

ILESTOMIA CON SONDA: ¿Es ésta la mejor alternativa en el manejo quirúrgico de las perforaciones tifólicas. ?

Por los Drs. Alejandro Membreño, F.A.C.S.;
J.C. Alcerro**y A. Barahona****

Al revisar la literatura médica mundial nos encontramos con que la "perforación tifódica" — probablemente la más temida de las posibles complicaciones observables en una de las enfermedades infectocontagiosas y endémicas todavía existente en el Tercer Mundo—continúa teniendo una alta incidencia y mortalidad, lo que la convierte—aún ahora—en una de las causas importantes de morbimortalidad en esos países. En Honduras, esa enfermedad, es decir: la Fiebre Tifoidea, también persiste siendo un flagelo de nuestro pobre pueblo y la mortalidad que la mencionada complicación provoca—es decir: la perforación del ileón terminal—sigue siendo alta. Al analizar esa literatura revisada^{1,2>3>4,5>6)7*8} nos encontramos con que la alta mortalidad observada (Tabla No. 1) entre 1964 y 1980 en los países subdesarrollados—esencialmente africanos y asiáticos—parece estar condicionada y/o ligada precisamente al factor cultural que impide la educación e información del pueblo, en relación a ello; o talvez mejor, a otro factor más importante, que es el económico, ya que la pobreza de estas gentes les impide o dificulta buscar y/o llegar temprano a un hospital. Por ello es que un alto porcentaje de estos infortunados pacientes son vistos tardíamente, cuando ya la sepsis y la tox-

AUTORES	PAISES	AÑOS	No. CASOS	MORTALIDAD
Dickson ¹	Nigeria	1964	38	58o/o
Carayon ²	A. F. del O.	1965	98	28o/o
Badoe ³	Ghana	1966	23	30o/o
Olurin ⁴	Nigeria	1966	58	31o/o
Le-Peltier ⁵	Marruecos	1971	25	46o/o
Mulligan ⁶	Nigeria	1972	63	44o/o
Welch ⁷	Tailandia	1974	50	22o/o
Pande ⁸	India	1977	138	59o/o
Santoshi ⁸	India	1980	85	29o/o

mia secundarias a la peritonitis generalizada y/o los abscesos intraabdominales—que resultan de la fácil contaminación bacteriana al ocurrir las perforaciones tifólicas del ileón terminal—así como el intenso desequilibrio hidroelectrolítico, hacen que cada uno de ellos llegue con una combinación de choque séptico, cardíaco y metabólico lo que los convierte en pacientes insalvables o irrecuperables, a pesar de las más enérgicas medidas de resucitación que se empleen. En los países en vía de desarrollo, sin embargo—y afortunadamente para ellos—no se observaron (Tabla No. 2) tan altos porcentajes de mortalidad entre 1957 y 1984, en vista de que los factores mencionados previamente ya no son un verdadero problema social y de alguna manera han sido solventados, lo que les da cifras

* Cirujano General de Emergencias y Profesor de Cirugía del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras.

** Cirujano General de Emergencias del Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

*** Cirujano General del Hospital del Sur, Choluteca, Honduras.

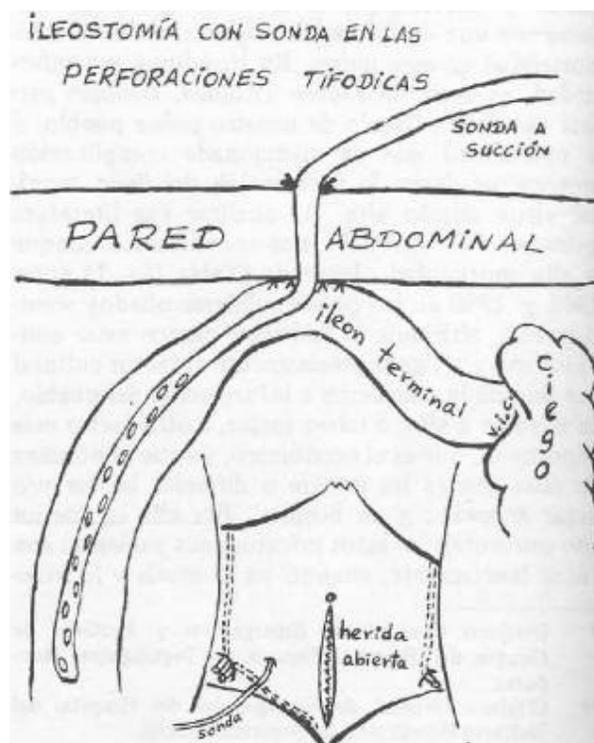
TABLA No. 2
MORTALIDAD EN PERFORACIONES TIFODICAS EN PAISES
EN VIAS DE DESARROLLO

