

Comportamiento de la úlcera gastroduodenal perforada

Behavior of the perforated gastroduodenal ulcer

Dr. Félix Armando Cabrera Cárdenas^I, Dr. Manuel Hidalgo Herrera^{II}, Dr. Lázaro Lorda Galiano^{II}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la úlcera gastroduodenal perforada continúa siendo un problema importante para el cirujano.

OBJETIVO: caracterizar a los pacientes con úlceras gastroduodenales perforadas en un periodo de 4 años.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Se seleccionaron 140 historias clínicas de pacientes a quienes se les efectuó intervención quirúrgica urgente por presentar úlcera gastroduodenal perforada, desde enero de 2004 a diciembre de 2008. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, ocupación, localización de las perforaciones, hábitos tóxicos, procedimientos quirúrgicos empleados y complicaciones posoperatorias.

RESULTADOS: predominó el grupo de edad de 51 a 60 años, la ocupación obrera y el sexo masculino. Las perforaciones duodenales fueron las más frecuentes. El tabaquismo, consumo de café y alcoholismo se consideraron los hábitos tóxicos predominantes en los pacientes. El proceder quirúrgico más empleado fue la sutura y epiploplastia. La sepsis de la herida quirúrgica y la peritonitis resultaron ser las complicaciones más frecuentes.

CONCLUSIONES: Los pacientes atendidos por úlcera gastroduodenal perforada correspondieron fundamentalmente al sexo masculino, mayores de 50 años de edad con úlcera duodenal y consumidores de café, tabaco, alcohol, y fueron tratados con sutura y epiploplastia.

Palabras clave: Úlcera péptica, úlcera gastroduodenal perforada, complicaciones posoperatorias.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the perforated gastroduodenal ulcer remains as a significant problem for surgeon.

OBJECTIVE: to characterize the patients presenting with perforated gastroduodenal ulcers over four years.

METHODS: a retrospective and descriptive study was conducted in the "Dr. Carlos J. Finlay" Central Military Hospital. A total of 140 medical records were selected from patients underwent an urgent surgical intervention due to perforated gastroduodenal ulcer from January, 2004 to December, 2008. Variables included were: age, sex, occupation, perforations locations, toxic habits, surgical procedures used and postoperative complications.

RESULTS: there was predominance of 51 to 60 age group, occupation and male sex. The more frequent were the duodenal perforations. Smoking, coffee habits and alcoholism were the predominant toxic habits in patients. The more used surgical procedure was the suture and epiploasty. The surgical wound sepsis and the peritonitis were the more frequent complications.

Key words: Peptic ulcer, perforated gastroduodenal ulcer, postoperative complications.

INTRODUCCIÓN

La hija de *Carlos I* de Inglaterra fue el primer caso registrado de perforación de una úlcera péptica, en el año 1670. La úlcera gástrica fue mencionada por *Galeno* y descrita en el siglo XVI por *Jean Baihin* en una joven fallecida con hematemesis y perforación gástrica. *Baillie Voigtel* en 1799 planteó la primera e inequívoca úlcera duodenal describiéndola en ocasión de múltiples úlceras gástricas. Se prestó poca atención a la úlcera duodenal hasta 1828 cuando *John Obercrombie* identifica los síntomas característicos de la úlcera duodenal.¹

Cruveilhier estableció los caracteres anatómicos y la sintomatología clínica de la úlcera gástrica simple con evolución crónica, pero no citó la úlcera duodenal. A finales del siglo XIX, en 1884, *Mickulicz* realizó la primera corrección de una úlcera perforada.¹ En 1984, *Marshall* y *Warren* descubren 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.^{1,2}

Se trata de un síndrome peritoneal por perforación aguda a través de todos los planos de la pared del estómago o el duodeno al romperse su base, dando lugar al escape libre del contenido gastrointestinal hacia la cavidad abdominal.

Las úlceras, al igual que sus complicaciones son más frecuentes en hombres que en mujeres.^{2,3}

La perforación puede sobrevenir en un indeterminado grupo de pacientes ulcerosos, algunas series reportan entre un 10 y un 20 % (más frecuente en la úlcera duodenal).

