

ARTICULOS ORIGINALES

Úlcus crónico gastroduodenal perforado

Análisis de 100 observaciones *

Dres. Carlos Leoni, Francisco Di Leoni y Roberto Perdomo *

Se analizan 100 observaciones de úlcera crónica gastroduodenal perforada tratadas por varios cirujanos del Hospital de Clínicas de Montevideo. Se extraen diversas conclusiones relativas a: incidencia, topografía predominante, presentación clínica y radiológica, tratamiento efectuado, y evolución de los pacientes.

Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS: Peptic ulcer perforation.

La úlcera perforada gastroduodenal es la segunda gran causa de peritonitis difusa aguda, siguiendo a las de origen apendicular.

De ahí que nos haya parecido de interés el análisis de esta complicación en el intento de establecer las características que ella presenta en nuestro medio, dentro de un centro hospitalario como el Hospital de Clínicas en donde actúan múltiples cirujanos de diverso nivel de formación.

Este análisis complementa y permite la confrontación con trabajos previos que en la misma materia han realizado Piquinela (9) en 1937, Del Campo (5) en 1939, Larghero (6) en 1947 y Camaño y col. (1) en 1970.

ETIOLOGIA

Sexo y edad.—La complicación es propia del sexo masculino: encontramos 11 hombres por cada mujer, con complicación ulcerosa.

Más de la mitad de las observaciones se agrupa en la tercera, cuarta y quinta década de la vida. Resulta una complicación excepcional en los extremos. Nuestro paciente más joven tenía 17 años y el más anciano 98 años

ANATOMIA PATOLOGICA

Localización de la perforación.—Pudo ser establecida en 92 observaciones de nuestra serie y se esquematizan en la figura 1.

Como puede observarse en esta serie de observaciones tomadas al azar, existe un ligero predominio de la localización gástrica sobre la duodenal. Pero en todos los casos la zona de predominio topográfico es la correspondiente

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

al bulbo duodenal y píloro con sus dos vertientes (80 % de los casos).

En la serie de Larghero (6) existían 76 % de localizaciones duodenales. Piquinela (9) destaca también un ligero predominio de la topografía duodenal. Camaño y col. (1) encuentran cifras similares para ambas localizaciones.

Las diferencias pueden tal vez estar explicadas en lo que dice Mondor (7): "Tal ciru-

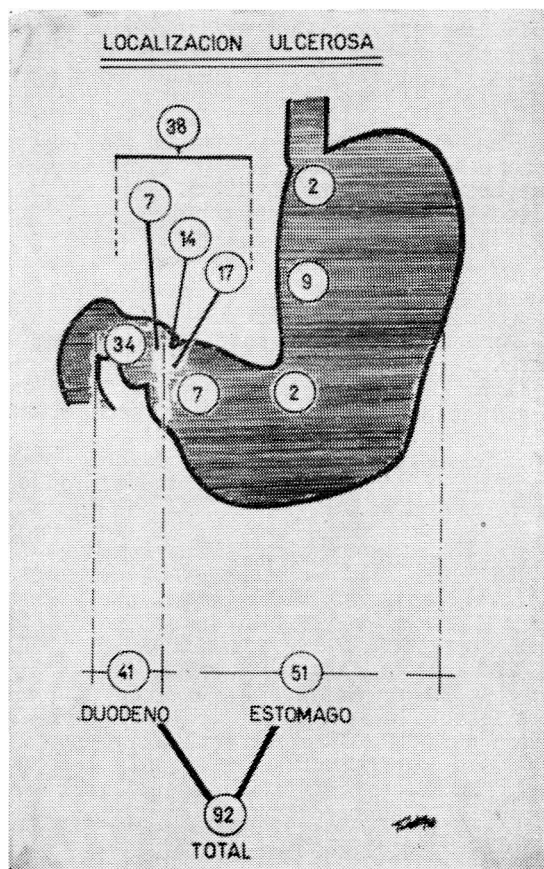


Fig. 1.—Localización de la perforación ulcerosa en 92 observaciones.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 7 de mayo de 1975.

