

---

# Perforaciones espontáneas de vísceras huecas del tubo digestivo: Manejo quirúrgico moderno

---

*Dr. Alejandro A. Membreño-Padilk, \* F.A.C.S., M.SJ.L.A.C.*

---

## INTRODUCCIÓN

Anatómicamente, en la cavidad abdominal existen normalmente tres tipos de vísceras huecas: el tubo digestivo—desde el estómago al recto—en el primer lugar; la vesícula biliar y la vejiga urinaria, en segundo lugar. Este trabajo será enfocado únicamente al manejo quirúrgico de las perforaciones de las primeras. Ahora bien, ocasionalmente éstas vísceras huecas del tubo digestivo se "perforan libremente" a la cavidad peritoneal en forma "espontánea", por alguna razón. Las causas de estos "accidentes espontáneos"—o mejor dicho: las patologías o enfermedades que pueden provocar ese tipo de complicaciones, como parte de la historia natural de ellas—se enumeran en la tabla No. 1 y de ellas, definitivamente, las más frecuentes en nuestro medio hospitalario son tres: a) las úlceras pépticas, duodenal o gástrica; b) la(s) ulceración(es) tifóidea(s) del íleon; y c) la diverticulitis aguda del colon. Merecen éstas, por lo tanto, especial interés en relación a su manejo quirúrgico y por consiguiente, este trabajo lo enfocaré estrictamente hacia ello.

En las tres existe un factor patogénico común, que es aquel en el cual al perforarse la víscera hueca—e insisto:

\* Cirujano General de Guardias del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras y Profesor de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

## TABLA No.1

### POSIBLES CAUSAS DE PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE LAS VÍSCERAS HUECAS DEL TUBO DIGESTIVO\*

- 
- 
- A) ÚLCERAS PÉPTICAS
    - I. Gastroduodenales
    - 2- En un Divertículo de Meckel
  - B) INFLAMACIONES AGUDAS
    - 3- Apendicitis
    - 4. Enteritis Tifóidea
    - 5. Diverticulitis Intestinal
    - 6. Colecistitis Gangrenosa
    - 7. Colitis Ulcerativa
    - 8. Enteritis Regional
  - C) GRANULOMAS INTESTINALES
    - 9. Amebiasis
    - 10. Tuberculosis
    - II. Eosinofílicos
    - 12. Por Enfermedad de Crohn
  - D) NEOPLASIAS GASTRO-INTESTINALES

\* Excluyendo las oclusiones intestinales estrangulantes, las obstrucciones de colon con asa cecada y los íleos intestinales vasculares con gangrena.

"espontáneamente", para excluir en este trabajo todas aquellas perforaciones, o mejor dicho: "roturas o estallamientos", cuyas etiologías sean esencialmente traumáticas y no neoplásicas o más específicamente inflamatorias, como en estos casos-hay salida del contenido del segmento del tubo digestivo afectado a la cavidad peritoneal con la consecuencia lógica de ello, que es la "peritonitis de tipo mixto", por la quemadura e inflamación agudas del peritoneo provocadas por ciertas sustancias químicas y la contaminación bacteriana, respectivamente. Esta última es la que en realidad va a terminar siendo el factor de pronóstico más importante en el curso de las siguientes horas, después de la perforación libre, por lo que, según el "contenido bacteriano" del segmento intestinal perforado así será la intensidad- o "virulencia"- de la peritonitis aguda que se desarrollará. En este sentido, es muy sencillo clasificar las perforaciones intestinales en "ricas", "millonarias" y "multimillonarias" (tabla No.2), según sean altas, medias o bajas respectivamente- de acuerdo al nivel anatómico del tubo digestivo en donde se localiza(n) la(s) perforacion(es)- en primer lugar- y según sea la concentración esperada de bacterias, en especial las anaerobias, en el segmento intestinal afectado-en segundo lugar-de tal manera que así, las úlceras pépticas, pero en especial la duodenal, será(n) ejemplo(s) clásico(s) de una perforación "alta y rica", la(s) perforación(es) tifódica(s) del ileon terminal lo será(n) de una "media y millonaria" y, finalmente, la di verticuli tis aguda del colon sigmoideo, con perforación libre a la cavidad peritoneal-con la siguiente peritonitis fecal-lo será de una "baja y multimillonaria".