Las localizaciones más frecuentes son en cara anterior de estómago (10-20 %) y duodeno (80-90 %) y menos frecuentes en curvatura mayor del estómago y porción superior de duodeno. Las úlceras de localización posterior generalmente penetran el páncreas o el hígado y cubiertas por estos órganos contiguos, pueden en ocasiones llegar a la perforación libre en la transcavidad de los epiplones.²⁻⁵

Se calcula que las úlceras gastroduodenales se producen en 6 a 15 % de la población occidental. Su incidencia declinó de manera constante de 1960 a 1980, y se ha mantenido estable desde entonces. Las tasas de mortalidad, la necesidad de cirugía y las visitas al médico han disminuido más de 50 % durante los últimos 30 años. Las razones de esta reducción en la frecuencia de las úlceras gastroduodenales probablemente estén relacionadas con el descenso de la frecuencia de *Helicobacter pylori*. Antes del descubrimiento de esta bacteria la evolución natural de la úlcera gastroduodenal estaba marcada por frecuentes recaídas después del tratamiento inicial. La erradicación de *H. pylori* ha reducido en gran medida esta tasa de recaídas.^{3,5}

Pese a la importante reducción experimentada en los últimos años en la incidencia de la úlcera gastroduodenal y la perforación como parte de las complicaciones, continúa siendo un problema complejo para el cirujano su tratamiento y evolución posoperatoria una vez recurrido al tratamiento quirúrgico.

Este trabajo, de manera general se propone caracterizar a los pacientes atendidos por úlcera gastroduodenal perforada en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" y específicamente, según variables sociobiológicas, identificar las localizaciones más frecuentes de la úlcera péptica perforada, determinar los principales hábitos tóxicos presentes, los procedimientos quirúrgicos empleados y las principales complicaciones inmediatas y tardías desarrolladas durante el periodo posoperatorio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de las 140 historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", a quienes se les efectuó intervención quirúrgica urgente por úlcera gastroduodenal perforada, durante el periodo comprendido entre enero de 2004 y diciembre de 2008. Se contemplaron las variables sociobiológicas: edad, sexo y ocupación. Además, se determinó: localización de la úlcera, hábitos tóxicos, uso de fármacos ulcerogénicos, procedimientos quirúrgicos y complicaciones posoperatorias inmediatas y tardías.

Una vez recogida la información, se confeccionó una base de datos que se procesó mediante una hoja de cálculo de MS Excel. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

Las edades de los pacientes estuvieron comprendidas entre 18 y 79 años. El 47,9 % de los pacientes estuvo ubicado entre los 51 y 60 años de edad.

Predominó el sexo masculino con 112 pacientes (80 %).

Los obreros constituyeron el grupo predominante con un 50,0 %, seguido por los profesionales y los jubilados (25,0 y 15,7 % respectivamente) ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según ocupación

Ocupación	No.	%
Obrero	70	50,0
Profesional	35	25,0
Ama de casa	13	9,3
Jubilado	22	15,7
Total	140	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En relación con la distribución topográfica de las perforaciones de la úlcera, la localización duodenal fue la más frecuente con 95 casos (67,9 %), le siguió la gástrica con 42 (30 %) y la pilórica con 3 (2,1 %).

La [tabla 2](#) muestra la distribución de casos según hábitos tóxicos, donde se observa que la asociación tabaco-café-álcohol, predominó con un 17,9 %, seguida por el tabaco-café-fármacos ulcerogénicos (10,7 %) y tabaco-café-álcohol-fármacos ulcerogénicos (7,1 %).

Tabla 2. Distribución según hábitos tóxicos, su combinación y consumo de fármacos ulcerogénicos

Hábitos tóxicos	No.	%
Tabaco más café más alcohol	25	17,9
Tabaco más café más fármacos	15	10,7
Tabaco más café más alcohol más fármacos	10	7,1
Tabaco más café	20	14,2
Tabaco más alcohol	7	5,0
Tabaco más fármacos	8	5,7
Café más fármacos	5	3,6
Café más alcohol	2	1,4
Solo café	12	8,6
Solo alcohol	10	7,1
Solo tabaco	13	9,3
Solo fármacos	7	5,0
No refieren	6	4,3
Total	140	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Entre los 6 tipos de procedimientos quirúrgicos realizados para el tratamiento de la úlcera perforada, constituyeron la sutura y epiploplastia las más utilizadas con un 57,8,%. En segundo lugar, la vagotomía con piloroplastia en 36 pacientes (25,7 %) ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Distribución de pacientes según procedimientos quirúrgicos realizados

Procederes quirúrgicos	No.	%
Sutura y epiploplastia	88	62,9
Vagotomía y piloroplastia	36	25,7
Gastrectomía subtotal Billroth II	13	9,3
Piloroplastia sin vagotomía	3	2,1
Total	140	100,0

Fuente: Historias clínicas.

