proporciones del 3 y 9 por 100 de riesgo de nueva perforación descienden a la mitad.

*Perforaciones iterativas de tres episodios.* — No hay duda que la perforación puede repetirse tres veces en el mismo individuo en diferentes épocas de su vida de ulceroso. Buena prueba es uno de mis casos (historia núm. 6), en el que antes de practicar un cierre había tenido ocasión de atenderle en dos accidentes clínicamente diagnosticados de perforación cubierta con la comprobación radiológica en ambos del neumoperitoneo. En otro (historia núm. 7), había en la anamnesis un episodio que parecía con bastante seguridad de perforación cubierta; más tarde la atendí por un cuadro también de perforación cubierta con neumoperitoneo, y meses más tarde le operé, practicando un cierre. En los restantes tres casos se deducía por el interrogatorio que había sufrido dos perforaciones cubiertas, siendo el tercer episodio comprobado en uno por la operación (historia núm. 8); en otro (historia núm. 9), por la presencia del neumoperitoneo, y en el último (historia núm. 10), por un cuadro claro de perforación cubierta, sin neumoperitoneo. Estimo que es posible, pero no probable, un error de interpretación en estos tres últimos pacientes, los que pudieran parecer más dudosos. Por lo demás, el que las perforaciones triples representen la cuarta parte del material entre las iterativas no me parece excesivo.

*Importancia práctica de las perforaciones iterativas.* — Hay que reconocer que es escasa, pues

su existencia no indica más que el que el simple cierre de una perforación abierta y la oclusión espontánea del orificio en otra cubierta si son magníficos procedimientos preventivos de la peritonitis difusa, que constituye el gravísimo peligro de los perforados, no son, por sí mismos, curativos del úlcus, que al seguir, en la mayoría de los casos, su evolución, puede volver a padecer, en el transcurso del tiempo, un nuevo accidente perforativo. Emplear la posibilidad de este último hecho, por grave que sea, como argumento a favor de la resección en los perforados, y en contra del simple cierre, sería ir demasiado lejos dada la poca frecuencia de las perforaciones iterativas. Considerar éstas como curioso tema clínico está bien, pero nada más.

**HISTORIA NÚM. 1.**—Hombre de cuarenta y un años. *Antecedentes.* Acidismo gástrico desde hace dos años y medio. Desde hace quince días está en temporada mala. *Episodio actual.* Hace treinta horas, dolor fortísimo ("como nunca") en epigastrio, que se irradió más tarde a todo el vientre. Duró fuerte un cuarto de hora, disminuyendo después y quedando reducido a dolorimiento, hasta que hace tres horas tuvo de nuevo un dolor muy intenso, igual al primero, que a las dos horas y media decreció, quedando también convertido en dolorimiento. Dos vómitos alimenticios inmediatamente después del comienzo. No dolor de hombros. Retención de materias y gases. *Exploración.* Respiración abdominal moderada. No hay contractura, pero no se deprime la pared de la mitad superior del vientre tan bien como la de la inferior. Dolorimiento provocado en el cuadrante derecho inferior, pero dolor bastante intenso detrás del recto supraumbilical del mismo lado. Macidez hepática conservada. Tacto rectal indoloro. P., 88. T., 36,8°. Radioscopia: No hay neumoperitoneo subdiafragmático. *Diagnóstico.* Perforación cubierta (30 horas). *Evolución.* Tratamiento conservador. Al día siguiente deja deprimir mejor la zona del recto supraumbilical derecho, que es donde únicamente queda algo de dolor provocado. El segundo día está aún mejor, pero en la tarde del tercero siente repentinamente un dolor intensísimo ("más que nunca") un poco por encima del ombligo, que se irradia a continuación a todo el vientre y al hombro izquierdo. Hay contractura generalizada con dolor provocado intenso generalizado; macidez hepática conservada; 84 pulsaciones con 36,8°, y a radioscopia se aprecia un pequenísimo neumoperitoneo derecho paracardiaco. *Diagnóstico.* Perforación abierta. *Hallazgo operatorio.* En el fondo de una cavidad, formada por la cara inferior del hígado, el bulbo y una membrana blanquecina, rota, se encuentra el orificio pequeño de la perforación bulbar. Hago resección. Curación.