TABLA No. 2	
TIPOS DE PERFORACIONES NO TRAUMATICAS DE VISCERAS ABDOMINALES HUECAS:	
Según su nivel anatómico y grado de contaminación bacteriana.*	
1.	ALTAS o gastroduodenales → "RICAS" Ejemplo: ULCERAS PEPTICAS
2.	MEDIAS o yeyunoileales → "MILLONARIAS" Ejemplo: PERFORACIONES TIFODICAS
3.	BAJAS o colónicas → "MULTIMILLONARIAS" Ejemplo: DIVERTICULITIS AGUDA
* Especialmente por "ANAEROBIOS"	

Excluyo de este trabajo, como causa de perforación espontáneas de viscera hueca intrabdominal, a la apendicitis aguda, ya que en esta patología generalmente no se produce el fenómeno de una verdadera perforación intestinal al no haber "contaminación bacteriana" directa de la luz intestinal- en este caso del ciego- a la cavidad peritoneal, ni quemadura del peritoneo por sustancias químicas, con la subsecuente peritonitis aguda de tipo mixto, como ocurre en los otros 3 ejemplos, sino que lo que ocurre- y repito, general y teóricamente- son: la rotura de un absceso puramente apendicular o una apendicitis gangrenosa supurada, las que pueden llevar a una "peritonitis puramente bacteriana" o a la formación de un "absceso periapendicular", con "plastrón" o sin el, según sea la virulencia de la infección bacteriana y/o la resistencia del individuo.

Ahora bien, ¿qué procedimiento quirúrgico es el mejor para cada uno de estos tres ejemplos? El objetivo primordial de este trabajo de investigación clínica es el de comparar las mortalidades observadas en varias operaciones empleadas en ellas- luego de una exhaustiva revisión de bibliografía sobre el tema -con las que se han encontrado en las operaciones que se hacen o practican en nuestros hospitales, en relación a esos tres ejemplos clásicos de perforaciones intestinales, para así, luego de analizarlas, sacar conclusiones y hacer las recomendaciones pertinentes. Esto dará respuesta a la interrogante planteada.

#### PERFORACIONES POR ULCERAS PÉPTICAS GASTRODUODENALES

Cuando un cirujano general- o gastrointestinal- es llamado en interconsulta urgente para evaluar un paciente cualquiera con una evidente "ulcera péptica gastroduodenal perforada", se espera de él que opere lo más pronto posible a ese enfermo para salvarle la vida; y en realidad, eso sería lo lógico en la mayor parte de los casos. Sin embargo, se nos presentará ocasionalmente más de alguno (as) paciente en tan mal estado general, con tan alto riesgo anestésico o con alguna contraindicación para la cirugía, que no nos quedará más alternativa posible para "recomendar", al colega que nos pidió la interconsulta, manejar ese o esos casos conservadoramente. Al revisar la bibliografía en relación a este manejo conservador como alternativa en ciertos casos, impresiona encontrarse con un porcentaje global bastante bajo- y por lo tanto aceptable- de mortalidad, de solamente un 6% en los 103 casos reportados (1-5)

a) que este tipo de complicación es relativamente rara en nuestro medio hospitalario puesto que entre 1969 y 1986 -es decir: en 18 años -solo se recopilaron 90 casos -es decir: 5 por año -de perforaciones de úlceras pépticas: b) que la mayoría de ellas fueron manejadas quirúrgicamente (tabla No.4) con "cierre simple", con o sin parche omental y/o derivación -75 casos -y que con esta operación nuestra mortalidad post-operatoria es

TABLA No.4

MORTALIDAD EN VARIOS TIPOS DE MANEJO (CONSERVADOR O QUIRURGICO) USADOS EN PACIENTES CON ULCERA PEPTICA PERFORADA\*

TIPOS DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS	No. de Casos	Mortalidades	
		No.	%
NO OPERATORIO	2	1	50
<b>OPERATORIOS:</b>			
CIERRE PRIMARIO SIMPLE CON O SIN PARCHES OMENTAL Y/O DERIVACION	75	7	±9
VAGUECTOMIA/PILOROPLASTIA	4	1	25
VAGUECTOMIA/ANTRECTOMIA	2	1	50
GASTRECTOMIA SUBTOTAL	7	4	±57
VAGOTOMIA PARIETAL	NINGUNA		