* Asistente de Clínica Ginecotocológica, Asistente y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Charrúa 2379, Montevideo (Dr. Perdomo)

CUADRO 1

LOS ANTECEDENTES DE LA PERFORACION ULCEROSA

1. Con antecedentes de sufrimiento digestivo crónico	De clara filiación ulcerosa	Sind. ulceroso	26
		Otras compl. ulc.	12
		Diag. radio'ológico	12
	De sospecha — dispepsia hiperesténica		17
2. Sin antecedentes	Síntomas atípicos dolorosos o dispépticos		20
			11

CUADRO 2

LOS SINTOMAS PRODROMICOS DE LA PERFORACION ULCEROSA

1. Síntomas prodrómicos agudos o subagudos	Pacientes con antecedentes de sufrimiento crónico	46
	Pacientes sin antecedentes	4
2. Instalación brusca sin prodromos	Pacientes con antecedentes de sufrimiento crónico	37
	Pacientes sin antecedentes	7

jano parece no haber visto más que perforaciones duodenales; otro no habla más que de perforaciones de la zona gástrica del píloro; puede pensarse que no es siempre posible una discriminación rigurosa”.

Tamaño de la perforación.—La mayoría varían desde un mínimo descrito como puntiforme hasta el máximo de 1 cm. Mayores entre 1 y 5 cms. son menos frecuentes.

CLINICA

a) **Antecedentes.**—En el Cuadro 1 se señalan los antecedentes encontrados en nuestra serie.

Como puede observarse solamente una minoría de los pacientes hicieron perforaciones sin antecedentes digestivos.

Entre el 40-50 % tenían antecedentes de clara filiación ulcerosa al momento de producirse la complicación.

b) **Prodromos de la crisis perforativa.**—En el 53 % de nuestros pacientes la crisis aguda perforativa, generalmente bien identificable en la anamnesis, se presenta en el curso de un período prodrómico de duración variable entre 1 y 30 días (cuadro 2). Estos prodromos aparecen como un nuevo episodio de los síntomas previos en los enfermos con antecedentes y como síntomas dolorosos variados preperforativos en los restantes. En 47 % de los casos la perforación se presentó como una crisis brusca inicial y sin prodromos.

c) **Comienzo.**—La perforación traducida por el dolor brusco y nítido tiene sus horas predominantes que coincide con los períodos interprandiales: 5 a 7 horas y 10 a 12 horas; 15 a 17 horas y 22 a 2 horas.

d) **Topografía del dolor.**—En el 70 % de los casos la topografía de comienzo es el epigastrio o todo el hemiventre superior. Pero en el 30 % restante el dolor se inicia en otras localizaciones, fundamentalmente hipocondrio derecho y fosa ilíaca derecha, o es difuso de entrada.

e) **Náuseas y vómitos.**—Acompañan al dolor en el 50 % de las observaciones.

f) **Signos abdominales.**—En las formas clínicas típicas de presentación de la perforación ulcerosa se comprueba en nuestra serie el siguiente cuadro de reacción parietal abdominal (cuadro 3).

CUADRO 3

LA REACCION PARIETAL ABDOMINAL

—Contractura generalizada con o sin predominio en H. V. Sup. ...	59
—Defensa generalizada	9
—Defensa en epigastrio o todo el H.V. Sup.	6

De donde resulta que el llamado “vientre en tabla” es la forma de presentación física más corriente, aunque no la única de la peritonitis difusa por perforación ulcerosa en plena evolución. En estas formas más o menos típicas el dolor palpatorio y subjetivo se superpone a la reacción parietal.

