



11209<sub>2</sub>  
2ej

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Centro Hospitalario:**  
**HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA**  
**SECRETARIA DE SALUD**

**ULCERA PEPTICA PERFORADA**  
**CIERRE SIMPLE vs CIRUGIA DEFINITIVA**

# **T E S I S**

Para obtener el Título de la

**ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL**

Presenta

**Dra. Josefina Alvarez Chacón**

Hermosillo, Sonora

Febrero de 1990

**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.

## INDICE

	PAG
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	17
TABLAS	18
GRAFICAS	21
BIBLIOGRAFIA	32

## INTRODUCCION

Casos de ulcera gástrica y duodenal perforada se reportaron por primera vez en 1727 y 1746 respectivamente (23). Años después las úlceras gástricas excedieron en número a las duodenales y de predominio en mujeres. El primer cierre satisfactorio de una úlcera gástrica y duodenal perforada fue en 1892 y 1894 (23). En 1894 se recomendó usar epiplon para llenar las úlceras gástricas grandes difíciles de cerrar. Esto precedió a Graham en 1938 (18). A finales del siglo XIX otros métodos para úlceras duodenales perforadas incluyeron pilorectomía, piloroplastia y antrectomía. En su tesis Frommüller describió la piloroplastia realizada por primera vez por Heineke y comentó que el tratamiento conservador de las úlceras perforadas era equivalente a eutanasia (23).

La proporción entre úlceras gástricas y duodenales a principios del siglo XX era de 45:1. Fue Mayo quien convenció que la rareza de las úlceras duodenales se debía a que se diagnosticaban erróneamente como úlceras gástricas (23). Aunque la frecuencia de la úlcera ha disminuido, el número de pacientes con úlceras perforadas y hemorrágicas ha sido constante (14,25), o ha declinado ligeramente, excepto en ancianos, en quienes su frecuencia se ha incrementado. La proporción de úlcera duodenal y gástrica perforada es de 8-6:1. La proporción varones-mujeres en úlcera péptica perforada ha disminuido, no obstante aun es más común en varones, y la edad actual de máxima frecuencia es entre 40 y 49 años de edad (23).

La úlcera péptica perforada representa 10% de todas las hospitalizaciones relacionadas con úlcera péptica y se produce en 7 a 10 pacientes por 100,000 por año. Aunque esta urgencia puede presentarse a cualquier edad, es importante prepararse para su

tratamiento en una población creciente de mayor edad (23).

La declinación en el número de pacientes con úlcera péptica que requieren operación ha sido atribuida parcialmente al tratamiento con antagonistas H<sub>2</sub>. A la fecha no hay pruebas de que estos medicamentos, u otros de los antiulcerosos potentes hayan alterado la frecuencia de las úlceras perforadas (10). El diagnóstico sugerido por la historia clínica y el examen físico, se apoya en la presencia de aire intraabdominal. Éste puede sospecharse por la pérdida de matidez hepática a la percusión, y se confirma con la demostración de neumoperitoneo en la radiografía de tórax en posición erecta o en decubito lateral izquierdo, que se demuestra en el 60 a 85% de los pacientes (9). Sin embargo la ausencia de neumoperitoneo no excluye el diagnóstico.

Desde el reconocimiento inicial de las úlceras perforadas, el tratamiento conservador ha sido un método terapéutico. El método fue reintroducido con una alternativa a la operación por Wangsteen y Taylor (33). Donovan y colaboradores lo recomendaron en pacientes jóvenes con úlceras perforadas y selladas "agudas", y en pacientes con úlceras "crónicas" que tenían factores médicos de riesgo excesivo, previa confirmación de sellado con Gastrofin (27), y tratados con aspiración nasogástrica, reanimación con líquidos y antibióticos. Si el paciente no mejora en un lapso de 4 a 6 horas se abandona el tratamiento. Con los criterios mencionados Donovan ha tratado de 24 a 25 pacientes con buen resultado y sin abscesos intrabdominales, con reporte de una muerte (23).

El debate referente al tratamiento quirúrgico es si resulta adecuado el solo cierre de la perforación o si debe agregarse a

éste una operación definitiva (28). Para esto una área de controversia gira en torno a la clasificación de úlceras "aguda" y "crónica". Ambas categorías están mal definidas porque los criterios difieren entre los distintos autores. En la mayor parte de los artículos publicados se usó la historia de una úlcera de más o menos tres meses para diferenciar a los pacientes con úlceras "agudas" y "crónicas" (13,21), mientras que en otros este periodo fue de un mes, cinco meses, o en el caso de Graham de un año. Es difícil distinguir las úlceras agudas y crónicas con base en la duración de los síntomas. Los pacientes frecuentemente no proporcionan una historia adecuada, ya que el pasado se vuelve insignificante en comparación con el proceso agudo. Al momento de la cirugía se puede intentar distinguir entre una úlcera aguda y una crónica según la deformidad duodenal y la induración que rodea a la perforación, pero la inflamación causada por la contaminación peritoneal, hace que eso no sea preciso.

El cierre simple es el preferido para el tratamiento de la úlcera perforada "aguda" porque, en algunas series, hasta 75% de los pacientes no tuvieron otros síntomas de úlcera. En estos estudios, 25% de los enfermos continuaron teniendo síntomas que pueden requerir tratamiento definitivo subsecuente (3,11,15,24). En el caso de úlceras "crónicas" sucede lo contrario: 75% de los pacientes tienen síntomas subsecuentes de úlcera. Estos resultados sugieren las pocas posibilidades de identificar al paciente con una úlcera "aguda" que no se beneficiara, o aquel con úlcera "crónica" que se beneficiara.

Drury y colaboradores afirman que la cirugía definitiva en el momento de la perforación, conduce a una cirugía innecesaria en 82% de los pacientes con úlceras "agudas" y en 30% de aquellos con

Úlceras crónicas (12).

Se prefiere el cierre simple todos los pacientes de alto riesgo quirúrgico pero está demostrado claramente el beneficio de la cirugía definitiva en personas sin riesgo mayor (3). Sin embargo, el cierre simple aun es considerado por muchos como un procedimiento mas seguro que la operación definitiva, en el caso de los pacientes con úlcera "crónica", aunque muchos de los pacientes requieran nueva operación (23).

La cirugía definitiva es el tratamiento adoptado en el caso de úlceras perforadas crónicas puesto que el 75 a 80% de los pacientes que tienen sintomas futuros de úlcera despues de cierre simple, y de 35 a 60% requieren una nueva operación (6,17,21,29),por sintomas, nuevas perforaciones, hemorragia u obstrucción de la via de salida gastrica (30) despues del cierre simple.

#### **CIERRE SIMPLE**

El tratamiento tradicional de la úlcera duodenal perforada es el cierre quirúrgico, el lavado copioso de la cavidad peritoneal y el uso de cobertura con un antibiotico de amplio espectro. Las técnicas que se usan para efectuar el cierre incluyen aplicacion, refuerzo o el uso de un parche epiploico libre o vascularizado. La preferencia de varios autores consiste en preparar una lengüeta vascularizada de epiploon que alcance la perforación, sin tension que pueda causar rotacion y obstruccion del duodeno . Para evitar cualquier penetración a la luz pilorica, el parche se fija en posición mediante un anillo de puntos de sutura, en lugar de usar suturas imbricadas que puedan estrechar la luz del piloro (22).

## CIRUGIA DEFINITIVA

La cirugía definitiva de la úlcera duodenal perforada recibió ímpetu con la publicación inicial de DeBakey y comunicaciones subsecuentes (21), que demuestran que puede practicarse la resección, con una mortalidad de 1%. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la hemigastrectomía y la vagotomía, que fueron los procedimientos usados en la última fase de los estudios de DeBakey, son las mejores operaciones para prevenir la recurrencia de la úlcera (21). Desafortunadamente, vagotomía y hemigastrectomía están asociadas con múltiples secuelas gástricas postoperatorias indeseables, entre ellas vaciamiento rápido, diarrea, saciedad temprana, gastritis por reflujo y pérdida de peso. Estos síntomas desalentaron a los autores para iniciar la cirugía definitiva, debido a que se pueden producir en algunos pacientes operados por úlceras perforadas que no hubieran requerido una operación definitiva primaria para prevenir síntomas ulcerosos consecutivos.