AUTORES	PAISES	AÑOS	CASOS	MORTALIDAD
Conroy ²	Korea	1957	50	22o/o
Li ²	Hong Kong	1963	20	10o/o
Dawson ²	Korea	1970	213	13o/o
Kim ²	Korea	1973	161	10o/o
Angorn ⁹	A. del Sur	1975	24	29o/o
Khan ¹⁰	Pakistán	1982	22	18o/o
Keenan ¹¹	A. del Sur.	1984	23	9o/o

de mortalidad relativamente bajas y/o aceptables—que oscilan entre 9 y 29o/o—si las comparamos 2, 9, 10, 11 con aquellas (Tabla No. 1) de los países del tercer mundo, que oscilan entre 22 y 59o/o. En Latinoamérica, solo pudimos obtener dos referencias bibliográficas^{12,13} procedentes de México —país también en vías de desarrollo— con mortalidades que oscilaron entre 31 y 30o/o respectivamente. Más específicamente, en nuestra área geográfica—es decir: en el Caribe y en Centroamérica— únicamente encontramos dos referencias bibliográficas procedentes de Guatemala y de Haití y en ellas el Dr. Lizarralde¹⁴ reportó una mortalidad global de 30o/o y el Dr. Eustache¹⁵ una de 26o/o, respectivamente. Vale la pena aclarar que recientemente, en 1984, encontramos que la mortalidad más baja reportada^{1*} en los países en vías de desarrollo de solo 9o/o—proviene de África del Sur y fue observada en un grupo de niños. Lo mismo sucedió con el "increíblemente bajo" porcentaje de mortalidad—de solo 3o/o—reportado por el Dr. Vargas³ en 1975, también en un grupo pediátrico estudiado en un hospital* mexicano. ¿Será la edad pediátrica un factor de buen pronóstico?. Más nos impresionaron, sin embargo, dos reportes relativamente viejos—entre 1963 y 1973, respectivamente—de mortalidades bajas, ambas de solo 10o/o, observadas por los Drs. Li y Kim² de Hong Kong y Korea—respectivamente—países también en vías de desarrollo en el Continente Asiático.

Hace más o menos 10 años, un cirujano de Ghana—el Dr. Archampong—se hacía¹⁶ la misma pregunta que uno de nosotros (El Dr. Membreño) se

había hecho unos 2 años antes, al iniciar éste último sus labores como Cirujano de Emergencias en nuestro recordado Hospital General "San Felipe", en relación a las perforaciones tifódicas vistas en sus respectivos hospitales: ¿Por qué tanta mortalidad?. Nuestra impresión—así como la del Dr. Archampong—era desde entonces que ello se debía ante todo a la tardanza con que esos casos eran vistos en nuestro hospital, ya que los pacientes eran llevados a nosotros casi moribundos. Al mismo tiempo, nos dimos cuenta de la alta morbilidad que en general se observaba en los pacientes que sobrevivían a la operación de emergencia, cualquiera que fuera el procedimiento quirúrgico empleado; con la aclaración de que para ese tiempo la operación más usada era el "cierre primario simple" de la o las perforaciones. Pero en especial, nos llamó la atención la alta frecuencia de fístulas intestinales postoperatorias observadas en esos casos. Para entonces—en 1975—apareció un artículo, procedente de la India, sobre una nueva operación que estaba usando el Dr. Kaul¹⁷ y que parecía tener buen



futuro. Tomando esa referencia bibliográfica como base, decidimos iniciar entonces un estudio prospectivo usando ese nuevo procedimiento quirúrgico (Fig. No. 1) para compararlo más tarde con otros utilizados por nosotros y otros cirujanos.

Un reporte preliminar de nuestro estudio fue publicado en 1984 en México^{1 8} y en el, nuestro porcentaje global de mortalidad—hasta entonces—era de más o menos 17o/o, lo cual nos situaba ya en regular posición estadística.

Sin embargo, no podíamos demostrar todavía—lo cual había sido nuestra intención inicial—que la operación propuesta por uno de nosotros (El Dr. Membreño) era la mejor alternativa para reducir la morbimortalidad en cualquier caso de perforación tifódica. Ahora, 10 años después, terminamos nuestro estudio y podemos entonces dar los resultados finales obtenidos, así como analizarlos y compararlos con otros estudios similares recopilados de la bibliografía mundial, para entonces poder responder a la interrogante planteada en el título de este artículo.