**Particularidades.**—Evidente cuadro de perforación en tres fases: la inicial; la segunda, a las 27 horas (cubierta y sin neumoperitoneo), y la tercera, tres días más tarde (abierta por rotura de un pequeño absceso periorificial).

**HISTORIA NÚM. 2.** Hombre de cuarenta años. *Antecedentes.* Absolutamente ninguno gástrico. *Episodio actual.* Hace tres horas, dolor repentino y violentísimo ("como puñalada") en epigastrio, que fué aumentando de intensidad durante un cuarto de hora, calmándose después algo. Irradiación al hombro izquierdo. Un vómito. Hace dos horas le han inyectado morfina. *Exploración.* Respiración abdominal normal. Contractura generalizada de predominio supraumbilical. Dolor provocado intenso en la zona superior de ambos rectos. Macidez hepática conservada. Tacto rectal algo doloroso. P., 107. T., 37,8°. Radioscopia: Neumoperitoneo doble,

el derecho tan pequeño que sólo era visible en la radiografía. *Diagnóstico.* Perforación abierta (3 horas). Ya el paciente en la mesa de operaciones rechaza terminantemente la intervención. *Evolución.* Contra lo supuesto, se cubre la perforación, disminuyendo paulatinamente, hasta cesar, las manifestaciones del cuadro perforativo; pero en el décimo primer día, cuando todo parecía haberse, por fortuna, resuelto espontáneamente, nuevo intensísimo dolor de perforación con acentuada contractura generalizada, etc. *Diagnóstico.* Reperforación en perforación cubierta. *Hallazgo operatorio.* A primera vista no encuentro nada anormal, pero pronto se percibe que la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado está adherida a la región cardial de la curvadura menor gástrica por adherencias recientes fácilmente despegables. Entonces se comienza a oír un silbido agudo, prolongado y repetido, por salida de aire a través de la perforación, que aún no es visible. Combino con la laparotomía xifoides-ombligo practicada una movilización del reborde costal a lo Marwedel, viendo entonces el orificio situado inmediatamente por debajo del cardias. Cierre. El paciente fallece meses más tarde de absceso pulmonar por complicación postoperatoria.

**Particularidades.**—Perforado abierto que se niega a ser intervenido. La perforación se cubre espontáneamente, pero once días más tarde, cuando parecía curado, reperforación de úlcus cardial.

**HISTORIA NÚM. 3.** Hombre de cuarenta años. *Antecedentes.* De acidismo gástrico desde hace dieciséis años. Ahora en temporada mala. *Episodio actual.* Hace cinco días comenzó con "dolor muy grande en la boca del estómago", que fué aumentando paulatinamente de intensidad, irradiándose al lado derecho del vientre y al hombro del mismo lado, y que continúa intenso. Dos vómitos. Retención de materias y gases en los tres últimos días. *Exploración.* Abombamiento de la pared abdominal anterior con máximo en el epigastrio. Respiración abdominal abolida. Distensión, mejor que contractura, con mínimo en cuadrante izquierdo inferior. Dolor provocado en la región periumbilical. Macidez hepática desaparecida. Timpanismo abdominal. P., 84. T., 37,1°. No es explorado a rayos X. *Diagnóstico.* Perforación cubierta (5 días). *Evolución.* Es sometido a tratamiento médico, atenuándose poco a poco los síntomas abdominales, pero presentando fiebre y al fin el cuadro de un absceso en Douglas (disuria, tenesmo y tacto rectal positivo), que incide a los nueve días del ingreso. Curación.