La vagotomía troncal y piloroplastia se consideraba técnicamente más fácil y, por tanto, más segura que la vagotomía y hemigastrectomía. También se esperaba que la secuela gástrica fuera menos frecuente e intensa que después de los otros procedimientos. Los estudios prospectivos aleatorios compararon los resultados de el cierre simple, con los de la vagotomía y piloroplastia para el tratamiento de la úlcera duodenal perforada (6,32). Después del cierre simple se produjeron síntomas de úlcera en 63% y en 85% de los pacientes, y se requirió cirugía subsecuente en 17 y 33%, en los dos estudios. En contraste, los síntomas recurrentes después de vagotomía y piloroplastia, se



produjeron en 9 y 19% y el índice de reoperación fué de 6% en ambos. En un estudio prospectivo aleatorio, comparando la vagotomía troncal y el drenaje con vagotomía y hemigastrectomía, los índices de mortalidad quirúrgica fueron de 0 y 2%, y los de reoperación, de 6 y 2% respectivamente (1,22). Por desgracia la frecuencia de vaciamento rápido, diarrea y pérdida de peso, después de la vagotomía troncal y piloroplastia, no fue menor que después de la vagotomía y hemigastrectomía, es claro que la primera reduce la existencia de úlcera recurrente en comparación con el cierre simple, pero no sólo fue igualmente común la secuela gástrica postoperatoria que con la segunda, sino que el índice de recurrencia fue mayor.

Múltiples autores han comunicado mortalidad de 0 después de la vagotomía de célula parietal efectuada en caso de úlceras perforadas (7).

Un estudio prospectivo aleatorio comparó la vagotomía de célula parietal con la vagotomía troncal y piloroplastia, para el tratamiento de la úlcera duodenal perforada (6), hubo recurrencia de síntomas en 9% y una recuperación de 6% después de la vagotomía troncal y piloroplastia, en comparación con una recurrencia de síntomas de 3% y una reoperación de 0 después de la vagotomía de célula parietal. En un segundo estudio prospectivo la vagotomía de célula parietal se comparó con cierre simple (8). Hubo una recurrencia de 5% después de la vagotomía de célula parietal, en comparación con 58% después del cierre simple. Otros estudios confirman el índice bajo de recurrencia y la virtual ausencia de secuelas gástricas indeseables, comunicados en estos dos estudios (23).

Las úlceras gástricas perforadas se producen frecuentemente en la pared anterior de el antro, entre el píloro y la incisura cercana a la curvatura menor. En algunos aspectos, el tratamiento de la úlcera gástrica yuxtapilórica es similar al de la úlcera duodenal perforada.

La vagotomía de célula parietal y cierre con parche no es el tratamiento preferente en úlceras yuxtapilóricas perforadas, la úlcera recurrente es común (30%). Como funcionan clínicamente como úlceras duodenales, pueden tratarse de una manera muy eficaz mediante vagotomía troncal y piloroplastia o con vagotomía troncal y resección.

El procedimiento quirúrgico definitivo constituye el método preferido para tratar una úlcera gástrica perforada. La gastrectomía de Billroth I sin vagotomía (28), es el método más aceptado para el tratamiento de úlceras gástricas perforadas a nivel de la incisura (tipo I). El que se haga vagotomía depende del tipo de úlcera gástrica que se ha perforado y del concepto de la importancia del ácido en el origen de los diferentes tipos de úlcera gástrica. Se esta generalmente de acuerdo en que debe de hacerse vagotomía cuando una úlcera tipo I esta asociada con una úlcera duodenal o prepilórica, o cuando la úlcera perforada es prepilórica.

Como la perforación de la úlcera péptica es una de las complicaciones más importante, y que presenta varias áreas de controversia, principalmente en la decisión transoperatoria de efectuar cierre simple ó cirugía definitiva, así como dificultad en establecer criterios para seleccionar que grupo de pacientes será beneficiado o no, y factores de riesgo en cada caso que influyan en la morbilidad de esta entidad patológica, era

necesario efectuar un estudio en nuestro medio ya que es una patología presente en el mismo.

### **OBJETIVOS**

Establecer cual es el procedimiento quirúrgico más adecuado, Cierre Simple o Cirugía Definitiva en úlcera péptica perforada comparando morbilidad y mortalidad, factores de riesgo, estancia hospitalaria y seguimiento posterior, de los dos grupos de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General del Estado en un periodo de 9 años.

Considerando como;

**GRUPO I:** Pacientes tratados quirúrgicamente con cierre simple.

**GRUPO II:** Pacientes tratados quirúrgicamente con Cirugía Definitiva inmediata.

### **MATERIAL Y METODOS**

Fueron revisados todos los expedientes clasificados con diagnóstico de úlcera péptica perforada en el archivo clínico del Hospital General del Estado de Hermosillo Sonora, durante el periodo comprendido de Enero de 1980 a Octubre de 1989.

El total de pacientes se dividieron en dos grupos, con los siguientes criterios de inclusión en cada grupo:

**GRUPO I :** Pacientes que ingresaron al hospital con diagnóstico corroborado quirúrgicamente de úlcera péptica perforada y que fueron sometidos a cierre simple de perforación.

**GRUPO II :** Pacientes que ingresaron al hospital con diagnóstico corroborado quirúrgicamente como úlcera péptica perforada y que fueron sometidos a tratamiento definitivo de

perforación inmediato.

Se excluyeron de el estudio pacientes con diagnóstico histopatológico de ulcera péptica perforada de tipo maligno, y casos especiales como alta voluntaria y traslado a otra institución, en los cuales no se completo su evolución postquirúrgica total.

En cada grupo se determinó la morbilidad y la mortalidad, así como otras variables: edad, sexo, sintomatología previa de enfermedad acidopéptica, enfermedad concomitante agregada, tiempo de evolución del proceso agudo, estado de choque pre y transoperatorio, métodos de diagnóstico utilizado, grado de contaminación peritoneal encontrada, tipos de ulcera, procedimiento quirúrgico empleado, tiempos quirúrgicos, estancia hospitalaria y seguimiento posterior. Se establecieron relaciones entre las variables que ayudaron a obtener conclusiones significativas como factores de riesgo.

Los datos obtenidos se analizaron para someterlos a pruebas de tablas de distribución estadística.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido de 8 años y 10 meses, se clasificaron 20 expedientes de pacientes con diagnóstico de ulcera péptica perforada. Fueron excluidos tres pacientes por no cubrir los criterios de inclusión. El número total de pacientes incluidos fue de 17. Se distribuyeron 12 pacientes en el grupo I y 5 en el grupo II. Todos los pacientes fueron del sexo masculino 100%. La morbilidad en el grupo I fue de 25% (3 de 12), en el grupo II de 40% (2 de 5), con una morbilidad general de 29.41% (GRAFICA D). La mortalidad en el grupo I fue de 8.3% (1 de 12), en el grupo

## II de 0%, con mortalidad general de 5.8% (GRAFICA II).

El tipo de complicación en el grupo I fué un Derrame pleural izquierdo, absceso de pared, fistula gastrocutanea, en el grupo II un seroma y un derrame pleural Izquierdo (TABLA I). El rango de edad en el grupo I fué entre 23 y 70 años con promedio de 49.25 años, en el grupo II entre 35 y 54 años con promedio de 44.2 años, promedio general de 47.76 años (GRAFICA III). La relación entre morbilidad y edad, en el grupo I los pacientes complicados tenían 57 y 58 años, y en el grupo II 44 y 54 años. El paciente con defunción en el grupo I contaba con 50 años.