TÉCNICA OPERATORIA

La operación propuesta por nosotros, y basada en aquella reportada por Kaul⁷ en 1975, consiste esencialmente en explorar la cavidad peritoneal a través de una incisión media, vertical e ínfraumbilical, para identificar el íleon terminal y encontrar en el la "perforación" lo más rápido posible. A continuación, se aísla esa asa ileal y se hace entonces un lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal con suero fisiológico tibio. Luego se introduce una sonda de Levin estéril en el segmento proximal de íleon y yeyuno por la misma perforación, sin desbridar sus bordes, para entonces sacar esa sonda a través de una pequeña herida de contrabertura en la pared abdominal, a nivel de la fosa ilíaca derecha. La sonda se fija (Fig. No. 1) alrededor de la perforación con puntos de seda en sorjete, así como al peritoneo parietal anterior y a la piel a nivel de la herida de contrabertura, cuidando de que esa asa terminal de íleon no quede en mala posición—con el objeto de prevenir una futura complicación: la oclusión intestinal yatrogénica por hernia interna—o muy tensa.

Preventivamente se dejan drenos Penrose en ambas correderas parietocolicas y en el fondo de saco de Douglas. Para finalizar, la herida operatoria se cierra cuidadosamente por planos—enfaticando en el uso de alambre para la fascia—pero dejando siempre la piel abierta para cicatrizar por segunda intención o cerrarla en los próximos 5 a 7 días, según el caso. La sonda se conecta allí mismo a succión, para descomprimir el intestino proximal, y luego se pone a succión intermitente—postoperatoriamente—dejándola así por unos 2 días, para después mantenerla en drenaje a gravedad y terminar quitándola a los 10 ó 12 días postoperatorios.

MATERIAL Y MÉTODOS

La primera etapa⁸ de nuestro estudio de investigación se basó esencialmente en la revisión exhaustiva de todos los expedientes de pacientes que egresaron, durante el período de enero de 1975 a octubre de 1982, de los Hospitales General y Escuela de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras, con el diagnóstico final de "perforación tifódica". Esto nos dio un número total de 54 casos, como "muestra inicial" de un "universo" de 489 pacientes ingresados a esos hospitales—en ese período—con Fiebre Tifoidea. En una segunda etapa revisamos los expedientes de aquellos casos que egresaron con el mismo diagnóstico, pero esta vez únicamente del Hospital Escuela y durante el período de Noviembre de 1982 a Diciembre de 1984. Al mismo tiempo, durante esa segunda etapa, se agregaron al estudio 5 casos operados por uno de nosotros (El Dr. Alcerro) en el Hospital del Seguro Social de Tegucigalpa y 4 casos operados por otro de nosotros (El Dr. Barahona) en el Hospital del Sur de Choluteca, lo cual nos dio un período total de investigación prospectiva de 10 años y nos agregó 24 casos más, para así sumar un gran total de 78 con un promedio de casi 8 casos por año.

En esta ocasión estamos analizando retrospectivamente todos esos casos, pero únicamente desde el punto de vista de la morbimortalidad observada, tanto globalmente como relacionada con los diferentes tipos de operaciones utilizadas. Vale la pena hacer constar qué, tanto en la primera etapa de nuestro estudio—entre enero de 1975 y octubre de 1982—como en la segunda—entre noviembre de

1982 y diciembre de 1984—el diagnóstico de "perforación tifódica" fue hecho esencialmente en base al cuadro clínico que presentaba cada paciente al momento de ingresar a la Sala de Emergencia y/o en base a los hallazgos operatorios; ya que la prueba laboratorial que se usa en nuestros hospitales para corroborar ese diagnóstico—es decir: el Welch Stuart—se hizo solamente en forma ocasional en los casos vistos en el Hospital General "San Felipe" y aunque en el Hospital Escuela se hizo en 19 de 24 casos investigados— en otro estudio *⁹ similar reciente—para casi un 80o/o, y de que la positividad de ese examen fue de casi un 85o/o—es decir: en 16 de 19 casos —los resultados obtenidos con ella no son aceptables en vista de que en la actualidad ya no se utiliza ni es confiable² como prueba diagnóstica laboratorial en Fiebre Tifoidea. El diagnóstico únicamente puede ser confirmado laboratorialmente con el "hemocultivo", lo que siempre era solicitado pero infortunadamente casi nunca reportado o, peor aún, hecho. También conviene recalcar que tanto en la primera muestra como en la segunda, se investigaron tanto niños como adolescentes y adultos; pero que, la operación propuesta por nosotros fue realizada en el grupo de niños en solo 4 casos, el resto lo fue en adolescentes y adultos.

