

Resultados del tratamiento de la úlcera péptica perforada

Treatment of performed peptic ulcer: Results

Enrique Flores Miranda,^I Enrique Adrián Flores Delgado ^{II}

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Titular. Hospital Universitario «Manuel Ascunce Domenech». Camagüey, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital Universitario «Manuel Ascunce Domenech». Camagüey, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. En nuestro hospital la úlcera péptica perforada tiene una elevada morbilidad y mortalidad, mayor del 20 % en los últimos 5 años, lo que nos motivó a realizar este trabajo.

MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de los pacientes tratados por úlcera péptica perforada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario «Manuel Ascunce Domenech» de Camagüey, durante los años 2006 y 2007.

RESULTADOS. La úlcera péptica perforada predominó en los hombres entre 40 y 59 años de edad. El 41,2 % tenían antecedentes de úlcera péptica, aunque solo la mitad recibía tratamiento médico. La mayoría de los pacientes fueron atendidos entre 13 y 24 h del inicio de su cuadro clínico, y hubo pocos casos de *shock*, deshidratación u otra enfermedad grave asociada. La úlcera duodenal perforada fue la más frecuente (67,6 %) y la sutura y la epiploplastia fueron las técnicas quirúrgicas más usadas. La mortalidad fue del 5,9 %, debida a falla múltiple de órganos y sepsis respiratoria grave.

CONCLUSIONES. El índice de complicaciones y la mortalidad en nuestra serie fueron bajos, dada la adopción de medidas encaminadas a tratar adecuadamente el shock y las enfermedades graves asociadas, a disminuir el tiempo preoperatorio y a revisar las técnicas quirúrgicas empleadas, incluido el lavado peritoneal.

Palabras clave: Úlcera péptica perforada, cuadro clínico, localización, tratamiento, mortalidad.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In our hospital, perforated peptic ulcer has a high morbidity and mortality, greater than 20% during last 5 years, motivating us to perform this paper.

METHODS: Authors made a prospective and descriptive study of patients treated by perforated peptic ulcer in General Surgery Service of "Manuel Ascunce Domenech" University Hospital of Camaguey province during 2006 and 2007.

RESULTS: Perforated peptic ulcer had a predominance in men aged between 40 and 59. The 41, 2% of them had backgrounds of peptic ulcer although only half received medical treatment. Most of patients were seen between 13 and 24 hours of clinical picture start, and there were few shock cases, dehydration or another associated severe disease. Perforated peptic ulcer was the more frequent (67, 6%) suture and epiploplasty, were the more used surgical techniques. Mortality was of 5,9% due to multiple organ failure and severe respiratory sepsis.

CONCLUSIONS: Index of complications and mortality in our series were low, according to application of measures aimed to treat properly shock and the associated severe diseases, to decrease preoperative time, and to review surgical techniques used, including peritoneal lavage.

Key words: Perforated peptic ulcer, clinical picture, localization, treatment, mortality.

INTRODUCCIÓN

El primer reporte de una serie de pacientes con úlcera duodenal perforada fue realizado por *Travers* en 1817; la descripción operatoria más temprana fue hecha por *Mikulicz* en 1884, pero la primera operación exitosa se realizó en 1894.¹

En los últimos años diversos autores han comunicado un descenso de la prevalencia de la úlcera péptica gastroduodenal (UPGD) no complicada debido fundamentalmente a la introducción de nuevos agentes farmacológicos (antagonistas H₂, inhibidores de la bomba de protones, etc.) que permiten controlar con mayor eficacia los brotes de agudización de la enfermedad. En 1984, *Marshall* y *Warren* describieron la presencia del *Helicobacter pylori* en biopsias antrales de pacientes con gastritis y úlcera péptica, cuya erradicación produce la curación de la enfermedad ulcerosa, con unos porcentajes de recaída muy bajos. Sin embargo, se publicaba que en el mismo período el número de procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes con UPGD complicada ha permanecido invariable.^{1,2}

Blackford (1942) y *Taylor* (1946) han recomendado el tratamiento médico de la úlcera gastroduodenal perforada. Este manejo en modo alguno es recomendable en los casos con menos de 12 h de evolución y en nuestro medio se propugna el quirúrgico.