Enfermedades concomitantes se encontraron en dos pacientes en el grupo I (16.6%) y uno se complico con fistula gastrocutanea, mientras que en grupo II hubo un paciente con Diabetes Mellitus con complicación de seroma. El caso de muerte no se relaciono con enfermedad concomitante agregada.

En el grupo I hubo 41.6% de pacientes con sintomatología previa (5 de 12 pacientes) entre 6 meses y 16 años con promedio de 7.76 años, en el grupo II 80% (4 de 5) entre uno y 15 años con promedio de 9.5 años, para dar un total general de 9 de 17 pacientes (52.9%) VEASE GRAFICA IV.

El estado de choque pre y transoperatorio se reporto en un caso del grupo I (5.8%) y que fallecio en el postoperatorio inmediato.

El tiempo de evolucion en el grupo I en el 83% (10 pacientes) fue menor de 48 horas y en mas de 48 horas 16.6% (2 pacientes) entre 5 horas y 5 dias y promedio general de 34.3 horas (1.42 dias), en el grupo II fue mayor de 48 horas en 60% (3) y en dos casos menor 40%, entre 8 horas y 30 dias con promedio de 288 horas (12 dias).GRAFICA V.

la relación entre tiempo de evolución de perforación y morbilidad, en el grupo I los dos pacientes que presentaron complicaciones tenían 30 y 37 horas con promedio de 33.5 horas, y en el grupo II fué de 15 horas y 30 días con promedio de 15,3 días. El caso de muerte tenía 5 días de evolución.

El procedimiento diagnóstico mas exacto en ambos grupos fué el quirúrgico en ambos grupos, apoyado previamente, en el grupo I en 100% por el cuadro clínico y la exploración física, y en el grupo II en 80% con un promedio de 94.61%.

El apoyo diagnóstico con laboratorio (leucocitosis y bandemia) en 33%, en el grupo II de 50%, con promedio general de 35.29%.

El apoyo radiológico con neumoperitoneo en RX de Torax en ambos grupos fué de 75%

Se determino el grado de contaminación, como nula, mínima, moderada y severa. Para la segunda cuando existía reacción inflamatoria periférica a la lesión con salida mínima de material de contenido gástrico o intestinal. para la tercera, peritonitis localizada, y la última la máxima expresión de contaminación con peritonitis generalizada. En el grupo I hubo 33% de contaminación moderada (4 pacientes) y 8 con contaminación severa (66%), en el grupo II contaminación nula en 60% (3 pacientes) y moderada en 2 (40%) **GRAFICA VI.**

La relación entre morbilidad y grado de contaminación, en el grupo I, 25% de los pacientes con contaminación moderada (1 paciente) tuvo derrame pleural izquierdo y absceso de pared, y un caso en contaminación severa (12.5%) con fístula gastrocutánea. En el grupo II en un 33% de contaminación nula (un caso) con seroma, y en contaminación moderada 50% (un caso) con derrame pleural. El caso de muerte tuvo contaminación severa (12.5%), **TABLA II.**

La relacion entre grado de contaminacion y tiempo de evolucion en el grupo I entre 12 y 72 horas con promedio de 25.5 horas en contaminacion moderada, y para la severa entre 9 horas y 5 dias con promedio de 113.73 horas (4.7 dias). En el grupo II los casos de contaminacion nula fueron entre 3 y 30 dias con promedio de 21 dias, y en contaminacion moderada entre 8 y 15 horas con promedio de 11.5 horas.

Se clasificaron el tipo de ulceras como gastricas (GU) y prepiloricoduodenales (PDU). En el grupo I, 41.6% GU y 58.4% PDU. En el grupo II, 20% GU y 80% PDU, con totales en ambos grupos de 36.29% para GU y 64.7% para PDU, **GRAFICA VII.**

La relacion entre tipo de ulcera y morbilidad en el grupo I para GU 14.2% de morbilidad y 20% para PDU. En el grupo II para GU 100%, y para PDU 25%. Con morbilidad general de 16.6% para GU y 18.18% para PDU.

La relacion entre tipo de ulcera y grado de contaminacion en el grupo I para GU 20% de contaminacion moderada, y severa 20% para PDU 42.8% moderada. 57.14% severa. En el grupo II, GU sin contaminacion, y PDU 50% y 50% moderada y severa.

Como dato importante solo uno de 9 pacientes (11.1%) con sintomatologia previa de enfermedad ulcerosa presento datos de estenosis de bulbo duodenal.

En la **TABLA III** se anotaron los procedimientos quirurgicos empleados en el grupo I, con predominio evidente de tecnica de Graham en 58.3%, mas gastrostomia en 33.3%, y cierre en 8.3%.

LA **TABLA IV** se encuentran los procedimientos quirurgicos en el grupo II, con predominio de vagotomia troncular + plicoplastia en 40%.

En el grupo I para las GU predomino la tecnica de Graham en 60%.

mas gastrostomía en un 20% y cierre en 20%. Para las PDU Graham en 57.14%, más gastrostomía en 42.8%. En el grupo II para GU se efectuó vagotomía troncular+antrectomía+Billroth I. Para PDU 50% Vagotomía troncular+piloroplastía+ gastrostomía, y 25% y 25% de Vagotomía troncular +Billroth I y II.

EN LA TABLA V se efectua la relacion de complicaciones con el procedimiento quirurgico empleado en el grupo I, siendo notoria la morbilidad por fistula gastrocutánea por gastrostomia agregada.

LA TABLA VI establece de mortalidad con el procedimiento quirurgico en el grupo I, la causa de muerte fue septicemia y falla organica multiple en el posoperatorio inmediato de cierre simple mas parche de epiplon+gastrostomia;

En la GRAFICA VIII se marcan los tiempos quirurgicos en los dos grupos estudiados, para el grupo I , entre 1.43 horas y 4.10 con una media de 2.53 horas, para el grupo II entre 2.35 y 4.13 horas con una media de 3.12 horas , con promedio general de ambos de 2.7 horas

La relación entre tiempo quirurgico y morbilidad en el grupo I, entre 1.45 y 3.20 horas con una media de 2.03 horas, y para el grupo II las complicaciones entre 3 y 3.37 horas con una media de 3.18 horas. El caso de muerte sucedio posterior a 4.10 horas de tiempo quirurgico.

LA GRAFICA IX ilustra los días de hospitalización por grupo y total general, en el grupo I entre 7 y 34 días con promedio de 11.25 días, para el grupo II entre 9 y 18 días promedio de 11 días. El promedio general fue de 11.17 días.

LA GRAFICA X establece la relación entre la estancia hospitalaria y gastrostomia, los días de hospitalización con gastrostomia variaron entre 9 y 34 días, promedio de 13.5 días, y sin



gastrostomía entre 7 y 11 días con promedio de 9.3 días.

El seguimiento posterior se anota en la **GRAFICA XI**, en el grupo I se siguieron 7 de 12 pacientes (58.3%) con promedio de 4.5 meses, en el grupo II, 3 de 5 pacientes (60%) por 16.8 meses en promedio. En total el seguimiento fue positivo en el 58.8% y promedio de 11.6 meses.

Los datos obtenidos en el estudio de los grupos de pacientes fueron sometidos a pruebas de distribución estadística tales como Chi cuadrada, T de Student, normal, etc., pero no fue posible clasificarlos en alguna de ellas para determinar si existía significancia estadística entre ellos, esto probablemente se debió a lo pequeño de la muestra.

## **DISCUSION**

No obstante la diferencia en el número de pacientes en cada grupo estudiado, y lo pequeño de la muestra, hay similitud en ambos grupos, en edad, sexo, enfermedad concomitante, antecedentes de sintomatología previa, por lo que los grupos son homogéneos para poder efectuar comparación en los resultados, por lo que se puede dar cierta confiabilidad a los resultados obtenidos.

