

11209

100
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

UNIDAD MEDICA

HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

I. S. S. S. T. E.


ULCERA GASTRICA MANEJO MEDICO VS.
MANEJO QUIRURGICO

TRABAJO DE INUESTIGACION QUE PRESENTA

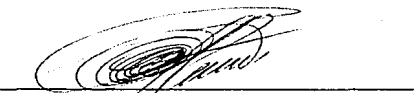
DR. MANUEL IGNACIO SEGURA MARTINEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA GENERAL



DR. JAVIER DAVILA TORRES
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION



DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
PROF. TITULAR DEL CURSO



DR. AMADO GOMEZ ANGELES
COORDINADOR DE CIRUGIA GENERAL

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
NOV. 14 1991
COORDINACION DE
CAPACITACION Y DESARROLLO

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 1991



18 NOV. 1991

I.S.S.S.T.E. Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación



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.

HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I. S. S. S. T. E.

**ULCERA GASTRICA MANEJO MEDICO VS.
MANEJO QUIRURGICO:**

AUTOR: DR. MANUEL I. SEGURA MARTINEZ

**ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL.
DOMICILIO: HUICHIAPAN # 28-9
COL. HIPODROMO CONDESA
DEL. CUAUHTEMOC
MEXICO, D.F.**

**ASESORES: DR. FERNANDO CERON RODRIGUEZ
DR. JUAN CANEDO ACOSTA**

**VOCAL DE INVESTIGACION DE CIRUGIA GENERAL:
DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ**

**JEFE DE INVESTIGACION: DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS**

**JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO DEL H.R.L.A.L.M.
DR. CONRADO CARBALLIDO MEZA.**

CONTENIDO

- 1) RESUMEN
- 2) INTRODUCCION
- 3) MATERIAL Y METODO
- 4) RESULTADOS
- 5) DISCUSION
- 6) CONCLUSIONES
- 7) GRAFICAS Y CUADROS
- 8) BIBLIOGRAFIA

R E S U M E N

En las últimas dos décadas se ha modificado mucho la conducta sobre el manejo de la enfermedad ácido péptica.

La entidad correspondiente a la úlcera gástrica ha sufrido incluso cambios con la modernización y las técnicas, no sólo en cuanto a manejo si no también en cuanto a incidencia y prevalencia así como sobrevida. Las tasas de morbilidad aumentan con factores predisponentes como edad, tabaquismo y enfermedades concomitantes.

En éste estudio se revisaron 85 casos comparativamente en tres grupos de manejo : 15 pacientes fueron sometidos a manejo quirúrgico, 7 fueron urgencias y 8 electivas. Hubo recidiva en 6.6% donde sólo se aplicó cierre de la úlcera (grupo 1) . 26 pacientes recibieron manejo endoscópico con electrocoagulación con recidiva del 7.6% (grupo 2). Fueron manejados conservadoramente los 44 restantes bajo vigilancia endoscópica con recidiva en el 38.46% (grupo 3). Solo se presentaron 2 defunciones en el total de casos revisados con una mortalidad global de 2.3% . La morbi-mortalidad fué mayor en los grupos de mayor edad ya que en todos el mayor porcentaje lo ocupó la séptima década de la vida con más incidencia por arriba de los 50 años. La cirugía temprana y la hemostasia endoscópica mostraron su efectividad poniendo de manifiesto la similitud de recidivas y sangrado. De primera intención es recomendable la hemostasia endoscópica y en segundo lugar la cirugía temprana. En ningún caso se recomienda el manejo conservador en presencia de úlcera gástrica activa.

Palabras Clave: U.Gástrica, Hemostasia, Endoscopia, C.temprana.

S U M M A R Y

In the last two decades, the conduct in the treatment of peptic ulcer, has been very much modified.

The entity corresponding to gastric ulcer has suffered many changes within the technics and the modernization not only in management but in incidence, prevalency and overlife aswell. The morbidity rates increases with predisponent factors; like age, tabaquism and concomitant illness.

