

89 11209
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

ISSSTE

MANEJO QUIRURGICO DE URGENCIA EN LA
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. JUAN UBALDO ROBLES FLORES

ASESOR DE TESIS:

DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



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

1.- RESUMEN	_____	1
2.- INTRODUCCION	_____	2
3.- MATERIAL Y METODO	_____	6
4.- RESULTADOS	_____	8
5.- DISCUSION	_____	12
6.- CONCLUSIONES	_____	16
7.- BIBLIOGRAFIA	_____	17

MANEJO QUIRURGICO DE URGENCIA EN LA ENFERMEDAD

ACIDO-PEPTICA

SE REALIZO UN ESTUDIO: PROSPECTIVO Y LONGITUDINAL, DE ENERO DE 1988 A AGOSTO DE 1990. EN ESTE TIEMPO SE CAPTARON 91 PACIENTES CON ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA (EAP) COMPLICADA EN FORMA AGUDA. SE INCLUYEN A 41 ENFERMOS QUE SE INTERVIENEN QUIRURGICAMENTE. EL 34.1% CORRESPONDE AL SEXO FEMENINO Y EL 65.9% AL SEXO MASCULINO. LA EDAD MEDIA FUE DE 61.3 ± 24 AÑOS Y UN RANGO DE 25 a 91 AÑOS. EL 36.5% PRESENTA HEMORRAGIA Y EL 63.5% PERFORACION. DE LOS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: TABAQUISMO Y ETILISMO SE PRESENTA EN EL 70.8%; EN EL 58% INGERIEN ALGUN MEDICAMENTO, SIENDO LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs) EL 34%. EN EL 63.3% SE PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD ASOCIADA, SIENDO LA MAS FRECUENTE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA (HTAS). EN EL 51.2% DE LOS PACIENTES LA PRIMERA MANIFESTACION FUE UNA COMPLICACION. EL 100% DE LOS PACIENTES PERFORADOS PRESENTAN DOLOR ABDOMINAL. AL 100% DE LOS ENFERMOS CON HEMORRAGIA SE LES REALIZA ENDOSCOPIA, Y EN EL 91.3% SE ENCUENTRA UN DATO POSITIVO. EN LOS PACIENTES PERFORADOS LA RADIOGRAFIA (RX) DE ABDOMEN PRESENTA AIRE LIBRE EN EL 53.3%. LA COMPLICACION MAS FRECUENTE DE LA ULCERA GASTRICA (UG) FUE EL SANGRADO, Y EN LA ULCERA DUODENAL (UD) FUE LA PERFORACION. EN LA PERFORACION LA TECNICA MAS UTILIZADA FUE EL CIERRE PRIMARIO Y PARCHES DE EPIPLON Y EN HEMORRAGIA LA ULCERORRAFIA. LA MORBILIDAD FUE DEL 23% Y LA MORTALIDAD DEL 34.6%.

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

EN LA ACTUALIDAD LA EAP, ES UN PROCESO EN TRANSICION Y SE HA MODIFICADO EN VARIOS ASPECTOS COMO SON: TAMAÑO DE LA ULCERA, EDAD DE INICIO, DURACION DEL PADECIMIENTO, SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS, HISTORIA FAMILIAR, CLASE SOCIAL, EDAD, SEXO, RAZA, GRUPO SANGUINEO, INFECCION, USO DE AINES, ALCOHOL, TABACO, ENFERMEDADES ASOCIADAS, TENSION EMOCIONAL, ENTRE OTRAS (24). EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA, HA CAMBIADO EN FORMA RADICAL TANTO EN LO MEDICO COMO EN LO QUIRURGICO, ESPERANDO SOLAMENTE LA PRUEBA DEL TIEMPO (1). ESTOS CAMBIOS SE HAN PRESENTADO EN LAS DOS ULTIMAS DECADAS: ERRONEAMENTE ESTOS CAMBIOS SE ATRIBUYEN A LOS BLOQUEADORES H_2 , AUNQUE ESTE TIPO DE MEDICAMENTOS TIENEN EN EL MERCADO POCO MAS DE UNA DECADA (1, 2, 17, 24). SE DEBE DE MENCIONAR QUE LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN LA EAP HAN DISMINUIDO, SOBRE TODO EN LA NO COMPLICADA, LIGERAMENTE EN LA HEMORRAGIA Y POCO O NADA EN LA PERFORACION (1, 2, 16, 25). TODOS ESTOS CAMBIOS SE HAN PRESENTADO EN LA UD, PERO NO EN LA ULCERA GASTRICA (UG), YA QUE LA HOSPITALIZACION Y LA MORBIMORTALIDAD NO SE HA MODIFICADO (1). MODLIN Y COL. (3) EN UNA REVISION RECIENTE NOS NARRA LA HISTORIA DEL ESTUDIO DE LA SECRECION ACIDA GASTRICA, Y MENCIONA LA IMPORTANCIA DE QUE BLACK EN 1972, DESCRIBE LOS RECEPTORES H_2 EN ESTOMAGO, Y MENCIONA UNA NUEVA GENERACION DE MEDICAMENTOS PARA LA EAP. SE HAN DEMOSTRADO MULTIPLES ANORMALIDADES FUNCIONALES EN LA UG Y LA UD, CONOCIENDO QUE LA FISIOPATOLOGIA DE AMBAS ES COMPLETA

MENTE DIFERENTE (1).