Siete años más tarde vuelve al Servicio de Urgencia. No había vuelto a tener molestias de acidismo hasta hace veinte días. *Episodio actual.* Hace cuarenta y una horas, dolor violentísimo ("como nunca") en epigastrio, que se irradia al hombro y que persiste muy fuerte, a pesar de habersele inyectado tres ampollas de morfina. No vómitos. Retención de materias y gases. *Exploración.* Vientre más abombado que lo habitual. Respiración abdominal muy moderada. No hay contractura, pero sí tensión generalizada, en especial en la región supraumbilical. Vientre dolorido a la presión con mínimo en el cuadrante derecho inferior y máximo alrededor del ombligo y hacia el cuadrante izquierdo inferior. Macidez hepática abolida. P., 85. T., 37,4°. Radioscopia: No hay neumoperitoneo subdiafragmático derecho, pero bajo la cúpula izquierda se percibe una gran cámara gaseosa cuya localización intra o extraintestinal no llega a precisarse por tener que suspender la exploración por marearse el paciente. *Diagnóstico.* Perforación (¿cubierta?) (41 horas). Se decide el tratamiento médico, que se interrumpe poco después por empeoramiento del enfermo. *Hallazgo operatorio.* Al incidir el peritoneo sale gran cantidad de gas, quedando aplanada la pared abdominal. Peritonitis en la región visible. La zona pilórica está adherida a la pared abdominal anterior por bridas largas. La perforación reside en el bulbo, y a su través sigue fluyendo



líquido. Cierre de la perforación con refuerzo epiploico, pero los tejidos son muy poco resistentes. *Curso posterior.* A las cuarenta y ocho horas el vientre está de nuevo tan abombado y timpánico como antes de la operación y el paciente no se queja más que de distensión. La peritonitis mata al enfermo. *Necropsia.* Peritonitis difusa. El orificio de la perforación está abierto.

**Particularidades.**—Primeramente perforación cubierta, que se resuelve abriendo por recto un absceso en el fondo de Douglas. Cesación del acidismo gástrico. Siete años más tarde, nueva perforación con neumoperitoneo a tensión. Después del cierre se reproduce el neumoperitoneo a tensión por dehiscencia de la sutura del orificio.

**HISTORIA NÚM. 4.**—Hombre de cuarenta y ocho años. *Antecedentes.* Desde hace diez años, acidismo gástrico típico y hace cinco ofrecía a rayos X una deformación duodenal. *Episodio actual.* Hace 17 días, estando en temporada buena, tuvo un dolor repentino y fuerte en epigastrio, que se irradió al cuadrante superior derecho y al hombro, donde persiste sin interrupción. Manifiesta no tener fiebre, comer de todo y deponer diariamente. *Exploración.* La única anomalía es la presencia en la mitad inferior del cuadrante superior derecho de una tumoración o empastamiento de contornos poco precisos, muy dolorosa y algo desplazable con los movimientos respiratorios. P., 100. T., 37.2°. Leucocitosis: 19.400 eosinófil., 1; cay., 5; segm., 90; linf., 4). *Diagnóstico.* Absceso intraabdominal por perforación cubierta (17 días). *Operación.* Incisión, evacuación y drenaje del absceso. *Curación.* *Evolución.* Siete meses más tarde vuelve al Servicio de Urgencia. Había seguido con sus molestias gástricas habituales, pero desde hace dos semanas se encontraba en temporada buena. Hace ocho horas, estando jugando a los bolos, dolor repentino y violento en la región infraumbilical, que a las dos horas se irradió al resto del vientre, con máximo en el cuadrante derecho inferior. Hace siete horas dolor en el hombro derecho, que duró media hora. El abdominal, seguido, aunque con algún retortijón, continúa con la intensidad inicial. No vómitos. *Exploración.* Respiración abdominal conservada. Falta, en absoluto, toda contractura. Dolor provocado por todo el vientre, más intenso en la mitad derecha y con máximo en su cuadrante superior. Macidez hepática conservada, pero con sensación de macidez hídrica en la parte baja de la zona hepática. Tacto rectal doloroso. P., 100. T., 38.2°. Radioscopia: Pequeñísimo neumoperitoneo subdiafragmático derecho. Leucocitosis: 15.400 (basófil., 1; meta., 1; cay., 20; segmentados, 72; linf., 6). *Diagnóstico.* Perforación abierta (8 horas). *Hallazgo operatorio.* Pequeña perforación en cara anterior del bulbo. No hay más adherencias antiguas en la región que una brida larga, en alambre, que desde la cara inferior del hígado se implanta en un borde del orificio. Región vesicular normal. Cierre.