In this study 85 records were compiled comparatively in three management groups: 15 patients were subject to surgical treatment, seven emergency needs, and eight for elective operation. There were relapse in 6.6% in whom closure primary was performed (group 1). Electrocoagulation in 26 patients with endoscopic method was performed with relapse in 7.6% (group 2). The other 44 patients in this study. were treated conservatively under subsequent endoscopic examination, with relapse in 38.46%, (group 3). There were only two deaths from all the cases were reviewed having 2.3% of global mortality. Morbi-mortality was higher in the elder group since in the other groups. The greatest rate was found in the seventh decade of life, with a higher incidence above 50 years .The early surgery and endoscopic hemostasis, showed their effectivity, rebounded the similarity between these groups in relapse and re-bleeding. Endoscopic hemostasia in first place is advisable and second place early surgery. In no case it's advisable the conservative therapy since it is not in the presence of active gastric ulcer.

Key Words: Gastric ulcer, Hemostasis, endoscopy, Early surgery.

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

La constante modificación de las formas y técnicas de manejo, conforme avanza la tecnología aplicada en la medicina, con mas y mejores métodos de diagnóstico, descubrimiento y uso de mejores medicamentos, o simplificación de algunas técnicas útiles actualmente, han hecho necesario e imperativo, el buscar la evaluación y corrección de los tratamientos enfocados a determinadas patologías.

Así mismo la modificación sociocultural en cuanto a hábitos e interacción de las culturas, también han modificado las formas de presentación de ciertas manifestaciones patológicas. En este caso corresponde a la úlcera gástrica tales modificaciones; que en las últimas dos décadas se encuentra afectando a la población por sexo casi idénticamente, con aumento de los hábitos de tabaquismo por la población femenina y la acción incursada por las mujeres en el campo ocupacional profesional.

La mayor incidencia persiste en pacientes mayores de 50 años, sin embargo se han encontrado: gracias a mejores métodos de diagnóstico endoscópico, que algunas úlceras no corresponden a la clasificación clásica como las vuxtacardiales o subcardiales, siendo correspondientes al tipo IV propuesto por Osendes y col. (1); quienes encontraron una incidencia del 27.4%. También su grupo propuso la aplicación de técnicas creadas o modificadas de Schoemaker o Faucher, o la Kelling-Madlener para manejo de este

tipo de úlceras, con buenos resultados (2). Sin embargo algunos autores indican sobre estudios abundantes, datos contrarios en donde el predominio de afección y terapia quirúrgica implica a los varones (1.7:1) más que a las mujeres (3).

Así como los estudios comparativos de manejo medicamentoso a base de Sucralfato y Ranitidina, han mostrado igual efectividad (4). Contraponiéndose a lo anterior las investigaciones de manejo quirúrgico definitivo indican no dar preferencia al manejo exclusivamente médico, con drásticos resultados, de 18% de mortalidad en pacientes quirúrgicos y 95% de mortalidad en pacientes con manejo médico solamente (5).

Además de que el pronóstico y sobrevida dependen de la intervención temprana y de los factores de riesgo acompañantes (como hemorragia, localización de la úlcera, edad, enfermedades concomitantes), muestran algunos estudios un 63% de procedimientos de urgencia (6).

Otra serie mostró predominio de afección en mujeres (0.9:1) en relación con los varones, y una mortalidad postoperatoria del 21%, con un índice de 64.2 años promedio, de esta serie fueron revisados los que presentaron perforación y un 83% fueron tratados con cierre primario simple de la úlcera (7).

También estudios enfocados al manejo quirúrgico de la úlcera alta sangrante; mostraron que técnicas sencillas podrían ser mejores que las técnicas más elaboradas, ya que éstas presentaban

un alto índice de mortalidad, y los manejos simples con cierre de la úlcera presentaron un alto índice de recidiva (8).

Un estudio de modelo comparativo realizado en Innsbruck, Alemania: concluyó que el manejo endoscópico de pacientes con sangrado de la úlcera, debía realizarse primariamente, y que en segundo término se aplicaría el procedimiento quirúrgico, los cuales mostraron semejantes índices de recidiva, y fué mala la respuesta con el solo manejo médico (9).