\* EN LOS HOSPITALES: GENERAL SAN FELIPE, ESCUELA Y LEONARDO MARTINEZ.

similar a la observada en la revisión bibliográfica internacional; c) que casi no hemos hecho "operaciones definitivas" en estos casos y, en especial, no hemos hecho ninguna "vagotomía selectiva" y d) que nuestra experiencia tratando este tipo de pacientes en forma conservadora -es decir: sin operación -es mínima y por lo tanto no significativa.

En resumen, en base a lo observado en esta revisión y el análisis de la bibliografía internacional y nacional -muestreo que en mi opinión es imparcial, real y especialmente representativo -se puede concluir lo siguiente: 1) que ante todo, el manejo de este tipo de complicación de las úlceras pépticas gastroduodenales es quirúrgico, aunque en algunos casos puede manejarse a estos pacientes conservadora mente; 2) que la operación más usada en estos casos es el "cierre simple" de la perforación, con o sin parche omental; 3) que ésta operación en nuestras manos tiene el mismo porcentaje de mortalidad post-operatoria que el promediado en otras series internacionales; 4) que sin embargo, la tendencia actual parece ser la de usar más ciertos tipos de operaciones definitivas -es decir, algún tipo de vagotomía -como manejo quirúrgico de estos pacientes, aunque nosotros todavía no hemos adoptado esta actitud quirúrgica; 5) que en realidad existe una diferencia estadística importante -y ante todo significativa -entre los porcentajes de mortalidad post-operatoria observados en la operación más popular -es decir, el cierre simple -y las menos usadas -es decir, las vagotomías selectivas -que definitivamente favorecen a las últimas; y 6) que aún entre las vagotomías selectivas y las troncales-no selectivas-con o sin resección gástrica, el porcentaje de mortalidad post-operatoria también es menor en las primeras, aunque talvez éste no sea considerado significativamente importante desde el punto de vista estadístico.

En base a estas conclusiones, personalmente recomendaría las al terna uvas anotadas en la tabla No.5 como "manejo quirúrgico" del paciente con una úlcera péptica gastroduodenal perforada, siempre y cuando sea posible operarlo. Sin embargo, vale la pena aclarar que estas recomendaciones no son absolutas y que siempre deberán basarse en la experiencia personal del cirujano -ante todo -así como en ciertos otros parámetros básicos como: a) el tiempo transcurrido entre perforación y operación, teóricamente el más importante; b) el grado de contaminación peritoneal, realmente el de mayor importancia; c) el estado nutricional y hemodinámico del paciente, siempre importante; d) el antecedente o no de síntomas previos de enfermedad ulcero péptica, demostrado o no; y e) la edad del paciente; parámetros que nos permiten catalogar acada paciente como "difícil o no difícil" -ante todo - y también como "agudo o crónico", lo cual a la vez nos permitirá tomar la decisión correcta en cada caso.

TABLA No.5

ALTERNATIVAS EN EL MANEJO QUIRURGICO  
DE LA ULCERA PEPTICA PERFORADA\*

- 1.- PACIENTE "MUY MAL RIESGO OPERATORIO" Y EN ESPECIAL SI ES MENOR DE 70 AÑOS
    - A) MANEJO CONSERVADOR NO OPERATORIO
  - 2.- PACIENTE "DIFICIL" POR VARIAS RAZONES Y/O CATALOGADO COMO "AGUDO"
    - B) CIERRE SIMPLE DE LA PERFORACION CON O SIN PARCHES OMENTAL Y/O DRENAJES
  - 3.- PACIENTE "BUEN RIESGO OPERATORIO", NO DIFICIL Y CON ULCERA DUODENAL CRONICA
    - C) OPERACION DEFINITIVA:
      - a.- VAGUECTOMIA TRONCAL + DRENAJE\*\*
      - b.- VAGUECTOMIA TRONCAL + ANTRECTOMIA
  - 4.- PACIENTE "JOVEN Y/O NO DIFICIL" CON O SIN ANTECEDENTES DE ULCERA PEPTICA
    - D) VAGOTOMIA PARIETAL SUPERSELECTIVA CON CIERRE PRIMARIO, EN CASOS DE ULCERA DUODENAL
    - E) GASTRECTOMIA SUB TOTAL CON O SIN VAGUECTOMIA TRONCAL, EN CASOS DE ULCERA GASTRICA
- \* CRITERIO PERSONAL DEL AUTOR \*\* ANTE TODO: PILOROPLASTIAS