EN LA ACTUALIDAD, LAS INDICACIONES QUIRURGICAS DE LA EAP SOLO SE RESERVA PARA LAS COMPLICACIONES, COMO SON: FALLA AL TRATAMIENTO, OBSTRUCCION, PERFORACION Y HEMORRAGIA. PRACTICAMENTE TODOS LOS PACIENTES CON PERFORACION DEBEN DE OPERARSE, CUANDO LO PERMITAN SUS CONDICIONES (12). LAS INDICACIONES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA ES ALGO MAS DISCUTIBLE PERO SE CONSIDERAN EN GENERAL: 1.- HEMORRAGIA MASIVA, 2.- RECURRENCIA DE HEMORRAGIA EN EL MISMO INTERNAMIENTO, 3.- HOSPITALIZACIONES FRECUENTES POR HEMORRAGIA, 4.- HEMORRAGIA QUE REQUIERA MAS DE 6U DE SANGRE EN 24 HS. (1).

EN LA ACTUALIDAD LA ENDOSCOPIA TIENE UN PAPEL IMPORTANTE EN ESTOS PACIENTES, YA SEA EN EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO. SE CONSIDERAN ESTIGMAS DE HEMORRAGIA: VASO VISIBLE NO SANGRANTE Y VASO SANGRANTE (25). ESTOS SE HAN UTILIZADO COMO FACTORES DE PREDICCIÓN, SI HAY VASO SANGRANTE PUEDE HABER HEMORRAGIA MASIVA EN EL 50 A 100%, Y CON AUSENCIA SOLO EN EL 10 A 15% (13).

LA ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA PRESENTA VARIAS OPCIONES QUE PUEDEN SER APLICADAS EN LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO. SE CONOCEN DIVERSAS SUSTANCIAS ESCLEROSANTE QUE PUEDEN SER APLICADAS CON CONTROL DE LA HEMORRAGIA EN UN 80 A 99% Y RESANGRADO DEL 10 A 15% (19). NO ESTA LIBRE DE COMPLICACIONES Y EN OCACIONES SERIAS (20). SE PUEDE USAR ELECTRO-

COAGULACION MONO O BIPOLAR, TERAPIA ELECTROHIDROTERMICA Y LASER (18, 19).

EL CIRUJANO PARA RESOLVER LAS COMPLICACIONES DE LA EAP, TIENE UN GRAN ARSENAL TERAPEUTICO, ESTAS TECNICAS SE DEBEN ADECUAR AL PACIENTE. LA CIRUGIA PUEDE SER CONSERVADORA O DEFINITIVA, EXISTEN ADEPTOS PARA CADA CORRIENTE (4, 5, 6, 7, 8, 9). ANTERIORMENTE EN LA UP, SE REFERIA MORTALIDADES DEL 50 a 70%, EN LA ACTUALIDAD HA DISMINUIDO HASTA EL 10% O MENOS. CUANDO SE REALIZA UN TRATAMIENTO CONSERVADOR, EL 70% PRESENTA SINTOMAS PEPTICOS Y HASTA EL 40% PUEDE REQUERIR TRATAMIENTO QUIRURGICO DEFINITIVO (4). EXISTEN FACTORES QUE PUEDEN CONSIDERARSE COMO CONTRAINDICACION PARA UN MANEJO DEFINITIVO, Y SON: ESTADO DE CHOQUE, EDAD MAYOR DE 70 AÑOS Y PERFORACION MAYOR DE 24 HS Y CONTAMINACION SEVERA (5, 22). ALGUNOS OTROS AUTORES REFIEREN COMO FACTORES DE MAL PRONOSTICO: ENFERMEDAD PREEEXISTENTE SEVERA, EDO. DE CHOQUE Y PERFORACION DE MAS DE 24 HS. SI HAY DOS FACTORES PRESENTAN MORTALIDAD DEL 45% Y SI TIENEN TRES, MORTALIDAD DEL 93% (12). SI EL PACIENTE TIENE MAS DE 70 AÑOS Y TIENE PERFORACION DE MAS DE 24 HS. PRESENTA MORTALIDAD DEL 50%. WILLIAM W. TURNER (15), COMPARA CIERRE PRIMARIO Y CIERRE PRIMARIO Y PARCHES DE EPIPLON, TENIENDO MAYOR MORTALIDAD (29%) LA PRIMERA Y CON LA RESECCION 16%, COMPARABLE CON OTRAS SERIES (16).

EN LA HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO, EL 50% ES CAUSADO POR UN PROCESO ULCEROSO. EL 70% DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA CEDE ESPONTANEAMENTE. LA CIRUGIA SE REALIZA EN EL 30 a 60% DE LOS PACIENTES; ESTO DEPENDE DE MUCHOS FACTORES: AGRESIVIDAD QUIRURGICA, CRITERIOS CLINICOS Y CON DICIONES DEL PACIENTE, ENTRE OTROS (12). SI EXISTE ESTADO DE CHOQUE, LA MORTALIDAD ES DEL 22%, ESTO DISMINUYE SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE 70 AÑOS, NO HAY EDO. DE CHOQUE Y ESTA LIBRE DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES (10, 12, 25). HAY AUTORES QUE MANEJAN AL PACIENTE CON HEMORRAGIA EN FOR MA CONSERVADORA Y MENCIONAN DISMINUCION DE LA MORTALIDAD DE 2.9 A 4.8% (11, 13).