En nuestro hospital la úlcera péptica perforada tiene una elevada morbilidad y mortalidad, mayor del 20 % en los últimos cinco años, lo cual nos motivó a realizar este trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de los pacientes tratados por úlcera péptica perforada en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente «Manuel Ascunce Domenech» de Camagüey, durante los años 2006 y 2007. Se analizaron en estos las variables edad, sexo, raza, procedencia, ocupación, antecedentes patológicos familiares, antecedentes patológicos personales, ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) u otros medicamentos ulcerógenos, tratamiento antiulceroso previo, hábitos tóxicos, cuadro clínico, tiempo de duración de los síntomas, complementarios realizados, hallazgos quirúrgicos, operación realizada, uso del lavado peritoneal, complicaciones, evolución, estadía, mortalidad y causas de muerte.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes tratados por esta afección, los cuales constituyeron el universo de este estudio, sin criterios de exclusión. Los datos se recogieron en un formulario de encuesta, donde el paciente (fuente primaria) y la historia clínica (fuente secundaria) constituyeron las fuentes de obtención. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico *SPSS 10.0* para Windows. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia con valores absolutos y porcentajes, con media aritmética en las tablas que lo requirieron.

RESULTADOS

En nuestro estudio predominó el sexo masculino (30 pacientes; 88,2 %) y hubo 18 casos en edades comprendidas entre los 40 y 59 años (52,9 %), con una media de 53 (23-97).

La mayor parte de los enfermos eran de la raza blanca (19; 55,9 %), con igual proporción de pacientes procedentes del área urbana y rural. Eran jubilados 10 (29,5 %), 9 empleados (26,6 %) y 5 obreros (14,7 %).

Entre los antecedentes patológicos personales se encontraron 14 casos de úlcera péptica (41,2 %), 4 pacientes habían sido operados previamente de úlcera perforada y uno de estos se había operado de forma programada en dos ocasiones. Hubo otro ingreso que refirió sangramiento digestivo alto y 7 pacientes habían tenido tratamiento antiulceroso previo.

La ingestión de AINE y otros medicamentos ulcerógenos fue muy escasa; se encontró solo en 4 pacientes (11,7 %). El tabaco fue el hábito tóxico más encontrado (24 pacientes; 70,6 %), seguido de la ingestión de bebidas alcohólicas y café (23 enfermos respectivamente; 67,6 %).

El dolor abdominal fue un síntoma presente en el 100 % de nuestros enfermos, seguido de las náuseas en 17 y los vómitos en 15. Hubo 30 casos con vientre en tabla (88,2 %), 29 con neumoperitoneo y ruidos hidroaéreos anormales, y otros cuadros clínicos (tabla 1).

Tabla 1. **Cuadro clínico**

Cuadro clínico	n (n = 34)	%
Dolor abdominal	34	100
Náuseas	17	50
Vómitos	15	44,1
Fiebre	3	8,8
Acidez	3	8,8
Vientre en tabla	30	88,2
Neumoperitoneo	29	85,3
RHA anormales*	29	85,3
TR patológico**	6	17,6
<i>Shock</i>	4	11,8
Deshidratación	1	2,9

*RHA anormales: ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes.

**TR patológico: tacto rectal patológico.

Fuente: Encuestas

En las primeras 24 h fueron vistos 26 pacientes (76,5 %), 15 entre 13 y 24 horas, 6 entre 6 y 12 y solo 5 en las primeras 6 h. Los complementarios más utilizados para el diagnóstico de la entidad fueron los radiológicos, el más usado fue la radiografía de tórax en bipedestación que demostró neumoperitoneo radiológico en el 89,5 % de los 19 realizados. A 11 pacientes se les realizó radiografía de abdomen simple, con un 81,8 % de positividad. El ultrasonido abdominal demostró líquido libre en cavidad en el 76,9 % de los 13 realizados. El leucograma fue normal en la mayoría de los casos y mostró leucocitosis en el 28,1 %, con desviación izquierda en 7 de estos (tabla 2).