También hay que recordar que la tendencia actual de efectuar una "operación definitiva" en los siguientes años, parámetro especialmente importante en aquellos casos en los cuales si existía -definitivamente -el antecedente de enfermedad ulcero-péptica crónica. Empero, algunos otros autores (1,5,9,16) recomiendan una operación definitiva -es decir, cualquiera de las vagotomías con o sin resección, según el caso -en "todos los pacientes" con este tipo de complicación de la enfermedad ulcero-péptica. Sin embargo, habría que

tomar en consideración el hecho de que en las dos últimas décadas la incidencia de esta complicación en realidad ha disminuido, o por lo menos parece que existe esa tendencia, lo cual favorecería el "manejo quirúrgico conservador" -es decir, el cierre primario simple, con o sin parche omental- en aquellos pacientes que pueden ser operados, ya que posteriormente pueden ser manejados adecuadamente (24) con medicamentos modernos antiulcerosos-pépticos, con lo cual se evitaría la recidiva de la úlcera. Estas mismas recomendaciones y/o alternativas, que propongo o sugiero, son las que sumariza (25) muy claramente el doctor Hasapes, en un artículo reciente y específico sobre este controversial tema.

### PERFORACIONES TIFODICAS

En base a mi experiencia, y en mi opinión, este tipo de perforaciones intestinales son las más frecuentemente observadas en nuestros hospitales y, además, las más peligrosas de las tres que se están estudiando, ya que la "peritonitis aguda generalizada de tipo mixto" que ellas provocan, siempre terminará siendo muy séptica y rápidamente llevará a la septicemia en vista de la contaminación peritoneal bacteriana masiva que ocurre al perforarse el ileon terminal -en primer lugar -así como por la toxemia que la propia enfermedad primaria conlleva -en segundo lugar -y como por la exagerada quemadura del peritoneo, que tanto los jugos intestinales como las toxinas tifódicas le provocan -en tercer lugar - todo lo cual llevará al paciente a un estado de sepsis intraperitoneal, septicemia y toxemia en pocas horas, que podrían llevar al paciente a la muerte, si además se agrega un DHE severo. Por estas razones indudablemente el manejo de estos pacientes debe ser ante todo quirúrgico y por lo tanto, cada uno de estos pacientes tienen que ser operados lo más pronto posible.

Ahora bien, en base a un estudio (26) de investigación mió-recientemente publicado -que evalúa tanto nuestra experiencia con una técnica quirúrgica especial (tabla No.6) como la de otros autores con otros procedimientos (tabla No.7), es obvio que las conclusiones y en especial mis recomendaciones (tabla No.8) dadas en ese artículo, serán las mismas que yo daría en esta ocasión. Vale la pena, sin embargo, aclarar y agregar aquí -para finalizar -que en este tipo de perforaciones intestinales el factor o parámetro más importante en relación al manejo quirúrgico que se use, a su morbimortalidad y al pronóstico de estos pacientes, sí lo es -definitivamente

TABLA No.6

MORTALIDAD DE VARIAS OPERACIONES EMPLEADAS EN PERFORACIONES TIFODICAS\*

OPERACIONES	No. Casos	Murieron	Porcentaje Mortalidad
DEBRIDAMIENTO Y CIERRE PRIMARIO	31	5	16%
ILEOSTOMIA CON SONDA	29	3	10%
CIERRE PRIMARIO SIMPLE	13	2	15%
ILEOSTOMIA TERMINAL	5	2	40%
TOTALES	78	12	15%

\*CASUÍSTICA DE LOS HOSPITALES: GENERAL SAN FELIPE, ESCUELA Y DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE TEGUCIGALPA Y DEL HOSPITAL DEL SUR DE CHOLUTECA, HONDURAS, C.A., ENTRE 1975 Y 1984 (10 AÑOS)