RESULTADOS

Nuestro trabajo de investigación retrospectiva esencialmente se limitó a recabar los resultados obtenidos en nuestros hospitales, durante el período de 10 años entre 1975 y 1984, en relación a la morbilidad observada en todos los tipos de operaciones usadas en los 78 casos de "perforaciones tifódicas". Esas operaciones fueron: a) desbrida-

miento y cierre primario, en 31 casos; b) ileostomía con sonda, en 29; c) cierre primario simple, en 13; y d) ileostomía terminal, en solo 5 casos. En relación a la mortalidad postoperatoria observada (Tabla No. 3), la ileostomía con sonda fue la operación que tuvo menor porcentaje — con solo más o menos 10o/o— y los dos tipos de cierre primario, sin o con desbridamiento, ocuparon los siguientes porcentajes—con más o menos 15 y 16o/o respectivamente—y la ileostomía terminal ocupó el último lugar con un porcentaje alto, de 40o/o, aunque solamente fueron 5 pacientes operados en esa forma y por lo tanto el número de casos y muertos es muy bajo para ser confiables. Por esa razón es que este último procedimiento no fue incluido en el análisis que hicimos de la morbilidad observada (Tabla No. 4) con el que concluimos que de los otros 3 procedimientos

TABLA No. 4
MORBILIDAD COMPARATIVA DE VARIAS OPERACIONES
EMPLEADAS EN LAS PERFORACIONES TIFODICAS

TIPOS DE COMPLICACIONES	CIERRE SIMPLE	CIERRE CON DESBRIDAMIENTO	ILEOSTOMIA CON SONDA
INFECCION DE LA HERIDA	7 de 13 53o/o	13 de 31 42o/o	8 de 29 27o/o
DEHISCENCIA DE LA HERIDA	3 de 13 23o/o	7 de 31 23o/o	3 de 29 10o/o
REPERFORACION O NUEVA PERFORACION	1 de 13 7o/o	4 de 31 13o/o	1 de 29 3o/o
PERITONITIS Y SEPSIS	2 de 13 15o/o	6 de 31 20o/o	3 de 29 10o/o
ABSCESO(S) INTRAPE- RITONEAL (ES)	2 de 13 15o/o	3 de 31 10o/o	1 de 29 3o/o
FISTULA INTESTINAL	2 de 13 15o/o	3 de 31 10o/o	1 de 29 3o/o

TABLA No. 3
RESULTADOS DE VARIAS OPERACIONES EMPLEADAS EN PERFORACIONES TIFODICAS

OPERACIONES	No. CASOS	MURIERON	PORCENTAJES MORTALIDAD
DESBRIDAMIENTO Y CIERRE PRIMARIO	31	5	16o/o
ILEOSTOMIA CON SONDA	29	3	10o/o
CIERRE PRIMARIO SIMPLE	13	2	15o/o
ILEOSTOMIA TERMINAL	5	2	40o/o
TOTALES:	78	12	15o/o

empleados, también la ileostomía con sonda ocupó el primer lugar, ya que los porcentajes vistos con ella—en relación a complicaciones propias del acto quirúrgico, o del tipo de patología, como: infección y/o dehiscencia de la herida operatoria, reperfusión o nueva perforación, peritonitis y/o sepsis abdominal, absceso(s) Intraabdominal(es) y formación de fístula intestinal—en realidad fueron los menores y por lo tanto estadísticamente importantes y/o significativos, al compararlos con aquellos observados con las otras dos operaciones, en especial en relación a lo observado con las