**Particularidades.**—El diagnóstico de la primera perforación, cubierta, parece lógico: por los antecedentes, el comienzo repentino y brusco del dolor estando en temporada buena, la presencia del absceso subhepático, la falta de alteraciones en la vesícula y la presencia de la brida en alambre, hechos estos dos últimos comprobados en la operación realizada contra la segunda perforación. En el segundo episodio llamaban la atención la falta de contractura, aunque el dolor espontáneo persistía intenso, y la sensación de macidez hídrica en la parte baja de la región hepática.

**HISTORIA NÚM. 5.** Hombre de treinta y seis años. *Antecedentes.* Acidismo gástrico, típico, desde hace seis años. Hace cuatro, al empezar a cenar y habiendo tomado la primera cucharada de caldo, dolor muy fuerte ("como nunca") en epigastrio, que se irradió inmediatamente a todo el vientre y al hombro izquierdo y que duró así dos horas, comenzando entonces a disminuir para acabar desapareciendo a los dos o tres días. No vómitos. Retención de materias y gases durante dos días. Quedó sin molestias gástricas. *Episodio actual.* Hallándose en temporada mala desde hace una semana, hace treinta y ocho horas, estando dormido, fué despertado por un fuerte dolor en el hombro izquierdo, que se irradió al brazo del mismo lado, pero sin dolor de estómago, que sólo comenzó un cuarto de hora más tarde, aunque muy ligero, y que se irradió al resto del vientre, en el que también era muy poco intenso. Como el dolor del hombro persistiese con gran intensidad le fué puesta una inyección de pantopón, a las dos horas y media, que le hizo desaparecer a la vez que la molestia que sentía en el estómago. Pero, sin embargo, siguió inalterado el dolor no intenso del vientre, que así continúa. Hace ocho horas desapareció el dolor del estómago, no fuerte, que se irradió a la espalda y que persiste. No vómitos. Retención de materias y gases. *Exploración.* Respiración abdominal normal. No hay contractura ni tensión. Escaso dolor provocado en la mitad supraumbilical y algo más acusado en la infra, con máximo en la mitad superior del cuadrante inferior. Macidez hepática conservada. P., 98. T., 37°. Radioscopia: Neumoperitoneo derecho. Leucocitosis: 25.000 (eosinófil., 1; cayados, 10; segm., 77; linf., 9; mon., 3). *Diagnóstico.* Perforación cubierta (38 horas). Tratamiento médico. Curación.

**Particularidades.**—Primera perforación cubierta lógicamente clara. En la segunda perforación, comienzo del cuadro con violento dolor del hombro izquierdo, que antecede y anula a la ligera molestia gástrica (rareza sintomática).