TABLA No.7

MORTALIDAD OBSERVADA EN VARIAS DE LAS OPERACIONES EMPLEADAS EN PERFORACIONES TIFODICAS\*

OPERACIONES	Autores	No. Casos	Muer- tos	Porcen- tajes
1. SOLO CIERRE PRIMARIO	VARIOS	497	149	30%
2. CIERRE PRIMARIO O RESECCION-ANASTOMOSIS CON LAVADO PERITONEAL	BADEJO	165	5	3%
3. EXCLUSION ILEAL	SANTOSHI Y LIZARRALDE	79	22	28%
4. RESECCION Y ANASTOMOSIS	VARIOS	65	7	11%
5. ILEOSTOMIA LATERAL Y CIERRE PRIMARIO	LIZARRALDE	23	8	35%
6. HEMICOLECTOMIA DERECHA	VARIOS	13	6	46%
7. SOLO ILEOSTOMIA	KIM Y KEENAN	11	1	10%
8. SOLO DRENAJES	KIM Y OLURIN	10	5	50%
9. ILEOSTOMIA CON SONDA	KAUL	9	2	22%

\*REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA MUNDIAL

TABLA No.8

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO QUIRURGICO DE LAS PERFORACIONES TIFODICAS

1. En pacientes con una sola perforación, no tóxicos ni sépticos y con menos de 72 Hrs. de evolución: **cierre primario**
2. En pacientes con una sola perforación pero tóxicos y/o sépticos, con más de 72 Hrs. de evolución: **ileostomía 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: **resección-anastomosis término-terminal.**
4. En pacientes con dos o más perforaciones tóxicos y/o sépticos, con más de 72 horas de evolución: **resección con ileostomía terminal o solo ileostomía en asa.**

-el intervalo entre perforación y operación, como lo enfatizé en otro artículo (27) (tabla No.9), en comparación con el primer ejemplo, de las úlceras pépticas perforadas, en el que esto (1,4,5,8,9,13,14,16), es en realidad controversial.

TABLA No.9

MORTALIDAD EN RELACION AL INTERVALO ENTRE PERFORACION Y OPERACION EN LAS PERFORACIONES TIFODICAS.

Intervalo	No.Casos	Sobrevi- vieron	Murieron	Mortalidad
<24 hrs.	92	79	13	14%
24-48 hrs.	57	44	13	23%
48-72 hrs.	51	35	16	31%
>72 hrs.	30	6	24	80%

Brit. J, Surg.; 63:317, 1976 (según ARCHAMPONG)

Intervalo	No.Casos	Sobrevi- vieron	Murieron	Mortalidad
<24 hrs.	31	29	2	10%
24-48 hrs.	9	8	1	11%
48-72 hrs.	2	2	0	0%
>72 hrs.	6	2	4	67%
no determinado	6	4	2	33%

### DIVERTICULITIS COLONICA AGUDA PERFORADA

En la excelente monografía que sobre este tema publicó (28) hace ya varios años el Dr. Colcock -uno de los cirujanos con mayor experiencia en el manejo quirúrgico de las complicaciones de la clíverticulosis colónica -se hace énfasis en que la perforación de un divertículo del colon, agudamente inflamado, es decir: durante un episodio de "diverticulitis aguda", se observa con mucha mayor frecuencia en el colon sigmoide, ocasionalmente en el colon descendente y muy raramente en el colon transversal. Con este concepto estoy yo totalmente de acuerdo y es por eso que he tomado como único ejemplo de una "perforación multimillonaria" a la diverticulitis aguda del colon sigmoide con perforación espontánea.

Además, vale la pena aclarar -como dice (29) el Dr. Miller hacia donde puede perforarse un divertículo sigmoideo agudamente inflamado: a) hacia el meso sigmoide, es decir, entre las hojas de ese meso y por lo tanto "no libremente", formando o no un absceso mesocólico; b) hacia la cavidad peritoneal, es decir, fuera del mesosigmoide, pero formando rápidamente un "absceso y/o plastrón peridiverticular", con peritonitis localizada; y c) "libremente" hacia la cavidad peritoneal, es decir, la clásica perforación libre con "peritonitis fecal generalizada". La primera no será considerada en este trabajo en vista de que su manejo es esencialmente conservador, en la gran mayoría de los casos. Las dos últimas constituyen "verdaderas emergencias quirúrgicas", ya que si estos pacientes no son operados rápidamente -siempre por supuesto después de sospechar uno de esos diagnósticos, si el caso lo permite o, por lo menos, al diagnosticar una evidente peritonitis generalizada no traumática, con o sin gas libre subdiafragmático -pueden caer en sepsis intraperitoneal y/o sistemática rápida y fácilmente, lo cual ensombrece todavía más el pronóstico o lo vuelve fatal.