El rango de edad obtenido en nuestro estudio es semejante al reportado por la literatura, no así la proporción de úlcera duodenal a gástrica en nuestro estudio de 2:1, no contamos con ningún caso de sexo femenino, con amplio predominio del sexo masculino.

Recientemente en la literatura se reporta una mortalidad de 12.5% y morbilidad de 33% (20), por lo que estamos dentro del rango esperado ya que nuestros resultados fueron de 8.3% y 29.41%. El método diagnóstico preoperatorio más confiable fue el clínico, con apoyo radiológico principalmente en un 75%, como lo reportado en la literatura (9,27).

En cuanto a los factores de riesgo involucrados para la decisión de efectuar procedimientos quirúrgicos definitivos, en un estudio prospectivo Boey y colaboradores, enlistaron los factores de riesgo de muerte y complicaciones en pacientes con perforación libre. Identificaron las enfermedades internas graves, choque operatorio y perforación prolongada (más de 24 horas) que influyen en la mortalidad posterior de la úlcera perforada (5).

La mortalidad aumentó progresivamente al incrementarse el número de factores: ninguno, 10%, 45% y 100%, en pacientes con ninguno, uno, dos y tres factores. Por lo tanto se recomienda el cierre simple que es más prudente que la cirugía definitiva cuando existe alguno de ellos. Además en ausencia de estos factores la mortalidad en ambas conductas es la misma de 2% (5). Resultó sorprendente que la edad superior a 70 años, gran contaminación peritoneal y duración del proceso ulceroso previo no aumentara el riesgo operatorio (5).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son afines a los de Boey, es importante señalar que en el grupo I un 66% de los pacientes tuvieron contaminación severa, y que especialmente dentro de ese grupo se encontraban 4 pacientes en los cuales no se encontraba ningún factor de riesgo y que pudieron ser sometidos a tratamiento definitivo, así como también 3 de 4 pacientes con contaminación moderada. En el único caso reportado de muerte se conjugaron los factores de riesgo mencionados, aunque

evidentemente por la gravedad de el caso y falta de información no se determinó antecedente de enfermedad sistémica concomitante.

Otros datos obtenidos pueden compararse con lo ya reportado en otros estudios, que afirman la mortalidad más alta para GU en relación a PDU atribuyéndose a la primera de 10 a 40% y a la segunda de 0 a 10% (31). Nuestra mortalidad para GU fué de 20% y morbilidad de 16.6%, y para PDU de 0% y 18.8%.

Como ya fué revisado anteriormente, es difícil determinar en la mesa de operaciones si una úlcera perforada es "crónica" ó "aguda", de nuestros 9 pacientes que presentaron sintomatología previa sólo en uno (11,11%) se pudo determinar datos transoperatorios de cronicidad, una observación importante fué el uso en los primeros años del estudio tanto en el cierre simple como en la cirugía definitiva de procedimientos agregados como gastrostomía, con aumento de morbilidad, y presencia de fistula gastrocutánea, que alargó considerablemente la estancia hospitalaria, y en los otros casos, comparandolos con el grupo sin gastrostomía, en los cuales no mejoró significativamente la evolución postquirúrgica.

La falta de seguimiento principalmente en el grupo I por el tipo de procedimiento quirúrgico empleado, tiene como consecuencia el desconocimiento de datos de recurrencia para haber determinado en que casos sería necesaria la cirugía definitiva.

## CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico es el ideal en úlcera péptica perforada, quedando sin indicación el tratamiento conservador el cual como se ha reportado podrá beneficiar a algún paciente esporádicamente, pero es difícil identificar estos casos, y sería necesario efectuar un estudio prospectivo estratificado de acuerdo a los factores de riesgo revisados, con poca posibilidad de que se realice.

La cirugía definitiva es la mejor alternativa de manejo quirúrgico en úlcera péptica perforada ya que un número importante de pacientes sometidos al cierre simple, por úlceras agudas o crónicas desarrollaran síntomas recurrentes, agregándose dificultad para definir con precisión que individuos de acuerdo al tipo de úlcera serán beneficiados ó no, y además siendo la misma mortalidad en los pacientes sin factores de riesgo en caso de cierre simple y cirugía definitiva. Siendo para la úlcera duodenal perforada primera opción parche de epiplón mas vagotomía de células parietales y vagotomía troncal mas piloroplastia como segunda elección. Para la úlcera gástrica perforada, como primera opción de manejo Gastrectomía Billroth I y Parche de epiplón mas vagotomía como segunda.

Se deberán evitar procedimientos agregados, como gastrostomías, debido al incremento de morbilidad y estancia hospitalaria, y no teniendo utilidad significativa en la evolución del paciente.

TABLA I. Tipo de complicaciones por grupo

	GRUPO I (12)	GRUPO II (5)
Derrame pleural	1	1
Absceso de pared	1	-
Fistula gastrocutánea	1	-
Seroma	-	1
	total 25%	Total 40%
		29.41% General

TABLA II. Relacion entre grado de contaminacion y morbimortalidad.

MORBILIDAD	GRUPO I	GRUPO II
NULA		(2) 1 (33.3%)
MODERADA	(4) 1 (25%)	(3) 1 (50%)
SEVERA	(8) 1 (12.5%)	
MORTALIDAD		
	GRUPO I	
SEVERA	(8) 1 (12.5%)	

TABLA III. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS GRUPO I (12)

CIERRE SIMPLE	1 (8.3%)
CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON	7 (58.3%)
CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON MAS GASTROSTOMIA	4 (33.3%)

TABLA IV. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS GRUPO II (5)-

VAGOTOMIA MAS ANTRECTOMIA MAS GASTRODUODENOANSTOMOSIS	1 (20%)
VAGOTOMIA MAS PILOROPLASTIA MAS GASTROSTOMIA	1 (20%)
VAGOTOMIA MAS PILOROPLASTIA MAS GASTROSTOMIA MAS COLECISTOSTOMIA	1 (20%)
VAGOTOMIA MAS CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON MAS GASTRODUODENOANASTOMOSIS	1 (20%)
VAGOTOMIA MAS CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON MAS GASTROEYUNOANSTOMOSIS	1 (20%)

TABLA V RELACION DE COMPLICACIONES CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EMPLEADO EN EL GRUPO I

FISTULA GASTROCUTANEA	CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON MAS GASTROSTOMIA
DERRAME PLEURAL IZQUIERDO	CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON
ABSCESO DE HERIDA QUIRURGICA	CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON

TABLA VI RELACION DE COMPLICACIONES CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EMPLEADO EN EL GRUPO II

DERRAME PLEURAL IZQUIERDO	VAGOTOMIA MAS CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON MAS GASTROEYUNOANASTOMOSIS MAS GASTROSTOMIA
SEROMA	VAGOTOMIA MAS PILOROPLASTIA MAS GASTROSTOMIA MAS COLECISTOTSTOMIA

