

Comentarios acerca de un caso de Perforación Intestinal Tífica

Por el Dr. Esteban López V.

El 7 de junio de 1949 ingresó al Hospital, Servicio Medicina 3, R. R. B. de 27 años de edad, procedente de San Pedro, con un estado infeccioso leve, que a los pocos días parecía mejorar, habiendo salido 11 días después. Reingresó el 20 del mismo mes, 9 días después por su mismo estado infeccioso, más acentuado.

Establecido el diagnóstico de fiebre tifoidea, se sometió a tratamiento en el servicio de Medicina 3, hasta que bruscamente apareció un episodio peritonítico por perforación intestinal.

En esas condiciones fué trasladado al servicio de Cirugía I, donde se exploró anotando lo siguiente en la cartulina:

La sintomatología que presentó este paciente, fué lo suficientemente manifiesta para hacer el diagnóstico inmediato.

Comentario Clínico:

El episodio agudo se presentó en este paciente en el curso de la tercera semana de enfermedad. Habiendo permanecido con fiebre clásica en meseta, estado tífico característico, y en pleno período de estado, bruscamente le apareció dolor intenso abdominal, acompañado de un agravamiento de sus condiciones generales, obnubilación mental, postración extrema y facies peritoneal. A pesar de sus precarias condiciones, había una defensa abdominal franca, y fuerte dolor espontáneo a la palpación. Ese dolor no estaba localizado a la fosa iliaca o al flanco derecho, como se encuentra en la mayor parte de los casos, era generalizado. La macidez hepática estaba borrada, el pulso se tornó tan rápido que no era posible contarle y la fiebre ascendió a 40 grados. En esos momentos, y para corroborar el diagnóstico se tomó una placa, la cual acusó un neumoperitoneo. Este signo radiológico, que es decisivo, afirmó terminantemente la existencia de la perforación.

También hubo cambios hematológicos dignos de mencionarse por lo típicos y lo demostrativos.

Es bien sabido que durante la tifoidea, hay una leucopenia más o menos marcada con aneosinofilia y monocitosis.

Cuando tiene lugar el episodio perforativo hay una alteración de este hemograma. La leucopenia tiende a desaparecer o a convertirse en una leucitosis que será tanto más acentuada, cuanto en mejores condiciones se encuentre el enfermo. Además el recuento diferencial cambia, y aparece una neutrofilia caracterís-

tica de los procesos agudos. En la peritonitis por perforación tífica, esta neutrofilia es moderada, y crece a expensas de las formas inmaduras, especialmente de los cayados.

Pues bien, en nuestro caso sucedió una cosa similar.

Durante la primera fase, hubo leucopenia (6200 leucocitos).

Los neutrófilos bajaron hasta 40% con una linfocitosis de 52. (Este crecimiento de los linfocitos ha sido descrito como frecuente en los tíficos). Los mononucleares 4% (no había mononucleosis, pero los mononucleares descendieron a 1% en la fase perforativa).

En el episodio agudo, nuestro enfermo elevó los leucocitos a 8000 y los polinucleares alcanzaron la cifra de 70%.

Como acabo de apuntar, los mononucleares cayeron a 1%.

Lástima que no se hizo recuento diferencial de polinucleares, donde seguramente se habrían visto las formas inmaduras.

Teníamos delante no un problema de clínica, ya que, como acabamos de ver, el cuadro estaba muy claro. Tanto la clínica, como la radiología, como la hematología estaban coincidiendo hacia el mismo diagnóstico de peritonitis generalizada por perforación tífica.

El problema que se nos presentaba por delante era el de la indicación quirúrgica.

Como lo he descrito, el enfermo estaba agónico, y por eso vacilábamos. Alguien sugería medicarlo previamente (transfusión, suero-tonicardiaco, etc.) pero, ante la gravedad del estado, urgía una decisión.

¿Habrá alguna posibilidad, aunque remota, de que beneficiara con la operación inmediata? ¿No era segura su muerte en la mesa de operaciones?

Muy probablemente así era, pero a la vez nos convencíamos de que con cada minuto que pasaba, menos posibilidad tendría, y no habría otra alternativa. Hacía poco tiempo el doctor Brenes Ibarra nos había presentado los casos de perforación que tuvo en el Aislamiento del Hospital San Juan de Dios, en que ninguno de los perforados se logró salvar, e hizo resaltar el hecho de que algunos no se intervinieron por su estado tan malo, pero que debido a esa circunstancia pasaron varios días —uno hasta 15— en estado agónico. Decía el doctor Brenes que el tiempo que se empleó para hacerlos recupera con suero, transfusiones, etc., sólo sirvió para agravar el cuadro.

