

Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico «Dr. Ambrosio Grillo Portuondo» (Santiago de Cuba)

## Perforación gastroduodenal por úlcera péptica: estudio de 99 pacientes operados

Dr. Ramiro Julio Bejerano García<sup>1</sup>

---

### RESUMEN

Se realizó un estudio de los pacientes operados por úlcera péptica gastroduodenal perforada en el Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico «Dr. Ambrosio Grillo Portuondo» (Santiago de Cuba), entre los años 2000 y 2006. En el estudio predominaron los pacientes en la tercera década de la vida (30,3 %) y el sexo masculino (90 %). En la mayoría de los pacientes (68,7 %) la perforación fue una complicación de enfermedad ulcerosa y predominó entre ellos el nivel medio de escolaridad (67,7 %). Tenían más de un hábito tóxico 72 % de los pacientes. El procedimiento más realizado fue la vagotomía troncular con piloroplastia (82,8 %). No hubo complicaciones posoperatorias en 77,7 % de los operados y la mortalidad global fue de 98 %.

*Palabras clave:* Perforación gastroduodenal, úlcera péptica.

---

Entre de las enfermedades que afectan al hombre y provocan alteraciones en su vida individual y social se encuentra la úlcera péptica, afección benigna que ha ido en aumento con el desarrollo de la civilización. Ésta se encuentra en el 5 a 10 % de la población, lo cual explica que sea una enfermedad de observación frecuente en las salas de nuestros hospitales, así como en las consultas externas. Sin embargo, la úlcera péptica ha dejado de ser una afección quirúrgica programada desde la introducción de la ranitidina primero, el omeprazole después y últimamente los antibióticos contra el *Helicobacter pilory*, pero continúa siendo frecuente el tratamiento de urgencia de sus complicaciones.<sup>1</sup>

A esta afección clínica frecuente obedecen múltiples complicaciones y una de las más graves es la perforación libre a la cavidad, lo cual ocurre entre un 2 y 5 % de los pacientes con enfermedad ulcerosa, superado únicamente por la hemorragia, que precisa de tratamiento quirúrgico urgente.<sup>1,2.</sup>

Estas urgencias quirúrgicas se producen de la manera más repentina y si no son tratadas adecuadamente siguen en curso progresivo y típico hasta la muerte del paciente, que suele ocurrir a los dos o tres días de la perforación.

Como causa de abdomen agudo se ve sólo superada por la apendicitis aguda y la oclusión intestinal, lo que da a entender lógicamente que las peritonitis por dicha complicación se deban a la tercera causa de cirugía abdominal de urgencia. El primer caso registrado de perforación por úlcera péptica data de 1670, y fue la hija de Carlos I, de Inglaterra. La primera operación practicada a un paciente con esta complicación la realizó Mickulics en 1888, pero el primer reporte del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada se inicia con el primer cierre simple, en 1894, realizado por *W. Bennett*<sup>3</sup> y por *Dean HP*.<sup>4</sup>

En los últimos 15 años diversos autores han comunicado un descenso de la prevalencia de la úlcera péptica gastroduodenal no complicada debido, fundamentalmente, a la introducción de nuevos agentes farmacológicos como los antagonistas de H<sub>2</sub> y los inhibidores de la bomba de protones, que permitieron controlar con mayor eficacia los brotes de agudización de la enfermedad.<sup>5,6</sup> En 1984, *Marshall* y *Warren* descubrieron la presencia de un agente infeccioso en biopsias antrales de pacientes con gastritis y úlceras pépticas. Desde entonces, se ha implicado al *Helicobacter pylori* en la patogenia de la entidad.<sup>7-9</sup>

Después de que *Mickulics* realizó la primera operación a un paciente perforado, la cual constituyó un éxito, la mortalidad se mantuvo elevada, hasta que *Graham*, en 1937, publicó su trabajo donde añadía al proceder de *Mickulics* una plastia de epiplón y mostró una supervivencia de un 94 %. Dejando aparte el tratamiento no quirúrgico preconizado por el inglés Taylor, se han introducido nuevas técnicas en la cirugía que responden de la forma más adecuada a tal cuadro abdominal y que tienen sus indicaciones precisas. Dichas técnicas son las derivadas de los procedimientos de la resección y de drenaje, los cuales están asociados a la vagotomía.