infecciones o dehiscencias de la herida operatoria y con la formación de abscesos intraperitoneales o fístulas intestinales, como complicaciones post-operatorias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Recientemente, el Dr. Butler—del Centro Internacional para la Investigación de las Diarreas, en Bangladesh—publicó²¹ los resultados de una extensa revisión de la bibliografía mundial, que él y sus colaboradores realizaron sobre aspectos epidemiológicos relacionados con la Fiebre Tifoidea y la "perforación tifodica", encontrando—y recalcando—datos interesantes e importantes como: 1) La incidencia global de perforación tifodica, en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, en un total recopilado de 57.864 casos de Fiebre Tifoidea, fue de 1448—0 sea, solo un 2.50/o—y la mortalidad promedio, en esos casos de perforación, fue de 430/o; 2) si esa mortalidad por perforación tifodica se relacionaba con el número total de muertes por Fiebre Tifoidea, en los reportes revisados de varios de esos países subdesarrollados o en vías de desarrollo, se encontró que esa complicación causó el 250/o de esas muertes; y 3) la incidencia de perforación tifodica en países realmente desarrollados ha sido y es mínima, ya que ellos encontraron que antes de 1950—es decir: en la era previa al uso de los antibióticos—en países como Inglaterra y los Estados Unidos de América oscilaba entre 0.8 y 3.60/o con una mortalidad, causada por esa complicación, que oscilaba entre 56 y 1000/o; pero en la era de los antibióticos—es decir: después de 1950—la "perforación tifodica" ha desaparecido totalmente en países como Escocia, Suecia, Suiza y los Estados Unidos de América, a pesar de que se han reportado 1234 casos de Fiebre Tifoidea. Sin embargo, llama la atención el hecho de que ellos encontraron que en Rusia—país supuestamente desarrollado—fueron reportados recientemente 17 casos de "perforaciones tifódicas" y que 6 de ellos—es decir: el 350/o—fallecieron. Ahora bien, también recientemente el Dr. Pande publicó⁷ sus resultados en relación al mismo tema, encontrando solo un 10/o de casos de "perforaciones tifódicas"—es decir: 344 casos en 38932 casos de Fiebre Tifoidea—dato que nos sirvió de comparación (Tabla No. 5) con el único dato que nosotros pudimos obtener en nuestra investigación hospita-

TABLA No. 5
INCIDENCIA REAL DE LAS PERFORACIONES TIFODICAS

AUTOR	FIEBRE TIFOIDEA NUMERO DE CASOS	PERFORACIONES NUMERO PORCIENTO
PANDE ⁷	38932	344 10/o
MEMBREÑO ¹⁸	489	54 110/o

Iaria(18) inicial y preliminar, es decir: la incidencia de "perforación tifódica" en pacientes hospitalizados por Fiebre Tifoidea, que fue de 11 %.

Por otro lado, también de nuestra revisión bibliográfica logramos comparar (Tabla No. 6) lo observado por Archampong *⁶ con lo que nosotros detectamos—en relación al factor de pronóstico

TABLA No. 6
MORTALIDAD EN RELACION AL INTERVALO ENTRE PERFORACION Y OPERACION EN LAS PERFORACIONES TIFODICAS

INTERVALO	No. CASOS	SOBREVIVIERON	MURIERON	MORTALIDAD
< 24 HORAS	92	79	13	140/o
24-28 HORAS	57	44	13	230/o
48-72 HORAS	51	35	16	310/o
> 72 HORAS	30	6	24	800/o
ESTADISTICAS DE ARCHAMPONG ¹⁶				
< 24 HORAS	31	29	2	6.50/o
24-48 HORAS	9	8	1	11 0/o
48-72 HORAS	2	2	0	0 0/o
> 72 HORAS	8	2	4	87 0/o
NO ESPECIFICADO	6	4	2	33 0/o
NUESTRA CASUISTICA INICIAL ¹⁷				

que se dice y/o cree es el más importante, es decir: el intervalo entre perforación y operación en estos casos—en los resultados de nuestra investigación¹⁸ preliminar, corroborando lo afirmado por ese autor en el sentido de que el pronóstico era pésimo si el paciente tenía más de 72 horas de perforado al ser operado. También, la revisión bibliográfica hecha demostró (Tabla No. 7) que el tratamiento conservador ya no tiene cabida en el manejo moderno de las "perforaciones tifódicas", lo cual ha sido recalorado—aún más—recientemente por los Drs. Bitar y Tarpley en su excelente revisión y análisis²² históricos sobre el tema; y por lo tanto, todo paciente al que se le diagnostique clínica y radiológicamente una "perforación intestinal", con claros

TABLA No. 7
COMPARACION DE LA MORTALIDAD SEGUN EL TRATAMIENTO
USADO EN PERFORACIONES TIFÓDICAS¹

AÑOS	CONSERVADOR			QUIRURGICO		
	No. CASOS	MORTALIDAD No. PORCIENTO		No. CASOS	MORTALIDAD No. PORCIENTO	
1958-61	21	19	90c/o	18	10	56c/o
1962-65	26	22	88c/o	23	13	56c/o
1966-69	57	48	84c/o	23	16	69c/o
1970-73	61	49	80c/o	29	16	55c/o
1974-77	42	27	64c/o	45	28	58c/o
TOTALES	206	165	80c/o	138	81	58c/o

indicios de que ha sido causada por una "enteritis tifódica", su manejo debe incluir una "laparotomía exploradora urgente" lo más pronto posible, después de adecuadas evaluación, preparación y hasta resucitación—si es necesaria—preoperatorias.