TABLA VII RELACION DE MORTALIDAD CON EL PROCEDIMIENTO  
QUIRURGICO EMPLEADO EN EL GRUPO I

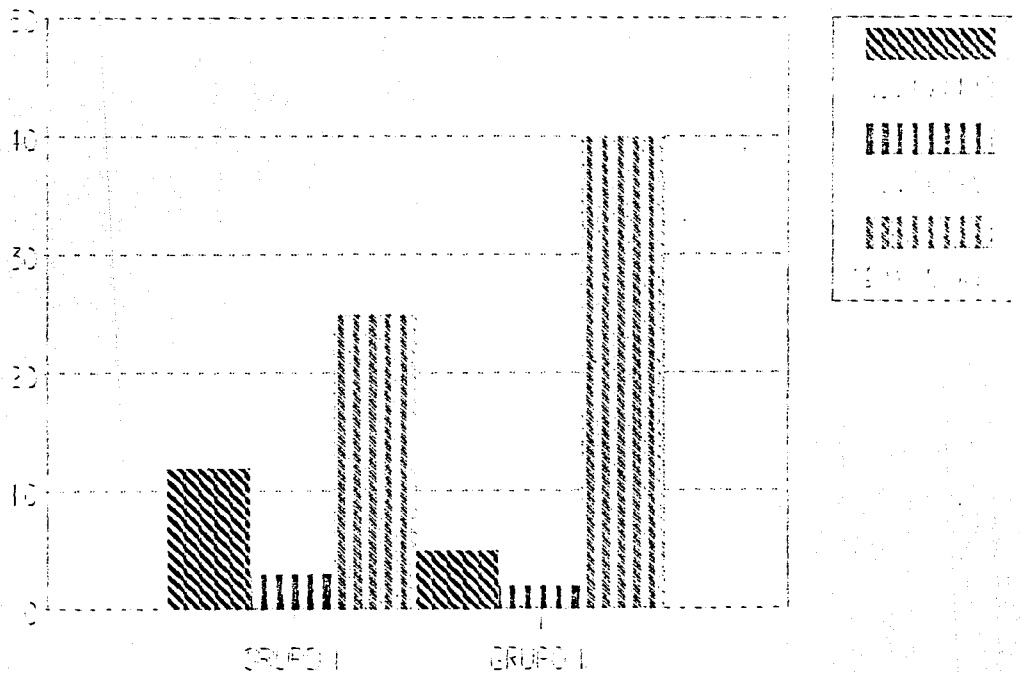
---

<i>CAUSA</i>	<i>PROCEDIMIENTO QUIRURGICO</i>
" SEPTICEMIA MAS FALLA " ORGANICA MULTIPLE	CIERRE SIMPLE MAS PARCHE DE EPIPLON MAS GASTROSTOMIA