Las complicaciones posoperatorias se dividieron en inmediatas y tardías. En las inmediatas el mayor porcentaje de pacientes presentó desequilibrio hidromineral y ácido básico con un 92,1 %, seguida por el íleo paralítico con 85, para un 60,7 % ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Distribución de pacientes según complicaciones posoperatorias inmediatas

Complicaciones posoperatorias inmediatas	No.	%
Desequilibrio hidromineral y ácido básico	129	92,1
Íleo paralítico	85	60,7
Sepsis de la herida quirúrgica	83	59,3
Dilatación gástrica aguda	65	46,4
Peritonitis generalizada	58	41,4
Absceso subfrénico	49	35,0
Neumopatías inflamatorias	45	32,1
Flebitis de miembros superiores	44	31,4
Shock séptico	42	30,0
Evisceración	15	10,7
Dehiscencia de la piloroplastia	12	8,6
Sepsis urinaria	11	7,9

Fuente: Historias clínicas.

En cuanto a las complicaciones posoperatorias tardías, se destacaron los granulomas de la herida quirúrgica como principal complicación, observada en 98 de 140 pacientes, que representa el 70,0 % ([tabla 5](#)).

Tabla 5. Distribución de pacientes según complicaciones posoperatorias tardías

Complicaciones posoperatorias tardías	No.	%
Granuloma de la herida quirúrgica	98	70,0
Hernia incisional	52	37,1
Oclusión intestinal mecánica	27	19,3
Sangramiento digestivo alto	12	8,6
Diarreas posvagotomías	7	5,0
Evisceración	5	3,6
Síndrome pilórico	4	2,9
Plenitud gástrica	3	2,1
Úlcera de la neoboca	3	2,1
Síndrome de vaciamiento rápido	1	0,7

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

La perforación de la úlcera péptica gastroduodenal ocurrió con mayor frecuencia en los pacientes comprendidos entre los 51 y 60 años de edad. Diferentes referencias la agrupan en la tercera, cuarta y quinta décadas de la vida. Se plantea esta posible coincidencia debido a que esta entidad se establece en periodos de la vida de los cuales el ser humano despliega todavía actividad productiva, en una importante función del desarrollo laboral y social, a su vez se expone más a las influencias del medio, donde los diferentes regímenes alimentarios y el estrés, coadyuvan a la aparición de la úlcera péptica (Coca JL. Vagotomía y píloroplastia vs. sutura y epiploplastia en pacientes con úlcera perforada. Tesis de Grado. La Habana, 1988).^{6,7}

Limper en su trabajo encontró 343 niños y jóvenes, señalando que estas úlceras son generalmente agudas, múltiples y pueden sangrar o perforarse, mientras que las úlceras pépticas crónicas son más comunes en el adulto (Pérez A. Úlcera gastroduodenal, revisión estadística de 100 casos. Tesis de Grado, La Habana, 1979). *Bockus* en su tratado, expone que las úlceras gástricas y duodenales, así como sus complicaciones pueden aparecer en cualquier edad, desde la infancia hasta etapas más tardías de la vida.⁸

En este estudio predominó el sexo masculino en una proporción de 4:1. Probablemente el hombre se expone con mayor frecuencia a sustancias tóxicas, estimuladoras de la hipersecreción de ácido clorhídrico, como café, tabaco, alcohol, que constituyen riesgos para que se establezca la enfermedad ulceropéptica. *Langman*,⁸ considera que la perforación duodenal es más frecuente en el hombre, desconociéndose las causas para estas diferencias.

La ocupación obrero fue la predominante, semejante a lo revisado por *Castro-Rial*,⁹ quizás por un mayor estrés propio de su trabajo.