En los últimos años se habla de vagotomía altamente selectiva (VAS) para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada. En nuestro medio, sobre todo en nuestro hospital, no deja de ser esta desesperante urgencia un problema para el cirujano. Sin embargo, existe controversia sobre la incidencia de la úlcera péptica perforada, ya que la mayoría de los autores señalan que el número de intervenciones quirúrgicas por úlcera péptica perforada se ha mantenido constante, mientras que otros señalan que ha aumentado y algunos, incluso, que ha disminuido.<sup>10</sup> Además, ha habido una actitud quirúrgica más definida ante esta situación, por lo que decidimos hacer un estudio retrospectivo de los casos operados entre los años 2000 y 2005.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 99 pacientes operados por úlcera péptica perforada entre enero del 2000 y diciembre del 2006, en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico «Dr. Ambrosio Grillo Portuondo», en Santiago de Cuba.

Para obtener los datos se revisaron los protocolos de los informes operatorios y los expedientes clínicos de los pacientes operados durante el período señalado y se estudiaron las variables siguientes:

- edad;
- sexo;
- nivel de escolaridad;
- ocupación;
- hábitos tóxicos;
- operación realizada;
- complicaciones posoperatoria;
- estado al egreso.

Los resultados fueron representados en tablas de contingencia y figuras, analizados por los estadígrafos de razón y de porcentaje, procesados en una computadora con microprocesador *Pentium 4* y con sus opciones.

## RESULTADOS

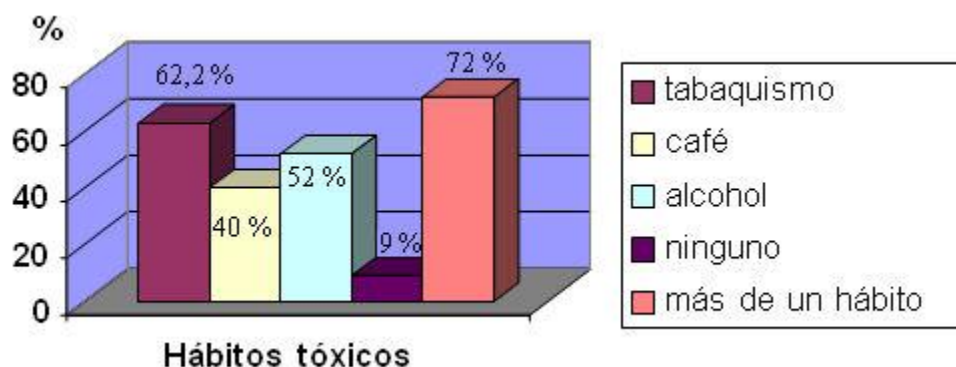
En la tabla I se muestra la distribución de pacientes por grupos etarios y sexo, donde podemos observar que el accidente perforativo en esta serie se presenta con mayor frecuencia a partir de la tercera década de la vida (30,3 %) y se observa una disminución considerable por encima de los 75 años. Se evidencia un marcado predominio del sexo masculino (90 %) sobre el femenino (10 %), en una relación varón/hembra de 9:1.

**Tabla 1.** *Distribución de pacientes por edad y sexo*

Grupo de edades (años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
15 a 24	6	6,1	-	-	6	6,1
25 a 34	14	14,1	-	-	14	14,1
35 a 44	25	25,2	1	1	26	26,3
45 a 54	27	27,5	3	3	30	30,3
55 a 64	10	10,1	4	4	14	14,1
65 a 74	5	5	2	2	7	7,1
75	2	2	-	-	2	2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Expedientes clínicos.

