

ULCERA DIGESTIVA PERFORADA

Ignacio González
Enrique Beckdorf, CONCEPCION

La úlcera digestiva se transforma en una emergencia quirúrgica en dos ocasiones : cuando sangra y cuando se perfora en peritoneo libre. Es de esta última eventualidad que nos vamos a ocupar en estos breves minutos.

El paciente con una probable úlcera digestiva perforada en peritoneo libre, crea, de inmediato, 3 problemas sucesivos al cirujano: el diagnóstico; el tratamiento o conducta terapéutica y la técnica o procedimiento quirúrgico a emplear.

El diagnóstico de una úlcera digestiva perforada en las primeras horas de ocurrido el accidente se basa en 3 elementos: a) la anamnesis; b) el exámen clínico y c) el exámen radiológico.

- a) En la anamnesis son elementos de positivo valor: el diagnóstico previo de úlcera digestiva; los antecedentes digestivos del paciente; la historia y curso del cuadro presente; la existencia de otros antecedentes que puedan dar otra interpretación al cuadro clínico.

- b) En el exámen clínico, han de destacarse como elementos importantes:
1. El estado de angustia y dolor peculiar de la perforación, que son diferentes de los que acompañan a otros cuadros dolorosos abdominales igualmente súbitos, intensos, chocantes o angustiosos como la vesícula aguda, la pancreatitis aguda, etc.
 2. El aspecto del abdomen: la hipersensibilidad, la rigidez muscular, la presencia o ausencia de meteorismo; la desaparición de la macicez hepática.
 3. El exámen rectal (dolor, derrame, etc.)
 4. La presencia de otros elementos semiológicos que pudieran indicar otras causas: estado pulmonar; vesícula palpable; presencia de derrame libre en el peritoneo; subictericia; reflejos anormales; presencia de Romberg o desigualdad pupilar; etc. etc.
- c) El exámen radiológico tiene una importancia decisiva en el diagnóstico de la úlcera digestiva perforada al delatar la presencia de aire en el espacio subfrénico o en el abdomen en general. Nos referimos a la Radiografía simple, de exploración, con enfermo de pie, y lateral con paciente en decúbito.

Cuando el cuadro tiene más de 10 o 12 horas de evolución el diagnóstico se complica por dos eventualidades: 1) la presencia de una peritonitis en evolución; 2) la oclusión espontánea de la perforación (perforación cubierta).

En ambos casos los elementos de diagnóstico siguen siendo los mismos, esencialmente, pero con el agregado de las horas de evolución, que, en cierto grado, pueden facilitar las cosas por la aparición de nuevos elementos semiológicos como la peritonitis o la tendencia a la mejoría del cuadro o a su localización, o por la eliminación de otras posibilidades diagnósticas.

En cuanto a la conducta terapéutica, tenemos que distinguir dos eventualidades: a) con diagnóstico no precisado; b) con diagnóstico confirmado.

- a) El primer caso corresponde a la actitud terapéutica frente a cualquier cuadro abdominal agudo sin diagnóstico preciso y sus elementos de conducta son:
1. Observación cuidadosa y mantenida;
 2. Control de la eventual aparición de algunas manifestaciones de especial importancia;
 3. Medidas de sostén como hidratación, sedación con algún fármaco que no altere la evolución de algunos síntomas de importancia diagnóstica; sonda gástrica de evacuación; hielo al vientre; eventual vaciamiento intestinal.
- b) La única conducta normal del cirujano frente a un cuadro confirmado de úlcera digestiva perforada

rada de menos de 12 horas de evolución es la intervención quirúrgica de urgencia. Esto significa que el paciente debe ser operado tan pronto como se le hayan realizado los exámenes indispensables y se le haya colocado en las condiciones más favorables - en su caso - para el evento.

Esta conducta tiene sólo como alternativa la posibilidad de un tratamiento médico con sonda gástrica, succión permanente, anticolinérgicos, sedantes, antibióticos, hidratación y OBSERVACION. A nuestro parecer (aunque confesamos nuestra inexperiencia en la materia) esta conducta está justificada en los siguientes casos : 1) Perforación con estómago presumiblemente vacío; 2) Cuadro relativamente benigno o que tienda a evolucionar favorablemente; 3) Ausencia de toda sospecha de peritonitis en desarrollo; 4) Contra indicación operatoria por alguna característica del paciente, siempre que a ello se agregue alguno de los puntos anteriores.

La conducta terapéutica frente a una úlcera perforada de más de 12 horas de evolución, depende fundamentalmente de la presencia o ausencia de una peritonitis en desarrollo. Si el cuadro ha evolucionado hacia la peritonitis, si aparece temperatura, si el cuadro digestivo y general tienden a agravarse, si el cuadro hemático es positivo, si el cuadro abdominal y

rectal son positivos, la conducta debe ser quirúrgica con la correspondiente urgencia.

Si por el contrario, el cuadro parece estacionario, si no aparecen signos de peritonitis y el exámen general y abdominal no revelan síntomas alarmantes, debe sospecharse la oclusión de la perforación por el epiplón o la adherencia a otras vísceras, y la conducta debe ser de espera cautelosa, colocando al paciente y a su estómago en las condiciones adecuadas de reposo, además del tratamiento general y de sostén correspondientes.