¿Cuál es, entonces, el mejor procedimiento quirúrgico a utilizar cuando nos encontramos con que efectivamente—al explorar el abdomen—existe una evidente peritonitis generalizada causada por una o más perforaciones ileales, claramente producidas por una enteritis tifódica?. El análisis de nuestra intensa revisión bibliográfica (Tabla No. 8) y de los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación—ambos enfocados a contestar la interrogante planteada—aclaran fácilmente las contro-

versias que han existido por muchos años, en relación al uso correcto de los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos empleados por varios cirujanos en estos difíciles casos. Es evidente que la operación más usada en estos casos, es decir: el "cierre primario"—con o sin desbridamiento de los bordes de la úlcera tifódica perforada—así como otros procedimientos menos usados (p. ej.: la hemicolectomía derecha, solo drenajes de la cavidad peritoneal, la exclusión ileal y la ileostomía lateral asociada a cierre primario) conllevan una alta mortalidad postoperatoria—que oscila entre 28 y 50c/o—todavía inaceptables para estos tiempos. En nuestra opinión, la mortalidad postoperatoria no debería exceder del 10c/o, lo cual solo es logrado por las ileostomías—con la excepción de la ya mencionada ileostomía lateral—simple, en asa o terminal, y con sonda, ambas externas y verdaderamente descompresivas. Sin embargo, conviene aclarar lo siguiente: a) Los resultados reportados por Vargas^{1,3} no fueron incluidos en la suma de casos de la revisión bibliográfica en los que solo se hizo cierre primario, en vista de que esa publicación—en nuestro criterio—no es confiable; b) varios autores realizaron resección intestinal, con reanastomosis primaria, en algunos casos de múltiples perforaciones (Tabla No. 8), obteniendo en conjunto una mortalidad postoperatoria aceptable de 11c/o, lo cual nos sorprendió pero al mismo tiempo nos indica que hacer ese procedimiento en esos casos es la mejor, sino la única, alternativa; c) la "ileostomía con sonda" solamente apareció reportada por su iniciador en la revisión bibliográfica hecha y con una mortalidad con porcentaje alto—de 22c/o—en solamente 9 casos así manejados; pero en nuestro estudio (Tabla No. 3) la mortalidad postoperatoria al usar este procedimiento fue de solo 10c/o; d) la ileostomía simple o terminal fue empleada por dos autores en muy pocos casos—solo en 11—como para darle importancia a la baja mortalidad postoperatoria observada—de menos del 10c/o—en la revisión bibliográfica; y e) estadísticamente—en relación a este controversial aspecto, es decir: la mortalidad operatoria según el procedimiento quirúrgico empleado—el primer lugar lo ocupó el Dr. Badejo al reportar^{2,3} un impresionantemente bajo porcentaje de solo 3c/o (Tabla No. 8) al emplear una combinación de varios procedimientos quirúrgicos, es decir: aspiración y descompresión ileal con sonda a través de la perforación, cierre

TABLA No. 8
RESULTADOS DE VARIAS OPERACIONES EMPLEADAS EN PERFORACIONES TIFÓDICAS¹

OPERACIONES	AUTORES	No. CASOS	MUERTES	PORCIENTO
1. SOLO CIERRE PRIMARIO CIERRE PRIMARIO O 2. RESECCION ANASTOMOSIS Y LAVADO PERITONEAL	VARIOS ²	497	149	30c/o
3. EXCLUSION ILEAL	SANTOSHI Y LIZARRALDE	79	27	28c/o
4. RESECCION Y ANASTOMOSIS	VARIOS ³	66	7	11c/o
5. ILEOSTOMIA LATERAL Y CIERRE PRIMARIO	LIZARRALDE	23	8	35c/o
6. HEMICOLECTOMIA DERECHA	VARIOS ⁴	13	6	46c/o
7. SOLO ILEOSTOMIA	KIM, KEEMAN	11	1	10c/o
8. SOLO DRENAJES	KIM, OLURIN	10	5	50c/o
9. ILEOSTOMIA CON SONDA	KAUL	9	2	22c/o

(1) Revisión de la Bibliografía Mundial
(2) Estadísticas de Kim, Welch, Parfitt, Ristache, Khan, Santos, Badejo, Keenan y Olurin
(3) Estadísticas de Kim, Welch y Olurin
(4) Estadísticas de Khan, Weir, Keenan y Olurin

primario o resección intestinal con reanastomosis primaria y lavado peritoneal continuo en el postoperatorio con una solución de Dextran con 4 gms. de Cloranfenicol por litro y 1 millón de U.I. de Trasylol por litro.