**HISTORIA NÚM. 6.** Hombre de sesenta y nueve años. Acidismo gástrico desde hace trece años con úlcus duodenal visible a rayos X. Desde hace dos semanas en temporada mala. *Primer accidente perforativo.* Hace tres días, estando acostado, dolor muy fuerte en el estómago, que así duró trece horas, decreciendo después poco a poco para cesar completamente hace veinticuatro horas. No se irradió al vientre ni al hombro. Varios vómitos. Retención de materias y gases. La respiración abdominal es normal. No hay contractura, aunque sí tensión generalizada. No hay dolor más que en la mitad infraumbilical, con máximo a la derecha. Douglas indoloro. P., 92. T., 36.5°. A radioscopia se percibe un *gran neumoperitoneo bilateral*. Con tratamiento médico es dado de alta, por curación, a los catorce días. *Segundo accidente perforativo.* No había vuelto a tener molestias gástricas cuando dieciséis meses más tarde vuelve al Servicio de Urgencia por haber sentido, veintiséis horas antes, un dolor "como de puñalada" en epigastrio que en seguida se irradió al resto del vientre, pero no al hombro, y que a las pocas horas empezó a disminuir, siendo en el momento del ingreso muy poco acentuado. Un vómito. Retención de materias, aunque no de gases. La respiración abdominal es normal. No hay contractura. Ligero dolor provocado en la mitad infra e inexistente en la supra. Macidez hepática desaparecida. P. 80. T., 36.5°. Douglas doloroso. Leucocitos: 3.800 (basófil., 1; miel., 1; cay., 4; segm., 70; linf., 22; mon., 2). A radioscopia *neumoperitoneo bilateral*. Curación con tratamiento médico. *Tercer accidente perforativo.* Vuelve cuatro años más tarde. Ha seguido alternativamente con molestias gástricas de acidismo, encontrándose desde hace una semana en temporada mala. Hace veinte horas se acentuó mucho el dolor habitual, generalizado y sin irradiación al hombro, que desde hace unas horas ha disminuido. Vómitos frecuentes. Retención de mate-

rias, pero no de gases. El paciente tiene mal aspecto y contesta con torpeza. Respiración abdominal limitada. No hay contractura franca, si bien la mitad supraumbilical no se deprime como la infra, existiendo en ésta cierta tensión. Dolor provocado en todo el vientre, con máximo en epigastrio y cuadrante derecho inferior. Macidez hepática desaparecida. P., 120; T., 36,2°. Douglas algo doloroso. Radioscopia: Neumoperitoneo bilateral amplio. Leucocitos: 9.000 (cay., 22; segm., 63; linfocitos, 15). En la operación se aprecian adherencias entre cara inferior del hígado y la región pilórica, y separándolas se percibe la perforación bulbar, que se sutura. El paciente, ya de casi setenta y cinco años, fallece una semana más tarde y no de peritonitis, según demostró la necropsia.

**Particularidades.**—Tres perforaciones cubiertas, todas con neumoperitoneo bilateral, en un espacio de cinco años. Ausencia en ellas de contractura.