Tabla 2. **Complementarios**

Complementarios	n	%
Radiografía tórax positiva*	17/19	89,5
Radiografía abdomen positiva*	9/11	81,8
Ultrasonido positivo**	10/13	76,9
Leucograma patológico	9/32	28,1
Hemoglobina baja	3/34	8,8

* Presencia de neumoperitoneo;

** Ultrasonido con líquido libre en cavidad abdominal.

Fuente: Encuestas

La úlcera duodenal predominó en el estudio (23 casos; 67,6 %): 21 de la primera porción y 2 de la segunda. Nueve fueron gástricas, 8 de tipo 3 (5 prepilóricas, 3 pilóricas) y 1 de tipo 1; y 2 fueron de la neoboca. La mayoría tuvo 19

perforaciones, entre 0,5 y 0,9 cm de diámetro. Diez fueron mayores y 2 alcanzaron más de 3 cm (tabla 3).

Tabla 3. **Hallazgos quirúrgicos**

Localización	n	%
Duodenal -Primera porción: 21 -Segunda porción: 2	23	67,6
Gástrica -Tipo 3: 8 -Tipo 1: 1	9	26,5
Neoboca	2	5,9
Total	34	100

Fuente: Encuestas

La operación más realizada fue la sutura y epiploplastia, hecha en 29 casos (85,4 %); a 3 (8,8 %) se les realizó sutura y epiploplastia con exclusión pilórica y gastroyeyunostomía; a 1 (2.9 %) duodenostomía por sonda con exclusión pilórica y gastroyeyunostomía y en 1 (2.9 %) se utilizó la vaguectomía troncular con antrectomía como proceder definitivo. Se realizó lavado peritoneal amplio en el 88,2 % de los casos.

El 94,1% de los pacientes tuvieron una evolución satisfactoria. Las complicaciones que se presentaron fueron falla múltiple de órganos, *shock* mixto, sepsis respiratoria y desgarró de un asa yeyunal, una de cada tipo, y la estadía promedio fue de 7 días (4-17).

Solo dos pacientes fallecieron (5,9 %) y las causas de la muerte fueron la falla múltiple de órganos y la sepsis respiratoria.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en cuanto a la edad y el sexo son similares a los reportados por otros autores nacionales y extranjeros.³⁻⁵

La perforación por ulcera duodenal en los países desarrollados tiende a ocurrir en pacientes mayores, con un promedio de edad de 60-70 años. En el tercer mundo el cuadro clínico es diferente, con un promedio hombre: mujer de 8:1 aproximadamente, edades más jóvenes y mayor vínculo con el hábito de fumar.¹

El 80 a 90 % de los pacientes son varones, ya que en éstos la perforación ulcerosa es más frecuente debido a la mayor secreción ácida en el sexo masculino frente al femenino. Algunos autores plantean que la perforación en la mujer se observa en edades más tempranas.¹

La mayor cantidad de jubilados se corresponde con las edades de nuestros pacientes, además de acuerdo a la etiología multicausal de la úlcera, en la que predomina el *Helicobacter pylori* como principal causa seguida de la ingestión de

AINE, han quedado las otras causas como un factor de mucho menor incidencia, entre los que se incluyen el estrés laboral o de otro tipo.^{1,6}

Los antecedentes personales de enfermedad ulcerosa péptica encontrados en nuestro trabajo son iguales o superiores a los de otras publicaciones.^{3,7}

La ingestión de AINE y otros medicamentos ulcerógenos fue muy escasa, resultados que son inferiores a los reportados en la literatura médica, donde en algunos estudios llegan a ser de un 40 a un 50 % y que plantean la ingestión de AINE como segunda causa de úlcera péptica.^{1, 4,8-9} La presencia de úlcera péptica en pacientes fumadores ha sido la más encontrada.⁴

El dolor abdominal es descrito por la mayoría de los autores como el síntoma más frecuente, no así las náuseas y los vómitos que en nuestra serie se observaron en la mitad de los casos. El *shock* preoperatorio se vio solo en 4 enfermos, y este junto a la demora en el diagnóstico y las enfermedades graves asociadas fue el factor de riesgo de mortalidad más común. Cuando todos están presentes, la mortalidad es casi del 100 %.^{3,4,8,10,11}