# MORBILIDAD

GRAFICA I

MORBILIDAD GENERAL 29.4%

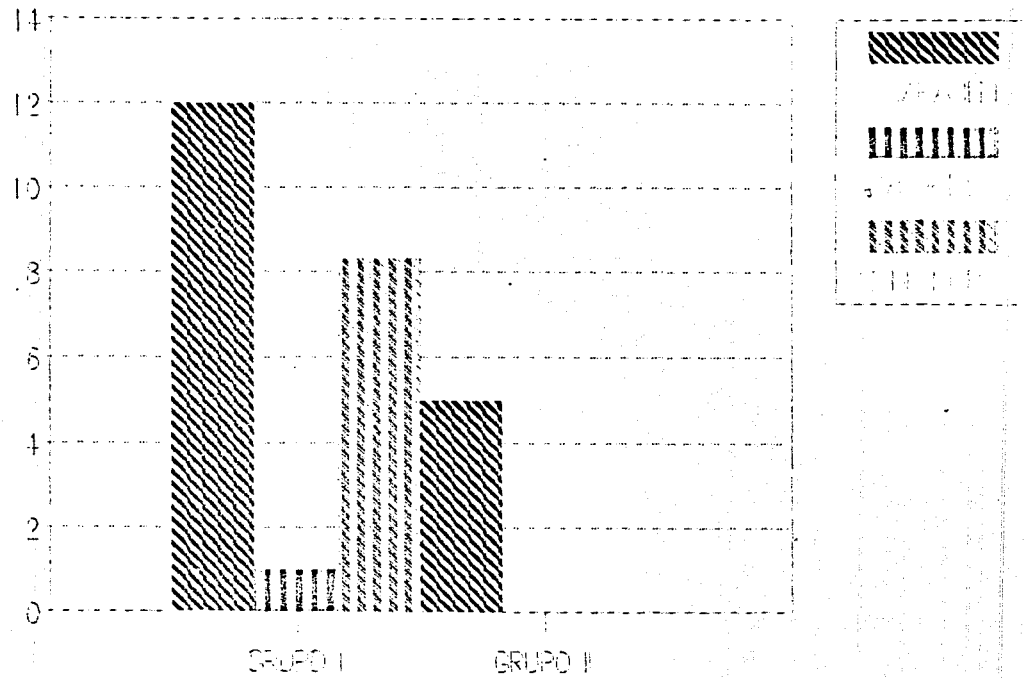




# MORTALIDAD

GRAFICA II

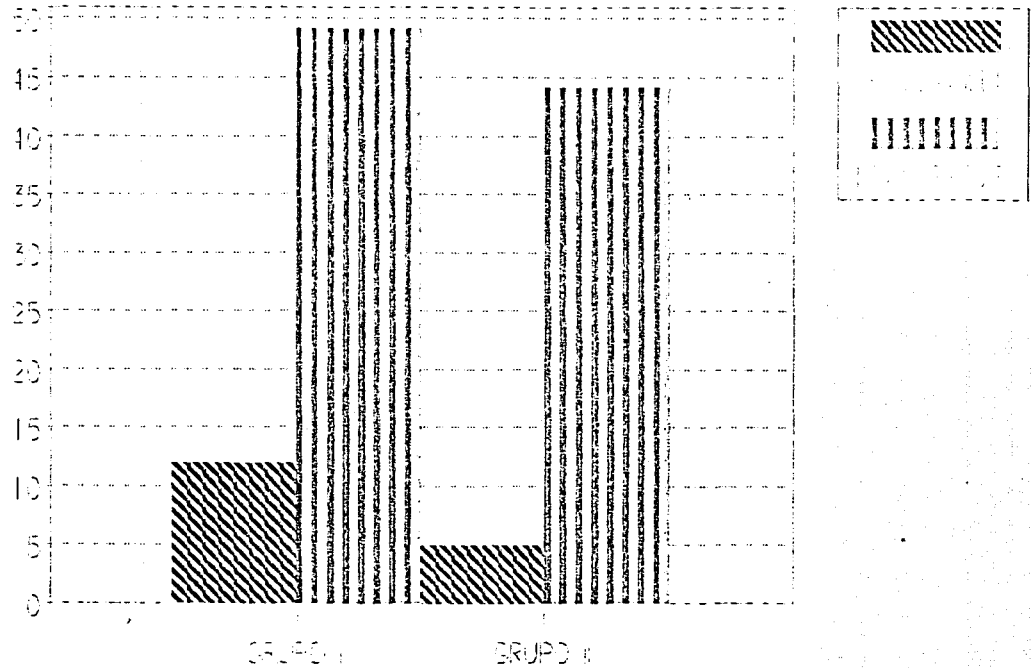
MORTALIDAD GENERAL 5.8%



# EDAD

## GRAFICA III

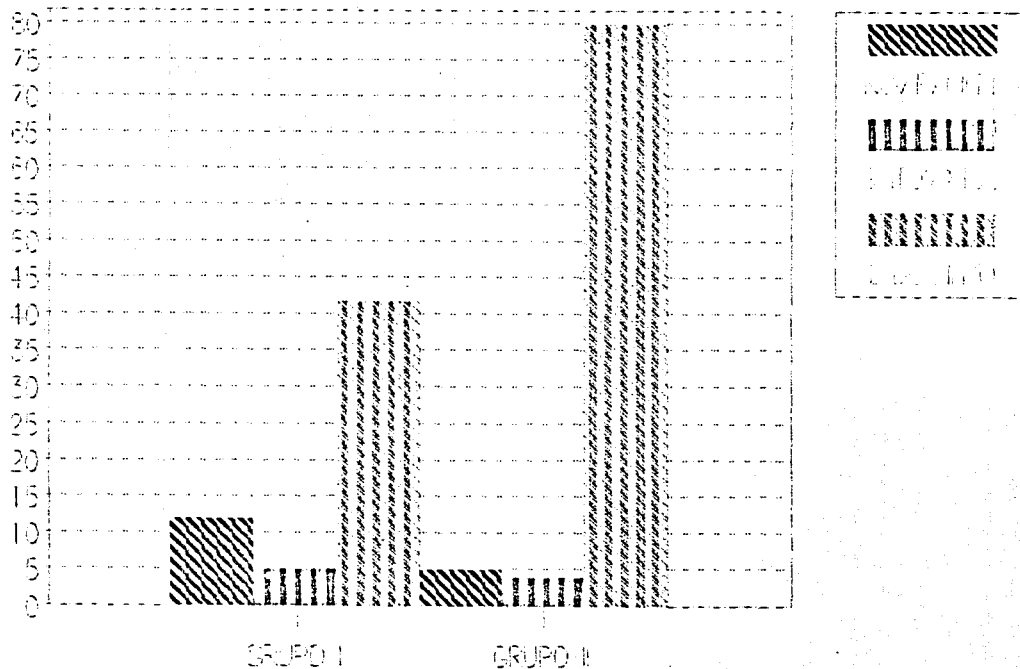
EDAD PROMEDIO 47.76



# SINTOMATOLOGIA PREVIA

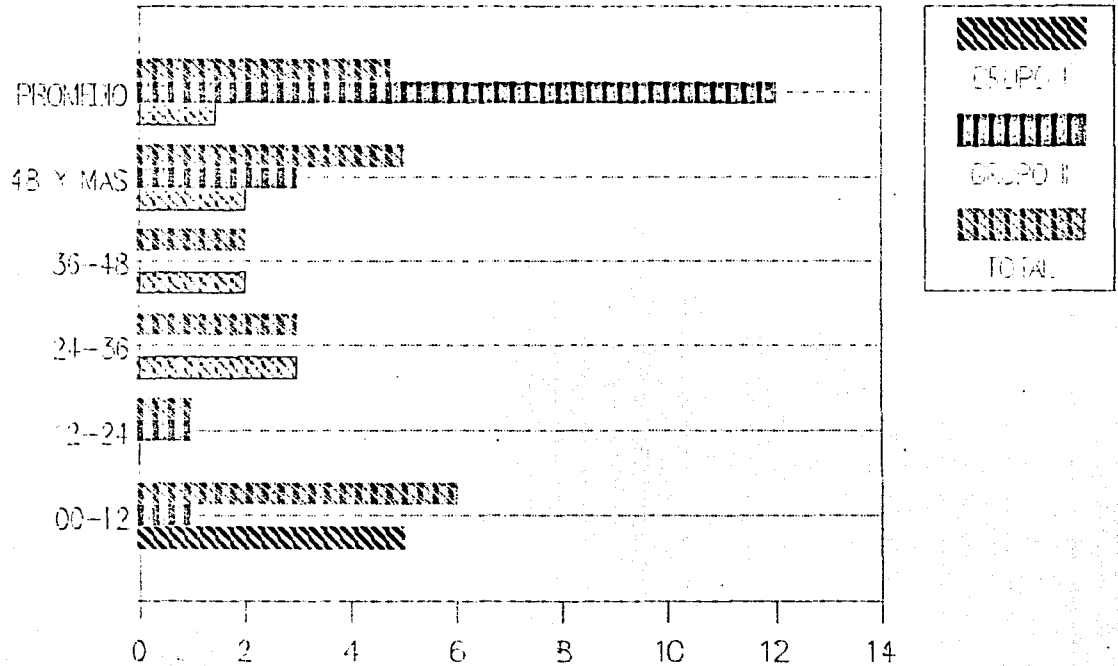
GRAFICA IV

PRC MEDIO 52.94%



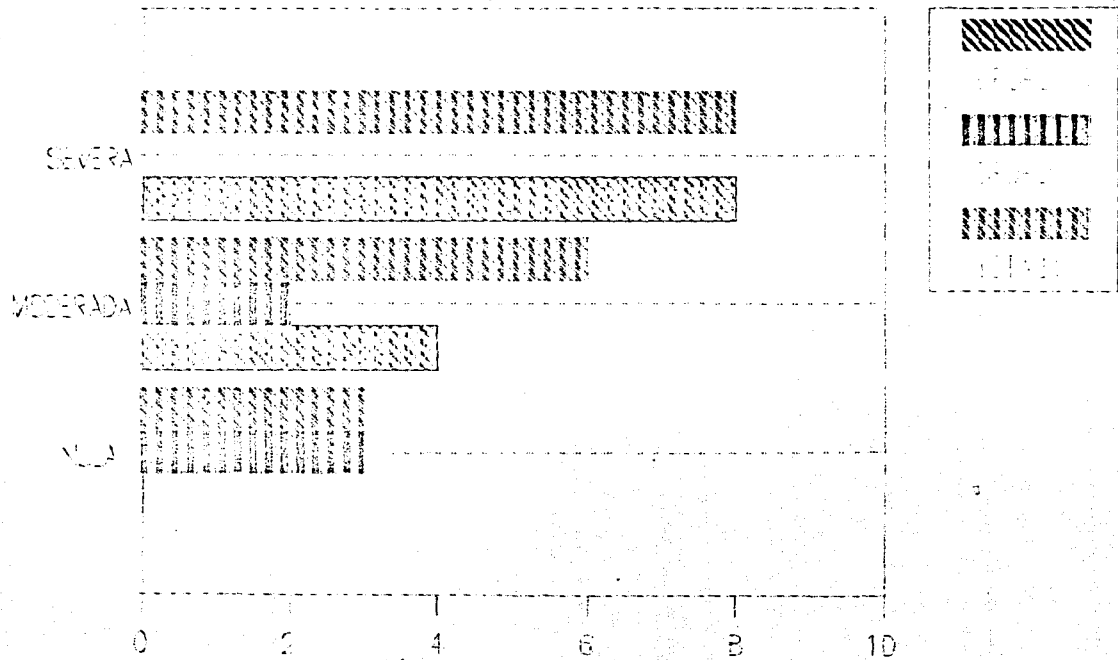
# TIEMPO DE EVOLUCION

## GRAFICA V



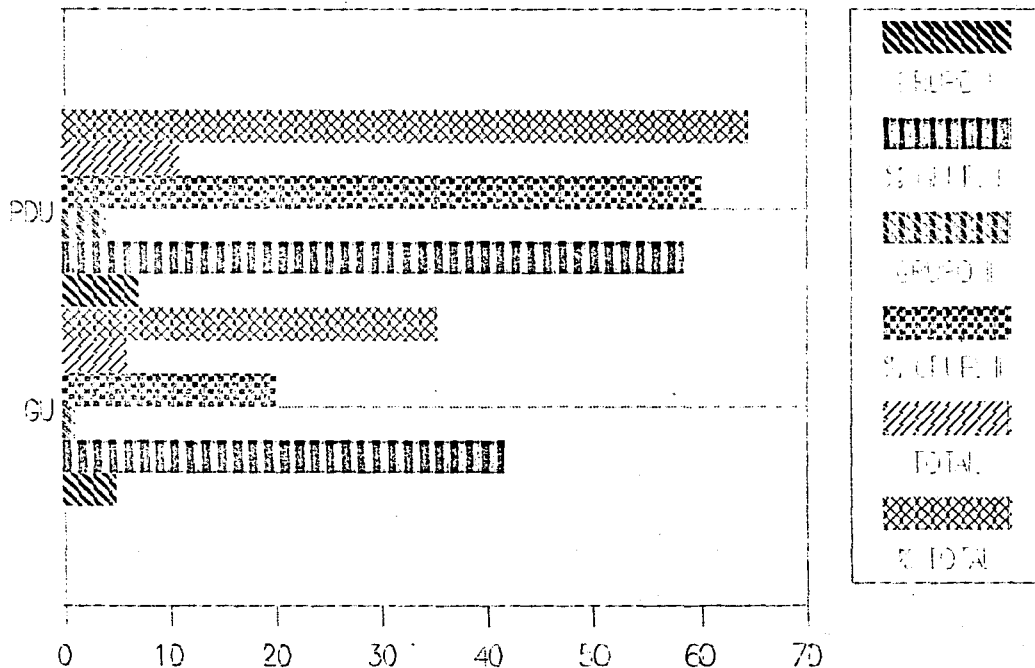
# GRADO DE CONTAMINACION

## GRAFICA VI



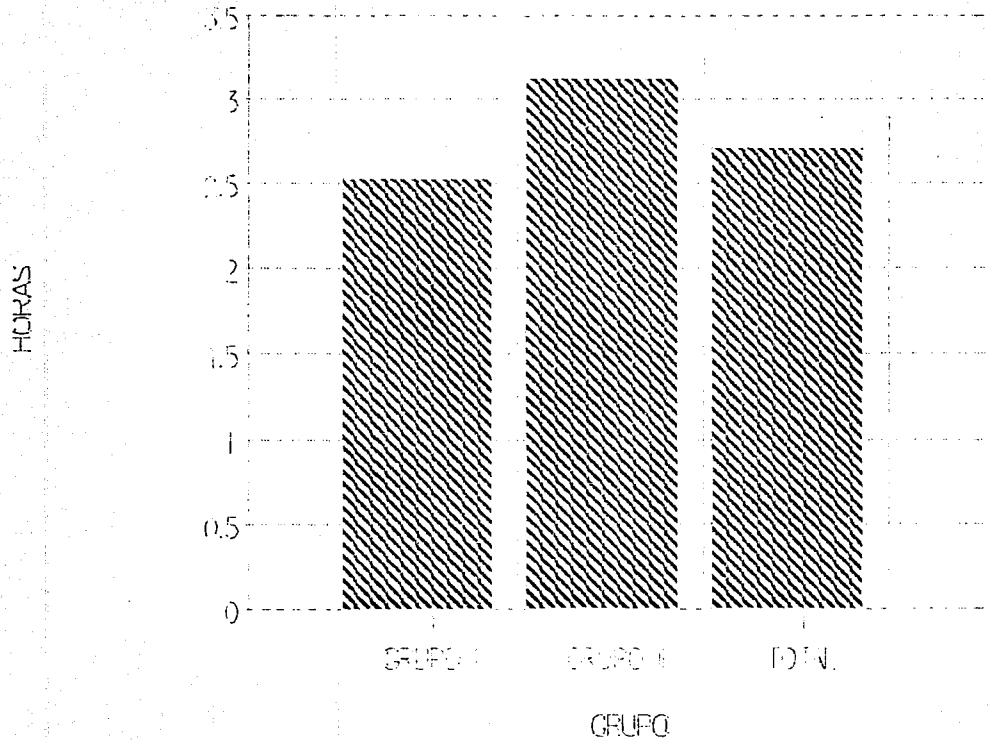
# TIPOS DE ULCERA

## GRAFICA VII



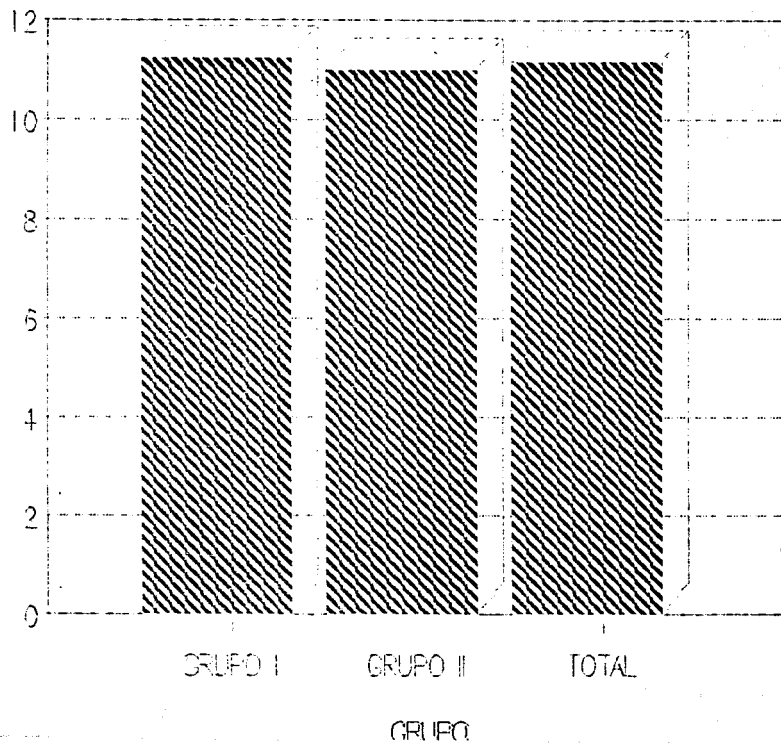
# TIEMPO QUIRURGICO

## GRAFICA VIII



# DIAS DE HOSPITALIZACION

## GRAFICA IX



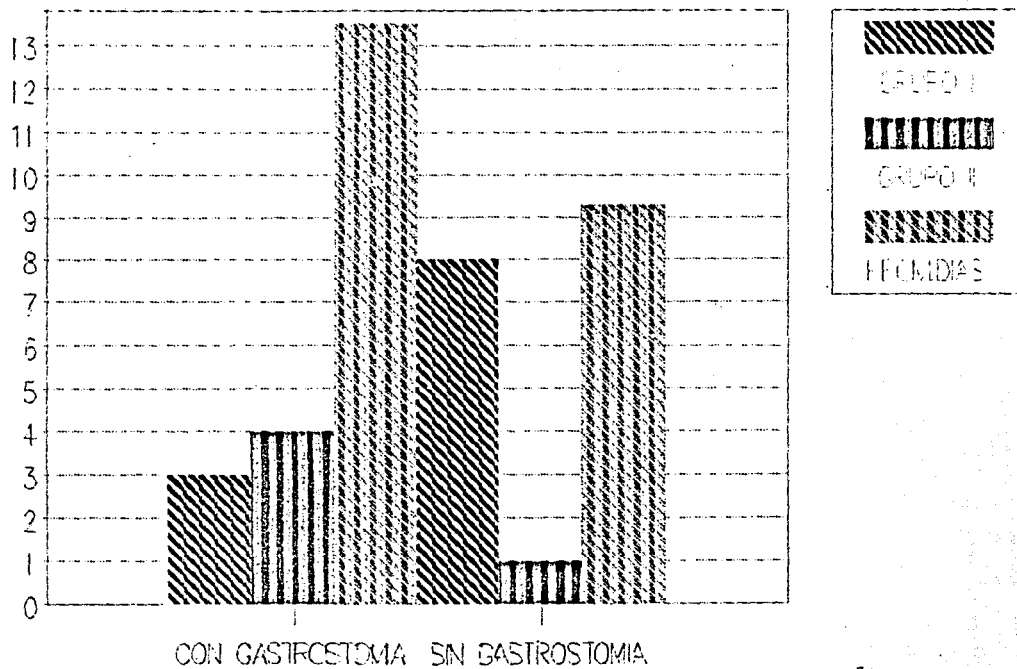
DIAS

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



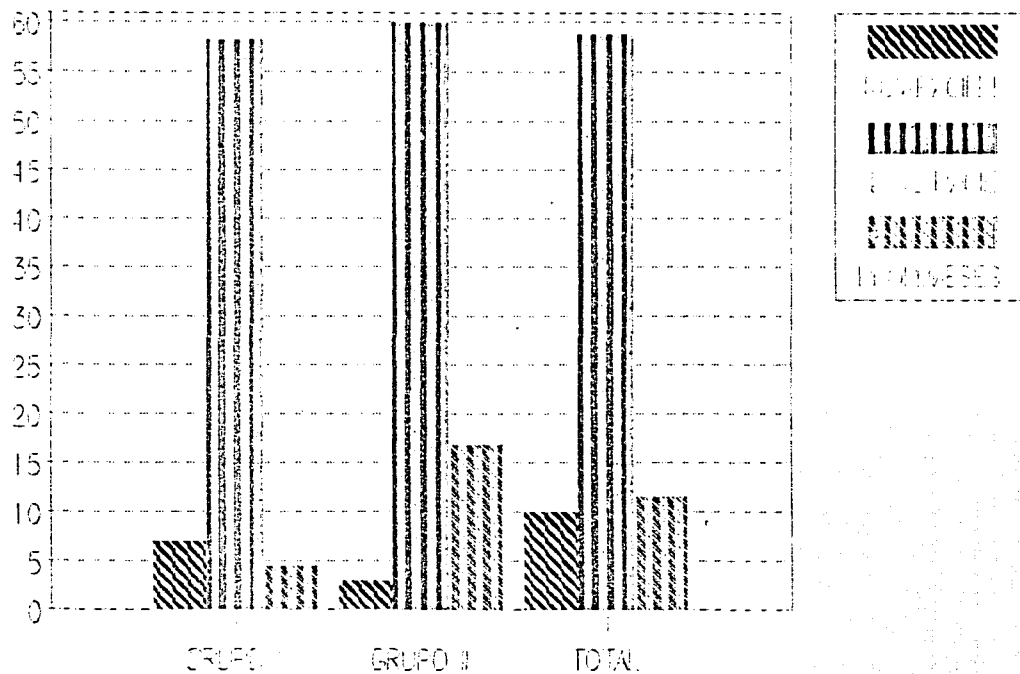
# HOSPITALIZACION Y GASTROSTOMIA

## GRAFICA X



# SEGUIMIENTO (Meses)

## GRAFICA XI



## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Andersen D, Hostrup H, AMdrup E: *The Aarhus County Vagotomy Trial II: an interim report on reduction in acid secretion and ulcer recurrence rate following parietal cell vagotomy.* World J Surg 2:91-100,1978.
- 2.-Baecgaard N, Lawaetz O, Poulsen PE: *Simple closure or definitive surgery for perforated duodenal ulcer.* Sacand J Gastroenterology 14:17-20 1979.
- 3.-Boey J, Lee NW, Wong J, et al: *Perforation in acute duodenal ulcers.* Surgery Gynecol Obstet 155:193-196 1982.
- 4.-Boey J, Wong J, Ong GB: *Bacteria and septic complication in patients with perforated duodenal ulcers.* Ann J Surg 143:635-639,1982.
- 5.-Boey J, Choi SKY, Alagaratnam TT, et al : *Risk stratification in perforated duodenal ulcers: a prospective validation of predictive factors.* Ann Surg 205:22-26,1987.
- 6.-Boey J, Lee NW, Koo J, et al: *Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers: a prospective controlled trial.* Ann Surg 196:338-344,1982.