**HISTORIA NÚM. 7.** Hombre de sesenta años. *Antecedentes.* Acidismo gástrico típico desde hace quince años. Hace nueve años, estando en temporada mala, dolor repentino "barbarísimo, que me hizo caer redondo", en epigastrio, con irradiación inmediata al cuadrante derecho inferior y no al hombro, que cuatro horas más tarde se transformó en dolorimiento. No vómitos. A los cuatro días fué operado por apendicitis (!). A continuación entró en temporada buena, sin molestias gástricas. *Segundo accidente perforativo.* Hace cinco días, estando bien por completo, empezó con retortijones suaves, generalizados por todo el vientre, sin vómitos ni retención de materias. Hace nueve horas dolor intensísimo ("como si me clavarán") en la mitad infraumbilical, sin irradiación al hombro, continuo, que duró dos horas, atenuándose para desaparecer al fin. No vómitos. *Exploración.* Respiración abdominal normal. Contractura, no intensa, en el cuadrante superior derecho. Dolor provocado en la mitad infraumbilical, con máximo alrededor del ombligo. Macidez hepática conservada. P., 80. T., 37,7°. Radioscopia: Pequeño neumoperitoneo derecho. Leucocitos: 14.800 (miel., 1; met., 1; cay., 19; segmentados, 62; linf., 12). *Diagnóstico.* Perforación cubierta (9 horas). Tratamiento conservador. Curación. No acepta la resección propuesta. *Tercer episodio perforativo.* Once meses más tarde vuelve al Servicio de Urgencia. Desde su primer ingreso, alguna temporada corta de ardores. Hace cuatro días, dolor fuerte generalizado, algo más intenso en la mitad derecha del vientre, que continuó, durando una media hora, con calmas de una a dos horas. Desde hace doce el dolor es más fuerte y seguido, aunque con pausas. No dolor de hombro. Vómitos el primer día. No fiebre. Retención de materias y gases. *Exploración.* Vientre muy distendido, uniformemente. No hay contractura, pero sí tensión generalizada. No hay dolor provocado más que en toda la extensión de los músculos rectos, con máximo en la región umbilical. Desaparición de la macidez hepática. P., 90. T., 37,4°. Douglas algo doloroso y abombado. Radioscopia: Enorme neumoperitoneo bilateral. *Diagnóstico.* Perforación abierta (4 días). *Hallazgo operatorio.* Al abrir peritoneo sale gran cantidad de gas, aplanándose la pared abdominal. Lesiones peritoníticas intensas y extensas. Perforación alargada en cara anterior del bulbo. Sutura con refuerzo epiploico, pero los tejidos se rasgan. Fallece a los cinco días. *Necropsia.* Peritonitis purulenta. Dehiscencia de la sutura del cierre.

**Particularidades.**—Tres accidentes perforativos, cubiertos los dos primeros en nueve años. El primero fué, lógicamente con error, tomado por apendicitis aguda. Muerte por dehiscencia de la sutura del cierre.

**HISTORIA NÚM. 8.** Hombre de cincuenta y ocho años. *Antecedentes.* Acidismo típico desde hace veintiséis

años. Hace dieciocho años y medio accidente análogo al actual: estando en temporada mala de una semana, dolor repentino y violento en epigastrio, irradiado al resto del vientre y a ambos hombros, sin vómitos, que a las tres horas comenzó a atenuarse, disminuyendo paulatinamente, hasta desaparecer a las doce horas. Fueron seguidos de una larga época sin molestias gástricas. *Episodio actual.* Hace diez horas, de repente, dolor intensísimo en epigastrio, que pronto se irradió a todo el vientre y a ambos hombros. Un vómito provocado de café negro y de un purgante ingerido. Le ha sido puesta una inyección de morfina que no le calmó nada. *Exploración.* Respiración abdominal abolida. Contractura generalizada, en tabla. Dolor provocado intensísimo en todo el vientre, con máximo en el epigastrio. Macidez hepática desaparecida con sensación de líquido prehepático al percudir. P., 134. T., 36°. Tacto rectal doloroso. Radioscopia: Neumoperitoneo derecho. Leucocitos: 21.400 (cay., 14; segm., 77; linf., 9). *Diagnóstico.* Perforación abierta (10 horas). *Hallazgo operatorio.* Gran cantidad de líquido oscuro y viscoso en cavidad (¿aceite de ricino?). Perforación en cara anterior del bulbo. Sutura. Curación.

**Particularidades.**—Parece lógico que fuesen perforaciones cubiertas los dos episodios de la anamnesis. Sensación de oleada líquida al percudir la región hepática.