La clasificación Apache II, no se tomó en cuenta para el presente estudio, sin embargo es significativo el valor pronóstico que dicha clasificación aporta para cada caso, en el sentido de una investigación prospectiva (10).

Algunos autores apoyan con énfasis el método menos agresivo y que procura mantener la función sin muchos cambios anatómicos, como la Vagotomía Gástrica Proximal (11).

Sin embargo éstos métodos pueden ser más específicos para las úlceras con determinada localización, como las pilóricas, prepilóricas y antrales, pero pueden no ser útiles para las úlceras en curvatura menor o las úlceras tipo IV (12).

Otro método menos agresivo tomando en cuenta el estado del paciente en el pre y transoperatorio, en la cirugía de urgencia por úlcera gástrica sangrante; fué el cierre simple de la úlcera, sin embargo: no se ha establecido en términos generales su efectividad, por la recurrencia de sangrado elevada (13).

En la serie de T.T. Irving concluye que el riesgo de mortalidad se eleva con la edad y que esto facilita el pronóstico, y la determinación del tipo de manejo en pacientes con úlcera perforada (14).

Concomitantemente las observaciones con el cierre primario de las úlceras perforadas con aplicación de parches de omento o serosos presentan una baja morbi-mortalidad por el manejo mínimo en pacientes con alto riesgo; sin embargo es necesaria la resección en pacientes con úlceras extensas sangrantes y las de antro-píloro (15).

El manejo médico asociado a los antiácidos conocidos y los bloqueadores H₂, muestran su baja efectividad a nueve meses de seguimiento: con recurrencia de las manifestaciones clínicas y reaparición de la úlcera a pesar del manejo, en un 35% de los pacientes (16).

Estos modelos de estudio no incluyen al Omeprazol como medicamento de manejo, pues es un fármaco que inicia su periodo de ensayos clínicos y su efectividad se demostrará con los resultados de manejo y las comparaciones indicadas en su caso a un plazo relativo de 5 a 10 años cuando menos.

El estudio que presentamos en esta revisión, es una comparación de manejo quirúrgico, hemostasia endoscópica y manejo médico, en la cual se pretende comprobar la eficacia de la cirugía definitiva con ayuda de la endoscopia para reducir los riesgos en pacientes de edad avanzada.

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

Los expedientes de 85 pacientes en el HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" fueron revisados retrospectivamente, y se realizó estudio comparativo de los casos comprendidos entre enero de 1988 a diciembre de 1990; dividiéndose la serie en tres grupos de estudio: el grupo I, o grupo quirúrgico con 15 pacientes (17.6%), el grupo II, que recibió manejo endoscópico hemostático con 26 pacientes (30.5%), el grupo III, con 44 pacientes (51.7%) manejado médicamente bajo revisión endoscópica. (Gráfica #1)

Los datos obtenidos para el grupo I se obtuvieron directamente de los expedientes y la descripción de las técnicas quirúrgicas empleadas anotadas en las hojas de operaciones.

De los pacientes que fueron manejados médicamente y endoscópicamente se obtuvo la información directamente de los archivos del departamento de endoscopia; y algunos expedientes clínicos, para aquéllos que no recibieron ningún tratamiento quirúrgico ni endoscópico.

Los parámetros que se tomaron en cuenta para esta revisión fueron principalmente: edad; sexo; presentación; localización; manejo inmediato; evolución, complicaciones; recidiva y resangrado.

En excluyeron de la serie los que por sospecha de malignidad se realizó biopsia endoscópica encontrándose por resultados de estudio histopatológico correspondencia en algunos casos con Carcinoma gástrico y/o Linfoma gástrico. así como los casos correspondientes con úlcera duodenal sangrante.

RESULTADOS.

La edad de los pacientes fluctuó entre los 32 y los 87 años con una edad media de 59.5 años.

El grupo I incluyeron 70% de los pacientes afectados por arriba de los 50 años de edad (2/3 del total), con el 30% de pacientes afectados entre los 50 y 70 años de edad (1/3 del total).