- 7.-Boey J, Branicki FJ, et al: *Proximal gastric Vagotomy; the preferred operation for perforations in acute duodenal ulcers.* Ann Surg 208:169-174,1988.
- 8.-Geneiva R, De Catro E, Silva JO, Castelfranchi PL, et al: *Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer.* Br J Surg 73:427-430,1986.
- 9.-Coleman JA, Denham MJ: *Perforation of peptic ulceration in the elderly.* Age Ageing 9:257-261,1980.
- 10.-Christensen A, Bousfield R, et al: *Incidence of perforated and bleeding peptic ulcers before and after the introduction of H<sub>2</sub> receptors antagonists.* Ann Surg 207:4-6,1988.
- 11.-Dean ACB, Clrack CG, Sinclair-Geben AH: *The late prognosis of perforated duodenal ulcers.* GUT 3:60-64,1962.
- 12.-Drury JK, McKay AJ, Hutchinson JSF, et al: *Natural history of perforated duodenal ulcers treated by suture closure.* Lancet 2:749-750, 1978.
- 13.-Feliciano DV, Bitondo CG, Burch JM, et al: *Emergency management of perforated ulcer in the elderly patient.* Am J Surg 148:764-767,1984.
- 14.-Fineberg HV, Pearlman LA: *Surgical treatment of peptic ulcer in the United States: trends before and after the introduction of cimetidine.* Lancet 1:1305-1307,1981.
- 15.-Greco RS, Cahow CE: *Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcers.* Am J Surg 127:109-114, 1974.
- 16.-Hinshaw DB, Thompson RJ, Carter R: *Vagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcers: observations in 180 cases.* Am J surg 115:173-176,1968.
- 17.-Heuman R, Larsson J, Norby S: *Perforated duodenal ulcer: long term results following simple closure.* Acta Chir Scand 149:77-81,1983.
- 18.-Hollinshead JW, Smith RC, Gillet DJ: *Parietal cell vagotomy: experience with 114 patients with prepyloric or duodenal ulcer.* World J Surg 6:596-602,1982.
- 19.-Hodnett RM, Gonzalez F, et al: *The need for definitive therapy in the management of perforated gastric ulcers: Review of*

- 202 cases. *Ann Surg* Jan 36-39,1989.