**HISTORIA NÚM. 9.** Hombre de vinticinco años. *Antecedentes.* Acidismo gástrico típico desde hace dos años. Al poco tiempo de comenzar tuvo un episodio idéntico al actual: estando en temporada mala, dolor repentino y violento en epigastrio que inmediatamente se irradió al resto del vientre. No recuerda si se irradió al hombro. No vómitos. Se le puso el vientre "muy duro". Persistió hasta que transcurrida una hora le fué inyectada morfina, quedando reducido después a dolorimiento durante un día. Entró en temporada buena. Seis meses más tarde, otro accidente doloroso igual en todo el anterior. *Episodio actual.* Hace seis horas, al poco de tomar una gaseosa, otro episodio idéntico a los dos anteriores, que también desde una hora más tarde ha quedado convertido en dolorimiento. No dolor de hombro. No vómitos. A las dos horas del comienzo, inyección de morfina. *Exploración.* Respiración abdominal normal. Parece que hay contractura, tan sólo y muy ligera, en mitad supraumbilical. No hay dolor provocado más que en el cuadrante derecho inferior y es de poca intensidad. Macidez hepática conservada. P., 76. T., 37,1°. Tacto rectal indoloro. Radioscopia: Neumoperitoneo derecho. Leucocitos: 13.500 (cay., 13; segm., 69; linf., 18). *Diagnóstico.* Perforación cubierta (6 horas). Tratamiento conservador. Curación. Un año más tarde le hago una resección por persistir las molestias. No hay ni una sola adherencia. Úlcus de cara anterior bulbar. Curación.

**Particularidades.**—Tres accidentes perforativos idénticos en el curso de dos años, el último (único observado en el Servicio) con neumoperitoneo.

**HISTORIA NÚM. 10.** Hombre de cuarenta años. *Antecedentes.* Acidismo gástrico, típico, desde hace diez años. Hace siete y cuatro años tuvo dos accidentes análogos al actual: llevando una semana en temporada mala, dolor repentino y violento en epigastrio con irradiación al resto del vientre y a ambos hombros, que atenuándose paulatinamente le obligó a estar varios días en cama, con retención de materias y gases. No vómitos. Cuando su médico le exploraba el máximo del dolor residía en la zona del recto supraumbilical derecho. A continuación de estos accidentes entraba en temporada buena. *Episodio actual.* Desde hace una semana en temporada mala. Hace veinticuatro horas dolor muy fuerte y repentino en epigastrio, que inmediatamente se irradió al



resto del vientre y a ambos hombros, y que le obligaba a encogerse. Se atenuó mucho con una inyección de pantopón, puesta una hora más tarde. Desde hace diez horas ya no duele. No vómitos. Retención de materias, pero no de gases. Exploración. Respiración abdominal normal. No hay contractura. Dolor en epigastrio y más en su mitad derecha. Macidez hepática conservada. P., 80. T., 36,5°. Radioscopia: No hay neumoperitoneo. Diagnóstico. Perforación cubierta (24 horas). Tratamiento médico. Dos semanas más tarde le practicó una resección con exclusión: tumoración callosa en la mitad distal de la primera porción duodenal, muy fija; adherencia fibrosa de bulbo a vesícula; toda la cara anterior de ambas zonas yuxtapilóricas está unida a la cara inferior del hígado por adherencias laxas y edematosas, recientes vestigios del último accidente perforativo. Curación.

**Particularidades.**—Dos episodios perforativos análogos entre sí (no observados en el Servicio) e idénticos a un tercero, el que motivó el ingreso, diagnosticado de perforación cubierta, confirmada en la resección ulterior.

#### RESUMEN.

En un material de 866 casos de perforaciones ulcerosas agudas duodenogástricas encuentra el autor 29 casos de perforaciones repetidas (24, dos veces; y 5, de tres). Cree que se trata, casi siempre, de la perforación de la misma úlcera.

Estima en un 3 por 100 las probabilidades de que un úlcus duodenal perforado, tratado con el cierre del orificio, vuelve a perforarse, y en un 9 por 100 el que el mismo hecho desgraciado ocurra cuando la primera perforación fué cubierta y curó espontáneamente.

De cada cuatro perforaciones iterativas, tres fueron dobles y una triple.

En las perforaciones iterativas con dos episodios, el intervalo entre ellos no excede de un año casi en la mitad de los casos.