Pero hay formas atípicas por su presentación topográfica. En nuestra serie registramos 13 observaciones en las que el dolor palpatorio y la defensa o contractura estaban localizadas o predominaban nítidamente en:

—todo el H.V. derecho	7
—el flanco y la fosa ilíaca derecha	4
—la fosa ilíaca derecha	2

CUADRO 4

EL NEUMOPERITONEO EN 31 ULCERAS PERFORADAS

Neumoperitoneo positivo	19	úlcera duodenales	13
		úlcera gástricas	4
		úlcera pilóricas	2
2. eumoperitoneo negativo	12	úlcera duodenales ..	3
		úlcera gástricas	6
		úlcera pilóricas	3

g) *Dolor en el Douglas*.—Su exploración se registra solamente en 58 observaciones con 35 resultados positivos y 23 negativos.

Todas las observaciones correspondían a peritonitis difusa de comprobación operatoria.

De este registro surgiría la idea de que el signo es inconstante y que si bien el Douglas doloroso afirma la peritonitis, un Douglas no doloroso no debiera excluirla. Naturalmente que este aspecto puede variar en relación con la experiencia del examinador.

h) *Neumoperitoneo radiológico*.—Su búsqueda se registra en 31 pacientes con 19 resultados positivos y 12 negativos.

El resultado positivo o negativo no parece orientar a favor o en contra de una topografía determinada para la úlcera perforada (cuadro 4).

TRATAMIENTO

El *tratamiento médico* inicial fue realizado en todos los casos: aspiración por sonda gástrica, analgesia, hidratación parenteral y atención de los factores de terreno, fundamentalmente cardio-respiratorios. En una sola observación de nuestra serie, correspondiendo a una enferma de 16 años con perforación confirmada por neumoperitoneo radiológico, se realizó tratamiento médico exclusivo con las bases antes señaladas y el agregado de antibióticos de amplio espectro. La paciente evolucionó bien. El procedimiento preconizado por Taylor (10) es estudiado en nuestro medio por Cendán(3).

El *tratamiento quirúrgico* consistió fundamentalmente en el cierre simple de la perforación ulcerosa, con o sin epiploplastia o aposición de la serosa antral gástrica asociada al lavado, limpieza y avenamiento peritoneal (Douglas y eventualmente subhepático).

Se realizó este procedimiento en el 96 % de las observaciones de nuestra serie.

En tres observaciones se recurrió a procedimientos más complejos en el intento de solucionar el problema ulceroso:

—Gastrectomía subtotal en dos, y vagotomía asociada a píloroplastia en otra observación de úlcera bulbar perforada. Uno de los pacientes gastrectomizados se complicó con una fístula duodenal, que evolucionó bien.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

1. *Tiempo perdido entre perforación-operatoria*.—Puesto que luego de producida la per-

foración, las horas perdidas se contabilizan inexorablemente en contra del paciente nos ha interesado examinar los tiempos de retardo en la solución quirúrgica de las observaciones en nuestra serie.

Las hospitalizaciones se hacen todas dentro de las primeras 24 horas y en su gran mayoría (87 %) antes de las 12 horas. 72 % de los pacientes llegaron al hospital dentro de las primeras 6 horas. En cuanto a la resolución operatoria suele también ser rápida: 80 % de operaciones en plazos menores de 6 horas; 94 % antes de las 12 horas. Se observa también que en un pequeño grupo se producen operaciones retardadas por 48 horas o más; como causa de esto suele encontrarse una dificultad o error de diagnóstico y como consecuencia una evolución accidentada o mortal.

2. *Complicaciones postoperatorias*.—En el cuadro 5 se anotan las complicaciones encontradas en nuestra serie.

CUADRO 5

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Dehiscencia parietal y/o evisceración	8 observaciones
Neumopatía aguda	7
Hemorragia digestiva	4
Absceso subfrénico	2
Fístula duodenal	1
Síndrome pilórico	1

En varias observaciones estas complicaciones estaban asociadas entre sí y condicionaron finalmente la muerte del paciente.

Cinco de los pacientes con evisceración o dehiscencia debieron ser reintervenidos.