M A T E R I A L Y M E T O D O

SE REALIZO UN ESTUDIO PROSPECTIVO, LONGITUDINAL; DEL 1° DE ENERO DE 1988 AL 31 DE AGOSTO DE 1990 (20 MESES). EN EL CUAL SE CAPTARON 91 PACIENTES CON EAP COMPLICADA EN FORMA AGUDA, YA FUERA POR PERFORACION O HEMORRAGIA. DE ESTOS PACIENTES SE INCLUYERON A 41, QUE SE SOMETIERON A CIRUGIA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. TODOS LOS PACIENTES FUERON CAPTADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS Y EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA. FUERON VALORADOS POR NUESTRO SERVICIO: CLINICAMENTE, SE SOLICITO LABORATORIO BASICO (BIOMETRIA HEMATICA, QUIMICA SANGUINEA, ELECTROLITOS, TIEMPOS DE COAGULACION, ENZIMAS), RADIOGRAFIAS DE TORAX Y ABDOMEN EN DOS POSICIONES, A LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA SE LES EFECTUO ENDOSCOPIA ALTA EN FORMA DIAGNOSTICA MAS NO TERAPEUTICA. SI EL PACIENTE ES MAYOR DE 40 AÑOS SE SOLICITO VALORACION PREOPERATORIA.

LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN LOS PACIENTES CON PERFORACION, FUE ABSOLUTA. EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA FUERON: HEMORRAGIA MASIVA, RECURRENCIA DEL SANGRADO EN EL MISMO INTERNAMIENTO, HEMORRAGIA DE MAS DE 6U DE SANGRE EN 24 HS., EDAD MAYOR DE 70 AÑOS Y DATOS ENDOSCOPICOS DE HEMORRAGIA ACTIVA. LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS FUERON REALIZADOS EN SU MAYORIA (90%), POR RESIDENTES DEL ULTIMO AÑO. POSTERIOR A LA CIRUGIA SE PROCEDIO A LLENAR LA HOJA DE

VACIAMIENTO DE DATOS POR LOS RESIDENTES DE GUARDIA. SI SE OMITIO ALGUN DATO EN LA HOJA, SE TOMO DE: ARCHIVO CLINICO, AL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA O DIRECTAMENTE DEL PACIENTE.

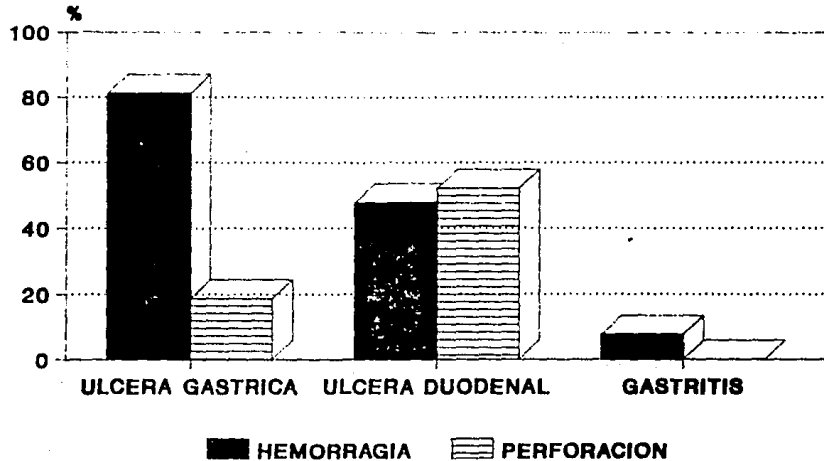
R E S U L T A D O S

SE EVALUARON UN TOTAL DE 41 PACIENTES. LA EDAD PROMEDIO FUE DE 61.3 ± 24 AÑOS, CON UN RANGO DE 25 A 91 AÑOS. DE LOS ENFERMOS EL 65.8% CORRESPONDIAN AL SEXO MASCULINO Y EL 34.2% AL SEXO FEMENINO. EL 63.5% PRESENTO HEMORRAGIA Y EL 36.5% PERFORACION. DE LOS PACIENTES POR HEMORRAGIA DOS FUERON POR GASTRITIS.