En la figura se observa un dato epidemiológico muy importante, los hábitos tóxicos. Así tenemos que el 72 % de los pacientes tenían el antecedente de ser fumadores y de ingerir bebidas alcohólicas de forma habitual con respecto al 9 % de los casos que no lo tenían.



**Figura.** Hábitos tóxicos.

Otros datos epidemiológicos recogidos en nuestro estudio fueron el nivel escolar y la ocupación. El mayor porcentaje de pacientes tenía un nivel medio de escolaridad (67,7 %), o sea los obreros.

En la tabla 2 se observa el tipo de operación realizada. Se le realizó la operación de Graham a sólo 10 pacientes (10,1 %), cifra esta bastante pequeña. Sin embargo, durante los últimos años hemos visto un número considerable de pacientes con peritonitis importante a los que se les realizó un proceder definitivo. En nuestra serie se realizó vagotomía troncular bilateral con piloroplastia al 82,8 % de los casos.

**Tabla 2.** Tipos de operación practicada

Tipo de operación	Núm.	%
Operación de Graham	10	10,1
Vagotomía y piloroplastia	82	82,8
Resección gástrica	7	7,1
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Expedientes clínicos.

Las complicaciones posoperatorias más frecuentes se encuentran relacionadas en la tabla 3, donde podemos observar que la infección en el sitio de la operación fue la más encontrada

(12,1 %). Vale la pena señalar que el 77,7 % de los pacientes no tuvo ninguna complicación a pesar de la peritonitis importante que presentaban la mayoría de los casos.

**Tabla 3.** *Complicaciones posoperatorias más frecuentes*

<b>Complicaciones</b>	<b>Núm.</b>	<b>%</b>
Evisceración	4	4,1
Infección en el sitio de la operación	12	12,1
Hemorragias posoperatorias	1	1,0
Otras	5	5,1
Ninguna	77	77,7
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Expedientes clínicos.

En nuestro estudio tuvimos solamente 2 fallecidos (2 %) y las causas fundamentales fueron la sepsis generalizada provocada por la demora en realizar la intervención a causa de la lejanía geográfica y por enfermedades asociadas en uno de los pacientes y, en el otro, la edad avanzada, enfermedades crónicas asociadas, además del mal estado general que tenían ambos por la grave contaminación peritoneal. Es digno de señalar que la mortalidad encontrada en estos enfermos no se debió al proceder quirúrgico como tal.

## **DISCUSIÓN**

Algunos autores plantean que ha disminuido el número de pacientes con perforaciones después de la quinta década de la vida,<sup>10</sup> lo cual relacionan con el uso generalizado de medicamentos inhibidores de la bomba de protones en el tratamiento de la enfermedad ulceropéptica. Sin embargo, en la bibliografía revisada encontramos que en algunos países se ha notado un incremento de las perforaciones en los ancianos como consecuencia de la prolongación de la vida y del empleo masivo de terapias con AINE y anticoagulantes. No obstante, en los jóvenes se ha producido también una disminución de las perforaciones en las últimas décadas, a pesar que el mayor número de estas se produjo en la época de la vida más activa. Algunos autores como *Sánchez y cols.*<sup>10</sup> coinciden en sus estudios en representar la edad media de  $55,2 \pm 18,1$  años como la de mayor frecuencia de ocurrencia de esta complicación. Se piensa que con la progresiva sustitución de los AINE clásicos por las nuevas generaciones de AINE coxib (inhibidores selectivos de la cox2) se producirá un descenso llamativo de esta complicación.<sup>11</sup>

Es el sexo masculino el que más se afecta con esta complicación. La explicación al fenómeno y en correspondencia con lo que afirman otros autores, se basa en la mayor

secreción de ácido en el sexo masculino por una mayor masa de células parietales en el estómago en relación con las que se hayan en la mujer (180 millones). En otras series de estudios se señala la tendencia en los últimos años a la igualación en los dos sexos, a causa de los cambios en el hábito de fumar, la mayor incorporación laboral, la infección por *Helicobacter pylori* y al uso elevado de AINE.<sup>12</sup>

La crisis de intratabilidad ha sido reportada como una condición previa a la perforación. Esto pudiera estar dado porque las personas de menor nivel cultural tienden a cumplir menos con el tratamiento o a regular menos sus hábitos tóxicos. Los obreros fueron los que más perforaciones presentaron (46,9 %), lo cual quizás se deba a que las perforaciones ocurren en la época más activa de la vida y se asocian a múltiples factores de riesgos como veremos más adelante.

