



## Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

### **Resultados del tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada. Estudio en 10 años**

### **Results of the treatment of perforated gastroduodenal ulcer. A ten year study.**

**Dr. Jesús M. Gómez Triana<sup>1</sup>, Dr. Benigno J Gallego Díaz<sup>2</sup>, Dr. Ridel Odales Ibarra<sup>3</sup>, Dr. Leovigildo Aquino Pérez<sup>3</sup>**

Especialista de 2<sup>do</sup> grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar <sup>1</sup>

Especialista de 2<sup>do</sup> grado en Cirugía General. Profesor Asistente <sup>2</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Cirugía General. Profesor Instructor <sup>3</sup>

## RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de mostrar los resultados de la úlcera péptica gastroduodenal perforada en el Hospital Universitario "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spíritus. Se hizo una revisión de 176 historias clínicas de los pacientes que fueron operados por este diagnóstico en el período de enero de 1996 a enero del 2005. Se encontró que predominó el sexo el masculino y en mayores de 60 años. La localización anatómica de la úlcera en la mayoría de los pacientes fue duodenal. La epigastralgia y el abdomen en tabla fueron el síntoma y el signo más encontrados. La técnica quirúrgica más empleada fue la sutura y epiploplastia de la úlcera. La complicación que predominó fue la sepsis de la herida. La mayoría de los pacientes acudieron al cuerpo de guardia en las primeras 11 horas. La mortalidad fue de un 23.29%.

**DeCS:** ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA / cirugía

## SUMMARY

A descriptive observational study of cross section was made with the aim of showing the results of perforated peptic gastroduodenal ulcer at the "Camilo Cienfuegos" University Hospital of Sancti Spíritus. A review was made of 176 clinical histories of patients' who were operated by this diagnosis in the period from January of 1996 to January of 2005. It was found that male sex and age over 60 years prevailed. The anatomical localization of the ulcer in most patients was duodenal. Epigastralgia and hard abdomen were the most commonly found symptom and sign. The most frequently used surgical technique was the suture and epiploplasty of the ulcer. The complication that prevailed was the sepsis of the wound. Most of the patients came to the emergency ward in the first 11 hours. There was a 23.29% mortality.

**MeSH:** PEPTIC ULCER PERFORATION / surgery

## INTRODUCCIÓN

La úlcera gastroduodenal perforada constituye después de la hemorragia la complicación ulcerosa más frecuente y la más grave de todas, es la segunda gran causa de peritonitis difusa, provocada por la acción del jugo gástrico derramado en la cavidad abdominal. La incidencia y prevalencia de la úlcera perforada ha decrecido a un 10% en hombres y un 5% en mujeres, existiendo una aparente disminución en el número de casos en hombres en los últimos años, el mayor por ciento de decrecimiento ha sido en la cirugía electiva así como también en su mortalidad. (1, 2, 3). No obstante, actualmente representa un problema de salud mundial afectando entre un 6 - 7 % de los pacientes con úlcera péptica, aflige a más de 10 millones de ciudadanos en Estados Unidos. Se ha demostrado después de la introducción de la cimetidina una disminución en el número de operaciones por úlcera gastroduodenal. (4, 5, 6, 7) Los factores de riesgo ambientales más frecuentes identificados son el hábito de fumar y el uso de AINES, incidiendo además la ocupación y el estrés a los que está sometido el paciente, (8, 9)

El diagnóstico de la perforación aguda clásica presenta poca dificultad, hay una aparición súbita de dolor abdominal generalizado intenso que se agrava con el movimiento y dolor referido al hombro, mientras que muchos pacientes refieren historia previa de dispepsia; a menudo hay náuseas y vómitos iniciales. La mayoría de los pacientes presentan rigidez abdominal en tabla y los ruidos intestinales están ausentes. Después de una fase inicial de bradicardia hay palidez, sudoración, taquicardia y shock, posteriormente el paciente sufre un cuadro tóxico con signos de peritonitis difusa. La radiografía abdominal puede mostrar gas libre debajo del diafragma en más del 75% de los casos (2, 10, 11, 12)

La extrema gravedad que genera esta enfermedad conlleva a realizar una conducta terapéutica inmediata, para lo cual se hace necesario tener un profundo dominio del diagnóstico y el comportamiento de la enfermedad. Es por ello que hemos decidido realizar este estudio con el objetivo de dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál es el resultado de la úlcera péptica gastroduodenal perforada en nuestro medio? ¿Cuáles son las principales causas de muerte de los pacientes con este diagnóstico?