El estudio radiológico simple de tórax o abdomen continúa siendo el complementario de más valor diagnóstico reportado en esta afección, lo que coincide con nuestros resultados. En pacientes sin neumoperitoneo se puede pasar una sonda nasogástrica e insuflar aire (300-500 mL) con el paciente en posición de Trendelenburg. En muchos casos, al realizar nuevas radiografías, se evidencia un neumoperitoneo, aunque su ausencia no excluye la existencia de una úlcera perforada. El ultrasonido abdominal también ayuda a demostrar la presencia de líquido libre en cavidad e incluso se han realizado trabajos con el objetivo de localizar con éste el sitio exacto de la perforación. La tomografía axial computarizada se ha utilizado básicamente para mostrar la presencia del neumoperitoneo. La laparoscopia tiene también una alta positividad diagnóstica. La punción abdominal o el lavado peritoneal facilitan el diagnóstico por constatación del contenido gástrico libre en la cavidad peritoneal y ambos deben realizarse después del examen radiológico. Algunos autores recomiendan el uso del diatrizoato.^{3, 10,12-14}

En relación con la localización de la úlcera nuestros resultados coinciden con los reportados tanto nacional como internacionalmente, en los que la úlcera duodenal ocupa el primer lugar. En nuestro estudio incluimos las úlceras pilóricas y prepilóricas entre las gástricas de tipo 3, de acuerdo a la clasificación moderna, aunque fisiopatológicamente se comportan como duodenales. En cuanto al tamaño de la perforación, en la mayoría de los estudios ésta varía entre pocos milímetros a un par de centímetros.^{1, 2, 7-10,15,16}

El tratamiento de la úlcera péptica perforada es básicamente quirúrgico, bien por vía convencional o laparoscópica, aunque se ha descrito el tratamiento médico y varios autores han planteado que debe realizarse una técnica quirúrgica definitiva, sobre todo cuando el paciente tiene menos de 12 h de evolución de la perforación. Otros abogan por mantener la sutura y epiploplastia como técnica de elección con un adecuado tratamiento después de la erradicación del *Helicobacter pylori*. En el tratamiento quirúrgico existen dos factores importantes que se deben considerar: el estado general y local del paciente y la localización de la úlcera (gástrica o duodenal). Si las condiciones locales y generales son buenas, pueden realizarse operaciones definitivas; y si son malas, sutura y epiploplastia, siempre con un amplio lavado abdominal para evitar la peritonitis residual y por ende la reintervención en estos pacientes. Estos métodos se han realizado más recientemente usando una videolaparoscopia. En nuestro centro la mayoría de los

casos fueron tratados con sutura y epiploplastia asociadas a tratamiento médico posoperatorio; y en un caso usamos la vaguectomía con antrectomía como técnica definitiva.^{3,8,11,13,15-19} Si el paciente presenta una úlcera recurrente después de la sutura y epiploplastia y la erradicación de *H. pylori*, se recomienda la realización de una VAS o técnicas afines. También se ha realizado la vagotomía troncular con drenaje o las resecciones gástricas parciales, técnicas que no gozan de amplia popularidad en estos momentos.¹

Las complicaciones varían en los diferentes trabajos publicados desde más de un 70 % hasta prácticamente cero. En nuestro estudio el índice de complicaciones fue bajo.^{3,7,8,13,20} y la estadía promedio tuvo resultados similares a los descritos, incluyendo los operados por vía laparoscópica.¹⁵

La mortalidad por úlcera perforada oscila desde un 10 % hasta un 30 % en los estudios realizados tanto nacionales como extranjeros. En nuestra serie fue baja después de la adopción de un grupo de medidas en nuestro servicio, al inicio de nuestro estudio, encaminadas a tratar adecuadamente el *shock* y las enfermedades graves asociadas de nuestros enfermos, disminuir el tiempo preoperatorio y revisar las técnicas quirúrgicas usadas, incluido el lavado peritoneal.^{5, 8,10,12,15}