Queda por señalar, finalmente, la conducta frente a la úlcera perforada cubierta, es decir, aquella que se diagnostica por el cuadro y por la presencia de aire en el abdomen, pero que ya ha superado el momento de gravedad, tiene uno o más días de evolución y camina hacia la curación espontánea. A nuestro parecer la conducta frente a estos casos debe ser respetar la evolución espontánea hasta la completa curación clínica y reestudiar posteriormente el caso para determinar la conducta terapéutica frente a la enfermedad ulcerosa causal.

La técnica o procedimiento quirúrgico a emplear frente a una úlcera digestiva perforada es un asunto todavía debatido, por cuanto en sí mismo, ninguno de ellos

es totalmente satisfactorio. Los problemas son básicamente dos : qué hacer frente a la perforación y qué hacer frente a la probable peritonitis.

Para tratar la perforación se han establecido dos criterios:

- a) La sutura, por cualquiera de los procedimientos habitualmente recomendados: sutura directa en dos planos, sutura con resección de los bordes, sutura con tapón epiploico, y cuya elección depende tanto de las características del caso como de los hábitos y preferencias del cirujano; y
- b) La resección gástrica.

Desde que, hace casi 30 años, Sergei Judine, del Instituto Sklifasowsky de Moscú, reactualizó con singular éxito para esos años, la práctica de la resección inmediata en la úlcera perforada, un número grande de cirujanos entusiastas la ha practicado con éxitos estadísticos halagüeños, en todas partes del mundo. La conducta no está sin embargo, exenta de críticas fundadas y no podría sostenerse que pueda aplicarse sin cuidadoso discernimiento.

La oposición deriva de los siguientes aspectos:

- I. La gravedad o cuando menos, los inconvenientes de practicar una operación de la envergadura de una resección gástrica en un paciente no conveniente-

mente preparado, estudiado y conocido y en las condiciones de una intervención de urgencia.

2. La diferente gravedad de uno y otro procedimiento para tratar una complicación que mejorará con igual seguridad con el procedimiento más simple.
3. La discutibilidad básica de la resección en la úlcera digestiva; y
4. La imposibilidad de que el cirujano en ese instante pueda decidir si la úlcera de que se trata debe ser, en definitiva, tratada con una resección o con otro procedimiento quirúrgico o es de aquellas que se conducen bien con un tratamiento dietético-medicamentoso.

Frente a estos argumentos, los defensores de la R.G. de elección en la úlcera digestiva perforada oponen que los progresos de la medicina han disminuido en tal manera su gravedad que prácticamente la diferencia es nula y que con practicar una resección inmediata se evita a un considerable número de pacientes una segunda operación.

No es este el momento de agotar este interesante tema pero debemos decir que a nuestro parecer existe cada día menor número de cirujanos que consideran a la resección como procedimiento de elección para tratar

la úlcera perforada y que la tendencia mundial es volver a procedimientos más conservadores que dejen a un estudio más tranquilo la decisión en cuanto al tratamiento definitivo de la enfermedad ulcerosa. La resección queda en consecuencia como procedimiento de excepción indicado en casos en que la sutura ulcerosa sea difícil o insegura y en casos conocidos por el cirujano o por el médico de cabecera en que el procedimiento radical estaba previamente indicado y su realización se presenta en condiciones favorables.

Los antibióticos y otros progresos terapéuticos y la menor virulencia (o contaminación) inicial de la peritonitis por perforación ulcerosa, así como la oportunidad de la operación en las primeras horas, han disminuído, por lo general la necesidad del drenaje en la úlcera perforada. Los fundamentos del drenaje son : la existencia de derrame peritoneal; el número de horas transcurridas desde la perforación; la presencia de exudado purulento o fibrino purulento; la presencia de exudado o contaminación en el Douglas.

Aquel viejo decir quirúrgico de que un drenaje excesivo no hace daño y en cambio drenar de menos suele ser catastrófico, ha perdido actualidad en la cirugía moderna y la ha perdido especialmente aquella tendencia al drenaje excesivo, exagerado, de muchos cirujanos frente a la úlcera digestiva perforada, aún sin peritonitis declarada.

Hemos resumido en estos pocos minutos nuestro criterio frente a la Úlcera Digestiva Perforada. Necesariamente, para no salirnos del tiempo que se nos ha señalado, hemos tenido que ser esquemáticos. Nos consolamos pensando que los esquemas son siempre buenos como principios o guías de una conducta: la experiencia personal indica, al que la tiene y aprovecha, cuándo debe abandonar el esquema y realizar el acto excepcional. El que no tiene experiencia encontrará en el esquema una regla de oro que le permitirá hacer más beneficio y salvar más enfermos que si procede en cada caso improvisando o individualizando sin razón valedera.

Antes de terminar permitásenos agregar algunos hechos y destruir algunos prejuicios relativos a la úlcera digestiva perforada.

El número de úlceras que se perforan es bajo. A veces la perforación es la primera y única manifestación de una úlcera.

Hay úlceras que se perforan reiteradamente. Hay también úlceras que mejoran con la perforación.

La perforación no tiene significación pronóstica en la enfermedad ulcerosa, pero quien ha tenido una perforación debe cuidarse siempre.

La peritonitis por perforación no es bacteriana sino

al cabo de 12 horas. La reacción peritoneal intensa que acompaña a la úlcera gástrica perforada desde los primeros momentos es el grito de la serosa frente a la acidez y al poder enzimático del jugo gástrico o duodenal o de ambos.

El aire en el peritoneo no significa peritonitis. Sólo significa que se perforó una víscera hueca. Cerrada la perforación, el aire puede tardar todavía días en desaparecer.

CONCEPCION, Octubre de 1963.

IG/EB/fe