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con un diseño transversal en el Hospital Universitario "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spiritus a través de la revisión de 176 historias clínicas así como los protocolos de necropsias de todos los pacientes que con el diagnóstico de úlcera péptica gastroduodenal perforada, ingresados y tratados en el servicio de Cirugía General en el período de 10 años, de enero de 1996 hasta enero 2006.

El universo de trabajo de nuestra investigación estuvo constituido por los 176 pacientes que presentaron úlcera péptica gastroduodenal perforada y la muestra en este caso coincide con el universo. (N = n = 176). Se tuvieron en cuenta variables como: edad, sexo, hábitos tóxicos, localización de la úlcera, enfermedades previas a la enfermedad, evolución de la enfermedad ulcerosa, síntomas y signos al ingreso, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta que acude a cuerpo de guardia, técnica quirúrgica realizada, complicaciones presentadas y causas directa de muerte.

La información se recolectó mediante un modelo confeccionado por los autores a tales efectos y los datos fueron obtenidos de las historias clínicas en el Departamento de Archivo y Estadística de la entidad Hospitalaria. La información fue procesada de manera manual con el empleo de una calculadora obteniéndose las frecuencias absolutas y relativas en cada caso.

Los resultados obtenidos se presentan en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y tablas de contingencia.

## RESULTADOS

En nuestro estudio la úlcera duodenal se presentó con mayor frecuencia 129 (73.29%) pacientes en relación con la úlcera gástrica 47(26.70%), así como un predominio en la casuística de los pacientes de más de 60 años en un 48.29%, (tabla 1). El sexo masculino predominó con un total de 142 (80.68%) tanto en la úlcera gástrica como duodenal (Tabla 2). El hábito tóxico más frecuente en todos los grupos fue el de fumar con 99 (67.80%) pacientes.

El antecedente de úlcera péptica fue el de mayor frecuencia con 31 pacientes y 27 de ellos llevaron tratamiento médico previo, no tuvieron antecedentes 44 pacientes (25%), la epigastralgia y el abdomen en tabla fueron los síntomas y signos de mayor frecuencia con 107 y 113 pacientes respectivamente.

La sutura y epiploplastia fue la técnica más realizada en los pacientes con úlcera duodenal con 90 (51.42%) y la sutura y epiploplastia con biopsia en la úlcera gástrica con 28 (59.57%) pacientes, (tabla 3).El 70.45% de nuestros pacientes acudieron al cuerpo de guardia antes de 12 horas y sólo 23 con más de 25 horas, (tabla 4) Las complicaciones sépticas predominaron en nuestros pacientes, la sepsis de la herida quirúrgica con 14, la sepsis respiratoria con 12 y la sepsis abdominal residual con 11, demostrándose un franco predominio de complicaciones en la tercera edad con 46 (79.31%) de un total 58 complicaciones.

El 76.70% de nuestros pacientes egresaron vivos, falleciendo 41 pacientes para un 23,29% de mortalidad, (tabla.5). Las principales causas de muertes fueron: Shock séptico (13 pacientes), fallo multiorgánico (10 pacientes) e insuficiencia respiratoria aguda (7 pacientes), coincidiendo 33 fallecidos en pacientes de más de 60 años, (tabla 6).

## DISCUSIÓN

La úlcera gastrointestinal perforada se presenta según estudios realizados en un 80% de pacientes en el sexo masculino y en un 20% del femenino, en los hombres la probabilidad de que se trate de una úlcera duodenal comparada con úlcera gástrica es de 5:1 y en las mujeres la proporción es de 2:1, Mintello en un estudio de 508 pacientes encontró una proporción de 5:1 de los pacientes eran hombres mayores de 60 años con una incidencia de complicaciones más serias en los pacientes geriátricos. (2, 5, 6, 11,14)