Ahora bien, revisando la bibliografía internacional pertinente encontré (28-32) que la tendencia actual de los cirujanos es -definitivamente- a ser más agresivos en el momento de la operación -es decir, a reseccion primariamente, con o sin colostomía protectora -en vez de ser conservadores -es decir, no reseccion y colostomizar -al explorar pacientes con estos dos tipos de perforaciones colónicas.

En especial, vale la pena enfatizar sobre la excelente y exhaustiva revisión bibliográfica (30) que recalca la

controversia relacionada con el manejo quirúrgico de estos casos -es decir, si ser un cirujano agresivo o conservador, en estos tiempos -hecha por los Drs. Krukowski y Matheson recientemente. En base a esa revisión bibliográfica y en la experiencia personal de otros dos autores (31,32) es que se elaboró la tabla No.10, la cual resume la experiencia mundial relacionada con la mortalidad pos-operatoria de los diferentes procedimientos quirúrgicos que se han empleado en pacientes con este tipo de "perforaciones libres" de la diverticulitis aguda sigmoidea y que, además, apoya y/o favorece la actitud agresiva de algunos cirujanos al enfrentarse con este tipo de complicaciones de la diverticulitis colónica. Por otro lado, se agregó la experiencia personal de los Drs. Browne y Stoller (33) con lo que yo llamo: el "procedimiento de Hartmann Modificado", es decir: sutura de la perforación sin resección, pero con división del sigmoide por arriba o próximamente al segmento afectado, más cierre del muñón distal y sigmoidostomía terminal, ya que la mortalidad pos-operatoria reportada por ellos -de solo un caso en 23 operados, es decir: menos del 4%-podría servir de base para apoyar también, en ciertos casos, esta operación.

TABLA No.10

MORTALIDADES REPORTADAS EN VARIOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EMPLEADOS EN PERFORACIONES DE COLON SIGMOIDE POR DIVERTICULITIS.

Procedimientos	No.Casos	Mortalidad	Porcentajes
COLOSTOMIA CON O SIN SUTURA Y/O DRENAJES	669	193	± 29%
DRENAJES CON O SIN SUTURA	156	34	± 22%
EXTERIORIZACION	84	11	± 13%
RESECCION/COLOSTOMIA SIN ANASTOMOSIS (+)	279	34	± 12%
RESECCION/ANASTOMOSIS Y SIN COLOSTOMIA	100	9	9%
RESECCION/ANASTOMOSIS PERO CON COLOSTOMIA	50	2	4%
HATMANN MODIFICADO (x)	25	1	4%

(+) Ante todo: procedimientos de Hartmann tradicionales

(x) Sin resección pero "sí" con sutura de la perforación y drenajes.

Recientemente, mi experiencia personal con dos casos así manejados ha sido excelente y podría agregarse a la casuística anterior.

Por supuesto que la agresividad de algunos cirujanos está plenamente justificada con las estadísticas encontradas y con el hecho de que, en definitiva, para el paciente es mejor una sola operación que dos o tres y, por lo tanto, ésta podría ser la única o la mejor conclusión del análisis de la revisión bibliográfica hecha. Sin embargo, vale la pena recalcar y/o aclarar que en ciertos casos -es decir: en pacientes con demasiada contaminación y/o sepsis intraperitoneal, ya sea generalizada o más aún localizada ["absceso(s)"], o con "tumoración (es)" que técnicamente sea(n) difícil(es) de resear -lo mejor es ser conservador en la primera operación (tabla No.11) realizando el mencionado procedimiento de Hartman Modificado, ya que con el se obtendrán excelentes resultados inmediatos y la continuidad del colon -después de resear el segmento afectado, pero ya enfriado -puede ser restituido en 4 a 8 semanas, sin ningún problema. Para finalizar, conviene agregar y/o enfatizar que este procedimiento puede ser utilizado en "ciertos casos difíciles" de un diverticulitis sigmoide no perforada, así como en aquellos casos de