Las neumopatías agudas se observaron sobre todo en fumadores y bronquíticos crónicos y fueron, junto con la infección de la herida, condicionantes de la falla de sutura parietal.

La hemorragia digestiva se observó como complicación del mismo proceso ulceroso crónico o por úlceras de stress en pacientes muy debilitados.

La fístula duodenal se produjo en un paciente gastrectomizado. No hubo ningún caso de fístula luego del cierre simple habitual de la perforación pese a las distintas variantes con que los diferentes cirujanos realizan este cierre: puntos transfixiantes, jaretas invaginantes, epiploplastia y plastia por aposición de antro gástrico.

En una observación en que se hicieron tres jaretas de cierre tuvo lugar un síndrome pilórico postoperatorio que obligó a reintervenir.

3. **Mortalidad.**—La mortalidad global fue de 6 % y se relaciona con las complicaciones postoperatorias enunciadas.

4. **Evolución alejada.**—Solamente 15 pacientes sometidos a cierre simple de perforación ulcerosa volvieron a consultar, en períodos variables luego del alta, por problemas relacionados con su úlcera gastroduodenal (cuadro 6).

CUADRO 6

MOTIVOS DE CONSULTA EN LA EVOLUCION ALEJADA

Recidiva de la perforación	3 observaciones
Perforación gástrica neoplásica	2
Síndrome pilórico	1
Continuación del sufrimiento	8

Este detalle señala un 15 % de problemas persistente luego del cierre simple de la perforación ulcerosa.

Como la cifra corresponde solamente a los pacientes que volvieron a consultar en el Hospital de Clínicas, seguramente ella expresa sólo en forma parcial la realidad del problema.

Se destaca la existencia de los dos casos de perforación gástrica neoplásica que no fue sospechada por los cirujanos en el momento de practicar el cierre simple y su realidad fue puesta en evidencia por la evolución y reintervención de los pacientes. Pese a ello, el cierre practicado no fistulizó.

CONCLUSIONES

Se estudiaron 100 observaciones de úlcus crónico gastroduodenal perforado.

Se encuentra que:

a) La mayoría corresponden a pacientes de sexo masculino entre la tercera y cuarta década de la vida.

b) El 80 % de las perforaciones asientan en el bulbo duodenal y en la zona pilórica con sus dos vertientes gástrica y duodenal.

c) La mayoría de los pacientes tienen antecedentes dispépticos, o de clara filiación ulcerosa que preceden por tiempo variable a la perforación.

d) En el 50 % de los casos, la perforación es precedida por prodromos de días o semanas de evolución, en el resto se instala bruscamente.

e) Se aprecian horas de predilección en la instalación del cuadro perforativo que coincide con los períodos interprandiales.

f) El síntoma fundamental es el dolor y el signo la defensa o contractura. Su topografía fundamental, el epigastrio o el hemicóndrio superior pero pueden haber topografías atípicas para ambos.

g) El dolor en el Douglas no fue comprobado en numerosas observaciones de peritonitis difusa confirmada.

f) El neumoperitoneo radiológico fue positivo o negativo, sin que ello pudiera rela-

cionarse con la topografía de la úlcera gástrica o duodenal.

i) El tratamiento fue quirúrgico y consistió en el cierre simple de la perforación en la gran mayoría de los casos.

j) La consulta de los pacientes y la resolución operatoria fue realizada en plazos breves y se anotan 23 % de complicaciones postoperatorias y una mortalidad global del 6 %.

Quince pacientes consultaron tardíamente por persistencia de problemas relacionados con su úlcera gastroduodenal.

RESUME

Ulcère chronique gastroduodenal perforé: Analyse de 100 observations.

Analyse de 100 observations d'ulcère chronique gastroduodenal perforé traitées par divers chirurgiens de l'Hôpital de Cliniques de Montevideo, d'où on tire dans conclusions variées touchant l'incidence, la topographie prédominante, la présentation clinique et radiologique, le traitement appliqué et l'évolution des patients.