En nuestro estudio los grupos de edades más afectados fueron el de más de 60 años de edad con un 45.29%, localizándose más frecuentemente en el duodeno en un 73.29%. El 25% de nuestros pacientes no tenían antecedentes personales de úlcera péptica, solo el 17.61% tenían antecedentes de la enfermedad, muchos pacientes muestran solamente síntomas dolorosos o dispépticos atípicos que al diagnosticar una enfermedad crónica previa, digestiva alta, desorientan a menudo sobre la naturaleza de la misma y por ende sobre la complicación actual. El síntoma predominante fue la epigastralgia, y el 64.20% de los pacientes presentan rigidez abdominal en tabla ya sea difusa o limitada al epigastrio, para muchos autores el signo de La font y la presencia del neumoperitoneo en la radiografía de abdomen han sido constantes. (1, 2, 5,11, 13,15)

De los 176 pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico 175, solo a un paciente no se le realizó tratamiento quirúrgico porque falleció en el transoperatorio a causa de descompensación de sus factores de riesgo. La técnica quirúrgica más utilizada es la sutura superficial de la úlcera perforada (parche de Graham) pues constituye el método más seguro y eficaz para preservar la vida del paciente. La adición de una operación definitiva debe aplicarse en quienes han tenido menos de 24 horas de perforados, en nuestra casuística el 70.45 %. se le diagnóstico antes de la 11 horas de haber comenzado los síntomas, también hemodinámicamente estables y sin factores de riesgos que limiten la seguridad de una operación más extensa. Se plantea que la mortalidad no depende de la técnica quirúrgica, sino de la edad, estado general, tiempo de evolución de la

perforación por el grado de peritonitis asociada, y el tipo de operación definitiva depende de la forma en que se presenta la úlcera y de la experiencia del cirujano. La operación clásica para tratar la úlcera péptica perforada es la vagotomía troncular con una piloroplastia cuyo cierre suele incorporar la perforación, las ventajas de esta técnica son el breve tiempo de realización y que tiene una curva corta de aprendizaje. En los últimos años se ha utilizado el tratamiento video laparoscópico para explorar a los pacientes con perforación visceral, no hay duda que la irrigación y evacuación del contenido intestinal en la cavidad abdominal es factible y eficaz con el procedimiento laparoscópico, además hace posible el cierre del orificio, fundamentalmente en las úlceras de cara anterior, según Sanabria pudiera reducir las complicaciones sépticas postoperatorias. En condiciones ideales se recomienda la vagotomía supraselectiva que ofrece la ventaja de añadir una operación definitiva sin los efectos secundarios de la vagotomía con piloroplastia, pero cuyas desventajas estriban en que el tiempo quirúrgico es mayor y requiere mayor experiencia quirúrgica. En todos los casos de úlcera gástrica perforada la exclusión del carcinoma gástrico debe ser parte del plan de tratamiento. Se recomienda la resección en cuña y biopsia. Se cuestiona la adición de cirugía antiulcerosa para tratar la úlcera gástrica perforada excepto en las prepilóricas. En algunos casos está indicada la vagotomía troncular con antrectomía permitiendo la biopsia de la lesión. (2, 8, 11, 15, 16, 17,18, 19, 20, 21,22)

Al analizar el estado del egreso se comprueba que 135 pacientes egresaron vivos, lo que representa el 76.70% y 41 fallecidos para un 23.29%, de ellos 30(73.17%) eran úlceras duodenales, 33(80.48%) fueron en mayores de 60 años. Las principales causas directas de muerte fueron el shock séptico, el fallo multiorgánico y la insuficiencia respiratoria aguda con 13,10 y 7 fallecidos respectivamente. La mortalidad por úlcera péptica perforada sigue siendo un problema grave siendo alrededor del 20% en series importantes, por regla general el perforado muere por colapso, por peritonitis o por afecciones agudas bronco pulmonares, influyendo en la mortalidad cuando pasa más de 12 horas para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Estudios de envergadura en la Clínica Mayo de Estados Unidos que incluyeron 6174 pacientes reportaron un 18.8% de mortalidad por esta patología y otro estudio retrospectivo realizado en el Hospital General de Taiwán a 179 pacientes con úlcera perforada en un año mostró una mortalidad global de 15%, siendo la edad, el estado preoperatorio del paciente así como la técnica quirúrgica empleada factores que influyeron en la misma. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz, muchos autores plantean que el tipo de técnica quirúrgica no determina la mortalidad, dándole más valor a la edad, shock inicial, grado de peritonitis así como afecciones orgánicas concomitantes. (2, 18, 21,22, 23)