Se admite que aproximadamente un 95% de los perforados intestinales tíficos sucumben de peritonitis purulenta difusa, si quedan abandonados a la evolución espontánea. Dicen los autores españoles: "Lo que importa saber es que en la práctica, perforación bien diagnosticada y no intervenida, equivale casi siempre a muerte del enfermo".

Esas deducciones me hicieron intervenir sin demora aplicando anestesia general, unas pequeñas gotas de éter (20 cc.) Durante la intervención se pasó un litro de suero glucosado y 300 cc. de sangre.

La presión inicial en el momento de la operación fué de 60 mm. A los 15 minutos ascendió a 80 mm. y al terminar la operación, que duró 35 minutos, la presión era de 120 mm.

Técnica Operatoria:

Se han propuesto varios procedimientos para el tratamiento quirúrgico, el más antiguo (1885) lo que unido al hecho de ser sencillo y breve, le ha convertido en el más usado, es el simple cierre de la perforación. Algunos de los principales inconvenientes que se le atribuyen son:

- 1° La posibilidad de la recidiva de la perforación por deiscencia de la sutura debido a la mala calidad del tejido en que se practica dicha sutura, y
- 2° La posibilidad de una estenosis secundaria intestinal.

Otro procedimiento recomendado ha sido la transformación de la perforación en una fístula. Especialmente está indicado este procedimiento en las perforaciones muy amplias, y consiste en la introducción en el orificio perforado de una sonda de Nelaton que se sostiene por medio de una sutura en bolsa a su alrededor.

Este procedimiento ha tenido severas críticas pero en algunos casos, especialmente debido a su rapidez, puede ser heroico.

Algunos autores han propuesto también como técnica operatoria la exteriorización del asa perforada. Es útil especialmente cuando existen dos o más perforaciones de difícil cierre. Pero sus inconvenientes son tan grandes que han hecho abandonar este sistema.

Quedan dos procedimientos más, el uno muy complejo y no recomendable en los casos corrientes, porque prolonga el acto quirúrgico y es el de la resección intestinal. Sin embargo, en ocasiones donde existe además de la perforación una porción de intestino en vías de esfacelo, la resección es obligatoria.

El último procedimiento, y que constituye el más simple, es el drenaje de la cavidad abdominal sin cierre de la perforación. Este método está indicado: 1° Cuando el estado del enfermo es extraordinariamente desfavorable; 2° Si a pesar de buscar con cuidado la perforación no es posible hallarla; y 3° En los raros casos de peritonitis localizada.

En nuestro caso, y si no hubiera sido por la mejoría que fué presentando el enfermo en el curso de la intervención, y por haber tenido la suerte de encontrar muy luego el asa perforada, repito, que si no hubiera sido por estas circunstancias, hubiéramos realizado este último método del drenaje simple. Pero, por las

circunstancias acabadas de apuntar me decidí por el primer método, cerrando la perforación por medio de una doble corona de puntos en forma de bolsa de tabaco, dejando además un drenaje de la cavidad.

Las lesiones encontradas en la cavidad fueron las siguientes:

1º Enorme cantidad de pus libre en la cavidad peritoneal, sin ninguna reacción defensiva.

2º Las asas intestinales enrojecidas, edematosas y llenas de falsas membranas.

3º Perforación situada en el iliún a 20 cm. de la válvula ilio-secal. Dicha perforación era del tamaño de un confeti de bordes muy delgados y friables por donde salía el contenido intestinal que se derramó en toda la cavidad.

Evolución:

Inmediatamente después de la intervención, la fiebre descendió un grado, manteniéndose en meseta entre 38 y 39 grados hasta el décimo día en que descendió otro grado más, manteniendo siempre la meseta por debajo de 38 grados. Dieciséis días después de la intervención, la fiebre cayó a lo normal en lisis habiéndose mantenido el resto de la evolución que fué de dos meses y medio. El enfermo abandonó el hospital el día 26 de setiembre de 1949 perfectamente curado.

Conclusiones:

El comentario que he hecho de este caso lo he considerado de gran importancia en especial por dos razones fundamentales:

1º La enseñanza que nos ha proporcionado en lo que respecta a la conducta quirúrgica que se siguió, a pesar de las vacilaciones que tuvimos, previas al acto operatorio y fundamentadas en el pésimo estado del paciente. Es, sin lugar a duda el único caso en que he intervenido en un agonizante exponiéndome a un fracaso que posiblemente hubiera dado lugar a críticas hasta cierto punto de alguna razón. Dichosamente el éxito alcanzado nos dejó la mejor enseñanza, cual es la de que toda perforación tífica en cualquier período en que se encuentre, debe de intervenir obligatoriamente. García Morán lo resume en la siguiente frase:

“...estableciendo el diagnóstico de perforación, parece que la indicación operatoria es obligada, y en efecto, se encuentran alentadoras estadísticas que hacen depender de la intervención pronta, un gran número de éxitos”.