SUMMARY

Perforated chronic gastroduodenal ulcer. Analysis of 100 cases.

A hundred cases of perforated chronic gastroduodenal ulcer are discussed. They were operated on by several surgeons on the Hospital de Clínicas, of Montevideo. The most important conclusions of this analysis are reported, about the incidence, pathology, symptomatology, radiology, therapy and prognosis of this condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAMAÑO MC, CASTIGLIONI JC, CAZABAN LA. Perforación gastroduodenal. Tratamiento y resultados. *Cir Urug*, 40: 133, 1970.
2. CASTIGLIONI JC, CAMAÑO MC, PRADINES JC. Vagotomía y operación de drenaje gástrico en casos seleccionados de úlcus duodenal perforado. *Cir Urug*, 39: 135, 1969.
3. CENDAN ALFONSO JE. Conducta en el tratamiento de las úlceras perforadas gastroduodenales. Basada en el análisis de 197 casos. *Bol Soc Cir Urug*, 26: 315, 1955.
4. COPE Z. Diagnóstico precoz del abdomen agudo. Barcelona, Marín, 1947.
5. DEL CAMPO JC. Úlcera perforada gastroduodenal. *An Fac Med Montev*, 24: 829, 1939.
6. LARGHERO P, BOSCH DEL MARCO LM, MERO LA L, GIURIA F. Úlceras gástricas y duodenales perforadas. Estadística sobre 95 observaciones. *Bol Soc Cir Urug*, 8: 14, 1947.
7. MONDOR E. Abdomen agudo. Barcelona, Toray-Masson, 1963.
8. PALUMBO LT. Tratamiento de la perforación aguda de la úlcera péptica. *Prensa Med Argent*, 57: 1310, 1970.
9. PIQUINELA JA. Las úlceras gástricas y duodenales perforadas. Estudio clínico de 27 observaciones. *An Fac Med Montev*, 22: 387, 1937.
10. TAYLOR H. Perforated peptic ulcer treated without operation. *Lancet*, 2: 441, 1946.

DISCUSION

DRA. DINORAH CASTIGLIONI.—La comunicación está muy bien realizada. Todos los que hemos hecho alguna revisión casuística sabemos el trabajo que significa, y por lo tanto felicitamos al Dr. Di Leoni por la buena presentación que ha hecho.

Me ha alegrado mucho ver que en el conjunto creo que solamente una vez se hizo vagotomía. La vagotomía en la úlcera perforada no la veo con mucha simpatía porque habitualmente el que opera al enfermo no lo conoce de antes. Lo opera el cirujano de urgencia en su complicación y es excepcional que conozca al enfermo, que sepa cómo es su quimismo y si está indicada o no una vagotomía.

En segundo lugar que si ya hay una peritonitis evolucionada por poca virulencia que tenga, la vagotomía significa siempre una abertura hacia el mediastino inferior que puede ser motivo de mediastinitis.

La otra conclusión que se podía sacar de ese estudio estadístico es la conveniencia de hacer siempre que se pueda una biopsia del borde de la úlcera para que la anatomía patológica diga de qué naturaleza era la lesión.

DR. JUAN C. CASTIGLIONI.—Quiero comentar algunos aspectos del trabajo y de comentarios anteriores. Respecto al trabajo, me parece muy buena la idea de traer nuevamente el tema de la úlcera perforada, siempre interesante. Tiene un dato muy importante que es la mortalidad global del 6 %. Cuando en el año 70 presentamos con Camaño y Cazabán una estadística sobre 80 casos, llamó la atención la mortalidad que era del 19 %. En la literatura hay desde series con mortalidad muy baja, hasta de cero, hasta otras como una vieja recopilación de De Bakey de 1940 con un 25 %. Incluso en la década del 60 se encuentran series de centros importantes con mortalidad del orden del 15-20 %. Sobre estas cifras, en distintas estadísticas, influyen muchos factores y en ésta presentada hoy, comparada con lo que recuerdo de la que presentamos hace 5 años, hay dos hechos que se destacan netamente. La edad predominante en esta serie es entre 30 y 40 años, mientras que en la nuestra había un alto porcentaje de enfermos mayores y la edad promedio de los fallecidos era 64 años. El otro punto es que el comunicante señala que el 80 % de los enfermos habían sido operados con menos de 12 horas de evolución, o sea con una úlcera perforada y no con una peritonitis bacteriana evolucionada que es algo muy distinto. Estos dos hechos creemos que son muy importantes para producir esa mortalidad global del 6 % que debe considerarse como muy baja.