perforaciones al mesosigmoide -con o sin absceso -que no respondan rápida y satisfactoriamente al tratamiento intensivo con antibióticos especiales. Creo que tomando tal actitud conservadora en el manejo quirúrgico de estas emergencias quirúrgicas del colon, se logran dos objetivos básicos: 1) reducir la mortalidad en esta primera operación, al no hacer una anastomosis primaria, como concluyeron recientemente (34,35) los doctores Scott-Conner y Peoples; y 2) en mi opinión, lograr una mejor resección y anastomosis terminoterminal con segmento o muñones de colon -proximal y distal al enfermo -ya enfriados, en la segunda operación. Con esto el resultado global del manejo del paciente -es decir: la sobrevivencia al insulto inicial y el regreso del colon a su función normal, al final -será el mejor posible que podremos ofrecerle.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kirkpatrick J.R.: "The role of definitive surgery in the management of perforated duodenal ulcer disease"; Arch. Surg., 110:1016,1975.
2. Kay P.H., Moore K.T.H. and darle R.G.: "The treatment of perforated duodenal uicer"; Brit. J. Surg., 65:801,1978.
3. Donovan A.J., Vinson T.L., Maulsby, G.O. and Gewin, J.R.: "Selective treatment of duodenal ulcer with perforation"; Ann. Surg.,189:627,1979.
4. Crofts T.J., Park K.G.M., Steele R.J.C., ChungS.S.C andliA.K.C.: "Arandomizedtrialofmonoperative treatment for perforated peptic ulcer"; N.E.J.M., 320:970,1989.
5. Kirkpatrick J.R. and Bouwman D.L.: "A logical solution to the perforated ulcercontroversy"; Surg. Gyn. Obst., 150:683,1980.
6. Harkins H. N.: "Stomach and Duodenum" in Surgery, Principies and Practice; J.B. Lippincott Conmpany, Third Edition, Page 780,1985.
7. Dermis C. and Gliedman M.L.: "Esophagus and Gastrointestinal Tract" in Colé and Zollinger Text Book of Surgery; Appleton-Century-Crofts, Ninth Edition, Page 724,1970.
- 8.SawyerJ.L.,HerringtonJ.L.,MulherinJ.L.,Whitehead W.A., Mody B. and Marsh J.: "Acute Perforated Duodenal Ulcer: An evaluation of surgical management"; Arch..Surg.,l 10527,1975.
9. Hamilton J.E.: "Perforated Ulcer: Vagotomy with Piloroplasty is preferable to simple closure and to subtotal gastrectomy"; Hospital Medicine, July: 39,1970.

TABLA No.11

ALTERNATIVAS EN EL MANEJO QUIRURGICO DE LA DIVERTICULITIS COLONICA PERFORADA\*

1. PACIENTE "MUY MAL RIESGO OPERATORIO"  
A) Colostomía con Sutura y/o Drenajes  
"CIRUGIA DE TRES TIEMPOS"
2. PACIENTE "TECNICAMENTE DIFICIL"  
B) Exteriorización  
C) Operaciones de Hartmann  
D) Resección-Anastomosis con Colostomía  
"CIRUGIA DE DOS TIEMPOS"
3. PACIENTE "JOVEN Y NO DIFICIL"  
E) Resección-Anastomosis sin Colostomía  
"CIRUGIA DE UN TIEMPO"

\* Criterio personal del autor.