Algunos autores señalan como factores de riesgos importantes en la aparición de la perforación el hábito de fumar al estrés, a los grupos con condiciones socioeconómicas bajas, al ambiente sobrepoblado e insalubre, a la ingestión de alcohol y de café, entre otras.<sup>12-14</sup>

En la revisión de otros estudios se hace referencia a que el incremento de la utilización de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), fármacos con una acción antisecretora gástrica aún más potente, como el omeprazol, y más recientemente la introducción de las nuevas terapias contra la infección por *H. pylori*, han reducido el número de perforaciones, pero que paradójicamente se ha incrementado el uso de otros medicamentos, como los AINE, los cuales han elevado la incidencia de esta complicación sobre todo en los países desarrollados.<sup>15,16</sup>

No se aplicó tratamiento médico a ningún paciente; esto está rechazado por el mundo entero, aunque de modo excepcional puede realizarse este tipo de tratamiento (aspiración nasogástrica, fluidoterapia, administración de antisecretores gástricos y antibióticoterapia intravenosa) cuando el riesgo quirúrgico es inaceptable.<sup>17</sup> Este dato coincide con el reportado por *Sánchez-Bueno* y cols. quienes aplicaron este proceder en su estudio al 10,6 % de los casos.<sup>10</sup> Nuestros resultados se corresponden con los de otros autores.<sup>17</sup>

Actualmente los buenos resultados de la vagotomía superselectiva en la curación de las úlceras crónicas han llevado a efectuarla, con iguales resultados, en el caso de la perforación aguda en los pacientes con perforación reciente y sin los factores de riesgo señalados.<sup>18,19</sup> Esta misma técnica se está aplicando hoy en día por la vía videoendoscópica y se han obtenido resultados excelentes.<sup>20</sup>

Una variante igualmente efectiva y que facilita la operación laparoscópica es la vagotomía troncular posterior y superselectiva anterior, que no necesita drenaje gástrico y que evita la potencial necrosis gástrica por sección de la arteria coronaria estomática.<sup>20</sup>

En nuestro estudio la mortalidad global tuvo un bajo porcentaje (sólo el 2,02 %). En la bibliografía revisada el porcentaje de fallecidos está entre el 8 y el 10 %, a pesar de los nuevos conocimientos acerca de la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento de esta frecuente enfermedad.<sup>21</sup>

---

## SUMMARY

A study was conducted on 99 patients operated from perforated gastroduodenal peptic ulcer at "Dr Ambrosio Grillo Portuondo" provincial teaching clinical and surgical hospital in Santiago de Cuba province in the period from 2000 to 2006. Thirty years age group (30,3 %), males (90 %) and intermediate level schooling prevailed. Perforation was a complication of ulcerous disease in most of the patients (68,7 %). More than one toxic habit was found in 72 % of patients. The most performed procedure was truncular vagotomy with pyloroplasty (82,8 %). There was no postoperative complication in 77,7 % of the operated patients and the global mortality was 98%.