A manera de conclusión podemos decir que la úlcera duodenal fue la localización anatómica de mayor frecuencia coincidiendo en los mayores de 60 años y el sexo masculino, la técnica quirúrgica más empleada fue la sutura y la epiploplastia de la úlcera (Técnica de Graham) para la úlcera duodenal y la sutura y epiploplastia con biopsia para la úlcera gástrica. La mayoría de los pacientes acudieron a cuerpo de guardia en las primeras 11 horas La mortalidad de nuestra casuística fue cercana a la cuarta parte del total y las principales causas de muerte fueron el shock séptico, el fallo multiorgánico y la insuficiencia respiratoria aguda.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valenciaga RJ, Sonería PM. Úlcera péptica gastrointestinal. En: Álvarez SR, et al. Temas de Medicina General Integral Vol. II La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 708-16.
2. Cheung L, Delcore R. En: Sabiston DC; Tratado de Patología Quirúrgica. XVI ed. México. Interamericana; 2003. p. 957-98.
3. Eswaran S, Roy MA. Medical management of acid - peptic disorders of the stomach. Surg Clin N Am 2005; 85: 895-906.
4. Crawford JM. Aparato gastrointestinal. En: Robbins. Patología estructural y funcional. 6. ed. España: Mc Graw – Hill Interamericana; 2000. p. 827 – 830.
5. Del Valle J. Úlcera péptica y trastornos relacionados. En: Harrison TR. Principios de Medicina Interna. 15 ed. México: Mc Graw – Hill Interamericana; 2002. p. 1927 – 1940.
6. Bondar GF, Yakimets W.W., Williams T.G. and Mc Kenzie W.C. Diagnosis and management of stomal ulcer. Can. J. Surg. 7: 383, 2000.
7. Andersen D, Amdrup E, Sorensen F.H, and Jensen K.B. Surgery or Cimetidine? Comparison of two plans of treatment: Operation or repeated Cimetidine. World J. Surg., 7:372, 2002.
8. Martin RF. Surgical management of ulcer disease. Surg Clin N Am 2005; 85: 907-929.
9. Beaumont W: Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion. Plattsburgh, NY, PP Allen, 2000
10. Lin HC, Meyer Jh. Disorders of gastric emptying. En: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, eds: Test book of Gastroenterology. Philadelphia: Lippincott. 2001: 483-84.
11. Pereira JM, Sirlin CB. Educational Exhibit: Disproportionate Fat Stranding, a helpful CT Sign in Patients with acute Abdominal Pain. Radiographics 2004; 24:703-715.
12. Peterson LM. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa péptica complicada con perforación y hemorragia: comparación de resultados de pacientes menores de 60 años y mayores de 61 años. Rev Cirugía Geriátrica 1993; 15 (4): 169 – 176.
13. Folkman J: Duodenal ulcer: Discovery of a new mechanism and development of angiogenic therapy that accelerates healing. Ann Surg 1999; (26) 214: 414,
14. Mintello C, Volpin E, De Santi L, Mortella B, Nistri R, et al. Complications of peptic ulcer disease in the elderly. Chi-ital.1997;48 (4-5):37-41.
15. Plummer JM, McFarlane M, Newnham M. Tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal perforada. West Indian Medical Journal 2004; 53(6):378-381.
16. García-Oria M, Hidalgo F, Gómez. F, Quintanilla. E, Codina-Cazador A, et al. Reparación laparoscópica de las úlceras pépticas perforadas. Experiencia en la provincia de Girona durante el año 2002.Cir. Esp. 2004; 76:122.
17. Garcia O, Hidalgo F, Gómez f, Quintanilla N Cirugía Laparoscópicas de lās úlceras pépticas perforadas. Aplicando nuevos conceptos. Rev. Asoc. Méx. Cir. Endoscópica 2004; 5(1):12-16.
18. Pappas T. Estómago y Duodeno. En: Sabiston DC; Tratado de Patología Quirúrgica. XV ed. México. Interamericana; 1999.p.907-928.
19. Navarrete S, Leyba J, Gumina C. Abordaje laparoscópico de la úlcera duodenal perforada. Gac Méd Caracas 2005; 113(2)
20. Sanabria AE, Morales CH, Villegas MI. Reparación laparoscópica para la úlcera péptica perforada. De La Bibliotheca Cochrane Plus 2006; 2.
21. Yera AL, Rodríguez I, López JA, Gutiérrez AR, Ramos N, Fernández E et al. El resultado del tratamiento quirúrgico en la úlcera duodenal: estudio multicéntrico. En: <http://www.cirugest.com/revista/2006/12/2006-09-15.htm>
22. Rodríguez I. Vagotomía altamente selectiva en la úlcera duodenal complicada. Rev Cub. Med Milt 2005; 34(1)
23. Chou NH, Mok KT, Chang HT, Liu SI, Tsai CC, Wang BW, Chen IS. Risk factors of mortality in perforated peptic ulcer. Eur J Surg 2000; 166(2):149-53.