Todas las estadísticas coinciden en asignar a la úlcera péptica duodenal y por lo tanto, a las perforaciones, una frecuencia mayor que a la úlcera gástrica.² Según *Chiappeto* la proporción varía 4:1 y 7:1.¹⁰ En esta serie de casos la localización duodenal resultó la más frecuente, seguida por la gástrica, similares a otras publicaciones revisadas.^{5,6,11,12}

En este estudio, más de la mitad de los pacientes tomaban café, hábito muy extendido en Cuba. Se conoce que la cafeína tiene acción estimuladora sobre la secreción clorhidropéptica.⁵

El hábito de fumar actúa como un factor ulcerogénico y probablemente desencadenante para la aparición de la úlcera y sus complicaciones. Según *Schwartz*, se relaciona con mayor incidencia y menor capacidad para la cicatrización de las úlceras pépticas, probablemente como resultado del descenso en la síntesis de prostaglandinas, aumento en la secreción de ácido o disminución en la secreción de bicarbonato duodenal y pancreático, disminuyendo así la acción protectora de la mucosa gastroduodenal.⁵ En pacientes fumadores la secreción gástrica y los niveles basales del pepsinógeno I son mayores.¹³

El consumo de alcohol es el tercer hábito tóxico más frecuente en este estudio, presente en poco menos de la mitad de los pacientes. Se considera el alcohol como un irritante directo de la mucosa gástrica.^{2,10}

Se observó además hábitos tóxicos asociados entre sí; los más utilizados: café, tabaco y alcohol, y después tabaco y café. Se considera que existe una relación

directa entre la presencia de hábitos tóxicos y la aparición de úlcera péptica y sus complicaciones.^{11,13,14}

El consumo de fármacos ulcerogénicos se presentó en un bajo porcentaje de casos; los fármacos más utilizados fueron fenilbutazonas, esteroides y reserpina.

Los métodos de tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada, han resultado controversiales hasta nuestros días. En la actualidad existen 2 tendencias en el tratamiento quirúrgico: sutura con epiploplastia y operación definitiva. La decisión de cómo proceder es del cirujano actuante y su comprobada experiencia, teniendo en cuenta el estado general del paciente, su hemodinámica y la dificultad técnica para realizar la operación planeada.³

En esta serie de casos se encontraron 6 tipos de procedimientos realizados. La sutura y epiploplastia fue el más utilizado, seguido por la vagotomía con piloroplastia. La piloroplastia sin vagotomía solo se realizó a 3 pacientes, por la localización de la perforación y las condiciones generales durante el acto quirúrgico (peritonitis), que impidieron completar el proceder de vagotomía.

Las normas cubanas de procedimientos quirúrgicos definen que el método de tratamiento en las úlceras pépticas perforadas depende del tamaño de la perforación, de las condiciones generales del paciente y el tiempo de evolución que presente desde la perforación hasta el acto quirúrgico.¹⁵

Donovan plantea que en el tratamiento de urgencia de esta afección se deben considerar tres factores: la úlcera, la perforación y la peritonitis resultante; esta última fue la más significativa para la vida del paciente. Considera este autor que preferiblemente debe suturarse la perforación y tratar la peritonitis.¹⁶ *Booth* discrepa de este proceder ya que no soluciona la enfermedad ulcerosa, y demostró en sus estudios los resultados desfavorables a largo plazo, con altas frecuencias de recidivas ulcerosas y por consiguiente, la necesidad de reintervenciones para procedimientos quirúrgicos definitivos.¹⁷

La vagotomía y piloroplastia, fundamenta su principio en 3 factores que convergen: úlcera, perforación y peritonitis. Esta técnica no solo repara la perforación, sino que sirve como tratamiento definitivo para tratar la úlcera péptica duodenal.¹⁸

En la actualidad se aboga por procedimientos más fisiológicos, menos exéresis y no aumentar el riesgo de complicaciones posoperatorias. La vagotomía altamente selectiva, es más limitada y disminuye sustancialmente la acidez gástrica.^{3,5,10}

Se registraron múltiples complicaciones en el periodo posoperatorio. El desequilibrio hidroelectrolítico y el ácido básico se reportó en más de las dos terceras partes de los casos. La infección de la herida quirúrgica se correspondió con el tipo de intervención. Estos pacientes van al acto quirúrgico con frecuencia, más de 12 h después de haber ocurrido la perforación, con sepsis de la cavidad, más la manipulación de la cavidad abdominal en la propia intervención, contaminación local de la herida quirúrgica, todo ello asociado a la edad mayor de 50 años y presencia de afecciones concomitantes.