*Key words:* gastroduodenal perforation, peptic ulcer.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soll AH, Sleisender y Fordtran, eds. Peptic ulcer and its complications. En: Gastrointestinal and liver diseases. Philadelphia (Pennsylvania): W.B Saunders Company; 1998. Pp.670-673.
2. Schilling D, Demel A, Nusse T, Weidmann E, Riemann F. Helicobacter pylori Infection Does not Affect the Early Rebleeding Rate in Patients with Peptic Ulcer Bleeding after Successful Endoscopic Hemostasis: A Prospective Single-Center Trial. *Endoscopy*. 2003;35(5):393-6.
3. Bennett W. A case of ruptured gastric ulcer successfully treated by immediate suture. *Lancet*. 1894;2:21-22.
4. Dean H.P. A case of perforation of chronic ulcer of the duodenum successfully treated by excision. *Br Med J*. 1894;1:1014-1015.
5. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhász L, Rác I, Howard JM, Van Rensburg CJ, *et al.* Omeprazole vs. Ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med*. 1998; 338:719-726.
6. Martín de Argila C, Boixeda D, Moreira V, García Plaza A. Indicaciones y utilización de omepazol en la patología gastroduodenal. *Rev. Clin Esp*. 2001;11:729-180.
7. Johannesson KA, Hammar E, Stael von Holstein C. Mucosal changes in remnant long-term effect of bile reflux diversion and Helicobacter Pylori infection. *Eur. J. Gastroenterol Hepatol*. 2003;15(1);35-40.
8. Boulos PB, Botha A, Hobsley M, Holton J, Oshowo AO, Tovey FI. Possible absence of Helicobacter pylori in early stages of duodenal ulceration. *Q.J.M.* 2002;95(11):749-52.

9. Sainz R, Borda F, Dominguez E. Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *H. pylori*. *Rev Esp Enferm Disgest*. 2000;91:767-784.
10. Sánchez Bueno F, Marin P, Aguayo JL, Robles R, Piñero A, Parrilla P. ¿Ha disminuido la incidencia de la úlcera péptica perforada en la última década? *Rev Esp*. 2001;69:118-120.
11. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhász L, Rác I, Howard JM, Van Rensburg CJ, *et al*. Omeprazole vs. Ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med*. 1998;338:719-726.
12. Debra Wood RN. Peptic Ulcer. Risks Factors. 2005; [en línea]. Consultado el 12 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.nucleusinc>
13. Piñol F, Paniagua M. Cáncer Gástrico. Factores de riesgo. *Rev Cubana Oncol*. 1998;14:171-179.
14. Forum ML. Peptic ulcer in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2000;15:457-471.
15. Richarson P, Hawkey CJ, Stack WA. Proton pump inhibitors. Pharmacology and rationale for use in gastrointestinal disorders. *Drugs*. 1998;56:307-335.
16. Chu KM, Kwok KF, Low SY, Tuen HH, Branicki FJ, Wong J. Helicobacter pylori status acid endoscopy follow-up of patients having a history of perforated duodenal ulcer. *Gastrointes Endosc* 2002;50:58-62.
17. Deus J, Gil I, Moreno MJ, Urieta A. Factores de riesgo en el tratamiento de la úlcera piloroduodenal perforada. *Rev Esp Enferm Dig*. 1998;90:503-508.
18. Cepero Barroso JM, González Díaz MN. Úlcera péptica perforada, revisión bibliográfica y presentación de un caso tratado nuevamente. *Rev Cubana Cir*. 1999;29:519.
19. Planelles Roig M, García Espinosa R, Ballester C, López Martínez C, Serralta A, Anaya P, y cols. Factores predictivos de complicaciones en pacientes con ulcus gastroduodenal perforado. *Cir Esp*. 1998;63:291-295.
20. .Siu WT, Leong HT, Law BK, Chau CH, Li AC, Fung KH, *et al*. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2002;235:313-9.
21. Makela JT, Kiviniemi H, Ohtonen P, Laitinen SO. Factors that predict morbidity and mortality in patients with perforated peptic ulcer. *Eur J Surg*. 2002;168 (8-9):446-51.

Recibido: 5 de diciembre de 2006. Aprobado: 23 de marzo de 2007.

*Dr. Ramiro Julio Bejerano García*. Calle 13 núm.10, entre 4ta. y Carretera del Caney, Reparto Vista Alegre. Santiago de Cuba, Cuba.

**1 Especialista I Grado en Cirugía General. Profesor Principal de Instructor.**