#### ARTÍCULOS PUBLICADOS POR EL AUTOR SOBRE PERFORACIONES GASTRODUODENALES AGUDAS

- 1.º "Perforaciones agudas de tumores malignos del estómago". Rev. Clín. Esp., 1942, tomo V, págs. 96-101.
- 2.º "Diagnóstico precoz de las perforaciones agudas ulcerosas duodenogástricas". Rev. Clín. Esp., 1942, tomo V, págs. 326-333.
- 3.º "La existencia simultánea de perforación y hemorragia en las úlceras gastroduodenales". Rev. Clín. Esp., 1942, tomo V, págs. 426-432.
- 4.º "El neumoperitoneo espontáneo explorado con los rayos X en los procesos perforativos agudos abdominales". Medicina Española, 1943, tomo X, págs. 464-494.
- 5.º "El estado de la macidez hepática en los procesos perforativos agudos del abdomen y su relación con el neumoperitoneo espontáneo comprobado con los rayos X". Rev. Clín. Esp., 1943, tomo XI, págs. 400-408.
- 6.º "Valoración de las probabilidades de perforación aguda en las úlceras gastroduodenales". Rev. Clín. Esp., 1946, tomo XXII, págs. 177-189.
- 7.º "Las perforaciones ulcerosas gastroduodenales agudas cubiertas". Rev. Clín. Esp., 1948, tomo XXX, páginas 218-248.
- 8.º "El simple cierre y la resección en las perforaciones gastroduodenales ulcerosas". Rev. Clín. Esp., 1949, tomo XXXIV, págs. 147-161.

9.º "El dolor frénico de hombro en las perforaciones ulcerosas gastroduodenales". Rev. Clín. Esp., 1949, tomo XXXV, págs. 388-391.

10. "Las perforaciones gastroduodenales agudas ulcerosas en la mujer". Rev. Clín. Esp., 1954, tomo LIII, página 37.

#### SUMMARY

In a series of 866 cases of perforation of acute gastroduodenal ulcer the writer found 29 cases of repeated perforation (24, twice; 5, three times). In his opinion repeated perforation occurs almost always in the same ulcer.

The chances that a duodenal ulcer perforates again are estimated as 3 % when the perforation was surgically closed and 9 % when the first perforation was of the covered type and spontaneous closure occurred.

Of each group of four repeated perforations, three had had two accidents, one had had three.

In cases in which perforation occurred twice the interval between accidents was not superior to a year in almost half the cases.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Bei einem Gesamtmaterial von 866 Fällen mit akuten gastroduodenalen Ulkusperforationen fand der Autor in 29 Fällen wiederholte Durchbrüche (24 Mal zwei und 5 Mal drei Perforationen). Man glaubt, dass es sich fast immer um die Perforation ein und desselben Ulcus handelt.

Man schätzt, dass ein perforiertes Duodenalulcus, das nur mit Verschluss des Zoches behandelt wurde, in 3 % wieder perforieren kann; und man ist der Ansicht, dass in 9 % sich diese unangenehme Tatsache wiederholen kann, wenn die erste Perforation spontan verklebte und so abheilte.

Von allen von uns beobachteten wiederholten Perforationen waren drei doppelt und eine dreifach aufgetreten.

Bei den repetierten Durchbrüchen war das freie Intervall zwischen 2 Perforationen in der Mehrzahl der Fälle nicht grösser als ein Jahr.

#### RÉSUMÉ

Dans un matériel de 866 cas de perforations ulcéreuses aiguës gastroduodénales, l'auteur trouve 29 cas de perforations répétées (24, deux fois, et 5, trois). Il croit qu'il s'agit presque toujours de la perforation de la même ulcère.

Il estime dans un 3 % les probabilités de que un ulcus duodénal perforé, traité par l'occlusion de l'orifice, se perfore à nouveau, et dans un 9 % que la même triste événement se répète lorsque la première perforation fut couverte et guérit spontanément. De 4 perforations itératives, trois furent doubles et une triple. Dans les perforations itératives avec deux épisodes, l'intervalle entre eux n'excede, dans presque la moitié des cas, d'un an.