Los pacientes no quirúrgicos tuvieron un 78% de casos con lesión ulcerosa correspondiente a mayores de 50 años, y un 36% dentro de la década de 60 a 70 años. De este grupo no quirúrgico recibieron tratamiento endoscópico hemostático el 37.1% los que fueron incluidos en el grupo II de manejo endoscópico, quedando los restantes (62.9%) incluidos en el grupo III con solo manejo médico. (Gráficas #2 y #3).

El predominio del sexo femenino se demostró en los grupos formados, presentando el grupo quirúrgico una relación 1:1.4 hombres-mujeres (46.6% hombres, 53.3% mujeres); y en el grupo no quirúrgico con una relación de 1:1.3 hombres-mujeres (41.8% hombres, 58.1% mujeres). (Gráfica #4).

Todos los casos excepto 2 recibieron examen endoscópico.

Los casos que no se examinaron con endoscopia fueron pacientes que su edo. crítico urgente no permitió el procedimiento debiendo ser intervenidos quirúrgicamente.

Aquellos pacientes que presentaron úlcera sangrante se intentó electrofulguración en 26 casos, no siendo posible en dos de ellos.

Las cirugías de urgencia fueron 7 en total. 1 de ellas fue reintervención por presentar resangrado. Hubo 9 cirugías electivas una de ellas realizada en un paciente intervenido previamente de urgencia con buena evolución.

Los pacientes que no presentaron sangrado o actividad de la úlcera, pero la sintomatología no se modificó en los seis a ocho meses subsiguientes de tratamiento médico, fueron sometidos a cirugía electiva en un total de 8 casos.

Las cirugías realizadas fueron en orden de frecuencia :

ANTRECTOMIA + VAGOTOMIA TRONCULAR BILLOTH II = 50%

CIERRE PRIMARIO CON PARCHES DE GRAHAM = 31.2%

ANTRECTOMIA + VAGOTOMIA TRONCULAR BILLOTH I = 12.5%

VAGOTOMIA TRONCULAR + PILOROPLASTIA = 6.25%

(Gráfica #5).

Siendo el hallazgo en la localización más frecuente:

Region antropilórica = 46.6% y le siguen en orden de frecuencia:

Cuerpo = 26.6%. Unión gastroesofágica = 13.3%, curvatura menor, curvatura mayor y fundus, con 6.6% cada área. (Gráfica #6).

Dos pacientes fueron intervenidos urgentemente por perforación de la úlcera, uno de ellos manejado con cierre simple se definió la cirugía resectiva definitiva para un segundo

tiempo; ya que las condiciones generales del paciente no lo permitieron en la primera cirugía.

Otro paciente recibió solo manejo con cierre simple cursando su postoperatorio con deterioro y sepsis abdominal, falleciendo a los 8 días.

Una paciente de 61 años de edad que fue intervenida por úlcera duodenal inicialmente, y posteriormente por úlcera gástrica sangrante, cursó su postoperatorio inmediato complicado con insuficiencia respiratoria, progresivamente presentó sepsis respiratoria permaneciendo bajo tratamiento intensivo durante 20 días, posterior a lo cual falleció.

El índice de mortalidad en el grupo quirúrgico fue de 13.3% en las úlceras perforadas.

Sin embargo en el total de la serie revisada, el índice de mortalidad fue de 2.3%

Los pacientes del grupo III fueron manejados a base de dieta, medicamentos bloqueadores H2, como la Ranitidina y la Cimetidina; y con antiácidos del tipo del Gel de hidróxido de aluminio y magnesio.

Se presentó resangrado en 6.6% de los pacientes tratados en el grupo I, el grupo II presentó resangrado en un 7.6%, en el grupo III hubo un 38.46% (incluyó sangre oculta con prueba de guayaco positiva en heces). (Gráfica # 7).

Los síntomas que prevalecieron posteriores a instalar los tratamientos fueron en orden de frecuencia: Dolor: Gpo. I= 6.4%, Gpo. II= 30.7%, Gpo. III= 31.8%; Sangrado: Gpo. I= 6.6%, Gpo. II= 7.6%, Gpo. III= 38.4%; Fiebris: Gpo. I= 0, Gpo. II= 19.2%, Gpo. III= 27.2%; Vómitos: Gpo. I= 0, Gpo. II= 7.6%, Gpo. III= 15.8%; Abdomen agudo: Gpo. I= 5.6%, Gpo. II= 7.6%, Gpo. III= 0. (Cuadro # 1).