En conclusión, nuestra opinión es que en primer lugar ésta potencialmente fatal complicación de la Fiebre Tifoidea no debería observarse más en cualquier país en el que se realice una verdadera purificación del agua; o qué, como lo dice el Dr. Hornick²⁴ claramente, ésta enfermedad sea prevenida con el uso de una vacuna oral atenuante en niños. En segundo lugar, creemos que en un caso de perforación tifódica única sea cual sea su evolución clínica, pero en especial en aquellos casos difíciles, la operación más conveniente a realizar es la "üeostomía con sonda", como lo aconsejamos nosotros, asociada a un "lavado peritoneal" intra operatorio intenso así como "continuo" postoperatoriamente (Fig. No. 2), como lo aconseja el Dr. Badejo. En los casos "favorables" de perforación tifódica única, puede utilizarse la alternativa de cierre primario, con o

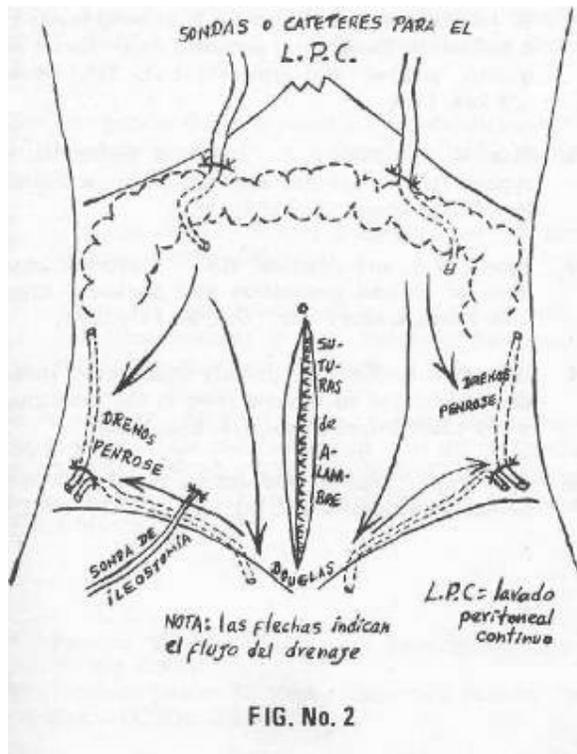


FIG. No. 2

sin desbridamiento. En tercer lugar, en un caso de múltiples perforaciones tifódicas—dos o más—las posibles alternativas operatorias son (Tabla No. 9) según el caso: 1) Una resección intestinal del segmento afectado, con reanastomosis primaria; o

TABLA No. 9

RAZONAMIENTO PARA EL USO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ADECUADO EN LAS PERFORACIONES TIFÓDICAS

- 1.- En pacientes con una sola perforación, no tóxicos ni sépticos y con menos de 72 horas de evolución:
 - a) **CIERRE PRIMARIO SIMPLE Y LAVADO PERITONEAL**
- 2.- En pacientes con una sola perforación pero tóxicos y/o sépticos, y con más de 72 horas de evolución:
 - b) **ILEOSTOMIA CON SONDA Y LAVADO PERITONEAL CONTINUO**
- 3.- En pacientes con dos o más perforaciones, no tóxicos ni sépticos y con menos de 72 horas de evolución:
 - c) **RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL**
4. En pacientes con dos o más perforaciones, tóxicos y/o sépticos y con más de 72 horas de evolución:
 - d) **RESECCIÓN CON ILEOSTOMIA TERMINAL; o**
 - e) **SOLO ILEOSTOMIA EN ASA**