2º La demostración del tratamiento que se siguió y en el cual no se escatimó ninguna droga, habiendo permanecido prácticamente el enfermo con venoclisis continua, unas veces suero, otras sangre, otras plasma amígen y en fin, toda la medicación antibiótica adecuada, y que dichosamente vinieron a constituir la solución favorable del caso.

Actualidades

Hemorragia masiva de úlcera Gastro-Duodenal

(Informe de la Asociación Médica
de los Estados Unidos).

Stewart y sus colaboradores creen que en vista de los últimos adelantos de la técnica quirúrgica, del mayor conocimiento en la manera de tratar la conmoción hemorrágica, y de una anestesia mejor, las ventajas de una intervención quirúrgica temprana en la úlcera péptica hemorrágica merecen considerarse más cuidadosamente que en el pasado. De acuerdo con esta idea, desde enero de 1947 el servicio quirúrgico de los autores se dedicó a estudiar un plan de tratamiento para las úlceras gástricas y duodenales agudas hemorrágicas, comprendiendo un reemplazo inmediato de sangre y una resección gástrica parcial. El estudio está todavía en progreso y no se ha llegado a conclusiones definitivas, aun cuando se están formando ya en la mente de los que están dedicados a este trabajo impresiones bien marcadas. El fin del presente informe es presentar el plan de tratamiento actualmente en uso y analizar los datos clínicos y de laboratorio compilados hasta la fecha.

Se define la hemorragia abundante aguda como puesta de manifiesto principalmente por vómitos de sangre o deposiciones negruzcas, con desmayos, palidez o pérdida del sentido a la semana de admisión al hospital. Se entiende por tratamiento quirúrgico temprano la resección gástrica con extracción de por no menos del 80% del estómago en las 24 horas siguientes a la admisión al hospital. Los únicos enfermos con hemorragia abundante aguda en el tubo digestivo superior que no se operan, son aquéllos que rehusan la operación, aquéllos que presentan claros indicios de una enfermedad sanguínea primaria con defectos de coagulación, o aquéllos que presentan pruebas de cirrosis hepática con várices esofágicas. En caso de una duda razonable acerca del origen de la hemorragia, se realiza de inmediato una laparatomía exploratoria. Cuando no se puede localizar el sitio de la hemorragia durante la laparatomía y ha habido vómito de sangre, o se encuentra sangre en el estómago o en el duodeno, se ejecuta de todos modos una resección gástrica parcial.

Se hace la determinación del volumen de sangre y del volumen del líquido extracelular a la media hora de la admisión del enfermo al hospital, iniciándose inmediatamente después una transfusión abundante de sangre. La intervención quirúrgica se lleva a cabo en el curso del reemplazo de la sangre.

En el último año se han estudiado 30 enfermos de acuerdo con el plan descrito: en 19 casos se ejecutó la operación y en 11 se siguió un tratamiento no operatorio, pues los enfermos rehusaron la intervención quirúrgica o fallecieron antes de que pudiera llevarse a cabo. En dos de los 19 enfermos se encontró que otras lesiones causaban la hemorragia; en un caso había várices esofágicas y en el otro una úlcera carcinomatosa del extremo del cardias del estómago. En ambos enfermos sólo se hizo entonces una laparatomía exploratoria a la que siguió, después de la operación, un curso de convalecencia sin novedades.

La experiencia adquirida hasta ahora indica que el tratamiento descrito proporciona un pronóstico mejor para el enfermo que un tratamiento no quirúrgico. En 17 casos operados, con un promedio inicial de eritrocitos de 2.3 millones por mc., el promedio de sangre administrada por transfusión fué de 3.5 litros. Las pruebas indican que esta cantidad fué más bien menor que mayor de la sangre necesaria.

(Stewart, J. D., Búfalo, N. Y., Masover, A. J., Potter, W. H., y Schaer, S. M.: *Surgery*, 24: 239-245 agosto, 1948. Los autores están relacionados con la Escuela de Medicina de la Universidad de Búfalo y el Edward J. Meyer Memorial Hospital).

La Aureomicinoterapia en la Brucelosis humana

(Informe de la Asociación Médica de los Estados Unidos).

Spink y sus colaboradores informan del estudio y observación hechos en 24 pacientes atacados de brucelosis humana que trataron con aureomicina. En todos los 24 casos se obtuvieron uno o más cultivos positivos de *brucella melitensis*. Dieciséis de los pacientes eran mujeres y 8 varones, oscilando en esta serie de casos la duración de la enfermedad de unos pocos días a un año. Seis de los 24 pacientes habían sido tratados sin éxito previamente con estreptomina o con estreptomina y sulfadiazina combinadas. Se principió a tratar a los pacientes con dosis de 0,5 gm. de aureomicina cada seis horas conjuntamente con 1 a 3 gm. diarios de sulfadiazina durante un período de 13 días.