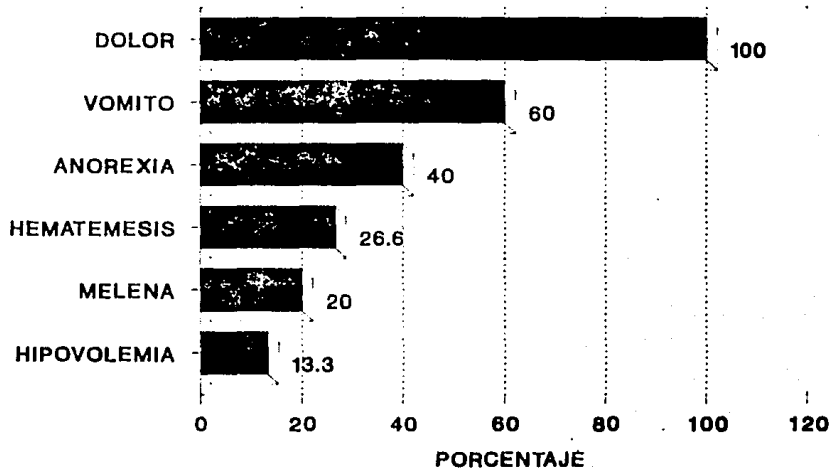
LA FORMA DE PRESENTACION DE LA UG, HEMORRAGIA EN 13 PACIENTES (81.2%), PERFORACION EN TRES (18.8%); LA UD, HEMORRAGIA EN 11 (47.9%), Y PERFORACION EN 12 PACIENTES (52.1%). DENTRO DE LOS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA TENEMOS QUE: 26 PACIENTES (63.4%) PRESENTAN UNA O MAS ENFERMEDADES ASOCIADAS, LAS CUALES FUERON: HTAS EN 13 PACIENTES, DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE (DMNID) 6, RESPIRATORIAS 4, EL 42.3% DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA PRESENTA MAS DE UNA ENFERMEDAD ASOCIADA Y EL 37.5% DE LOS PERFORADOS. EL TABAQUISMO SE PRESENTO EN 23 PACIENTES (56%), Y ETILISMO EN 18 (44%). EL 70.8% PRESENTA ALGUNO DE LOS ANTECEDENTES. EL 58% DE LOS PACIENTES, INGIERE ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO Y 14 DE ELLOS (34%) TOMA PERIODICAMENTE AINES. EN 21 PACIENTES (51.2%), LA PRIMERA MANIFESTACION DE LA EAP FUE UNA COMPLICACION; EN LOS PACIENTES CON PERFORACION EL 46.6% Y EN HEMORRAGIA EL 53.8%.

LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES FUERON EN LA HEMORRAGIA:

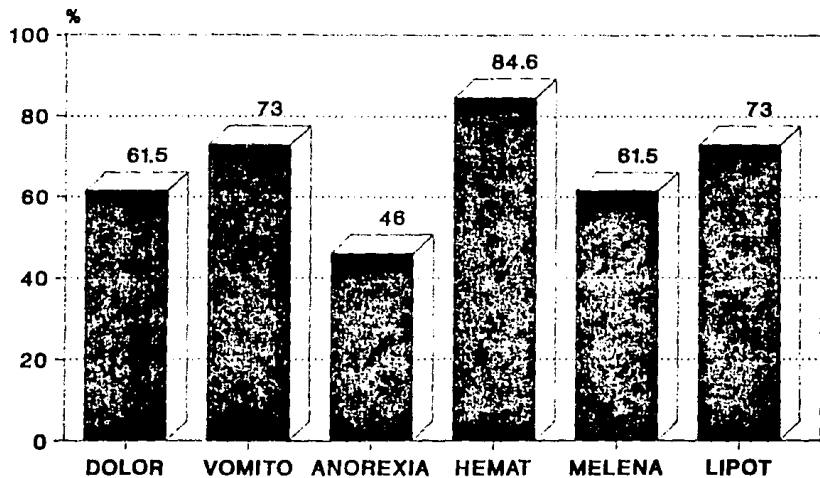
FORMA DE PRESENTACION



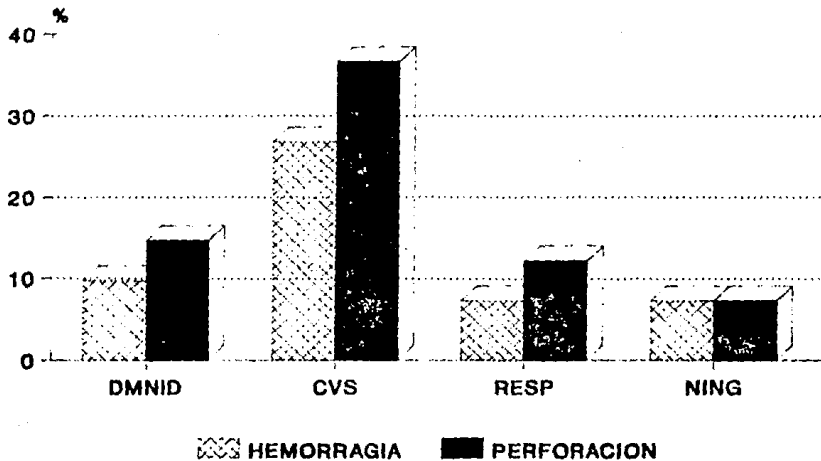
SINTOMAS EN PERFORACION



SINTOMAS EN HEMORRAGIA



ENFERMEDADES ASOCIADAS



HEMATEMESIS 84.6%, VOMITO 73%, LIPOTIMIA 73%, DOLOR 61.5% Y MELENA 61.5%. EN LA PERFORACION: DOLOR 100%, VOMITO 60%, ANOREXIA 40%, HEMATEMESIS 26.6%, MELENA 20% Y LIPOTIMIA EN EL 13.3%. DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA 10 (40%) PRESENTAN DATOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA (HTA SISTOLICA MENOR DE 90 MM HG., FC MAYOR DE 100 X MIN.), SE PRESENTO EN EL 20% DE LOS PACIENTES CON PERFORACION. DE LOS PACIENTES PERFORADOS SIETE (46.6%), PRESENTARON DUDA DIAGNOSTICA Y FUERON INTERVENIDOS COMO ABDOMEN AGUDO. EN LOS ESTUDIOS RADIOLOGICOS SE ENCONTRO AIRE LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL EN EL 53.3%, Y ALGUN DATO SUGESTIVO EN EL 86.6%. A TODOS LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA SE LES REALIZO ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA, SIENDO DIAGNOSTICA EN EL 96.1%, HEMORRAGIA ACTIVA EN EL 26.9%. VEINTE PACIENTES CON HEMORRAGIA PRESENTARON HEMOGLOBINA MENOR DE 10 GR/DL. LA PRESION ARTERIAL MEDIA EN LA HEMORRAGIA, DE LOS PACIENTES VIVOS FUE DE 82.5 ± 15.3 MM HG.; EN LOS PACIENTES FALLECIDOS FUE DE 65.1 ± 13.34 MM HG.; LA FRECUENCIA CARDIACA, EN VIVOS 100.4 ± 16.08 X MIN. EN FALLECIDOS 113.1 ± 24.3 X MIN. EN EL 19% DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA, EN LA CIRUGIA NO SE ENCONTRO EL SITIO DE SANGRADO. DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS EN LA HEMORRAGIA QUE FUERON USADAS: ULCERORRAFIA 9 PACIENTES (34.6); VAGOTOMIA TRONCULAR+PILOROPLASTIA+ULCERORRAFIA 8 (30%); VAGOTOMIA TRONCULAR + PILOROPLASTIA 6

(23%); RESECCION GASTRICA 2 (7.6); GASTROTOMIA 1 (3.8%). EN LOS PACIENTES PERFORADOS: CIERRE PRIMARIO Y PARCHES DE EPIPLON 8 (53.3%); CIERRE PRIMARIO + VAGOTOMIA TRONCULAR + PILOROPLASTIA 3 (20%); ULCERECTOMIA + CIERRE PRIMARIO 3 (20%); PARCHES DE GRAHAM 1 (6.6%).

LAS COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS SE PRESENTARON EN 10 PACIENTES (22.2%); SIENDO LAS SIGUIENTES: ESPLENECTOMIAS 3 PACIENTES, BRADICARDIA 2, HIPOTENSION 1, LESION A VISCERA HUECA EN 2, NEUMOTORAX 1. LA MORBILIDAD GLOBAL SE PRESENTO EN 23% DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA Y EN EL 46.6% EN LA PERFORACION. EL 71% DE LAS COMPLICACIONES EN PERFORADOS FUERON DE ORIGEN SEPTICO. LA MORBILIDAD GLOBAL FUE DEL 31%. SE REALIZARON CUATRO REINTERVENCIONES (8.8%), SIENDO LAS INDICACIONES: EVENTRACION 1, RESANGRADO 1, DEHISCENCIA DE PILOROPLASTIA Y ABSCESO SUBFRENICO 1. SE REALIZARON 45 CIRUGIAS EN LOS 41 PACIENTES.

LA MORTALIDAD OPERATORIA FUE DEL 2.4% (UN PACIENTE) SIENDO LA CAUSA SANGRADO, ERA UN PACIENTE CIRROTICO CON CHILD B. LA MORTALIDAD POSTOPERATORIA FUE DEL 26.8%, SIENDO LAS CAUSAS: CHOQUE HIPOVOLEMICO 6 PACIENTES, SEPSIS 2, NEUMONIA 1, FALLA ORGANICA MULTIPLE 1 Y HEMORRAGIA CEREBRAL 1.

LA MORTALIDAD QUE SE TUVO CON LAS TECNICAS QUIRURGICAS FUE LA SIGUIENTE: VAGOTOMIA TRONCULAR + PILOROPLASTIA 3 PACIENTES, CIERRE PRIMARIO Y PARCHES DE EPIPLON 2, ULCEREC-

TOMIA + CIERRE PRIMARIO 1, ULCERORRAFIA 3 Y PARCHÉ DE GRAHAM 1.

D I S C U S I O N

DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS, VEMOS QUE LA COMPLICACION MAS FRECUENTE ES LA HEMORRAGIA, AL IGUAL QUE DIVERSOS REPORTES (12, 16).

LA DISTRIBUCION POR SEXO, FUE MAYOR 2:1 EN EL HOMBRE A DIFERENCIA DE LO QUE SE REPORTA EN LA LITERATURA, CON TENDENCIA A IGUALARSE EN AMBOS SEXOS (1, 16, 29). ESTO POSIBLEMENTE POR EL PAPEL DE LA MUJER EN NUESTRO MEDIO, SIENDO DIFERENTE EN LOS PAISES DESARROLLADOS. LA EDAD PROMEDIO EN LA UD FUE DE 60 ± 20 AÑOS Y EN LA UG DE 54.3 ± 13.8 AÑOS, ESTO ES CONTRADICTORIO CON VARIOS REPORTES, POSIBLEMENTE HAY FACTORES GENETICOS O DEMOGRAFICOS QUE INFLUYEN (1, 2).

ES BIEN CONOCIDO QUE LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS INCREMENTA LA MORBIMORTALIDAD EN FORMA IMPORTANTE; EN NUESTRO ESTUDIO SE PRESENTO EN EL 63.4% DE LOS PACIENTES; SIENDO LAS PRINCIPALES CAUSAS: RESPIRATORIAS, DMNID Y HTAS, MUY SIMILAR COMO LO REPORTA HOROWITZ (16) Y OTROS AUTORES (3, 28).