Ahora quiero hacer algunos comentarios respecto a lo que decía recién la Dra. D. Castiglioni sobre la vagotomía en la úlcera perforada. Nosotros presentamos en esta Sociedad, también hace años, un trabajo en cuyo título creemos que está lo principal que hay que recalcar al respecto. Se titulaba "Vagotomía y piloroplastia en casos seleccionados de úlcera duodenal perforada". Creemos que la selección de los casos es el punto fundamental. Estamos de acuerdo con la Dra. Castiglioni en que es un disparate usar este procedimiento en enfermos que se operan con 24 o 36 horas de evolución, en plena peritonitis bacteriana. Es fundamental la selección y es en el enfermo joven, sin afecciones asociadas importantes, sin shock, sin una peritonitis bacteriana constituida o sea con una evolución menor de 6-8 horas, con una úlcera crónica, no aguda, perforada, en quien se puede plantear algo más que un cierre simple, por supuesto que considerando también las condiciones ambientales referidas a cirujano, equipo, anestesia, instrumental, etc. Y para hacer ese algo más, seguimos creyendo que la vagotomía asociada a transformación de la perforación en

una piloroplastia es preferible en estos enfermos a una gastrectomía subtotal."

Por supuesto que son enfermos que el cirujano no conoce previamente, pero en sustitución de esto, tenemos que en todas las estadísticas sobre el tema se indica que el 60-80 % de los enfermos tratados por cierre simple vuelven a sufrir y que cerca del 50 % de ellos son nuevamente operados por su úlcera, lo que justifica intentar una operación que solucione el problema de fondo junto con la complicación, cuando, insistimos, las características del caso indican que con ello no se agregará excesivo riesgo.

DR. ATANASIO SIERRA.—Prácticamente estamos de acuerdo en casi todo lo que han dicho los autores del trabajo a quienes felicitamos. Puede ser tedioso recopilarlo, pero creo que es muy importante traer estos temas cada tanto tiempo nuevamente al tapete a la Sociedad de Cirugía.

Con respecto a si las úlceras perforadas son duodenales o son gástricas creo que es muy difícil decir si son de la vertiente duodenal o gástrica del píloro; hay mucho edema y uno trata de tocar, de mover, lo menos posible y realmente en esos momentos, a uno no le interesa localizar exactamente si es duodenal o si es gástrica y lo pasa por alto. Están en esa zona intermedia donde puede ser una u otra muchas veces.

En cuanto a mortalidad hemos tenido un 8 a 9 % aproximadamente: 2 que recordemos en 24 o 25 úlceras perforadas, de clientela sobre todo mutual y sanatorial. Hemos tenido mucha suerte en el sentido de las complicaciones; prácticamente no hemos tenido casi ninguna de las complicaciones que los autores citan, pero en cambio sí hemos tenido y es a lo que más le tememos, porque hemos tenido varias, a las oclusiones postoperatorias. Las oclusiones de delgado postoperatorias, no por una peritonitis que siga su curso, sino oclusiones al quinto, al sexto o al séptimo día; por adherencias fibrinosas pélvicas, donde el asa se pega y se acoda; es lo que nos ha dado más dolores de cabeza en los postoperatorios de las úlceras perforadas. Las muertes que tuvimos, recuerdo una muy claramente; una mujer de 76 o 77 años que el diagnóstico se hizo tardíamente, se pensó en colecistitis y se operó tardíamente pensando en enfiarla por la edad y resultó ser una úlcera perforada y marchó mal. La otra era una persona joven que hizo una oclusión de delgado en un agujero lateral de un tubo grueso puesto en el Douglas, que además al terminar la operación, el ayudante con la mejor buena voluntad, puso el aspirador en el tubo para vaciar bien el Douglas. Ahí aprendí justamente a no poner tubos gruesos en el Douglas, a jamás hacer un agujero lateral y a jamás aspirar por el tubo del Douglas ya que, frente a cualquier oclusión de delgado en un operado en estas circunstancias, lo primero que hago es sacarle inmediatamente el tubo del Douglas por si es causa de alguna oclusión.