- 20.-Horowitz J, Kukora JS, et al: *Perforated ulcers are not alike.* *Ann Surg* 206:693-697,1989.
- 21.-Jordan GL Jr, De Bakey ME, Duncan JM Jr: *Surgical management of perforated peptic ulcers.* *Ann Surg* 179:628-633,1979.
- 22.-Jordan PH Jr, Korompai FL: *Evolution of a new treatment for perforated duodenal ulcer.* *Surg Gynecol Obstet* 142:391-395, 1976.
- 23.-Jordan PH Jr, Morrow C: *Peptic perforated ulcer.* *Surg Clinical of N. Vol* 2:343-359, 1988.
- 24.-Kirkpatrick Jr, Bowman DL: *A logical solution to perforated ulcer controversy.* *Surg Gynecol Obstet* 150:683-686,1980.
- 25.-Koo J,Lam SK, Boey J, et al: *Gastric acid secretion and its predictive value after vagotomy for perforated duodenal ulcer.* *Scand J Gastroenterology* 18:929-934,1983.
- 26.-Mason MC, Brennan TG, Giles GR: *Acid secretion in patients with a perforated duodenal ulcer.* *Scand J Gastroenterology* 8:421-424,1973.
- 27.-Maull KI, Reath DB: *Pneumogastrography in the diagnosis of perforated peptic ulcer.* *Am J Surg* 148:340-345,1984.
- 28.-Mulholland NW, Debas HT: *Chronics gastric and duodenal ulcers.* *Surg Clin N Vol* 3:513-530,1987.
- 29.-Nemanich GJ, Nicoloff DM: *Perforated duodenal ulcer: long term follow up.* *Surg* 67:727-734,1970.
- 30.-Redd RC, Thompson BW: *Gastric outlet obstruction after mentopexy for perforated "acute" and "chronic" duodenal ulceration.* *Am J Surg* 130:682-687,1975.
- 31.-Rees JR, Thornbjarnson B: *Perforated gastric ulcer.* *Am J Surg* 126:93-97,1973.
- 32.-Tanphiphat G, Tanprayoon T, NA Thalang A: *Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: a prospective trial between simple closure and definitive surgery.* *Br J Surg* 72:370-372, 1985.
- 33.-Taylor H: *The non-surgical treatment of perforated ulcer.* *Gastroenterology* 33:353-368,1957.
- 34.-Wangensteen SE, Wray RC, Golden CT: *Perforated duodenal ulcer.* *Am J Surg* 123:538-542,1972.
- 35.-Watkins RM,Dennison AR, Collin J: *Wath has happened to perforated peptic ulcer.* *Br J Surg* 71:774-776,1984.