## ANEXOS

Tabla 1. Distribución según la edad con la localización de la úlcera en pacientes operados por úlcera gástrica y duodenal perforadas.

Edades	U. Gástrica N %	U. Duodenal N %	Total N %
20 - 39	11 23.40	32 24.80	43 24.43
40 - 59	12 25.53	36 27.90	48 27.27
> de 60	24 51.06	48 37.20	85 48.29
Total	47 100	129 100	176 100

Fuente: Historias Clínicas del archivo del Hospital

Tabla 2. Distribución según el sexo con la localización de la úlcera en pacientes operados de úlcera gástrica y duodenal perforadas.

Sexo	U. Gástrica N %	U. Duodenal N %	Total N %
Masculino	39 82.97	103 79.84	142 80.68
Femenino	8 17.02	26 20.15	34 19.31
Total	47 100	129 100	176 100

Fuente: Historias Clínicas del archivo del Hospital.

Tabla 3. Tratamiento Quirúrgico realizado según la localización de la úlcera en pacientes operados de úlcera gástrica y duodenal perforadas.

Técnicas	Gástrica N %	Duodenal N %	Total N %
Sutura y epiploplastia más biopsia	28 59.57	8 6.25	36 20.57
Sutura y epiploplastia. (técnica de Graham)	4 8.51	86 67.18	90 51.42
VT + Resección de la úlcera + píloroplastia	6 12.76	17 13.28	23 13.14
Resección de la úlcera + píloroplastia	5 10.63	7 5.46	12 6.85
VT + A + Gastroyeyunostomía en Y de Roux	1 2.12	6 4.68	7 4
VT + Antrectomía + Gastroyeyunostomía. Billroth II	1 2.12	3 2.34	4 2.28
Antrectomía + gastroyeyunostomía. Billroth II	2 4.25	1 0.78	3 1.71
Total	47 100	128 100	175 100

Fuente: Historias Clínicas del archivo del Hospital. (VT+A: Vagotomía troncular + antrectomía)

Tabla 4. Distribución del tiempo transcurrido del inicio de los síntomas y la recepción en cuerpo de guardia en pacientes operados de úlcera gástrica y duodenal perforadas.

Tiempo transcurrido	Úlcera Gástrica N %	Úlcera Duodenal N %	Total N %
1- 12 horas	32 68.08	92 71.31	124 70.45
13- 24 horas	8 17.02	21 16.27	29 16.45
> 25 horas	7 14.89	16 12.40	23 13.06
Total	47 100	129 100	176 100

Fuente: Historias Clínicas del archivo del Hospital.

Tabla 5. Pacientes egresados operados por úlcera gástrica y duodenal perforadas.

	Úlcera Gástrica N %	Úlcera Duodenal N %	Total N %
Egresos vivos	36 76.59	99 76.74	135 76.70
Fallecidos	11 23.40	30 23.25	41 23.29
Total	47 100	129 100	176 100

Fuente: Historias Clínicas del archivo del Hospital.

Tabla 6. Causas directa de muerte por grupo de edades

No.	Causas de muerte	20 - 39	40 - 59	> 60	Total
1.	Shock séptico	-	5	8	13
2.	Fallo multiorgánico	1	-	9	10
3.	Insuf. Respiratoria Aguda	-	-	7	7
4.	Peritonitis aguda	-	-	3	3
5.	Shock hipovolémico	-	1	2	3
6.	Tromboembolismo pulmonar	-	-	2	2
7.	Insuficiencia cardiaca	-	-	2	2
8.	Edema pulmonar no cardíaco.	1	-	-	1
	Total	2	6	33	41

Fuente: Historias Clínicas del archivo del Hospital.