EL ANTECEDENTE DE: TABAQUISMO, ETILISMO E INGESTA DE MEDICAMENTOS: SE PRESENTA DE IGUAL MANERA Y SIN MODIFICACION CON DIVERSOS ESTUDIOS, REPORTANDO HASTA UN 50% (16, 26, 27). UN ALTO PORCENTAJE DE PACIENTES DEL 50 A 70%, PRESENTAN COMO PRIMERA MANIFESTACION DE LA EAP UNA COMPLICACION, ESTO AL IGUAL QUE NUESTRO ESTUDIO (26, 28). LA SINTOMATOLOGIA DE NUESTROS PACIENTES, FUE LA ESPERADA Y DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO (15, 26).

**NUMERO TOTAL DE PACIENTES POR
GRUPOS DE EDAD**

VIVOS				MUERTOS		
EDAD	N	%	FRECUENCIA ACUMULADA %	N	%	FRECUENCIA ACUMULADA %
20-29	2	4	4	0	0	0
30-39	4	9.8	13.8	2	18.2	18.2
40-49	5	12.4	26.2	0	0	18.2
50-59	4	9.9	36.1	2	18.2	36.4
60-69	10	24.4	60.6	1	9.1	45.5
70-79	10	24.5	85.1	3	27.2	72.7
80-89	5	12.4	97.5	2	18.2	90.9
90-99	1	2.5	100	1	9.1	100

ULCERA HEMORRAGICA

	UD	UG
TOTAL	11	14
EDAD	56.7 ± 20.6	60.5 ± 14.1
HOMBRE: MUJER	7:5	7:5
SINTOMAS PREVIOS	3	9
PRESENTACION AGUDA	8	4
TABAQUISMO	8	6
ETILISMO	4	6
AINES	4	4
INESTABILIDAD HEMOD.	4	6
COMPLICACIONES	6	6
MORTALIDAD	5	4

ISSSTE
28 NOV

ULCERA PERFORADA

	UD	UG
TOTAL	12	3
EDAD	62.4 ± 19.1	79.0 ± 29.0
HOMBRE: MUJER	10:2	1:2
SINTOMAS PREVIOS	9	0
PRESENTACION AGUDA	3	3
TABAQUISMO	7	1
ETILISMO	7	1
AINES	5	1
INESTABILIDAD HEMOD.	3	0
COMPLICACIONES	4	3
MORTALIDAD	1	1

ISSSTE
28 NOV

LOS DATOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, SE PRESENTARON EN EL 31.7%, ESTO EN COMPARACION CON OTROS REPORTES (13), FUE MAYOR EN NUESTROS PACIENTES: POSIBLEMENTE PORQUE LLEGAN AL HOSPITAL CON MAS HS. DE EVOLUCION O LAS CONDICIONES DE NUESTROS PACIENTES SON MAS PRECARIAS.

LA DUDA DIAGNOSTICA QUE SE PRESENTO EN LOS PACIENTES CON PERFORACION, FUE DEL 46.6%, SIENDO LIGERAMENTE MAYOR A OTROS REPORTES, QUE MENCIONAN HASTA EL 30% (28). LA UTILIDAD DE LA REDILOGIA, SIGUE SIENDO IMPORTANTE, EN NUESTRO TRABAJO SE ENCONTRO ALGUN DATO EN EL 86.6%. NIELS (25) ENCUENTRA FALSOS NEGATIVOS EN EL 20%, AIRE LIBRE EN EL 53.3% SE ENCONTRO EN NUESTRO TRABAJO; OTROS AUTORES MENCIONAN DEL 75 A 80% (26, 27), POSIBLEMENTE ESTOS DATOS SE DEBAN A LA FALTA DE SUPERVICION EN LA TOMA DEL ESTUDIO. LA UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA FUE RELEVANTE, YA QUE EN UN PORCENTAJE ELEVADO (96.2%), PRESENTO ALGUN DATO POSITIVO Y EN EL 26.9%, SE HEMORRAGIA ACTIVA. EXISTEN DATOS INTERESANTES. SE MENCIONA QUE EN EL 60% SE ENCUENTRA ULCERA CON BASE LIMPIA Y ALGO DE SANGRADO, 20% SIN SANGRADO, 10% CON SANGRADO ACTIVO Y 5% CON SANGRADO ACTIVO Y EDO. DE CHOQUE (21, 25). LA CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA, YA QUE EL 76.9% PRESENTA VALORES POR DEBAJO DE 10 GR., TENIENDO UNA MORTALIDAD DEL 35%; A DIFERENCIA DE LOS QUE TENIAN VALORES ARRIBA DE 10 GR., SOLO PRESENTARON MORTALIDAD DEL 10%.