Los resultados que se obtuvieron fueron tan satisfactorios que se acordó dar el mismo tratamiento a otros 8 pacientes usando aureomicina únicamente y los efectos fueron igualmente satisfactorios. Todos los pacientes tenían fiebre antes de iniciar el tratamiento; pero dos o tres días después de empezar la terapia, la temperatura fué normal. Dos de los pacientes necesitaron un se-

gundo tratamiento por haber reaparecido la fiebre, a pesar de que los cultivos hemáticos continuaron siendo negativos. La aureomicina causó reacciones tóxicas de gravedad, si bien 12 de los 24 pacientes experimentaron un súbito ascenso de temperatura, de 8 a 12 horas después de recibir la primera dosis oral. Entre las demás reacciones secundarias observadas figuraron a veces náuseas, vómitos y diarrea leve, pero estos efectos fueron pasajeros.

Los autores han llegado a la conclusión de que a pesar de los excelentes y alentadores resultados de la aureomicina en esta serie de casos, hasta la fecha sólo se ha estudiado el valor terapéutico inmediato de la aureomicina, y que se necesita todavía un largo período de observación post-hospitalaria de los pacientes para poder determinar completamente el valor de la droga en la terapia de esta enfermedad. En la actualidad se sigue observando cuidadosamente a los pacientes, con objeto de publicar en el futuro un informe sobre posibles reapariciones bacteriológicas.

(Wesley W. Spink, et al: "Aureomycin Therapy in Human Brucellosis due to *Brucella Melitensis*". Journal of the American Medical Association 138: 1145-1148, 18 de diciembre de 1948).

Aspectos técnicos del paludismo terapéutico

(Informe de la Asociación Médica de los Estados Unidos).

Kaplan y Read declaran que los refinamientos técnicos del tratamiento de la neurosífilis por medio del paludismo inducido se han pasado por alto durante mucho tiempo. Si se aprecian en lo que valen estos aspectos del tratamiento, se enfoca el problema desde un sólido punto de vista clínico, lo mismo que se comprenden los mecanismos de inmunización que entran en juego, y se adoptan en forma más general ciertas técnicas que son relativamente sencillas y que ayudan a producir cursos satisfactorios de la enfermedad. El cálculo cuantitativo de parásitos elimina la confusión y pérdida de tiempo en la aplicación del paludismo terapéutico, por cuanto ayuda muchísimo a determinar la gravedad de una determinada infección palúdica y el grado de resistencia del paciente; a prever rápidamente una reacción de inmunidad que exija intervención y reanudación del tratamiento sin necesidad de perder días y hasta meses en observación; y en la regulación bastante exacta del curso febril facilitando las inoculaciones cuantitativas.

Se ha demostrado que estirpes heterólogas de *P. vivax* producen suficiente actividad clínica, en individuos anteriormente in-

fectados de vivax, para permitir su empleo como método de rutina para la re-inoculación de neuro-sifilíticos blancos que presentan tipos de inmunidad parcial de la infección original (cinco a ocho paroxismos), con lo cual se puede prescindir de las cepas de cuartana, que no son convenientes para la reinoculación.

Se han establecido los criterios siguientes para la inoculación de paludismo en el tratamiento de la neurosifilis: (1) Los pacientes de raza blanca que han tenido ya paludismo, los procedentes de la zona del Mediterráneo, de Puerto Rico o de zonas palúdicas altamente endémicas, y todos los negros, deben ser inoculados primeramente con paludismo de la variedad cuartana, por vía intravenosa y en dosis considerables (más de 10.000.000 de parásitos). (2) Todos los demás pacientes blancos que no tengan historia de paludismo deben ser inoculados primeramente con paludismo de la variedad vivax, por vía intravenosa y con dosis de un millón de parásitos. (3) Los pacientes del grupo B en quienes se desarrollan reacciones de inmunidad parcial, con menos de cinco paroxismos, deben ser reinoculados con parásitos de cuartana. (4) Los pacientes del grupo B, en quienes se desarrollan reacciones de inmunidad parcial con cinco paroxismos o más, deben ser inoculados de nuevo con cepas heterólogas de vivax. El tioglicolato de sodio y bismuto (tiobismol), que inhibe los parásitos que se han desarrollado sólo parcialmente, puede emplearse para regular tanto las infecciones de vivax como las de cuartana cuando ocurren ciclos irregulares.

(Kaplan, Lawrence I., Nueva York, y Read, Hilton S.: Technical Aspects of Therapeutic Malaria. Am. J. Med. 4: 846-855, junio, 1948).