2) una simple ileostomía, en asa o terminal, operaciones que en nuestra revisión bibliográfica (Tabla No. 8) promediaron mortalidad operatorias aceptables de 11 y 100/o, respectivamente. Y por último, estamos conscientes de que—como lo dice el Dr. Ajao²⁵ en sus conclusiones—en un caso difícil, en el que estén presentes varios de los ya conocidos factores de mal pronóstico, es decir: a) más de 72 horas de intervalo entre perforación y operación (Tabla No. 6), el más importante para nosotros; b) dos o más perforaciones; c) más de tres semanas de intervalo entre el inicio clínico de la fiebre Tifoidea y la perforación; d) falta de experiencia del cirujano tratante; e) sepsis abdominal; etc., cualquier procedimiento quirúrgico que se emplee fallará ya que el paciente posiblemente morirá debido a una combinación de desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal y/o hepática y choque séptico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Dickson J.A.S. and Colé C.J.: "Perforation of the terminal ileum"; Brit. J. Surg., 51: 893,1964.
- 2.- Kim J.P.-, Oh S.K. and Jarrett F.: "Management of ileal perforation due to typhoid fever"; Ann. Surg., 181/1:88,1975.
- 3 - Badoe E.A.: "Typhoid perforation of the ileum in Korle Bu Hospital, Accra"; Ghana Medical Journal, 5:83,1966.
- 4.- Olurin O., Ajayi O.O. and Bohrer S.P.: "Thypoid perforations"; J.R. Colleg. Surg. Ed., 17: 353, 1972.
- 5.- Mulligan T.O.: "The treatment of typhoid perforation of the ileum"; J. R. Colleg. Surg. Ed., 17: 374, 1972.
- 6.- Welch T.P. and Martin N.C.: "Surgical treatment of typhoid perforation"; The Lancet, May 10, 1975, Page 1078.
- 7.- Pande S.K. and Chouhan M.K.: "Typhoid enteric perforation"; Br. J. Suig., 69: 173,1982.
- 8.- Santoshi B. and Eggleston F.C.: "Typhoid perforation: a choice of operation"; Br. J. Surg., 68: 341, 1981.
9. Angom I.B., Píllay S.P., Hegarty M. and Baker L.W.: "Typhoid perforation of the ileum: a therapeutic dilemma"; S.A. Medical Journal, May 3, 1975, Page 781.
10. Khan A.R. and Anjun Rana S.: "Typhoid perforation: resulte of surgical treatment"; J.P.M.A., 1:46, 1982.
11. Keenan J.P. and Hadley G.P.: "The surgical management of typhoid perforation in children"; Br. J. Surg., 71: 928,1984.
12. Beltran B.F.: Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil; Ediciones Médicas, Pág. 344,1969.
13. Vargas M. and Peña A.: "Perforated viscera in typhoid fever: a better prognosis for children"; Jour. Ped. Surg., 10/4:531 1975.
14. Lizarralde E.: "Typhoid perforation of the ileum in children"; Jour Ped. Surg., 16/6: 1012,1981.
15. Eustache J.M. and Kreis D.J.: "Typhoid perforation of the intestine"; Arch. Surg., 118:1269, 1983.
16. Archampong E.Q.: "Typhoid ileal perforations: why such mortalities?"; Br/j. Surg., 63:317, 1976.
17. Kaul B.K.: "Operative management of typhoid perforation in children"; ínter. Surg., 60/8: 407, 1975.
18. Bravo N., Beríoz R. y Membreno A.: "Tratamiento quirúrgico de las perforaciones tifoídicas"; Rev. Gastroenierol. Mex., 49/1:19,1984.
19. Narvaez Molina L.E.: "La perforación intestinal como complicación quirúrgica de la fiebre tifoidea"; Tesis de Graduación, Escuela de Medicina, U.N.A.H., pag. 52,1984.
- 20.- Javier C.: Comunicación personal, 1985.
- 21.- Butler T., Knight J., Nath S. K., Speelman P., Roy S. K. and Azad M.A.K.: "Typhoid fever complicated by intestinal perforation: a persisting fatal disease requiring surgical management"; Rev. Inf. Disea., 7/2:244,1985.
22. Bitar R. and Tarpley J.: "Intestinal perforation in typhoid fever: a historical and state-of-the-art review" Rev. Infect. Disea., 7/12:257,1985.
23. Badejo O.A. and Arighabu A.O.: "Operative treatment of typhoid perforation with peritoneal irrigation: a comparative study"; Gut, 21:141,1980.
24. Homick R.B.: Selective primary health care: strategies for control of typhoid fever in the developing world"; Rev. Infect. Disea., 7/4: 536,1985.
25. Ajao O.G.: "Typhoid perforation: factor s affecting mortality and morbidity"; Int. Surg., 67:317,1982.