ULCERA DUODENAL Y GASTRICA

	UD	UG
TOTAL	23	16
EDAD	62.2 ± 22.2	54.3 ± 13.8
HOMBRE: MUJER	17:7	8:7
SINTOMAS PREVIOS	12	9
PRESENTACION AGUDA	11	7
TABAQUISMO	15	7
ETILISMO	11	7
AINEs	9	5
INESTABILIDAD HEMOD.	7	6
COMPLICACIONES	12	9
MORTALIDAD	6	5

18886

LA CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA, LLEVA RELACION INTIMA CON EL EDO. DE CHOQUE, EL CUAL ES UN FACTOR DE MAL PRONOSTICO (12, 13, 25). ENTRE LOS PARAMETROS HEMODINAMICOS EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA, PUDIMOS CONFIRMAR QUE LA PRESION ARTERIAL MEDIA EN LOS PACIENTES VIVOS FUE MAYOR QUE EN LOS MUERTOS, Y LA FRECUENCIA CARDIACA, FUE MAYOR EN LOS PACIENTES FALLECIDO. BREDGAARD (31), MENCIONA LA UTILIDAD DE LOS PARAMETROS HEMODINAMICOS EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA. REFERENTE A LAS TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS, PUDIMOS OBSERVAR QUE LA CONDUCTA FUE DE TIPO CONSERVADOR, ESTA CONDUCTA ES APOYADA POR MULTIPLES AUTORES (5, 6, 8, 9, 15, 16, 28, 29). EXISTE LA OTRA CORRIENTE, MAS AGRESIVA ALUDIENDO MENOR MORBINMORTALIDAD (25, 26, 27, 29, 31).

LAS COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS SE PRESENTARON EN EL 22.2%, LA LESION ESPLENICA OCURRIO EN EL 6.6%, EN CIRUGIA PROGRAMADA DE LA EAP SE ACEPTA DE .5 a 4%, POSIBLEMENTE FUE MAYOR EN NUESTROS PACIENTES, PORQUE LA CIRUGIA FUE DE URGENCIA (29). LA MORBILIDAD EN NUESTRO ESTUDIO SE PRESENTO EN EL 31.7%, ESTOS DATOS ESTANDO ACORDE CON LOS REFERIDOS EN LA LITERATURA, REPORTANDO CIFRAS DEL 15 A 35% (12, 27, 28, 30).

LA MORTALIDAD OPERATORIA SE REPORTA DE 0 A 1%, EN NUESTRO TRABAJO FALLECE UN PACIENTE (2.4%), CON DIAGNOSTICO DE CIROSIS HEPATICA Y CLASIFICADO EN CHILD B. LA MORTALIDAD

GLOBAL EN NUESTRO REPORTE FUE DEL 26.8%, ESTO FUE DEBIDO A QUE LOS PACIENTES QUE FALLECIERON, EN EL 80% PRESENTABAN UNA ENFERMEDAD AGREGADA, EL ESTADO DE CHOQUE FUE MAYOR EN ESTOS PACIENTES A SU INGRESO; EN ESTE ESTUDIO NO SE VALORO EL GRADO DE CONTAMINACION DE LA CAVIDAD ABDOMINAL. ESTOS FACTORES SON BIEN CONOCIDOS, E INCREMENTAN LA MORTALIDAD EN FORMA IMPORTANTE (25).

LA CAUSA DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES FUE LA MISMA QUE SE REPORTA EN LA LITERATURA. (12, 13, 30).

C O N C L U S I O N E S

- I. - LA HEMORRAGIA ES LA COMPLICACION AGUDA MAS FRECUENTE DE LA EAP.
- II. - LAS COMPLICACIONES AGUDAS DE LA EAP SON MAS FRECUENTES EN EL SEXO MASCULINO.
- III. - EXISTEN FACTORES QUE INCREMENTAN LA MORTALIDAD COMO SON: EDAD, TABAQUISMO, ETILISMO, AINES, ENFERMEDADES ASOCIADAS E INESTABILIDAD HEMODINAMICA.
- IV. - ES IMPORTANTE EL NUMERO DE PACIENTES QUE PRESENTA COMO PRIMERA MANIFESTACION DE LA EAP UNA COMPLICACION AGUDA.
- V. - POSIBLEMENTE CON UN MANEJO MAS AGRESIVO, SE DISMINUIRA LA MORBIMORTALIDAD EN ESTE TIPO DE PACIENTES.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- MULHOLLAND NW, DEBAS HT. ULCERA DUODENAL Y GASTRICA CRONICAS. CLIN. QUIR NA 1987; 3:513-530.
- 2.- NASIRY RW, McINTOSH JH. PROGNOSIS OF CHRONIC DUODENAL ULCER: A PROSPECTIVE STUDY OF THE EFFECTS OF DEMOGRAPHIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS AND ULCER HEALING. GUT 1987; 28:533-540.
- 3.- MODLIN IM. FROM PRUT TO THE PROTON PUMP-A HISTORY OF OF THE SCIENCE OF GASTRIC ACID SECRETION AND THE SURGERY OF PEPTIC ULCER. SURG. GYNECOL. OBSTET. 1990; 170:81-96
- 4.- TANPHIPHAT C, TANPRAYOON T. SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCER: A PROSPECTIVE TRIAL BETWEEN SIMPLE CLOSURE AND DEFINITIVE SURGERY.. BR. J. SURG 1985; 72: 370-371.
- 5.- BORNMAN PC, THEODORU NA. SIMPLE CLOSURE OF PERFORATED DUODENAL ULCER: A PROSPECTIVE EVALUATION OF A CONSERVATIVE MANAGEMENT POLICY. BR. J. SURG. 1990; 77(1):73-75
- 6.- THURSTON OG. PERFORATED BENIGN GASTRIC ULCER: THE CASE FOR SIMPLE CLOSURE. CAN. J. SURG. 1989; 32(2): 94-96
- 7.- HODNETT RM, GONZALEZ F. THE NEED FOR DEFINITIVE THERAPY IN THE MANAGEMENT OF PERFORATED GASTRIC ULCERS. ANN. SURG 1989; 209(1):36-39.
- 8.- STRINGER ME, CAMERON AE. SURGEONS ATTITUDES TO OPERATIVE MANAGEMENT OF DUODENAL ULCER PERFORATION AND HAEMORRHAGE. ANN. R. COLL. SURG ENGL. 1988; 70(4):220-223.