10. Sawyers J.L and Herrington J.L.: "Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and suture plication"; *Ann. Surg.*, 185: 656,1977.
11. Postlethwat R.W.: "Retrospective study of operations for peptic ulcer"; *Surg. Gyn. Obst.*, 149: 703, 1979.
12. MaTceaud P., Trollet P., Bourgue R.A. Lou W., Piché P. and McManus J.: "Experience with hyperselective vagotomy in patients with duodenal ulcer"; *Surg. Gyn. Obst.*, 149:663,1979.
13. Boey J., Wong J. and Ong. G.B.: "A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcer"; *Ann. Surg.*, 195: 265,1982.
14. Boey J., Lee N.W., Koo J., Lam P.H.M., Wong J. and Ong. G. B.: "Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers: A prospective controlled trial"; *Ann. Surg.*, 196: 338,1982.
15. Jordán P.H. and Korompai F.L.: "Evolvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer"; *Surg. Gyn. Obst.*, 142:391,1976.
16. Bennett K.G., Cannon J.P. and Organ C.H.: "Is duodenal ulcer perforation best treated with vagotomy and pyloroplasty?"; *Am.J.Surg.*, 150:743, 1985.
17. Tanphiphat C, Tanprayoon T. and Nathalang A.: "Surgical Treatment of Perforated Duodenal Ulcer: A prospective trial between simple closure and definitive surgery"; *Br. J. Surg.*, 72: 370,1985.
18. Christiansen J., Andersen O.B., Bonnesen T. and Baekgaard N.: "Perforated duodenal ulcer managed by simple closure versus closure and proximal gastric vagotomy", *Brit. J. Surg.*, 74:286,1987.
19. Jordán P.H.: "Proximal gastric vagotomy without drainage for treatment of perforated duodenal ulcer"; *Gastroenterology*, 83:179,, 1982.
20. Boey J., Wong J. and Col.: "Proximal Gastric Vagotomy: the preferred operation for perforations in acute duodenal ulcers"; *Ann. Surg.*, 208: 169,1988.
21. Brooks J.R., Kia D. and Membreño A.A.: "Truncal Vagotomy and Pyloroplasty for Duodenal Ulcer"; *Arch. Surg.*, 110:822,1975.
22. Cassis L.G.: "Úlcera Péptica en el Hospital General y Asilo de Inválidos"; *Rev. Med. Hond.*, 44:151, 1976.
23. Drury J.K., McKay A.J., Hutchison J.S. and Joffe S.N.: "Natural history of perforated duodenal ulcers treated by suture closure"; *Lancet*, october 7:749,1978.
24. Thompson J.C.: "The Role of Surgery in Péptic Ulcer"; *N.E.J.M.*, 307:550,1982.
25. Hasapes G. y Bridges K,G.: "Úlcera péptica perforada"; *Mundo Medico*, Marzo: 35/1988.
26. Membreño A., Alcerro J.C, y Barahona A.: "Úeostomía con Sonda: ¿Es esta la mejor alternativa en el manejo quirúrgico de las perforaciones tifólicas?"; *Rev. Med. Hond.*, 54:221,1986.
27. Bravo N., Berlío R. y Membreño A.: "Tratamiento quirúrgico de las perforaciones tifólicas"; *Rev. Gastroent. México*, 49:19,1984.
28. Colcock B.: "Complications of diverticulitis" in *Diverticular Disease of the colon*; W.B. Saunders Company, Monograph of the Series: Major Problems in Surgery, Page 72,1971.
29. Miller D. W. and Wicheru W.A.: "Perforated Sigmoid Diverticulitis: Appraisal of primary versus delayed resection"; *Am. J. Surg.*, 121:536, 1971.
30. Krukowski 2.H. and Matheson N.A.: "Emergency surgery for diverticular disease complicated by generalized and faecal peritonitis: a review"; *Brit. J. Surg.*, 71:921,1984.
31. Madden J.L. and Tan P.Y.: "Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with abscess or diffusing peritonitis"; *Surg. Gyn. Obst.*, Nov.: 646,1961.
32. Gregg R.O.: "An ideal operation for diverticulitis of the colon", *Am. J. Surg.*, 153: 285,1987.
33. Browne M.K. and Stoller J.L.: "Intraperitoneal Noxythiolin in faecal peritonitis"; *Brit. J. Surg.*, 57:525,1970.
34. Scott-Conner C.E.H. and Scher K.S.: "Implications of Emergency Operations on the Colon"; *Am. J. Surg.*, 153:535,1987.
35. Peoples J' /ilk D.R., Maguire J.P. and Elliott D.W.: "Re^w^esment of primary resection of the perforated segment for severe colonic diverticulitis"; *Am. J. Surg.*, 159:291,1990.