DR. ROBERTO PERDOMO (cierra la discusión).—Esta estadística representa una experiencia con múltiples actores porque es la estadística del Hospital de Clínicas. Quisimos reflejar una realidad de nuestro medio en los últimos diez años a la fecha que se ha terminado ella, que fue en el año 1973. Interesaba en este tema, que es un tema de todos los días, ver lo que se está haciendo y vemos que, en primer lugar, seguimos haciendo cierre simple. La estadística demuestra que esa es la técnica que usan la inmensa

mayoría de los cirujanos. También se puede decir que se opera con cierre simple y que los enfermos marchan bien. Se han ensayado otras cosas, pero son excepciones. La única vagotomía y piloroplastia que hay en la estadística la hizo el Dr. Camaño, porque estaba orientado en eso y realmente el enfermo marchó bien; pero es un caso aislado.

La única vez que se hizo tratamiento médico exclusivo, fue en una úlcera aguda, que se perforó en una tomadora de cortisona y evolucionó bien también. Es decir, que todavía no ha entrado una técnica distinta en nuestro medio para tratar este problema de una forma más integral.

No es nuestra intención discutir si debemos cambiar. Hay ya otros trabajos en esa materia y el doctor Castiglioni ha señalado una orientación posible que parece compartida por mucha gente y realmente puede que éste sea el camino del futuro. Una buena base para fundamentar el uso de una técnica más compleja que el cierre simple, sería la seguridad reiterada de que dentro de ciertos límites horarios el exudado peritoneal es "siempre" aséptico. Pero de la observación de los cuadros expuestos surge claramente que no tenemos ninguna información a dar sobre qué bacteriología tiene el peritoneo. Los cirujanos no hacen el estudio de la bacteriología del peritoneo. Parten de la base de que esto es tema ya

estudiado y ya establecidas las pautas necesarias. Sin embargo sería bueno estimularlos a que se preguntaran si los hechos son en todos los casos iguales y si los microbios siguen siendo tan tolerantes en la úlcera perforada como suele afirmarse. La muestra estudiada presenta una mortalidad global baja del 6 %. Sin embargo la mayoría de las estadísticas dan cifras que van desde el 13 o 14 al 20% o más de mortalidad. Puede ser que los factores que manejaba el Dr. Castiglioni estén en juego pues, en verdad, en esta muestra no había numerosos enfermos de mucha edad ni enfermos que fueran muy demorados en su resolución. Entendemos que las estadísticas enseñan un poco de modestia si la comparamos con la referida por el Dr. Castiglioni. Algunos enfermos se demoran porque no se hace el diagnóstico. Pero es muy difícil hablar en cualquier medio quirúrgico y decir que hay enfermos a los que no se les hace el diagnóstico de perforación ulcerosa. Aunque todos creen estar exentos de tal error cuando se consultan las estadísticas hay siempre enfermos a los que no se hace diagnóstico, y su operación se demora porque no se hace diagnóstico y se mueren porque se han demorado. Esa situación es bien puesta de relieve por la estadística: cuando los enfermos se han demorado, y han sido muy pocos por suerte, se han muerto; cuando se han operado precozmente se han salvado.