- 9.- TURNER WW THOMPSON WM. PERFORATED GASTRIC ULCER. A PLEA FOR MANAGEMENT BY SIMPLE CLOSURES. ARCH. SURG. 1988; 123 (80):960-964.
- 10.- GREISER WB. BRUNER BW. FACTORS AFFECTING MORTALITY IN PATIENTS OPERATED UPON FOR COMPLICATIONS OF PEPTIC ULCER DISEASE. AM. SURG. 1989; 55(1):7-11.
- 11.- ROFE SB; DUGGAN JM. CONSERVATIVE TREATMENT OF GASTROINTESTINALE HAEMORRHAGE. GUT. 1985; 26:481-484.
- 12.- BOEY J, BRANICKI FJ. PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY. ANN. SURG. 208; 2:169-174.
- 13.- SAPERAS E, PINQUE JM. CONSERVATIVE MANAGEMENT OF BLEEDING DUODENAL ULCER WITHOUT SISIBLE VESSEL: PROSPECTIVE RANDOMIZED TRIAL. BR. J. SURG. 1987; 74:784-786.
- 14.- WERBIN N, KASHTAN H. C. J. S. 1990; 2:143-144.
- 15.- WILLIAM W, THOMPSON M. PERFORATED GASTRIC ULCERS. ARCH. SURG. 1988; 123: 561-564.
- 16.- HOROWITZ J, KUKORA J. ALL PERFORATED ULCERS ARE NOT ALIKE. ANN. SURG. 1989; 209:693-697.
- 17.- ASBJORN C, BOUSFIELD R. INCIDENCE OG PERFORATED AND BLEEDING PEPTIC ULCERS BEFORE AND AFTER THE INTRODUCTION OF H₂-RECEPTOR ANTAGONISTS. ANN. SURG. 1988; 207;1:4-6.
- 18.- KREJS GK, LITTLE KH. LASER PHOTOCOAGULATION FOR THE TREATMENT OF ACUT PEPTIC-ULCER BLEEDING: A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL. N. ENGL. J. MED. 1987; 316 1618-1621.

- 19.- FLEISCHER D. ENDOSCOPIC THERAPY OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN HUMANS. GASTROENTEROLOGY. 1986; 90: 217-234.
- 20.- VALLIERES E, JAMIESON C. PANCREATODUODENAL NECROSIS AFTER ENDOSCOPIC INJECTION OF CYANOACRYLATE TO TREAT A BLEEDING DUODENAL ULCER: A CASE REPORT. SURG. 1989; 106:901-903.
- 21.- SWAIN CP, STOREY DW. NATURE OF THE BLEEDING VESSEL IN RECURRENTLY BLEEDING GASTRIC ULCERS. GASTROENTEROLOGY 1986; 90:595-608.
- 22.- DONOVAN AJ, VINSON TL. SELECTIVE TREATMENT OF DUODENAL ULCER WITH PERFORATION. ANN. SURG. 1979; 189:627-636.
- 23.- BREDGAARD S, CHRISTIANSEN LA. CENTRAL HEMODYNAMICS IN ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING. SURG GYNECOL. OBSTET. 1977; 145: 685-690.
- 24.- VAYRE P, DACCACHE J. ULCERE DUODENALE PERFORE EN PERITONE LIBRE. J. CHIR. 1989; 126:35-36.
- 25.- BOEY J. CHOI S. RISK STRATIFICATION IN PERFORATED DUODENAL ULCERS: A PROSPECTIVE VALIDATION OF PREDICTIVE FACTORS. ANN. SURG. 1987; 205:22-26.
- 26.- HODNETT RM, GONZALEZ F. THE NEED FOR DEFINITIVE THERAPY IN THE MANAGEMENT OF PERFORATED GASTRIC ULCERS. ANN. SURG. 1989; 209:36-39.
- 27.- GREISER WB, BRUNER BW. FACTORS AFFECTING MORTALITY IN

PATIENTS OPERATED UPON FOR COMPLICATIONS OF PEPTIC
ULCER DISEASE. AM. SURG. 1989; 55:7-11.

28.- LANNG C, HANSEN CP. PERFORATED GASTRIC ULCER. BR. J.
SURG. 1988; 75:758-759.

29.- CHRISTIANSEN J, ANDERSEN OB. PERFORATED DUODENAL ULCER
MANAGEDBY SIMPLE CLOSURE VERSUS CLOSURE AND PROXIMAL
GASTRIC VAGOTOMY. BR. J. SURG. 1987; 74:286-287.

30.- MCGEE G, SAWYER J. PERFORATES GASTRIC ULCER. ARCH. SURG.
1987; 122: 555-561.

31.- STRINGER, CAMERON. SURGEONS' ATTITUDES TO THE OPERA-
TIVE MANAGEMENT OF DUODENAL ULCER PERFORATION AND HEMO-
RRHAGE. ANN. R. COLL. SURG. ENGL. 1988; 70:220-223.