En este estudio, las complicaciones intraabdominales se asociaron entre sí. El íleo paralítico, el absceso subfrénico e interasas, junto a la dilatación gástrica, fueron las complicaciones inmediatas más frecuentes, lo que obedeció a la peritonitis resultante. Aproximadamente una décima parte de los pacientes estudiados presentó evisceración.

En relación con las complicaciones posoperatorias tardías, el granuloma de la herida quirúrgica fue el de mayor frecuencia de presentación. Esta complicación depende fundamentalmente del tipo de material de la sutura empleada. Las hernias incisionales le siguieron en orden de frecuencia. Las oclusiones intestinales se presentaron en casi dos décimas partes de los pacientes.

La temida mediastinitis descrita por algunos, como complicación de las vagotomías, no se evidenció en este estudio.

Se concluye que en esta serie de casos, predominaron las edades de 51 a 60 años, del sexo masculino y ocupación obrera, con localización duodenal de la perforación, con presencia de consumo de tabaco, café y alcohol. El proceder quirúrgico más utilizado resultó la sutura con epiploplastia y las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron el desequilibrio hidromineral y ácido básico y los granulomas de la herida quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abella M. Apuntes sobre la historia de la úlcera gastroduodenal y su tratamiento quirúrgico. Rev Cubana Med. 1982 Sep.-Oct.;21(5):462-78.
2. Rodríguez-Loeches J. Cirugía del abdomen agudo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986. p. 26-7.
3. Soler R. Abdomen agudo no traumático. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 34-40.
4. Shackelford RT .Cirugía de aparato digestivo. La Habana: Instituto del Libro; 2000. T. 1. p. 740. T. 2. p.181, 800-48, 1180.
5. Schwartz S, Ashley W, Evoy D, Daly JM. Estómago. En: Schwartz I. Principios de la Cirugía. 7ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 1261-95.
6. Pérez A. Úlcera gastroduodenal perforada. Morbilidad y mortalidad. Rev Cubana Cir. 1986 Mar.-Abr.; 25(2):164-73.
7. Absjorn C, Bousfield R, Jhon C. Incidence of perforated and bleeding peptic ulcer before and after the introduction of H2-Receptor antagonist. Ann Surg. 2007 Jan.;207:41.
8. Langman MJS. Epidemiología de la úlcera péptica. En: Bockus HL. Gastroenterología. 3ra ed. Barcelona: Salvat; 1980. T. 1. p. 646.
9. Castro-Rial CN. Troncular vagotomy in piloroplasty in perforated duodenal ulcer. RevClin. Esp Enf Apar Dog. 2006 Aug.;50(5):281-4.
10. Chiappetto Pones L. Cirugía de Michans. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1999. p. 38, 713-99.
11. Ceneviva R. Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer Br J Surg. 1986 Jun.;73(6):427-3.

12. Dorofee V. Clinical course of perforated gastroduodenal ulcer in young patients. Klin Med (Mosk). 1986 Mar.;64(3):84-6.
13. Lanás A, Sainz R. Tabaco y Úlcera duodenal. Mecanismos fisiopatológicos. Rev Clin Esp. 1987 Dic.;181(9):569-40,
14. Herman R, Larson J, Soren N. Úlcera duodenal perforada. Resultado a largo plazo con la sutura simple. Acta Chir Scand. 2005;149:77-81.
15. MINSAP. Grupo Nacional de Cirugía. Normas de Cirugía. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2006. p.532.
16. Donovan A, Vinson T, Maulsby G. Selective treatment of duodenal ulcer with perforation. Ann Surg. 1979;18 :627.
17. Booth RDA, Willians A. Mortality of perforated duodenal ulcer treated by simple suture. Br J Surg. 1971;581:42.
18. De la Cruz F. Results of the surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcer. Rev Esp. 2006 Aug.;60(2):36.

Recibido: 3 de septiembre de 2010.

Aprobado: 13 de noviembre de 2010.

Dr. *Félix Armando Cabrera Cárdenas*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".
Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba.