

11209
1 ej 56

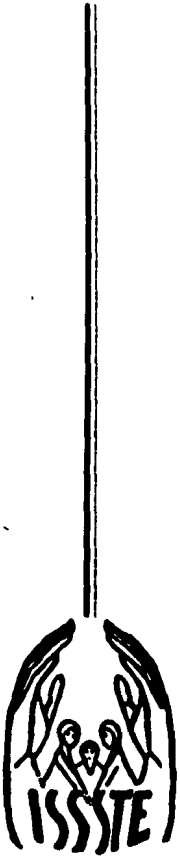


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I. S. S. S. T. E.**

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA
PEPTICA GASTRICA Y DUODENAL**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. MIGUEL MONTERO ELIAS**



MEXICO, D. F.

1987

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	hoja
Introducción -----	1
Generalidades -----	3
Consideraciones Generales -----	4
Aspectos Fisiopatologicos -----	5
Tratamiento Quirurgico - Modalidades ----	7
Estudios de Revisión Bibliografica -----	14
Ulcera Duodenal.	
Tratamiento Quirurgico de Ulcera Gastrica. -----	18
Estudios Revisian Bibliografica Ulcera Gastrica -----	22
Descripción del Estudio -----	30
Material y Métodos -----	31
Resultados	
Ulcera Peptica Perforada -----	32
Ulcera Peptica Sangrante -----	37
Ulcera Peptica Estenosante -----	41
Ulcera Rebelde a Manejo Médico -----	45
Ulcera Peptica Cirugia Electiva -----	47
Discusión General -----	49
Discusión Ulcera Gastrica y Duodenal Perforadas -----	52
Discusión Ulcera Sangrante -----	53
Discusión Ulcera Estenosante -----	55
Discusión Ulcera Rebelde a Manejo Médico -----	56
Discusión Ulcera Tratamiento Quirurgico Electivo -----	57
Conclusiones -----	58
Referencias Bibliograficas -----	64

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo de investigacion, tiene como Objetivo, alcanzar el conocimiento de lo que en nuestra institucion Hospitalaria, se ha logrado, en el avance del tratamiento quirurgico de la ulcera péptica gastrica y duodenal.

Son pocos los tópicos en cirugía gastrontestinal, sujetos de tanta controversia, como el de ulcera péptica gastrica y duodenal, tanto en el manejo electivo como en el de urgencia, por alguna de sus complicaciones.

El fruto esperado después del esfuerzo sembrado será reconocer como nos encontramos verdaderamente en relacion con las diferentes escuelas de cirugía del mundo, para superar nuestros éxitos, y reflexionar en nuestros errores. Todo esto, para capacitar - nos cada vez más, con el fin de poder auxiliar con mayor efectividad a nuestros pacientes.

R E C O N O C I M I E N T O

Este trabajo sobre Ulcera Péptica, rinde homenaje a quienes, a través del tiempo, han hecho posible mediante su esfuerzo, la evolución del manejo de la - Ulcera Péptica. Entre ellos, reconocemos los siguientes:

1881	Billroth	1974	Grossman y Konturek
1888	Von Eiselsberg	1976	Rosati
1889	Hoffmeister	1977	Grassi Sawyers y Herrington
1893	Kocher		
1894	Pavlov		
1905	Edkins		
1910	Schwartz		
1911	Shoemaker - Polya		
1917	Balfour		
1922	Latarjet - Von Haberer		
1923	Finney		
1925	Ivy		
1940	Dragstedt		
1954	Hollander		
1955	Sollinger y Ellison		
1957	Griffith y Harkins		
1959	Oi		
1965	Du Flessis - Johnson - Davenport		
1967	Holle y Hart		
1968	Goligher		
1970	Andrup y Jensen - Johnston y Wilkinson - Jordan		

GENERALIDADES

Las bases fisiopatológicas de la secreción gástrica surgieron a partir de los trabajos experimentales de Pavlov, en 1894; esfuerzos que hicieron germinar el deseo de conocimiento profundo de la fisiopatología de la úlcera péptica, para que posteriormente pudiera desarrollarse un manejo fundamentado de esta patología.

Los avances de conocimiento neurobioquímicos, han motivado que la tendencia actual, sea la de acercarse cada vez más, a un tratamiento ideal, que sea específico, y con las menores tasas de recurrencia y de morbi-mortalidad; combinación que puede parecer difícil de lograr pero que sin embargo, parece acercarse cada vez más, y probablemente sea representado por el desarrollo de la vagotomía de células parietales, descrita por Holle y Hart en 1967 en humanos, y actualmente apoyada por autores como Goligher; Amdrup y Jensen, Johnston y Wilkinson Rosati; Grassi; Sawyers y Herrington; y Jordan.

En el momento actual, las opiniones sobre la Vagotomía de Células Parietales, son divididas. Lo cierto, es que el logro del tratamiento quirúrgico ideal, avanza gradual y firmemente, a pesar del escepticismo de algunos, y gracias al entusiasmo de otros.

CONSIDERACIONES GENERALES

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Generalmente se ha aceptado que el manejo inicial de un paciente con úlcera péptica, debe ser a base de tratamiento médico, reservando el manejo quirúrgico - para aquellos pacientes con falta de respuesta al manejo médico, o que desarrollan las complicaciones del padecimiento, como la estenosis, el sangrado y la perforación, incluyendo en ésta última, los casos de tereración a órganos vecinos.

A pesar de que lo anteriormente enunciado se ha - aceptado sin discusión, es necesario considerar los - siguientes puntos: El manejo médico, tiene un índice de falla de curación inicial, en un 5-20%. Si el pa - ciente alcanza la "curación" y recibe manejo médico - de sostén, tiene una incidencia de recidiva de 10-25% y en el caso de no recibirlo, la incidencia de recidiva de eleva hasta un 75%. Por otra parte, en el caso - de pacientes con ulceración severa corroborada por - endoscopia, el manejo quirúrgico rebasa sorprendentemente, en efectividad, los resultados alcanzados por - el manejo médico. (8) GEAR 1983. Por contraparte, - se acepta que las recurrencias después de manejo quirgico, son más difíciles de tratar que las que re - sultan después de tratamiento médico.

ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS

PUNTOS DE RELEVANCIA

En cuanto a la etiopatogenia de la úlcera péptica duodenal, se acepta que sobreviene un crater ulceroso como resultado de un desequilibrio entre los factores agresores y los de defensa de la mucosa, implicando como principal agresor, la hipersecreción ácido-péptica. Por otra parte, en lo que respecta a la úlcera gástrica, se ha definido que no es la hipersecreción ácido-péptica la causante del desequilibrio, implicando se debe a la disminución de los factores defensores. Por muchos años, se había tenido por cierto, que la secreción de ácido clorhídrico en los pacientes con úlcera gástrica, cursaban con hiposecreción de ácido; sin embargo, en la última década, varios estudios han mostrado como normalmente la secreción de ácido clorhídrico por la célula parietal, va en relación proporcional a la masa magra del individuo. -- Una vez aceptado esto, podemos considerar que debido a que generalmente los pacientes con úlcera gástrica tienen una edad promedio más avanzada que los pacientes con úlcera duodenal, la secreción ácida, es normal y no baja, aunque en algunas ocasiones se ha encontrado úlcera gástrica asociada a hiposecreción. Otros factores que se ven frecuentemente implicados en la úlcera gástrica, son: Reflujo duodeno-gástrico; la Estasis gástrica, como ha sido corroborado en varios estudios (5) (24). Además los efectos de drogas irritantes, y la isquemia gástrica. De cualquier manera, en última instancia, es también el ataque ácido-péptico, el responsable de la úlcera gástrica, al igual que la duodenal; hecho corroborado, por el punto de que el manejo médico, de ambos tipos de úlcera, tiendan a alca-

linizar el PH intragastrico.

Los avances en fisiopatología, revelan que la secreción de ácido clorhídrico por la célula parietal, es un vector resultante del efecto interrelacionado, que lo --
gran sustancias bioquímicas, que ocupan receptores específicos, en la superficie de la célula parietal, siendo los reconocidos hasta ahora, la Acetil Colina, la ---
Histamina, y la Gastrina. Cuando estos efectores bioquímicos logran una acción sincrónica, resulta en el mayor grado de efectividad secretora alcanzable, en contraste del caso de que solo sea uno o dos de los tres. Este -
efecto sinérgico, está demostrado por los resultados de cualquier tipo de vagotomía, que resultan en una abolición de la acidez, a pesar de un aumento significativo de la Gastrina sérica. Los estudios actuales, se orientan a reconocer a la Histamina, como el camino común fi
nal efectivo, pero aún es sujeto de estudio.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

En el caso de considerar el manejo quirurgico electivo, el proceso de selección de pacientes, va encaminado a evitar las tres principales causas de fracaso quirurgico, que son: recurrencia, efectos colaterales adversos, y el hecho de escoger malos candidatos para cirugía.

Los principales factores que deben considerarse al escoger el tratamiento quirurgico electivo y de Urgencia para el manejo de la úlcera péptica gastrica y duodenal, son los siguientes:

- 1.- Mortalidad Operatoria
- 2.- Recurrencia a 5 y 10 años
- 3.- Efectos Colaterales del Procedimiento
- 4.- Trastornos Metabólicos a Largo Plazo
- 5.- Incidencia de Carcinoma Gastrico en 15-30 años
- 6.- Facilidad o dificultad relativas para efectuar una segunda cirugía, en caso de falla de la primera.
- 7.- Conocimientos y Experiencia del Cirujano.

Las diferencias fisiopatológicas en la etiopatogenia de la úlcera gástrica y la úlcera duodenal, han sido definidas, pero no comprendidas en su totalidad; a pesar de esto, en base a estas diferencias, las estrategias quirúrgicas para cada tipo de úlcera, tienen variaciones técnicas importantes. En el caso de la úlcera duodenal, el hecho de considerar a la hipersecreción ácido-péptica un factor de máxima importancia, ha motivado que la mayoría de las técnicas quirúrgicas ideadas para su manejo, incluyan una forma de vagotomía, asociada o no a resección gástrica, o a un procedimiento de drenaje. Por otra parte, en el caso de la úlcera gástrica, la adición de vagotomía a una gastrectomía parcial, puede ser considerada como innecesaria, y solo aplicable, en casos de úlcera pilórica o pre-pilórica, o bien, en úlceras combinadas gástrica y duodenal (tipos III y II de la Clasificación de Johnson, respectivamente), por considerar en estos casos, al igual que en la úlcera duodenal, un papel importante de la hipersecreción ácido-péptica.

COMPARACION FISIOLÓGICA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE VAGOTOMIA.

Todas las variantes de vagotomía, resultan en una elevación de la gastrina sérica, que no es suficiente para causar hipersecreción, debido a la ausencia del efecto sinérgico faltante de la estimulación vagal interrumpida. Tanto la Vagotomía Troncular como la Vagotomía Proximal o de Células Parietales, no alteran la presión del esfínter esofágico inferior, por lo que no debe estandarizarse el asociar un procedimiento anti-reflujo. Ambos tipos de vagotomía, reducen la secreción basal ácido-péptica, en un 70-80%, y la respuesta máxima secretora, en un 60%. Estos porcentajes disminuyen proporcionalmente con el tiempo de seguimiento, hecho -

que se ha relacionado con la regeneración nerviosa, y la presencia de fibras vagales intramurales presentes entre las dos capas musculares del Esófago, que no son seccionadas; sin embargo, estas respuestas positivas, pueden mostrar poca correlación con ulceración-recurrente. (19) y (16). En cuanto a la motilidad gástrica, presión intragástrica, y vaciamiento del contenido gástrico, ambas formas de vagotomía disminuyen la relajación receptiva, y el efecto de acomodación, lo cual resulta en un aumento de la presión intragástrica, responsable de la sensación de plenitud precoz, que se presenta en un 20-40%. Este aumento de la presión intragástrica promueve un vaciamiento acelerado de líquidos, que es más marcado en la Vagotomía Truncular. El vaciamiento de sólidos, es muy cercano a lo normal en la Vagotomía de Células Parietales, y en la Vagotomía Truncular, puede ser lento, excesivamente rápido, o normal. La actividad mioeléctrica que se desorganiza en la Vagotomía Truncular, conserva su ritmo por minuto, en la Vagotomía Proximal. (28). Estas alteraciones en el vaciamiento gástrico añadidas al trastorno neuromotor de la Vagotomía Truncular, se asocian a diarrea hasta en un 25% de los pacientes, con casos severos en un 2-4%. En el caso de la Vagotomía Proximal, solo hasta un 4% presentan diarrea leve.

En cuanto a el aspecto del reflujo duodeno-gástrico, la asociación obligada de Vagotomía Truncular con Gastrectomía Parcial y Gastroenteroanastomosis o bien con un procedimiento de drenaje, repercute en aumentar aún más las concentraciones de sales biliares y lisolecitina, de por sí ya aumentadas en pacientes con úlcera gástrica o duodenal. Por otra parte, en la Vagotomía Proximal, se ha constatado una

disminución significativa del reflujo duodeno-gástrico, al conservar intacta la función piloro antral, el aumento de la presión intragástrica, y el vaciamiento-acelerado de líquidos. (16), y (19), y (25)

La incidencia de asociación de Colelitiasis a la Vagotomía Truncular, se ha estimado en un 15-20% , en un plazo de 5 años. Este efecto no ha sido encontrado en las series con Vagotomía Proximal. Además, al asociar la Vagotomía Truncular con Colectectomía y Píloroplastia, la incidencia de diarrea aumenta hasta un 50%, con un 10-20% de casos severos, de acuerdo a algunos reportes en la literatura. (2).

La secreción Pancreática, también se ve afectada en la Vagotomía Truncular, con una disminución de hasta un 50% de la producción exócrina. Este efecto, también puede ser evitado con la Vagotomía Proximal o de Células Parietales. (22).

Los efectos nutricionales a largo plazo y su relación con la excreción de grasas, en relación con Vagotomía Truncular asociada a Píloroplastia, han sido ya referidos por varios autores. Uno de ellos, Wheldon, en 1970, encontraron asociación de pérdida de peso significativa, asociada a anemia ferropénica. Se reporta esteatorrea hasta en un 40% de los pacientes, aunque se acepta que solo un 10-20% de los pacientes desarrollarán problemas nutricionales.

A l hacer reflexión sobre todas las consideraciones de los efectos " fisiológicos " de los diferentes tipos de Vagotomía, vemos claramente que a pesar de que el efecto buscado solo es la denervación de la masa de células parietales, los efectos colaterales inherentes son innecesarios, y, lo más importante, que pueden ser evitados en los casos elegibles para Vagotomía Proximal.

que se ha criticado, es el índice de recurrencia de la enfermedad ulcerosa. Sobre éste aspecto, es importante asentar, que los resultados, en cuanto a recurrencia, parecen estar ligados al conocimiento y dominio de la técnica del cirujano que la practique, lo cual es reflejo de las discordancias encontradas al revisar series representativas grandes de varios autores y escuelas de cirugía. Grassi (12) , por ejemplo, reporta una recurrencia de 1.5% con seguimiento a 2-7 años, al igual que Fraser a 5 años. Sin embargo, otros autores como Madsen y Kronborg, reportan una recurrencia hasta de 26%, en un período de seguimiento de 5 a 8 años (20) El autor David Johnston, en Leeds Inglaterra, reportó en su estudio con 600 pacientes, un índice de recurrencia de 11.8% con un seguimiento a 9 años. Promediando todas las grandes series, resulta en una recurrencia de 9% a 5 años. Por estos datos, la conclusión es que en ésta técnica quirúrgica, es determinante el conocimiento y la destreza del cirujano. Por lo tanto, no puede achacarse a la técnica quirúrgica en sí, las tasas altas de recurrencia. Es por esto, que algunos autores como Goligher y Hedenstedt, (10) y (13), han publicado estandarizaciones de la técnica quirúrgica, con el fin de mejorar los resultados. Grassi, emplea pruebas intraoperatorias para asegurar una Vagotomía Completa. Estas pruebas intraoperatorias, han sido consideradas como innecesarias por otros autores como Johnston, explicando que alcanzan resultados similares a los de Grassi, sin la necesidad de emplear estas pruebas intraoperatorias, que incluyen estimulación con Pentagastina y el empleo de un "P.H-meter" o medidor de P.H.

COMPARACION CLINICA DE RESULTADOS DE LAS DIFERENTES TECNICAS QUIRURGICAS ANTIULCEROSAS.

ULCERA DUODENAL

Vagotomía Troncular y Antrectomía.- Es el procedimiento que tiene la menor recurrencia (1-2% a 5-10 años), sin embargo también alcanza la mayor mortalidad operatoria, estimada en 1%, la potencial morbilidad de estasis gástrica y dehiscencia de la gastroenterostomía. Además, las secuelas de la Vagotomía Troncular, y el Síndrome Post Gastrectomía.

Vagotomía Troncular + Procedimiento de Drenaje por Píloroplastia o Gastro-Yeyuno anastomosis.

La relativa facilidad técnica de éste procedimiento, lo ha hecho el más frecuentemente practicado, a pesar de los efectos colaterales ya descritos. Algunos autores han mostrado como en ésta técnica, se suman los efectos adversos de una Vagotomía Troncular, y los inherentes a la destrucción del esfínter pilórico y la función de la bomba piloro-antral. Además, la mortalidad operatoria alcanza de 0.5 a 0.7%, con una recurrencia en promedio de 10%.

Vagotomía Proximal, Superselectiva o de Células Parietales.

Prácticamente con 0% de mortalidad operatoria; abolición virtual de la diarrea y una gran reducción en el efecto dumping en comparación a las dos técnicas evaluadas previamente. No efectos metabólicos a largo plazo, y no aumento en la incidencia del cáncer gástrico, que alcanza del 3 al 15% a 15-30 años, en los pacientes con resección gástrica. El punto débil, que-

MODALIDADES QUIRURGICAS

Las modalidades quirurgicas vigentes actualmente para el manejo de la úlcera péptica y duodenal, son - las siguientes:

- 1.- VAGOTOMIA TRONCULAR, ANTRECTOMIA BILLROTH I-II.
- ULCERA DUODENAL: 2.-VAGOTOMIA TRONCULAR Y DRENAJE.
3.-GASTRECTOMIA SUBTOTAL.(+)
4.-VAGOTOMIA PROXIMAL, SUPERSELECTIVA, O DE CELULAS PARIETALES.

(+) Este tipo de manejo quirurgico es actualmente considerado en desuso, para ser empleado como cirugía de primera oportunidad, por el difícil manejo en caso de falla o complicación.

- 1.- GASTRECTOMIA PARCIAL-BILLROTH I
2.- VAGOTOMIA TRONCULAR + DRENAJE
ULCERA GASTRICA: 3.- ANTRECTOMIA DISTAL(DE MIGUEL)-
(3).
4.- GASTRECTOMIA PARCIAL, CON PRESERVACION DEL PILORO. (HAKI, 1967, y SEKINE, 1977); (27) (30).
5.- VAGOTOMIA PROXIMAL + EXCISION DE LA ULCERA (JOHNSTON 1972).
(31).

En ambos tipos de úlcera, gastrica o duodenal, los Objetivos buscados son:

- 1.- Reducción significativa de la producción ácido-péptica.
- 2.- Resolver la estasis Gastrica.
- 3.- Reducir o prevenir el reflujo duodeno-gastrico.
- 4.- Preservar la integridad anatómico-funcional del reservorio gastrico.

Estudio Prospectivo y Comparativo entre Vagotomía Proximal o Superselectiva, contra Vagotomía Troncular y Antrectomía, y Vagotomía Selectiva y Píloroplastia.
 Autor: J.L. Sawyers y J.L. Herrington, de Vanderbilt --
 University, Nashville, Tennessee. (25)

N= 174 Pacientes con Úlcera Duodenal Intratable

100 Pacs Grupo I V.P vs V.T.+A

74 Pacs Grupo II V.P vs V.S.+P

Ann Surg. Vol 186 No.4 Octubre 1977

	V.P	<u>vs</u>	V.T.+A	V.P	<u>vs</u>	V.S.+P
MORT.OP	1		0	0		0
RECURRENCIA						
ULC.DUOD	0		0	1		1
ULC.GASTR	2		0	0		0
REOPERADOS	1		1	0		0
MORBILIDAD						
INFECCION HERIDA	1		2	0		0
OBSTRUCCION VACIAMIENTO GASTRICO	0		1	0		0
ESCALA DE VISICK	Seguimiento 6 meses - 4 años					
I	86%		56%	78%		77%
II	10%		38%	16%		11%
III	0		0	3%		13%
IV	4%		6%	3%		3%
DUMPING	0		22%	3%		22%
DIARREA	2%(1)		18%	0		3%

Conclusión: La V.P. es efectiva para el manejo de Úlcera Duodenal Intratable, con un porcentaje - significativamente más alto de resultados excelentes en escala de Visick. Falta mayor seguimiento para establecer recurrencia.

Estudio Prospectivo Comparativo, entre Vagotomía - Proximal o Superselectiva vs Vagotomía Selectiva + - Antrectomía Billroth I, para Ulceras Duodenales o del Canal Pilórico. (9)

Autores: John J Gleysteen y Robert E Condon

Revista: Surgery Vol 94 No.1 Julio 1983

Seguimiento: 1-4 años

N= 40	V.P (n=18)	V.S.+A (n=22)
MORTALIDAD OP.	0	0
RECURRENCIA	1 (5%)	1 (5%)
REOPERACION	0	2 (10%)
MORBILIDAD		
Atonía Gastrica	0	2 (10%)
Obstrucción al Vaciamiento	0	1 (Reop)
Esplenectomía	1	0
Neumonía	2	1
Infección Herida	1	0
Dehiscencia Herida	0	1 (Reop)
Estenosis Esófago (lesion advertida)	0	1
VISICK I-II		
Primer Año	83%	77%
Segundo año	89%	71%
Cuarto año	70%	60%
DUMPING		
Moderado a Severo	0	2 (10%)
REFLUJO D-G Marcado	1	2

Conclusión: Ambos procedimientos son seguros para tratar Ulcera Duodenal. No debe emplearse V.P para Ulceras Canal Pilórico o Prepilóricas por alta recidiva no ligada a hipersecreción. Menor morbilidad y secuelas con la V.P.

Estudio Prospectivo, controlado y al azar, entre -
Vagotomía Proximal (V.P), Vagotomía Troncular con-
Procedimiento de Drenaje (V.T.+D), y Vagotomía Tron-
cular y Antrectomía (V.T.+A), para manejo de Ulcera-
Duodenal Cronica.

Autor: Jarley Koo; Queen Mary Hospital, Universidad -
de Hong Kong.

Revista: Ann Surg; Vol.197 No.3, Marzo 1983. (17)

N= 152 Masc =109 Fem=43 Edad Prom: 50.8 ± 12.0

	V.P(50)	V.T.+A(51)	V.T.+A(51)
MORT.OP	0	0	1(1.96%)
RECURRENCIA	8(16%)	6(11.8%)	0
NECESIDAD DILATAR PILORO	9(18%)	0	-
COLECISTECTOMIA INCIDENTAL	11(22%)	9(17.6%)	7(13.7%)
HOLLANDER(-)	56.3%	62.5%	86%
MORBILIDAD			
Esplenectomía	1(2%)	0	0
Obstrucción al Vaciam Gastrico Post operatorio	1(2%)	1(1.9%)	0
Absceso Subfrenico	0	0.	0
EFFECTOS COLATERALES			
Dumping	0	12.8%	21.3%
Diarrea	10.2%	14.9%	21.3%
Plenitud Post Prandial	14.3%	19.1%	36.2%
Vómito Biliar	0	0	4.3%
Vómito Alimentario	6.1%	0	2.1%
Pirosis	8.2%	8.5%	17.0%
SECUELAS LARGO PLAZO			
Tuberculosis Activa	0	0	1(1.9%) 4 años después
VISICK I-II	81.2%	86%	96%

Conclusión: V.T.+A, el mejor resultado, al precio de
Mort Op 1-2% y aumento importante efectos colaterales
La alta recurrencia en V.P, parece relacionarse con --
factores tecnicos. Eliminando la recurrencia, es la me-
jor opción. Se incluyó la recurrencia en Visick.

RESULTADOS DE LA VAGOTOMIA PROXIMAL O SUPERSELECTIVA
EN ULCERA DUODENAL.

AUTOR	NUMERO PACIENTES	MORT OP.	SEGUIM. AÑOS	VISICK I-II	RECURR. %
Dorricott(1978)	116	0%	1.0	82%	4.3%
Knight(1983)	226	0	0.5-9	--	6.8%
Mahey(1979)	115	0	1-5	91	5.1%
Stoddard(1978)	64	0	1-5	93	6.0
Kennedy(1975)	50	0	1-4	96	2.0
Christiansen(1981)	83	0	2-5	72	16.0
Sawyers(1977)	86	1.2	1-4	96	3.5
Grassi(1977)	298	0	2-7	95	1.5
Koffman(1977)	77	0	2.5-5.5	72	21.0
Andersen(1978)	273	0.7	2-5	83	9.8
Jordan(1979)	35	0	5	-	11.4
Fraser(1982)	69	0	5	87	1.5
Storey(1981)	120	0	5	-	20.4
Wastell(1977)	52	0	3-7	92	6.0
De Vries(1983)	71	0	5-7	72	9.9
Liavag-Roland(1979)	182	0	5-7	88	10.0
Goligher(1978)	117	0	5-8	75	4.0
Jensen-Andrup(1978)	100	0	5-8	86	9.0
Kronborg y Nadsen (1980)	50	0	5-8	-	26.0
De Miguel(1982)	158	0.6	5-9	86	9.1

Total de Pacientes: 2290

Mortalidad Operatoria Global: 0.12%

Seguimiento Promedio Global: 4.12 Años

Recurrencia Promedio Global: 9.16%

Visick I-II Promedio Global: 91.6%

(Datos publicados por David Johnston en el capítulo de Úlcera Gástrica y Duodenal, del libro " MAINGOT'S ABDOMINAL OPERATIONS " Octava Edición, 1985).

TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRICA

En las páginas anteriores, ha quedado asentado, que al igual que ocurre en la úlcera duodenal, en la úlcera gástrica, es también, en última instancia, el ataque ácido péptico, el responsable de la aparición y perpetuidad de la úlcera. Esta acción corrosiva, tiene lugar en una mucosa que tiene una resistencia disminuida por la presencia de uno o más de los factores listados, estrechamente relacionados con la úlcera gástrica, como son el reflujo duodenogástrico con las sales biliares y la lisolecitina que facilitan la digestión péptica; la estasis gástrica; la isquemia; y la acción irritativa y predisponente de varias drogas - antireumáticas, esteroides, y el alcohol. Todos estos factores, disminuyen la resistencia de la mucosa, para que sobrevenga el ataque ácido-péptico, y aparezca la úlcera. Es por ésto, que los intentos de curación con manejo médico, tienden a alcalinizar el PH intragástrico, por medio de antiácidos y bloqueadores H-2.

Tradicionalmente, la úlcera gástrica ha sido considerada de ser más difícil de tratar medicamente, por su mala respuesta y los elevados índices de recurrencia. Es por ésto, que a pesar de que se acepta que inicialmente se debe intentar manejo médico, la mayoría de los autores apoyan un manejo quirúrgico definitivo en los casos donde ocurra recurrencia en más de una ocasión, o bien, al presentarse las complicaciones propias, como la hemorragia, la estenosis y la perforación. Es imprescindible, descartar malignidad con toma de biopsias endoscópicas seriadas. (1)

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA GASTRICA

Los objetivos del manejo quirurgico en la Ulcera Gástrica, son los siguientes:

- 1.- Reducción en la producción de Acido y Pepsina.
- 2.- Reducir y prevenir, el reflujo duodeno-gastrico.
- 3.- Resolver la estasis gástrica.
- 4.- Preservar la integridad anatomofuncional del reservorio gástrico.

Procedimientos Quirurgicos Vigentes

- 1.- Gastrectomía Parcial (Antrectomía), con reconstrucción Billroth I
- 2.- Vagotomía Truncular asociada a un procedimiento de Drenaje, + Excisión de la Ulcera.
- 3.- Gastrectomía Parcial, con preservación del Píloro (Naki, 1967; y Sekine, 1975)
- 4.- Antrectomía Distal. (De Miguel, 1979)
- 5.- Vagotomía Proximal + Excisión de la Ulcera. (Johnston, 1973)

Análisis de las diferentes modalidades quirurgicas

Gastrectomía Parcial (Antrectomía) - Billroth I

Procedimiento considerado por la mayoría de los cirujanos, como la operación de elección en la Ulcera Gástrica, por su baja recidiva, de 4% en promedio, a 5-10 años. Sin embargo, alcanza la mayor mortalidad operatoria, de 1-2%; además de mayor morbilidad por la resección gástrica, relacionada con sangrado, sepsis y -

a largo plazo. La modificación consiste, en dejar íntegros 1.5 cm del antro pilórico, proximales al píloro, y preservándolo también, para finalizar con una anastomosis Gastroduodenal tipo Billroth I, con la modificación de Shoemaker. Los buenos resultados reportados por los Japoneses, no han sido logrados por otros estudios, como el de Tor Teigan, en Noruega (30)

Antrectomía Distal (De Miguel, 1979)

Esta variante, también surgió con la finalidad de minimizar los efectos adversos de la gastrectomía -- con reconstrucción Billroth I convencional. Consiste en hacer una resección antral que sea equivalente a un 25% del estómago, incluyendo el píloro, y excisión de la úlcera. Los resultados reportados por el autor, son excelentes, sin embargo, no existe hasta ahora un estudio similar sobre ésta técnica. (3)

Vagotomía Proximal, (Superselectiva o de Células Parietales), más excisión de la úlcera. (31)

Iniciada por Johnston en 1969, con resultados excelentes, y las ventajas en el resultado clínico funcional de la Vagotomía de Células Parietales; cuando ha sido aplicada en casos de Úlcera Gástrica tipo I, los resultados son comparables a los logrados por la Antrectomía B-I. Su aplicación en úlceras gástricas tipo II y III, no se recomienda, por la alta recurrencia de acuerdo a la opinión del mismo David Johnston, uno de los más grandes exponentes de la Vagotomía Proximal.

Estudio Prospectivo y al azar, que muestra los resultados a largo plazo, de la Vagotomía Proximal combinada con Excisión de la úlcera (V.P.+E), versus Gastrectomía Parcial-Billroth I (G.P.BI).

Autores: Reid D.A y Duthie H.L

Revista: Br.J Surg; 69:605-7,1982. (31)

N= 56	V.P.+E (25)	G.P.BI (29)
Mortalidad Op.	4(16%)	4(13.7%)
Mort Op en Relación directa-cirugía	0	1(3.4%)
Recurrencia a 4 Años	4(16%)	4(13.7%)
Recurrencia a 8 Años	6(24%)	5(17%)
Necesidad Reoperación por Recurrencia	3(12%)	1(3.4%)
Reoperación por efectos adversos.	0	1(3.4%) (gastritis alcalina vómito biliar)
Necesidad Tx Médico Post Op.	2(8%)	3(10.3%)
Efectos Colaterales		
Dumping temprano	0	25%
Dumping tardío	7%	10%
Diarrea leve	13%	35%
Diarrea severa	0	10%
Dolor Ulceroso	0	20%
Planitud Postpr.	13%	55%
Visick, excluyendo Recurrencia.		
I	12(80%)	7(33%)
II	3(20%)	6(29%)
III	0	3(14%)
IV	0	5(24%)

Comentario de los Autores: La V.P.+E, brinda mejores resultados sintomáticos a largo plazo, comparada con la G.P.BI, por lo que debe considerarse una opción genuina.

Estudio Retrospectivo sobre los resultados a Largo-Plazo, de Pacientes con Ulcera Gastrica Benigna, sometidos a Gastrectomía Parcial-Billroth I.

Autor: W.E.G.Thomas. Bristol Royal Infirmary University, Inglaterra. (29)

Revista: Ann Surg.; Vol 195; No. 2; Febrero, 1982.

N= 144 M: 83 F: 61

Seguimiento promedio 9.4 Años ; Rango: 3-15 Años

Pacientes Disponibles para evaluación Clínica: 79

Pacientes Vivos: 95 . Pacientes Finados: 49

Pacientes Vivos no Localizados: 16

Promedio de Edad: 58.5 ± 7.4

Se encontró el Antecedente de Tabaquismo (+) en 80%

**La presentación Clínica fue con Dolor Ulceroso en 85%-
Vómito en 48%; y Pérdida de Peso en 45%.**

**Se incluyeron 19 casos de pacientes sometidos a Gas -
trectomía Subtotal, en forma urgente, por sangrado o per-
foración de Ulcera Gastrica; también, 8 casos de Antrec-
tomía Distal menor o igual al 30%**

**En ningún caso de la serie, se empleo Vagotomía en la -
primera cirugía.**

RESULTADOS:

**Mortalidad Operatoria: 1 Caso (0.7%), por complicacio-
nes de fuga anastomótica.**

**Mortalidad Tardía: 2 casos de G.A en el muñón Gástrico
a los 2 y 3 años.**

**Un caso de muerte por reactivación-
de T.B Pulmonar, 13 años después.**

**Trastornos Metabólicos a Largo Plazo: No se encontró -
evidencia en las pruebas de laboratorio, de malabsor -
ción, y en el metabolismo del Calcio. Se encontró proble-
ma de carencia de Vitamina B₁₂ 2 pacientes (2.5%), y de
ficiencia de Folato, en 6 pacientes (7.5%). Evidencia de
Anemia con Hemoglobina menor de 12 g/dl, en 16 pacien-
tes (20.2%).**

Escala de Visick: I-II 84% III-IV 16%

Recurrencia: 5 casos (3.5%)

**Necesidad de Reoperación: 3 pacientes ((2.8%); dos casos
de Vagotomía por Recurrencia, y otr de Interposición Ye-
yunal, por Gastritis Alcalina y Vómito Biliar.**

Estudio Retrospectivo sobre Pacientes con Ulcera Péptica Gástrica, tratados Médica y Quirúrgicamente.
Autores: R Benton Adkins Jr; W.Scott; J.L.Sawyers.
Origen: Vanderbilt University, Nashville Tennessee.
 U.S.A.
Revista: Ann Surg, Vol 201, No.6, Junio 1985. (1)

N= 163 Fem: 87 Masc: 76

Edad Promedio: 54.2 Años Rango: 2-87 Años.

Antecedentes de Importancia:

Tabaquismo 77/163 = 44%
Alcoholismo 37/163 = 23%
Uso de Aspirina en 35/163 = 21%

Signos y Síntomas más Frecuentes:

Dolor Ulceroso: 111/163 = 68%
Sangrado: 98/163 = 57%
Vómito: 84/163 = 51.5%

Tipos de Ulceración (Clasificación de Johnson Modificada):

I: 113 = 69.3% II: 17 = 10.4%

III sin Ulc Duod Agragada: 25 = 15%

III con Ulc Duod Agragada: 8 = 4.9%

Pacientes con Manejo Médico Inicial: 135/163 = 83%

Duración Manejo Médico: 10.4 meses Promedio.

Efectividad del Manejo Médico Inicial: 58/135 = 42.9%

Falla Manejo Médico Inicial: 77/135 = 57%

Necesidad de Cirugía Posterior: 40/135 = 29.6%

Necesidad de Cirugía después de Manejo Médico Fallido: 40/77 = 50.9%

Electiva: 26/40 = 65%

Urgente: 14/40 = 35%

Pacientes con Manejo Médico Fallido, y persistencia de síntomas: 37/77 = 49.3%

Pacientes Tratados Quirúrgicamente en Forma Inicial

N= 28 = 17%

Presentación Clínica:

Dolor Severo: 21/28 = 75%

Sangrado: 20/28 = 71.4%

Perforación: 5/28 = 17.9%

Motivo de Cirugía Urgente en los Pacientes con Manejo Médico Fallido:

N= 14/40 = 35%

Sangrado: 9/14 = 64.2%

Obstrucción Gástrica: 4/14 = 28.5%

Perforación: 1/14 = 7.3%

Total de Pacientes sometidos a Manejo Quirúrgico:---

N= 68/163 = 41.7%

Tipo de Cirugía:

- 1.- Vaguetomía Troncular + Gastrectomía Parcial-
más Excisión de la Úlcera:BI=25;BII"Y" Roux=3
N= 31/68 = 46% Reoperación 4/31 = 12.9%
- 2.- Gastrectomía Parcial + Excisión sin Vagotomía
N= 2/68 = 2.9% Reoperación 1/2 = 50%
Ambas reparaciones Billroth I
- 3.- Gastrectomía Subtotal (50% o mayor)
N= 17/68 = 25%
Con Vagotomía: 11/17 = 64.7%
Sin Vagotomía: 6/17 = 35.30
Billroth I = 11 Billroth II "Y" Roux =6
- 4.- Vagotomía Troncular + Píloroplastia + Sutura -
Hemostática.
N= 5/68 = 7.3%.
Reoperación 1/5 = 20%. Fue por Recidiva Sangra-
do y Úlcera Recurrente.Reoperado con Resección
Subtotal y Gastro-Yeyunostomía en "Y" de Roux.
- 5.- Sutura o Cierre de Perforación sin Procedimien-
to antiulceroso Definitivo,ni Excisión.
N= 5/68 = 7.3% Perforación=4;Sangrado=1
Reoperación en 2/5 = 40% ,por Úlcera persisten-
te y Sangrado.Tratados con Resección Gastrica-
Antrectomía y uno con Subtotal,ambos Billroth I
- 6.- Vagotomía Proximal.
N= 5/68 = 7.3% Tipo I=1;Tipo II=1;Tipo III=3
Recurrencia: Un solo caso por continuar con -
abuso de Aspirina, = 20%.No Reoperación.
- 7.- Vagotomía Proximal + Sutura Hemostática o Cie-
rre de la Perforación.
N= 3/68 = 4.4%. Reoperación por Recurrencia -
de Sangrado y muerte del paciente = 1/3=33.3%
Paciente con Cirrosis Alcohólica.

Morbilidad:

Se presentaron en 13/68 = 19%, 14 complicaciones-
o secuelas Post operatorias:

**Obstrucción
Vaciamiento Gastrico**

3/13 = 23%

Gastritis Alcalina
3/13 = 23%

Ulcera Marginal
2/13 = 15.3%

Ulcera Persistente
4/13 = 30.7%

Dumping
2/13 = 15.3%

Manejo Necesario P.Op

**Revisión Quirurgica
en los tres casos**

1= Manejo Médico
1= Revisión Qx.
1= Revisión Vagotomía
Nueva Resección y-
"Y" de Roux.

1= Manejo Médico
1= Revisión Vagotomía
nueva Resección y-
"Y" de Roux.

1= Manejo Médico
1= V.T. + A BI
2= Gastrectomía Subto-
tal y "Y" de Roux.

2= Manejo Médico

Recurrencia y Persistencia Post Operatoria:

N= 6/68 = 8.8%

Necesidad de Reoperación: 9/68 = 13.2%

Mortalidad Postoperatoria: 2/68 = 2.9%

Mortalidad de Toda la Serie: 3/163 = 1.8%

Desarrollo de Carcinoma Gástrico: 3/163 = 1.8%

**Clasificación Funcional de Resultados en los 50 Pa-
cientes sometidos a resección Gástrica + Exciisión -
de la Ulcera, con o sin Vagotomía.**

Visick I = 80% Visick II = 8%

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

El plan de manejo de Ulcera Gástrica debe inclu-
ir biopsias endoscópicas seriadas; un razonable peri

odo de tratamiento médico de 6 a 8 semanas; para evitar el riesgo potencial de complicaciones en úlceras rebeldes, en las que se insiste en manejo "conservador" Tomando en cuenta que los procedimientos quirúrgicos selectivos son bien tolerados por el paciente anciano al contrario de lo que ocurre en la cirugía urgente.

Nosotros preferimos, para el manejo de la Úlcera - Gástrica, una resección gástrica distal, con excisión de la úlcera, y preferimos la reconstrucción tipo - Billroth I, y de no ser posible, empleamos "Y" de Roux La adición de Vagotomía la recomendamos en úlceras-- tipos II y III, y en pacientes con úlcera tipo I, que se ven en la necesidad de tomar drogas ulcerogénicas por padecimientos agragados, o bien, en casos de droga dictos o alcohólicos.

Los procedimientos no resectivos pueden estar indicados en situaciones de urgencia, pero frecuentemente se requerirá posteriormente, un procedimiento definitivo.

Estudio Retrospectivo de los resultados de la -
 Gastrectomía Parcial con Preservación del Píloro.
 Autores: Takeshi Sekine y Toshio Sato.
 Revista: Surgery Vol 77, No. 1, Enero 1975. (27)
 N= 60
 Seguimiento: 1-9 años.

Reducción de Concentración Máxima de Acido----- 57%
 Reducción de M.A.O.----- 81%
 Reducción - P.A.O.----- 70.8%
 Tiempo Vaciamiento Gástrico -----30-180min 79%
 Recurrencia y Secuelas ----- Ninguna.

Conclusión de los Autores: Los resultados indican que es una buena opción para tratamiento de Úlcera Gástrica.

Estudio Prospectivo sobre Resección Gástrica con -
 Preservación del Píloro, para el manejo de Úlcera Gástrica.
 Autores: Tor Teigan, I. Liavag y M. Roland.
 Revista: Acta Chir Scand 144:249-253, 1978 (30)
 N= 47
 Seguimiento: 5-7 Años

Reducción en Secresión Basal ----- 69%
 Reducción en Respuesta Estimulada
 con Pentagastrina ----- 80%
 No ocurrió ningún caso de Dumping, ni otros efectos -
 Colaterales adversos.
 Visick I-II 77% Recurrencia: 5 (10.6%)
 Visick III-IV 17%

Conclusión de los Autores: Debido a la alta recurrencia y a la frecuencia de retención Gástrica, consideran superiores los resultados de la G.P.BI convencional.

Estudio sobre los resultados a largo plazo, de Antrectomía Distal, para el manejo de Ulcera Gastrica
Autor: Jacinto De Miguel
Revista: Br J Surg 66:48,1979

N=46

Seguimiento: 5-10 años

Mortalidad Operatoria: 0%

Recurrencia: 0%

Visick I-II 90%

Visick III-IV 10%

Este estudio nos muestra resultados excelentes -- de esta variante de la Antrectomía Billroth I convencional. Puede representar una buena opción, pues parece disminuir importantemente los efectos colaterales Sin embargo no tenemos otros estudios similares que refuercen sus conclusiones.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

El presente, es un estudio analítico retrospectivo, basado en las variables contenidas en los expedientes clínicos, de todos aquellos pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico electivo o urgente, a causa de Úlcera Péptica Gástrica o Duodenal. El estudio incluyó los pacientes tratados a partir de Enero de 1982, a Diciembre de 1985. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes en los que se demostró -- presencia de Neoplasias benignas y malignas, en el estudio histopatológico de biopsias endoscópicas, o del material de estudio histopatológico de biopsias transoperatorias o estudio postoperatorio de especímenes de resección gástrica. El tamaño de la muestra comprende a 53 pacientes.

MATERIAL Y METODOS

En este trabajo retrospectivo, la información se obtuvo de expedientes clínicos almacenados en el Departamento de Archivo Clínico del Hospital. Los números clave de los expedientes, fueron obtenidos principalmente de los libros de registro del Departamento de Histopatología Clínica de nuestro Hospital, los cuales a la vez proporcionaron la valiosa información contenida en los reportes histopatológicos de las piezas de pacientes que fueron sometidos a procedimientos de resección gástrica o de vaguectomía, o bien, tejido de excisión de úlceras gástrica o duodenal. Otra parte de los números clave de expedientes se obtuvo del Departamento de Estadística del Hospital.

Las variables extraídas, comprendieron:

Sexo, edad, factores predisponentes, padecimientos asociados, historia de ingesta de medicamentos ulcerogénicos, cuadro clínico, duración del mismo, tipo de manejo médico o quirúrgico previo, complicaciones previas, métodos de diagnóstico, localización de la ulceración, procedimiento quirúrgico empleado, morbilidad ligada a el mismo, necesidad de reoperación después de la cirugía inicial, manejo médico necesario post operatorio antiulceroso, recurrencia, secuelas a corto y largo plazo, y clasificación funcional de Visick. Los resultados del estudio de estas variables, se expresan por separado en base a la presentación que motivó la cirugía, iniciando con Úlcera perforada, Úlcera sangrante, Úlcera asociada a estenosis y obstrucción al vaciado gástrico, Úlcera rebelde a manejo médico, y Úlceras que recibieron manejo quirúrgico en forma electiva.

R E S U L T A D O S

ULCERA PEPTICA PERFORADA**Edad y Sexo:**

Se identificaron 22 pacientes en los que la perforación de una úlcera gástrica o duodenal, motivó - tratamiento quirúrgico. De estos 22 pacientes, 13 - de ellos fueron varones (59%), y 9 mujeres (41%); - la edad promedio general fue de 58.5 años, con un - rango de edad de los 16 hasta los 83 años. El promedio de edad para el sexo masculino fue de 60.4 años y de 55.6 años para sexo femenino. La población mayor de 60 años fue del 50% (11/22).

Cuadro Clínico- Duración:

Se encontró presencia de sintomatología Acido-Péptica crónica (mayor de 3 meses) en 11 pacientes - (50%). El promedio general de duración del cuadro - clínico fue de 4.7 años, con un rango de 1 día, hasta 40 años.

Antecedentes de Tratamiento Médico:

Se encontró que 9 pacientes (40.9%), habían recibido tratamiento médico a base de medidas dietéticas, antiácidos y cimetidina. Se asintó rebeldía en - 6 de éstos 9 casos (66.6%). El rango de duración del - tratamiento médico varió desde 13 meses a 12 años.

Antecedentes de Tratamiento Quirúrgico Antiulceroso

Se documentó tratamiento quirúrgico antiulceroso previo a 1982, en 2 pacientes (9%).

Antecedentes de Complicaciones previas:

Se detectaron 3 casos de Sangrado de Tubo Digestivo Alto. Un caso de probable perforación, no claramente establecido.

Pacientes con Perforación como Presentación Inicial.

Se detectaron 6 casos (27.2%), en los que no se manifestó duración de la sintomatología mayor a una semana.

Enfermedades Asociadas y Factores Predisponentes:

EPOC, 3 pacientes(13.6%); Osteoartropatía con empleo de antirreumáticos no esteroideos, 3 casos(13.6%) Colecistitis Crónica Litiasica 2 casos,(9%);Hernia - Hiatal 2 casos(9%); Insuficiencia Cardíaca 1/22(4.5%) Un caso de empleo de esteroides por Dermatitis(4.5%); Un paciente con perforación después de haber suspendido tratamiento médico 2 meses antes,(4.5%); se encontró tabaquismo positivo en 15 pacientes(68%),y alcoholismo en 11 de 22,(50%).

Quadro Clínico en la Perforación:

Resaltaron la presentación de dolor abdominal epigástrico persistente y de inicio súbito, en 20/22 pacientes (90.9%), todos asociados a datos de abdomen agudo, con irritación peritoneal. Se detectó aire libre subdiafragmático en 7 casos (31.8%). Un paciente con Hemoperitoneo en punción abdominal(4.5%). Se llegó al diagnóstico por hallazgo en Laparotomía, en 2 pacientes (9%), uno de ellos por S.T.D.A, y el otro caso por tratamiento por "rebeldía"; el primer caso fue terebración a Hígado, y el segundo perforación se llada completamente por epiplén.

Terebración a Organos Vecinos:

Se encontró terebración a los siguientes Organos:

- Hígado----- 2 casos (9%)
- Pancreas----- 2 casos (9%)
- Vesícula Biliar 1 caso (4.5%)
- Colon Transverso 1 caso (4.5%)

Complicaciones Coexistentes con Perforación.

Un caso de Pancreatitis Necrohemorrágica(4.5%)
 Estenosis Pilórica, un caso (4.5%)
 Úlcera Sangrante, un caso (4.5%)
 Pseudo-Apendicitis, un caso (4.5%)

Distribución Anatómica de las Perforaciones: M F

Duodeno, primera porción -----	6/22 (27%)	5	1
Gástrica Tipo I -----	4 (18%)	2	2
Pilórica -----	4 (18%)	2	2
Pre Pilórica -----	8 (36.3%)	4	4
Boca Anastomótica(Yeyuno) --	1 (4.5%)	1	-

Procedimientos Quirúrgicos:

Se realizaron 24 procedimientos Quirúrgicos en los 22 pacientes. Procedimientos "conservadores" en 18 - ocasiones (75%), y Procedimiento Antiulceroso Definitivo en 6 ocasiones (25%).

Procedimientos Conservadores:

Parche de Graham ----- 3 casos.
 Cierre Primario + Parche Epiploon ---- 8 casos.
 Cierre Primario solo ----- 7 casos.

Se realizaron en asociación a éste manejo con - servador, los siguientes procedimientos:

Gastrostomías -----	10
Procedimientos de Drenaje(G-Y)-	1
Sonda Transduodenal -----	1
(Fístula Controlada)	
Yeyunostomía -----	1
Omentectomía Parcial -----	1
Maniobra de Allison -----	1
Colecistectomía -----	1
Apendicectomía -----	1

Procedimientos Quirúrgicos Definitivos: n= 6

1.- Gastrectomía Parcial- Esofago-Gastroanastomosis, Maniobra de Allison y Splenectomía Accidental.

2.- Cierre Primario + V.T.+Píloroplastia y Gastrostomía.

3.- Gastrectomía Parcial-Billroth II, sin Vagotomía.

4.- Gastrectomía Parcial-Billroth II

5.- V.T.+Píloroplastia + Excisión de la Ulcera.

6.- V.T. + Gastrectomía Parcial- B II

Necesidad de Reoperación

De los 13 pacientes que sobrevivieron, fue necesario reoperar a 7 de ellos (53.8%).

Reoperación en Cirugía Conservadora 5/9= 55%

Reoperación en Cirugía Definitiva 2/6 = 33.3%

Necesidad de Tratamiento Definitivo en pacientes con sintomatología crónica (mayor de 3 meses)
3/7 = 42.8%

Necesidad de Tratamiento Definitivo en pacientes con menos de 3 meses de sintomatología:
2/2 = 100%.

Mortalidad Operatoria:

La mortalidad Operatoria general fue de 41% - 9/22 pacientes. Al analizarla por grupos de edad, encontramos que en menores de 60 años fue de 18% (2/11); y en mayores de 60 años, fue 63.8% (7/11). Asociando el grupo de edad con el procedimiento elegido, tenemos:

Mayores de 60 con Cir Definitiva --- 0/3= 0%

Mayores de 60 con Cir Conservadora - 7/8=87.5%

Menores de 60 con Cir Definitiva --- 0/3 = 0%

Menores de 60 con Cir Conservadora - 2/9 = 22%

Causas de Mortalidad n = 9/22 = 41%

Choque - Sepsis - D.H.E	-----	7/9 = 77.7%
Neumonía	-----	1/9 = 11.2%
Eventración con Reoperación	---	1/9 = 11.2%
Insuf Resp Aguda + Paro C-R	---	1/9 = 11.2%

Causas de Morbilidad

Un paciente evolucionó con Neumonía, fistula Bronco-Pleural, Paquipleuritis que ameritó cirugía con De corticación, causando la muerte 4 meses después de la cirugía antiulcerosa.

Un caso de un paciente con eviceración. Logró sobrevivir a la reintervención.

Secuelas Post Operatorias:

Diarrea	2/13 = 15.3%
Dumping	1/13 = 7.6%

Alteraciones Histopatológicas:

Gastritis Crónica	-----	3/22 = 13.6%
Gastritis Aguda	-----	2/22 = 9%
Gastritis Atrófica	-----	1/22 = 4.5%
Metaplasia Intestinal	-----	2/22 = 9%
Fragmentos de Nervios Vagos	---	<u>2</u> en promedio.

Clasificación Funcional de Visick n = 13

Visick I-II	-----	1/13 = 7.6%
Visick III	-----	7/13 = 53.8%
Visick IV	-----	1/13 = 7.6%
Sin Seguimiento	-----	3/13 = 23%
		<u>2</u> por Defunción Tardía
		<u>1</u> sin ningún seguimiento (deserción)

R E S U L T A D O S

ULCERA PEPTICA SANGRANTE

Edad y Sexo:

Se documentaron 12 casos de pacientes con úlcera gástrica o duodenal, que ameritaron cirugía programada o de urgencia, a causa de sangrado de la úlcera.

Predominaron las intervenciones de urgencia 8/12 (66.6%); y las electivas 4/12 (33.3%)

La distribución por sexo, fue de 9 varones (75%), y 3 mujeres (25%). La edad Promedio General fue de 65.5 años, con un Rango de 28 a 88 años. El promedio de edad para varones fue de 62 años, y el de mujeres de 76 años. La población mayor de 60 años fue 75% (9/12) y la menor de 60 años 25% (3/12).

Cuadro Clínico - Duración:

El promedio de la duración del Cuadro Clínico fue de 2.7 años. El cuadro clínico de presentación fue:

Hematemesis y Melena -----	12/12 = 100%
Dolor Ulceroso -----	7/12 = 58.3%
Pirosis y Ardor Epigástrico --	2/12 = 16.6%
Plenitud Postprandial -----	1/12 = 8.3%
Encefalopatía Hepática -----	1/12 = 8.3%

Antecedentes de Tratamiento Médico o Quirúrgico Antiulceroso:

En 6/12 (50%) de los pacientes, se documentó el antecedente de tratamiento médico con cimetidina y antiácidos.

Un paciente 1/12 (8.3%) había recibido manejo quirúrgico antiulceroso previamente.

Antecedentes de Complicaciones Previas.

Se presentaron complicaciones previas en 9/12 pacientes (75%).

Sangrado ----- 7/12 = 58.3%
 Perforación ----- 1/12 = 8.3%
 Rebeldía a manejo médico -- 1/6 = 16.6%

Enfermedades Asociadas - Factores Predisponentes:

-Hipertensión Arterial 5/12 = 41.6%
 -Neumonía ----- 2/12 = 16.6%
 -E.P.O.C. ----- 1/12 = 8.3%
 -Cardiopatía Isquémica
 + Fibrilación Auric.- 1/12 = 8.3%
 -Artritis Reumatoide-- 1/12 = 8.3%
 -Artropatía Deg. ----- 1 = 8.3%
 -CHAM-Varices Esof. -- 1 = 8.3%
 - Urosepsis ----- 1 = 8.3%
 = Hernia Hiatal ----- 1 = 8.3%
 -Diabetes Mellitus --- 1 = 8.3%
 -Migraña ----- 1 = 8.3%
 -Tabaquismo(+)------ 7/12 = (58.3%)
 -Alcoholismo (+)------ 7/12 = 58.3%

Medicamentos Ulcerogénicos:

Alfa Metil Dopa ----- 3 casos = 25%
 Indometacina ----- 1 caso = 8.3%
 Tolbutamida ----- 1 caso = 8.3%
 Antireumáticos no Esteroides 2/12 = 16.6%

Auxiliares del Diagnóstico:

Endoscopia 6/12 = 50%
 SEGD 1/12 = 8.3%

Complicaciones Agregadas:

Obstrucción al Vaciamiento Gástrico por Estenosis Píloro Duodenal, en 3 casos (25%).

Localización de las Úlceras Sangrantes:

Gástricas 11/12 = 91.6%
 Duodenal 1/12 = 8.3%

Técnicas Quirúrgicas Empleadas:

Se brindó manejo conservador en 3 casos (25%)

Se brindó manejo Definitivo en 9/12 (75%).

Los tres casos de manejo conservador, fueron a base de sutura hemostática solamente.

Los casos de manejo Definitivo Antiulceroso fueron:

- V.T. + Píloroplastia + Sutura -- 4/12 = 33.3%
- V.T. + Píloroplast + Excisión -- 1/12 = 8.3%
- V.T. + Antrectomía Billroth I -- 1/12 = 8.3%
- Gastrectomía Parcial----- 3/12 = 25%

Billroth I ---- 1
 Billroth II -- 1
 "Y" de Roux -- 1

Frecuencia de Resagrado:

Tratamiento Conservador ----- 2/3 = 66.6%

Tratamiento Definitivo ----- 1/9 = 11%

De estos 3 pacientes, solo dos fueron reintervenidos, ambos habían sido sometidos a sutura hemostática solamente, reintervenidos uno con excisión y cierre, y - el otro con nueva sutura "hemostática". Los 3 pacientes con sangrado recurrente, murieron.

Mortalidad Operatoria:

La mortalidad operatoria general fue de 58.3% (7/12) Considerando por modalidad quirúrgica, fue de 100%(3/3) en Cirugía Conservadora; y 55% (5/9) en Cirugía Definitiva. Asociando el grupo de Edad con la modalidad quirúrgica, tenemos:

Mayores de 60 A. con Cir Conservadora - 2/2 = 100%

Mayores de 60 A. con Cir Definitiva --- 4/6 = 66.6%

Menores de 60 A. con Cir Conservadora--- 1/1 = 100%

Menores de 60 A. con Cir Definitiva --- 0/2 = 0%

Causas de Mortalidad: n = 7

Resangrado-----	3 = 42.8%
Insuf Cardiaca- Anuria ----	1 = 14.2%
CID-Neumonía-Urosepsis ----	1 = 14.2%
Infarto Miocardio -----	1 = 14.2%
No Recuperacion de Anestesia-Paro C.R. -----	1/ = 14.2%
Urinoma- S. de Pournier ----	1 = 14.2%

Causas de Morbilidad:n= 5 (vivos)

Absceso de Pared -----	1/5 = 20%
Neumonía -----	1/5 = 20%

Secuelas Post Operatorias:

Diarrea -----	1/5 = 20%
Dumping -----	1/5 = 20%

Clasificación Funcional de Visick:

I-II -----	2/5 = 40%
III -----	2/5 = 40%
Un paciente sin seguimiento.	

Alteraciones Histopatológicas:

Gastritis Crónica Atrófica -----	5/12 = 41.6%
Metaplasia Intestinal -----	3/12 = 25%
Fragmentos de Nervios Vagos-----	Promedio 2.4
	Rango 2-4

R E S U L T A D O S

ULCERA PÉPTICA COMPLICADA CON ESTENOSIS

Edad y Sexo:

Se encontraron 10 pacientes con esta complicación. La distribución por sexos, fue de 3 mujeres (30%) y 7 varones (70%). El promedio de edad general fue de 52 años, para el sexo femenino 69.3 años, y para el masculino — 44.7 años.

Cuadro Clínico - Duración:

El promedio de manifestaciones de Enfermedad Acido-Péptica, fue de 9.3 años, con un rango de 1 a 20 años.

Antecedentes de Tratamiento Médico:

Fue documentado en 7 pacientes (70%), alcanzando un Promedio de duración de 2.6 años, con un Rango de 1 a 4 años.

Antecedentes de Complicaciones Previas:

S.T.D.A ----- 4/10 = 40%

Rebeldía a el
Manejo Médico - 6/10 = 60%

Enfermedades Asociadas:

Artritis Reumatoide ----- 1/10 = 10%
con empleo de medicamentos
esteroides y no esteroides.

H.T.A. ----- 1/10 = 10%

Hernia Hiatal-Reflujo y Esofagitis-- 3/10 = 30%

Esofago de Barret ----- 1/10 = 10%

Colecistitis Cronica Litiasica ----- 1/10 = 10%

Pseudoquistes de Pancreas ----- 1/10 = 10%

Neumonía ----- 1/10 = 10%

Alcoholismo ----- 7/10 = 70%

Tabaquismo ----- 6/10 = 60%

Auxiliares del Diagnóstico:

Endoscopia -----	90%
Serie E.G.D. -----	80%
Quimismo -----	30%

Complicaciones Agregadas:

Sangrado ----- 2/10 = 20%

Técnicas Quirúrgicas Empleadas:

- V.T. + Drenaje -----	4/10 = 40%
- Pfloroplastias --- <u>1</u>	
- Gastro-Yeyuno --- <u>1</u>	
- Vagotomía Selectiva + P --	1/10 = 10%
- V.T. + Antrectomía -----	4/10 = 40%
Billroth I --- <u>2</u>	
Billroth II --- <u>1</u>	
"Y" de Roux ----- <u>1</u>	
- Gastro-Yeyunostomía -----	1/10 = 10%

Procedimientos Quirúrgicos Agregados:

Gastrostomía -----	<u>1</u> (10%)
Funduplicación Nissen-	1 (10%)
Hemifunduplicación ---	1 (10%)
Maniobra de Allison---	1 (10%)
Colecistectomía -----	1 (10%)
Exploración V.Biliares	1 (10%)
Yeyunostomía Witzel---	1 (10%)

Necesidad de Reoperación:

Fue necesaria en dos casos (20%), ambos con evidencia de Úlcera Recurrente en forma temprana.

El primero de los casos fue el intervenido inicialmente con solo Gastroyeyunostomía, posteriormente con V.T. + A - "Y" de Roux, por Úlcera Recurrente, complicada con dehiscencia de anastomosis y nueva reintervención, con muerte de la paciente.

Necesidad de Reoperación (continda)

El segundo paciente con necesidad de reoperación, fue por Ulceración recurrente después de V.T. + Antrectomía y reconstrucción Billroth I. El manejo posterior fue con solo Gastroyeyunostomía e intento de recanalización digital de la anastomosis G-D estenosada por la Ulceración recurrente.

Mortalidad Operatoria:

La Mortalidad Operatoria General fue de 20% (2/10) siendo de 50% (2/4) en mayores de 60 años, y de 0% - (0/6), para los menores de 60 años. Considerando la -- Mortalidad Operatoria asociada a los grupos de edad, y al manejo operatorio, tenemos:

Mayores de 60 A con Manejo Def. ---- $1/3 = 33\%$
 Mayores de 60 A con Manejo Cons. --- $1/1 = 100\%$
 Menores de 60 A con Manejo Def. $0/6 = 0\%$

Complicaciones:

Ulceraciones Recurrentes: $2/10 = 20\%$
 Estenosis Post Operatorias $2/10 = 20\%$
 Dehiscencia de Anastomosis $1/10 = 20\%$
 Fístula de Alto Gasto $1/10 = 10\%$
 Bronconeumonía $1/10 = 10\%$
 Diarrea - D.H.E $1/10 = 10\%$

Causas de Muerte:

Un paciente desarrolló Bronconeumonía y Fístula de Alto Gasto, diarrea y D.H.E.

El otro paciente, ameritó reoperación por úlcera recurrente, evolucionando con eviceración y dehiscencia de la gastroenterostomía.

Secuelas: Diarrea $1/8 = 12.5\%$
 Dumping $1/8 = 12.5\%$

Clasificación Funcional de Visick:

I	0%
II	40% (4/10)
III	30% (3/10)
IV	20% (2/10)

Sin Seguimiento: 10% (1/10)

Se incluyeron las Ulceras Recurrentes.

Alteraciones Histopatológicas:

Gastritis Crónica -----	5/10 = 50%
Atrofia -----	2/10 = 20%
Gastritis Cron Hipertrofica	1/10 = 10%
Metaplasia Intestinal -----	2/10 = 20%
Duodenitis -----	2/10 = 20%
Hipertrofia Muscular del Pfloro	1/10 = 10%
Segmentos de Nervios Vagos: Promedio	<u>2</u>

R E S U L T A D O S

ULCERA PEPTICA REBELDES A MANEJO MEDICO

Edad y Sexo: n = 4

Se incluyeron 4 casos de pacientes con rebeldía - probada a tratamiento médico. La edad promedio general fue de 54.2 años, con un Rango de 35 a 72 años. - La distribución por sexo fue: Varones $\frac{3}{4}$ (75%) y mujeres $\frac{1}{4}$ (25%). La población mayor de 60 años fue del - 50% (2/4).

Cuadro Clínico - Duración:

La duración promedio de los 4 pacientes, fue de - 7.5 años.

Antecedentes de Tratamiento Médico:

Se documentó manejo médico exhaustivo en el 100% - de los pacientes, con una duración promedio del mismo de 1.7 años.

Antecedentes de Complicaciones Previas:

Solo se presentó en un paciente, con S.T.D.A (25%)

Enfermedades Asociadas:

Hernia Hiatal -----	$\frac{3}{4}$ = 75%
Adicción a Drogas ---	$\frac{1}{4}$ = 25%
Alcoholismo -----	$\frac{3}{4}$ = 75%
Tabaquismo -----	$\frac{1}{4}$ = 25%

Auxiliares del Diagnóstico:

Serie E.G.D -----	$\frac{3}{4}$ = 75%
Endoscopia -----	$\frac{2}{4}$ = 50%
Quimismo G -----	$\frac{2}{4}$ = 50%

Complicaciones Agregadas:

Solo un caso de Estenosis = 25%

Situación de las Úlceraciones:

Duodeno ----- $3/4 = 75\%$
 Gástrica ----- $1/4 = 25\%$

Técnicas Quirúrgicas Empleadas:

-V.T. + Drenaje ----- $3/4 = 75\%$
 Piloroplastias --- 2
 Gastro-Yeyunostomía --- 1
 -Vagotomía Superselectiva + Gastropexia de Hill
 $1/4 = 25\%$.

Procedimientos Quirúrgicos Agregados:

Funduplicación de Nissen ----- $2/4 = 50\%$
 Gastropexia de Hill ----- $1/4 = 25\%$
 Esplenectomía Accidental ----- $1/4 = 25\%$

Mortalidad Operatoria:

La mortalidad Operatoria General fue de $25\%(1/4)$ separada por grupos de edad, tenemos:

Mayores de 60 años ----- $1/2 = 50\%$
 Menores de 60 años ----- $0/2 = 0\%$

Causas de Mortalidad, Morbilidad y Reoperación:

El único caso de mortalidad, sucedió en un paciente tratado con V.T. + P + Esplenectomía Accidental, complicado con absceso subfrénico-reoperación y De_cerebración post Paro Cardio respiratorio en el -- Post Operatorio Inmediato.

Secuelas Post Operatorias- Clasificación de Visick:

Un caso de persistencia de sintomatología dolorosa sin ulceración recurrente. Se documentó efecto Dum - ping asociado a Diarrea, en un paciente = 25% . Ninguna-recurrencia ulcerosa.

Visick II --- $1/3 = 33.3\%$
 Visick III -- $2/3 = 66.6\%$

Histopatología:

Solo promedio de fragmentos de Nervios Vagos
2 en promedio.

R E S U L T A D O S

ULCERA PEPTICA- CIRUGIA ELECTIVA

Edad y Sexo:

Se encontraron 5 casos de pacientes sometidas a - tratamiento quirurgico antiulceroso en forma electiva, sin documentar rebeldia al manejo medico y sin - complicación que indicara la cirugia al momento de - efectuarse. La distribución por sexos fue de predominio en el femenino, con 3 pacientes (60%), y 2 del sexo masculino (40%). La edad Promedio fue de 49.4 años un solo paciente rebasó los 60 años (20%).

Quadro Clínico - Duración:

La duración promedio de sintomatología ulcerosa, - fue de 4.4 años, con un rango de 1 a 12 años.

Antecedentes de Tratamiento Médico Previo:

Se asentó tratamiento médico previo en 60% (3/5), sin poder precisar la duración.

Complicaciones Previas:

Se apreció el antecedente positivo de Sangrado de Tubo Digestivo alto en 40% (2/5). No otra.

Complicaciones Agregadas en el momento de Cirugia:

No se documentó ninguna.

Enfermedades Asociadas:

- Hernia Hiatal ----- 4/5 = 80%
- con Esofagitis----- 2/5 = 40%
- Colecistitis Cron Lit.- 2/5 = 40%
- Pseudovolvulus Gastrico 1/5 = 20%
- Divertículo en Tercera Porción de Duodeno 1/5 20%
- Tabaquismo y Alcohollismo 2/5 = 40%

Auxiliares del Diagnóstico:

- Endoscopia ----- 3/5 = 60%
- SEGD----- 3/5 = 60%
- Quimismo ----- 1/5 = 20%

Localización de las Ulceras:

Duodenal ----- 2/5 = 40%
 Pilórica ----- 1/5 = 20%
 Pre Pilórica ----- 1/5 = 20%
 Gástrica Tipe II ----- 1/5 = 20%

Procedimientos Quirúrgicos Empleados:

La técnica quirúrgica empleada en la totalidad -
 de los 5 pacientes, fue de Vagotomía troncular con -
 Píloroplastia 5/5 = 100%.

Procedimientos Quirúrgicos Agregados:

Funduplicación de Nissen --- 2/5 = 40%
 Colectistectomía Simple ----- 2/5 = 40%
 Exploración Digital Transpilórica--- 1/5 = 20%

Mortalidad Operatoria:

No mortalidad 0/5 = 0%

Morbilidad:

Ninguna Complicación Postoperatoria.

Secuelas y Clasificación de Visick:

No se documentó ninguna secuela, sin embargo, fue no
 torio que el seguimiento fue inadecuado.

Visick II ---- 2/5 = 40%
 Visick III --- 1/5 = 20%
 Sin Seguimiento--- 2/5 = 40%

Alteraciones Histoatómicas:

Gastritis Crónica con Metaplasia Intestinal 1/5 20%
 Promedio Fragmentos de Nervios Vagos--- 2

DISCUSION

En la sección inicial de éste trabajo, han quedado asentados los puntos más relevantes, en forma sintetizada, de la fisiopatología y etiopatogenia de la úlcera péptica gástrica y duodenal. Se ha expresado, que para los dos tipos de ulceración, es el ataque ácido-péptico, el que en última instancia, determinará la aparición de la úlcera, así como sus complicaciones; aceptando las grandes diferencias de las condiciones etiopatogenicas en cada tipo de ulceración.

Se han presentado las modalidades quirúrgicas que prevalecen en la actualidad, exponiendo tanto sus efectos positivos como los negativos, y además, se han comparado entre sí, para lograr integrar un criterio de elección bien fundamentado. Sobresale dentro de éste tópico, la aparición reciente de modificaciones a la Gastrectomía Parcial convencional, con el fin de disminuir sus efectos adversos colaterales; y también el desarrollo y aceptación gradual de la Vagotomía Superselectiva o de Células Parietales, técnica que ha alcanzado en manos de varios autores, resultados comparables similares a la Gastrectomía Parcial en cuanto al índice de recurrencia, pero con una sustancial disminución de la morbimortalidad, generalmente aceptadas para la cirugía con resección gástrica.

En la segunda sección, correspondiente al estudio retrospectivo, se ha revisado cuales son las técnicas quirúrgicas empleadas en el manejo electivo y urgente de la úlcera gástrica y duodenal. Los resultados se han dividido de acuerdo a la causa directa que motivó la cirugía.

Entre las complicaciones asociadas al problema de perforación, sobresalen un caso de Pancreatitis Necro hemorrágica y un caso de Pseudoapendicitis Aguda, que al estudio histopatológico reveló solo periapendicitis Aguda. Sobre la localización de la perforación, prevaleció el duodeno en primera porción (27%), pero al considerar las úlceras pilóricas y prepilóricas - dentro de la úlcera gástrica, alcanzaron en conjunto un 72.7%, y con una proporción idéntica en distribución por sexos. Fue interesante detectar un caso de perforación de vertiente yeyunal de un paciente manejado solo con Gastrectomía Parcial Billroth II, por estenosis pilórica péptica, y que se trató de la perforación, solo con cierre primario.

Considerando la conducta quirúrgica, en el período estudiado prevaleció la conducta "conservadora", con cierre primario y parche de epipión, o bien cierre mediante Técnica de Graham, hasta en un 75%. Solo se realizó manejo quirúrgico antiulceroso definitivo, en 25% de los pacientes.

Uno de los puntos de mayor importancia, fue el encontrar en conformidad con reportes previos, la alta mortalidad en el grupo de edad mayor a 60 años, en el que alcanzó 63.8%, y contrastando con el grupo de menores de 60 años, en cuyo caso la mortalidad operatoria solo alcanzó 18%. Pudo apreciarse también, en la confrontación de las técnicas conservadoras contra las definitivas igualando grupos de edad, que la modalidad de manejo definitivo, contrastó con un 0% de mortalidad operatoria; situación difícil de rebatir, considerando la igualación de grupos de edad, y que por lo tanto por su validez, debe considerarse como punto determinante de criterio quirúrgico. Solo ca -

bría la oposición de pensar que los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico definitivo, fueron — los pacientes que estaban en mejores condiciones; — punto difícil de rebatir.

Fue importante también encontrar que hasta un 55% de los pacientes sometidos a manejo quirúrgico-conservador, ameritaron un procedimiento antiulceroso definitivo, por rebeldía, aunque considerando que éste manejo definitivo se programó electivamente, y se asoció a colecistectomía o a una técnica anti-reflujo gastroesofágico.

Se corroboró también como ha sido señalado por algunos autores, lo impredecible que puede resultar el tomar como criterio de manejo quirúrgico definitivo en la primera cirugía, el antecedente de sintomatología ácida-péptica mayor de 3 meses, ya que los 2 pacientes sobrevivientes con sintomatología ulcerosa de menos de 3 meses de evolución, ameritaron ci cirugía definitiva posteriormente.

En las causas de mortalidad operatoria, destacó — la causada con estado de choque mixto, sepsis y desequilibrio hidroelectrolítico, presentándose hasta en un 77.7%.

Sobre las alteraciones Histopatológicas asociadas, fue importante corroborar la presencia de gastritis aguda y crónica con metaplasia intestinal, factores predisponentes de importancia, por la disminución considerable de la resistencia de la mucosa y pared gástrica.

El intento de clasificación funcional de los resultados clínicos por medio de la escala de Visick, reveló que un 54% pertenecen a un estado III, aunque con una buena calidad de vida, por manejo médico asociado.

ULCERA GASTRICA Y DUODENAL PERFORADAS

En esta serie, al igual que ha sido reportado en otras, (33), (34), (35), se ha apreciado el predominio en el sexo masculino, y resalta la proporción de población mayor de 60 años (50%). Fue de llamar la atención el porcentaje de pacientes con antecedentes de tratamiento médico (40.9%), y de éstos, un 66% se encontró con rebeldía al manejo, y un manejo prolongado. Solo en un paciente se asentó que rehusaba manejo quirúrgico. Es también importante, que 4 pacientes ya habían presentado complicaciones previas (13.6%). Fue alta la proporción de pacientes con duración del cuadro clínico menor de una semana, en los cuales puede ser válido establecer que la perforación fue la manifestación inicial de la enfermedad ulcerosa. Dentro de los padecimientos asociados, resaltó la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, y los padecimientos osteoarticulares inflamatorios y degenerativos. Se documentó un caso de perforación, después de 2 meses de suspenderse tratamiento médico antiulceroso, que puede ser catalogado como reacción o efecto de rebote del manejo médico, como ha sido ya descrito por otros autores. (36). La asociación con alcoholismo y tabaquismo, rebasó el 50%. En cuanto al cuadro clínico de la perforación, destaca la apreciación de aire libre subdiafrágico, en un 31.8%. En el aspecto de terebración a órganos vecinos, sobresalieron Hígado y Páncreas con dos casos cada uno, y los restantes, un caso para Vesícula Biliar y otro a Colon Transverso.

ULCERA PÉPTICA SANGRANTE

En la distribución por sexo y edades, predominaron los varones (75%), y se apreció una edad considerablemente mayor en el sexo femenino (76 vs 62 A). El Promedio de duración del cuadro clínico fue menor que en la úlcera perforada, con 2.7 años promedio. Se corroboró el antecedente de manejo médico en 50% de los pacientes. Sobresalieron las complicaciones previas, presentes en un 75%, prevaleciendo los episodios de sangrado, la perforación y la rebeldía.

Entre las enfermedades asociadas, prevalecieron la Hipertensión Arterial Sistémica y la Neumonía. El tabaquismo asociado a alcoholismo, presente en un 58.3%. La ingesta de drogas ulcerogénicas, solo fue positiva en un caso de Indometacina (8.3%), y antirreumáticos- no esteroideos en dos casos (16.6%).

La distribución de las ulceraciones, se inclinó notoriamente por las gástricas, en un 91.6%.

En cuanto al tipo de manejo quirúrgico, es patente que en éste tipo de complicación, se ha adoptado un criterio ya muy bien establecido a nivel mundial, el cual, a través del tiempo se ha determinado que lo mejor es hacer un procedimiento quirúrgico antiulceroso definitivo, por la alta recidiva del sangrado en manejo conservador, quirúrgico. Se realizó manejo definitivo en 75% de los casos. La incidencia de resangrado fue de 66.6% en manejo quirúrgico conservador y de 11% solamente, en el definitivo. La recurrencia de resangrado se asoció significativamente a mortalidad que en el caso de cirugía conservador alcanzó 100%. Cuando se asoció el grupo de edad de mayores de 60 años, se pudo observar también la marcada mortalidad.

Sin embargo, solo el manejo definitivo pudo tener 0% de mortalidad en menores de 60 años, al contrario — del único paciente menor de 60 años que recibió manejo conservador, el cual murió.

Las causas de mortalidad fueron el resanguado (42.8%) y en menor grado, complicaciones cardiorrespiratorias como Neumonía, Infarto al Miocardio e Insuficiencia — Cardíaca.

La clasificación de Visick, fue de un 40% para clasificación I-II y 40% para clasificación III.

Las alteraciones Histopatológicas más importantes fueron la Gastritis Crónica Atrófica con Metaplasia — Intestinal.

ULCERA PÉPTICA ESTENOSANTE

Con un predominio en varones(70%), y también con un promedio de edad mayor en mujeres (69 vs 44.7 A)-

La duración del cuadro clínico con promedio de - 9.3 años, y en forma similar a las otras variedades de ulceración, se constató el antecedente de trata - miento médico en un 70%, y asociado a rebeldía al mig - mo en un 60%. En cuanto a complicaciones previas, un 40% habían presentado uno o más episodios de sangra - do.

En cuanto a enfermedades frecuentes asociadas, se encontró Reflujo Gastroesofágico con Hernia Hiatal y Esofagitis, en un 30%. El tabaquismo presente en un - 60% y el alcoholismo en 70%.

Las técnicas quirúrgicas empleadas con mayor fre - cuencia fueron Vagotomía Truncular asociada a Píloro - plastía o a Antrectomía.

La mortalidad operatoria general fue de 20%, tam - bién alcanzó su máxima expresión en el grupo de mayo - res de 60 años (50%), y de 0% en menores de 60 años. - Las causas de muerte estuvieron en relación directa - a complicaciones de la resección gástrica con gas - troenterostomía. La Clasificación de Visick fue con un 70% de resultados II-III.

Las alteraciones Histopatológicas predominantes - fueron la gastritis crónica(50%); Atrofia(20%), y Meta - plasia Intestinal(20%). Fue notorio un caso de Hiper - trofia muscular del píloro.

ULCERA PEPTICA REBELDE A MANEJO MEDICO

La proporción del sexo masculino fue de 3:1, y -- también la población mayor de 60 años alcanzó 50%.--

El periodo promedio de sintomatología ácido-péptica fue de 7.5 años, y una duración de manejo médico de 1.7 años.

Las enfermedades asociadas más frecuentemente, -- fueron la Hernia Hiatal (75%); y como factores predisponentes el alcoholismo en 75%, y el tabaquismo en 25%.

La localización de las ulceraciones fue de 75% en duodeno, y 25% gástricas. Cuatro casos (75%) fueron tratadas con V.T.+ D (75%); y un solo caso de Vagotomía de Células Parietales, asociado a Gastropexia de Hill como procedimiento antirreflujo.

La mortalidad operatoria también resaltó de acuerdo al grupo de edad, con 50% en mayores de 60 años, y de 25% en menores (1/4 pacientes).

La Clasificación de Visick, fue de 33.3% en escala de II, y 66.6% en escala de III.

ULCERA PEPTICA CON TRATAMIENTO QUIRURGICO ELECTIVO

En esta variante, predominó el sexo femenino, en relación 1.5:1, y solo un paciente fue mayor de 60 años

La sintomatología ulcerosa fue en promedio 4.4 años, y se asentó tratamiento médico en 60%. Había ocurrido sangrado de tubo digestivo en 40%.

Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron - Hernia Hiatal con Esofagitis, y Colecistitis Crónica-Litiasica. El tabaquismo asociado a alcoholismo, estuvo presente en 40% de los pacientes.

La localización de las ulceraciones, fue de predominio gástricas, al incluir las prepilóricas y pilóricas en relación a la duodenal (60-40%).

La técnica quirúrgica empleada en el 100% de los pacientes fue Vagotomía Truncular con Píloroplastia - que se asoció a Colectectomía y Funduplicación de Nissen, en un 40% de los casos.

No se registró mortalidad en este grupo.

La clasificación de Visick, incluyó a un 40% en escala II, y a 20% en escala III. No seguimiento en 40%.

Las alteraciones Histopatológicas: Un solo caso de Gastritis Crónica con Metaplasia Intestinal (20%).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA GASTRICA Y DUODENAL.

CONCLUSIONES GENERALES

ULCERA PEPTICA PERFORADA

Este estudio ha mostrado, como en nuestra institución, la conducta quirúrgica preferida para el manejo de la úlcera gástrica o duodenal perforadas, es la de efectuar un procedimiento "conservador", con el propósito de acortar tiempos quirúrgicos-anestésicos, y lograr "sacar a flote" al paciente, de éste evento agudo. Sin embargo, como ha sido ya fundamentado en el trabajo sobre Úlcera Péptica Perforada (37), la tendencia actual preconiza un manejo antiulceroso definitivo desde la primera ocasión, con el fin de evitar las recurrencias que obligarán al paciente a ser sometido posteriormente a otro procedimiento quirúrgico, y también, tomando en cuenta la gran "deserción" de pacientes que rechazarán una segunda cirugía. Además, contrariamente a lo esperado, los pacientes de esta revisión tratados con procedimiento quirúrgico definitivo, tuvieron 0% de mortalidad operatoria, a pesar de igualar los grupos de edad. También, se comprobó el alto porcentaje de necesidad de reoperación, en caso de manejo operatorio conservador inicial, que en nuestra serie alcanzó un 55%.

En base a estos datos, resultaría muy difícil seguir sosteniendo con bases fundamentadas, la tendencia de manejo quirúrgico conservador, de tal manera, que consideramos que la premisa aceptada por las generaciones pasadas de efectuar solamente tratamiento definitivo en los pacientes en "buenas condiciones", debe ser cambiada, por la de llevar a cabo el manejo definitivo en todos los pacientes, a menos que su estado general no lo permita. (38), (39), (40), (41).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

59

El manejo quirurgico conservador en el caso de Ulcera Péptica Perforada, debe pues quedar confinado solo para aquellos pacientes que se encuentran realmente en malas condiciones, en quienes se ha retrasado la intervención y que presentan peritonitis Bacteriana - tal y como ha sido referido por algunos autores (42)

La alta cifra de mortalidad en esta serie, se ha visto afectada por la alta proporción de pacientes ma yores de 60 años. Sin embargo, la mortalidad operatoria en menores de 60 años también fue alta en relación a cifras aceptadas en la literatura mundial, ya que alcanzó 18%, pero toda ella correspondiendo a manejo con servador, y contrastando con 0% en manejo definitivo.

CONCLUSIONES GENERALES

ULCERA PEPTICA SANGRANTE

Los resultados encontrados en esta revisión en cuanto a úlcera gástrica y duodenal sangrantes, confirman que estamos al corriente con la conducta que prevalece en las principales escuelas del mundo; ya al contrario de lo que ocurre en la úlcera perforada para la ulceración sangrante, es universalmente aceptado el efectuar un procedimiento antiulceroso definitivo, debido a la alta recurrencia de sangrado, cuando solo se emplea una sutura hemostática transflectiva. Al considerar el punto de recurrencia y su relación con mortalidad, comprobamos la altísima mortalidad, que llegó al 100% en los casos de manejo conservador quirúrgico, que resangraron. La mortalidad operatoria general de 58.3%, puede parecer alta, pero puede considerarse se debe en proporción importante, a que un 75% de la población estudiada fue mayor de 60 años. Las modalidades quirúrgicas definitivas empleadas con mayor frecuencia fueron la Vagotomía - Troncular y un Procedimiento de Drenaje asociados a sutura de la úlcera sangrante, y la resección gástrica parcial. Fue importante el encontrar una relación importante de asociación con Gastritis Crónica Atrofica y Metaplasia Intestinal, factores que aumentan la susceptibilidad de sangrado ante la acción ácido-péptica.

CONCLUSIONES GENERALES

ULCERA PEPTICA ESTENOSANTE

Al revisar éste grupo de pacientes, es evidente que el promedio de duración de tratamiento médico previo que fue de 9.3 años, y en la mayoría de los casos, el tratamiento médico no controlaba la sintomatología, documentándose rebeldía en el 60%. Esto puede reflejar un manejo médico prolongado y no efectivo para controlar la diatesis ulcerosa.

Todos estos pacientes pudieron ser sometidos en forma programada para resolver su problema; por lo cual es importante hacer notar que el manejo quirúrgico preferido, fue dividido en dos grupos, escapando cada uno de ellos el 40%; tanto para los tratados con Vagotomía Truncular + Drenaje, como para los tratados con Vagotomía Truncular y Antrectomía, predominando el tipo Billroth I.

Nuevamente se hizo notar la mortalidad operatoria en el grupo de edad de mayores de 60 años, con un 50%, pero en el grupo de menos de 60 años, fue de 0%. Los resultados clínicos funcionales pueden considerarse como satisfactorios, ya que 40% tienen un Visick II, y un 30% con Visick III. Los dos casos de recurrencia que ameritaron reoperación temprana, fueron complicaciones post gastrectomía en uno de ellos y el otro después de efectuar solo un procedimiento de drenaje. Esta situación parece ser contraria a los resultados logrados por otros autores en el mundo, que aseveran que la Vagotomía Truncular + Drenaje no tiene ninguna ventaja sobre la V.T + Antrectomía en cuanto a morbilidad, y sí mucho menor índice de recurrencia.

También, es importante marcar la asociación con gastritis Crónica hasta en un 50%, y atrofia con metaplasia Intestinal en 20%.

CONCLUSIONES GENERALES

ULCERA PEPTICA REBELDE A MANEJO MEDICO

Para iniciar, sobresale el número escaso de pacientes llevados a cirugía por esta complicación, hecho - que puede traducir que en verdad son pocos los pacientes con rebeldía al manejo, pero también, puede orientar a que pueden estar cursando prolongados períodos de tratamiento médico.

Las técnicas quirúrgicas fueron la V.T. + Drenaje - con 3 casos y uno solo con Vagotomía de Células Parietales asociada a Gastropexia de Hill. Estos datos, nuevamente informan de que la técnica predominantemente en nuestro servicio de cirugía es la V.T. + Drenaje, - al igual como se acepta en la mayoría de los países - del mundo. Esto a pesar de lo que ya hemos expuesto durante el desarrollo del trabajo. Observamos, como será difícil integrar un procedimiento como la Vagotomía - de Células Parietales o Superselectiva, o Vagotomía - Proximal, a pesar de sus ya bien demostradas ventajas

CONCLUSIONES GENERALES

ULCERA PÉPTICA CON MANEJO QUIRÚRGICO ELECTIVO

Nuevamente, encontramos que el número de pacientes - es reducido; y consideramos la cirugía antiulcerosa se - llevó a cabo en asociación a otro padecimiento, como lo fue la Hernia Hiatal con Reflujo Gastroesofágico, en - 80% de los pacientes, a pesar de que solo se documentó - Esofagitis Secundaria al Reflujo, en 20% de los casos. -

En ésta situación, el manejo quirúrgico fue de Vago - tomía Troncular + Píloroplastia, en el 100%, lo cual - a pesar de haber logrado 0% de mortalidad operatoria, - solo se tradujo en una clasificación de Visick I de 0% y de Visick II de 40%. Es muy posible, que si se desa - rrollara en nuestro centro hospitalario un estudio - comparativo prospectivo entre la V.T. + P y La Vagoto - mía Proximal o de Células Parietales, pudieramos obser - lo que se ha reportado por muchos autores, que es el lo - gar estadíos clínicos funcionales mucho mejores. Por - otra parte, considerando que la mayor parte de manejo - quirúrgico electivo de la úlcera péptica se hace en - asociación a otros procedimientos que en el caso de - nuestra serie fue la Hernia Hiatal con Reflujo Gastro - Esofágico, la técnica de Vagotomía Proximal, facilita en un grado muy importante el realizar la Funduplicación - de Nissen, que es el procedimiento antireflujo más em - pleado en nuestro hospital, en los últimos 10 años, como lo ha revelado un trabajo de Tesis de Postgrado de - 1987, en la cual se vió que la mayor combinación con la funduplicación de Nissen en los casos asociados a Ulce - ra Péptica, fue con V.T. + Píloroplastia. (32). Este - Tópico, también ya fue tratado en otra Tesis de Postgra - do (11), en 1985.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- R.Benton Adkins Jr - John I Sawyers. The Management of Gastric Ulcers. Ann Surg;201 - No.6;Junio 1985.
- 2.- Clark C.G.; D Karamanolis. Preference For - Proximal Gastric Vagotomy Combined With Cholecystectomy. Br J Surg;Vol 71;No.3;Marzo - 1984.
- 3.- De Miguel Jacinto. Late Results of Proximal-Gastric Vagotomy Without Drainage for Duodenal Ulcer; 5-9 Follow-Up. British Medical - Journals. Vol 283;No.3;Noviembre 1982.
- 4.- De Vries B.C. Prospective Randomized Multi - centre Trial of Proximal Gastric Vagotomy or Truncal Vagotomy and Antrectomy for Chronic-Duodenal Ulcer.Results after 5-7 years. - Br J Surg Vol 70; 1983.
- 5.- Dewar E.P.; R.F.G.King; D.Johnston. Bile - Acid and Lysolecithin Concentrations in The Stomach of Patients with Gastric Ulcer; Before Operation and After Treatment by Highly - Selective Vagotomy and Truncal Vagotomy and Pyloroplasty. Br J Surg; Vol 70, 1983.
- 6.- Dorricot N.J; Prospective Randomized Multi - centre Trial of Proximal Gastric Vagotomy or Truncal Vagotomy and Antrectomy for Chronic-Duodenal Ulcer. Interim Results. Br J Surg; Vol 65, 1978.
- 7.- Freeman Harold P; Parietal Cell Vagotomy. Monografía presentada en la Convención del Colegio Americano de Cirugía, en Dallas Texas.- Experiencia del autor, en el Departamento de Cirugía de Harlem Hospital Center.Oct 1977.
- 8.- Gear M.W.L. Proximal Gastric Vagotomy Versus Long Term Maintenance Treatment with Cimetidine for Chronic Duodenal Ulcer. A Prospective Randomized Trial. Br Med J. Vol 286;Marzo 1983.

- 9.- Gleysteen John; Robert F Condon. Prospective Trial of Proximal Gastric Vagotomy. Surgery; Vol 94;No.1; Julio 1983.
- 10.- Goligher J.C. A Technique for Highly Selective Vagotomy for Duodenal Ulcer. Br J Surg; Vol 61; No.5; Mayo 1974.
- 11.- Gonzalez Hermes. Tratamiento Quirurgico de - Hernia Hiatal con Esofagitis Severa, mediante Vagotomía de Células Parietales y Funduplicación de Nissen. Tesis de Especialidad en Cirugía General. Hosp Reg Lic Adolfo Lopez Mateos ISSSTE. México D.F 1985.
- 12.- Grassi G. The Results of Highly Selective Vagotomy in Our Experience. Chir. Gastroent. Vol 11;No.1, 1977.
- 13.- Hedenstedt S. Selective Proximal Vagotomy - Without Drainage in the Treatment of Duodenal Ulcer.The Results After a Standardisation of the Surgical Technique.A Five years Follow-Up. Acta Chir Scand. 146;31; 1980.
- 14.- Jensen H.E.;Andrup E. Five Years after Parietal Cell Vagotomy. Chir Gastroent;11;1;1977.
- 15.- Jensen H.E;Andrup E. Follow-Up of 100 Patients Five to Eight Years After Parietal Cell Vagotomy. World Journal of Surgery; Vol 2; No.4; Julio 1978.
- 16.- Johnston D;Wilkinson A.R;Goligher J;Andrup E Serial Studies of Gastric Secretion in Patients After Highly Selective Vagotomy Without Drainage Procedure for Duodenal Ulcer.The Insulin Test After a Highly Selective Vagotomy. Gastroenterology;Vol 64;No.1-Enero 1973.
- 17.- Koo J. Proximal Gastric Vagotomy;Truncal Vagotomy With Antrectomy;Truncal Vagotomy With Drainage,For Chronic Duodenal Ulcer. Ann Surg. No.3; 1983.

- 18.- Londong W; Feifel G. Gastrin Response To -
Test Meal and Hypoglycemia Up to One Year-
After Proximal Selective Vagotomy.
Chir Gastroent. Vol 11; No.1; 1977.
- 19.- Loup P. Failure of Vagotomy in The Treat -
ment of Duodenal Ulcer; Explicable by In -
tramural Nerve Fibres or Regeneration ?.
Chir Gastroent.Vol 11; No.1; 1977.
- 20.- Madsen P; Kronborg O. Recurrent Ulcer 5-8 -
Years After Highly Selective Vagotomy -
Without Drainage and Selective Vagotomy -
With Pyloroplasty.
Scand J Gastroent. 15:193,1980-
- 21.- Madsen P.; Schousen P. Long Term Results of
Truncal Vagotomy and Pyloroplasty for Gas -
tric Ulcer. Br J Surg.Vol 69, 1982.
- 22.- Malagelada Juan R. Altered Pancreatic and -
Biliary Function After Vagotomy and Pyloro -
plasty. Gastroenterology.Vol 66:1, 1974.
- 23.- Miranda Julio. Vaguetomía troncular y Pro -
cedimientos Derivativos, para el Tratamiento
Quirúrgico de la Úlcera Péptica Duodenal.
Tesis de Especialidad en Cirugía General --
Hospital Regional Lic Adolfo Lopez Mateos -
ISSSTE. México D.F, 1985.
- 24.- Rhodes J. Increased Reflux of Bile into The
Stomach in Patients with Gastric Ulcer.
Gastroenterology. Vol 57;No.3; Sept 1969.
- 25.- Sawyers J.L.; Herrington J.L.Jr. Proximal -
Gastric Vagotomy Compared with Vagotomy and
Antrectomy, and Selective Vagotomy and Pyle -
roplasty. Ann Surg;Vol 186;No.4; Oct 1977.
- 26.- Sawyers J.L. A Prospective Randomized Compa -
rative Study of Proximal Selective Vagotomy
Versus Selective Gastric Vagotomy and Pyle -
roplasty. Chir Gastroent. Vol 11;No.1,1977.

- 27.- Sekine T.; Sato T.: Pylorus preserving Gas-
trectomy for Gastric Ulcer. One to Nine -
year Follow-Up Study.
Surgery. Vol 77;No.1; Enero 1975.
- 28.- Stadaas J.; Aune S.; Intra-gastric Pressure
/ Volume Relationship Before, and After Va-
gotomy. Acta Chir Scand;136:611, 1970.
- 29.- Thomas W.E.G.: The Long Term Outcome of -
Billroth I Partial Gastrectomy for Benign-
Gastric Ulcer. Ann Surg;Vol 195,No.2; -
Febrero 1982.
- 30.- Tor Teigan.; Ivar Liavag.: Pylorus-preser-
ving Gastric Resection for Gastric Ulcer.-
a 5-7 Year Follow-Up.
Acta Chir Scand. Vol 144;249; 1978.
- 31.- Reid D.A.; Duthie H/L.: Late Follow-up of-
Highly Selective Vagotomy with Excision of
ulcer, Compared with Billroth I Gastrectomy
for Treatment of Benign Gastric Ulcer.
Br J Surg 69:605,1982.
- 32.- Requível P J.L. Manejo Quirúrgico del Re-
flujo Gastroesofágico y de La Hernia Hia-
tal. Tesis de Postgrado en Cirugía General.
Hosp. Reg. Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE
México D.F. Enero 1987.
- 33.- Anseline P. Perforated Peptic Ulcer; An Ana-
lysis of 246 Cases. N.E. J. Surg, Vol. 47, -
No. 1, Febrero 1977.
- 34.- J.G. Gray y A.K. Roberts. Definitive Emer-
gency Treatment of Perforated Duodenal -
Ulcer. Surg, Gynecol y Obstet. December 1976-
Vol 143.
- 35.- R.S. Greco . Alternatives in the Management
of Acute Perforated Duodenal Ulcer.
Am J Surg.Vol 127. Enero 1974.
- 36.- Wallace AC. Perforation of Chronic Peptic -
Ulcers after Cimetidine. Br Med J 2:865,1977

- 37.- M. Montero E. Tratamiento Quirurgico de La Ul
cera Péptica Perforada. Investigación Retros-
pectiva y Trabajo Monográfico. Hosp Reg. Lic-
Adolfo Lopez Mateos ISSSTE, México D.F. 1986
- 38.- Goutsoftides F. y Hinal H.S. Perforated Gas -
troduodenal Ulcers. Factors Affecting Morbidi-
ty and Mortality and the Role of Definitive -
Surgery. Am J Surg.Vol 132,Noviembre 1976.
- 39.- G.E. Griffin y C.H Organ. The Natural History
of the Perforated Duodenal Ulcer Treated by -
Suture Plication.Ann Surg.Vol 183,No.4, Abril
1976.
- 40.- G.L.Jordan Jr; R.T.Angel y M.E. De Bakey.
Acute Gastroduodenal Perforation.
Arch Surg. Vol 92, Abril 1965.
- 41.- S.Skovgaard. Late Results of Perforated Duode-
nal Ulcer Treated by Simple Suture.
World J Surg. 1, 521-526, 1977.