En nuestro trabajo concluimos que la úlcera perforada predominó en los hombres entre 40 y 59 años de edad; el 41,2 % de los pacientes tenían antecedentes de úlcera péptica aunque solo la mitad recibían tratamiento médico. La mayoría de los pacientes fueron atendidos entre 13 y 24 h del inicio de su cuadro clínico. Hubo pocos casos de *shock*, deshidratación u otra enfermedad grave asociada; la úlcera duodenal perforada fue la más frecuente y la sutura y epiploplastia la técnica quirúrgica más usada. La mortalidad fue del 5,9 %, debida a falla múltiple de órganos y sepsis respiratoria grave.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plummer JM, McFarlane ME, Newnham. Surgical management of perforated duodenal ulcer: the changing scene. West Indian Med J. 2004 ;53(6):378-81.
2. Lunevicius R, Morkevicius M. Risk factors influencing the early outcome results after laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer and their predictive value. Langenbecks Arch Surg. 2005 ;390(5):413-20.
3. Butte BJM, Dagnino UB, Tapia VA, Llanos LJ. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca. Rev Chil Cir. 2007;59(1):16-21.
4. Navarrete S, Leyba J, Cono G, Navarrete Llopis S. Abordaje laparoscópico de la úlcera duodenal perforada. Gac Med Caracas. 2005;113(2):247-51.
5. Madiba TE, Nair R, Mulaudzi TV, Thomson SR. Perforated gastric ulcer-reappraisal of surgical options. S Afr J Surg. 2005;43(3):58-60.
6. Mercer David W, Robinson Emily K. Stomach. En: Sabiston. Textbook of Surgery. 17 Ed. Philadelphia: Elsevier; 2004. Pp.1278-1300.

7. Rojas Díaz O, González Avilés JM, Ochoa Pell JA, Alvarado Bachmann R, Golfier Rosete CE, Rodríguez Díaz M, *et al.* Manejo laparoscópico de las úlceras pépticas perforadas. *Asoc Mex Cir Endosc.* 2004;5(3):134-8.
8. Rodríguez-Sanjuán J, Fernández-Santiago R, García RA., Trugeda S, Seco I, Fernando la de Torre, *et al.* Perforated Peptic Ulcer Treated by Simple Closure and Helicobacter Pylori Eradication. *World J Surg* . 2005;29(7):849-52.
9. Ponce García J, Carballo Álvarez F, Gomollón García F, Martín de Argila de Prados C, Mínguez Pérez M. Tratamiento de las Enfermedades Gastroenterológicas. España: Asoc Española Gastroenterol; 2006. ISBN: 84-7592-738-6
10. Amarillo H, Iribarren C, Schauvinhold C, Pirchi D, Castagneto G. Cierre simple de úlcera gastroduodenal por vía laparoscópica. *Rev Argent Cir.* 2003;85(1/2):7-12.
11. Tutchenko MI, Vasylychuk OV, Lysenko VM, Iaroshchuk DV. Application of laparoscopic technologies in the treatment of peritonitis, caused by duodenal ulcer perforation. *Klin Khir.* 2005;(9):5-8.
12. Debas H. *Gastrointestinal Surgery. Pathophysiology and Management* New York: Springer-Verlag, Inc.; 2004.
13. Viñas Trullen X, Feliu Palà X, Salazar Terceros D, Macarulla Sanz E, Iglesias Castro C, Basas Bacardit J, *et al.* Tratamiento laparoscópico de la úlcera duodenal perforada. *Cir Esp.* 2007;81(2):96-8.
14. Smith BR, Stabile BE. Emerging trends in peptic ulcer disease and damage control surgery in the H. pylori era. *Am Surg.* 2005;71(9):797-801.
15. Rodríguez Rodríguez I. Vagotomía altamente selectiva en la úlcera duodenal complicada. *Rev Cuba Med Mil.* [serie en internet] 2005;34(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34_1_05/mil02105.pdf
16. Sarosi GA Jr, Jaiswal KR, Nwariaku FE, Asolati M, Fleming JB, Anthony T. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think. *Am J Surg.* 2005;190(5):775-9.
17. Lunevicius R, Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2005 ;92(10):1195-207.
18. Lemaitre J, Founas WE, Simoens C, Ngongang C, Smets D, Mendes da Costa P. Surgical management of acute perforation of peptic ulcers. A single centre experience. *Acta Chir Belg.* 2005;105(6):588-91
19. Irabor DO. An audit of peptic ulcer surgery in Ibadan, Nigeria. *West Afr J Med.* 2005;24(3):242-5.
20. Bucher P, Oulhaci W, Morel Ph, Ris F, Huber O. Results of conservative treatment for perforated gastroduodenal ulcer in patients not eligible for surgical repair. *Swiss Med Wkly* 2007;137:33740.

Recibido: 15 de octubre de 2008.
Aprobado: 26 de diciembre de 2008.

Enrique Flores Miranda. Tomás Betancourt núm. 153, entre Teniente Cañón y Jaime Nogueras. La Vigía. Camagüey, Cuba.
Correo electrónico: efloresm@finlay.cmw.sld.cu