Las complicaciones que se presentaron fueron en orden de importancia: Hemorragia de tubo digestivo alto: 2 casos. Sepsis abdominal: 1 caso. Insuficiencia respiratoria secundaria a sepsis respiratoria: 1 caso. Insuficiencia respiratoria transitoria + Insuficiencia cardíaca de bajo gasto: 1 caso. Absceso de pared: 2 casos. Debilidad de pared: 1 caso. Hernia postquirúrgica: 1 caso. (Cuadro # 3A).

Las enfermedades concomitantes que se presentaron en esta serie fueron de diferente etiología, entre las que se encuentran: Hipotiroidismo, Hiperтрофия prostática, Hernia inguinal, Bronquitis crónica, Enfermedad de Parkinson, Hipertensión arterial, Artritis reumatoide e Insuficiencia venosa periférica. (Cuadro # 2B).

El promedio de estancia intrahospitalaria fué de 26.5 días con un mínimo de 7 días y un máximo de 60 días.

D I S C U S I O N .

En la experiencia recabada en 3 años de manejo de pacientes con úlcera gástrica, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", se encontró que la disposición técnica es relativa en cuanto a aplicación oportuna de manejo en pacientes con cuadro de sangrado agudo por úlcera gástrica. Los pacientes que están mejor tratados, son aquellos que presentan la patología ácido péptica como única enfermedad, han cursado con manejo médico por lo menos poco más de seis meses; en los cuales se ha demostrado por estudio previo de imagenología y endoscopia la presencia de úlcera gástrica. De estos pacientes la mayor proporción forma parte del grupo de mayores de 50 años, que corresponden más del 70% del total de los enfermos de úlcera gástrica.

Es evidente que el establecimiento de protocolos de manejo y de estudio multidisciplinarios involucran un sinnúmero de parámetros los cuales pueden ser definidos por las especialidades correspondientes, que en este caso incluyen a cirugía general, endoscopia y gastroenterología clínica. Si bien es sabido que el manejo quirúrgico electivo tiene mejor evolución, es obvio que no ha de generalizarse en cuanto a la técnica a aplicar, y debe determinarse el procedimiento individual, óptimo para cada caso, según la evolución de cada paciente y como probable factor determinante el tipo de úlcera, localizada y clasificada.

Por ello el manejo endoscópico es un coadyuvante muy importante en el tratamiento y seguimiento de éstos pacientes.

La endoscopia por sí misma dado la versatilidad y la magnificación de las técnicas aplicadas por esta vía, su acceso fácil, ha ocupado un papel importante en la actualidad, no sólo en el diagnóstico y vigilancia de los pacientes con enfermedades del tubo digestivo, sino también en su tratamiento, en el manejo específico de la úlcera gástrica sangrante, con el uso de termocoagulación, ya sea electrónico o láser.

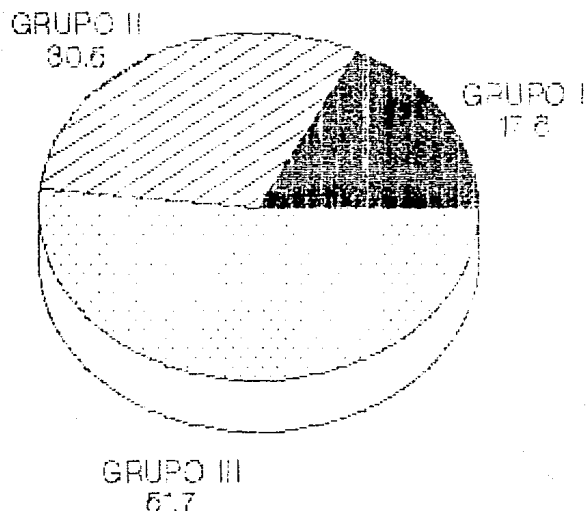
Este estudio recopiló los casos en los que se usó la técnica de electrocoagulación únicamente con buenos resultados en los años revisados.

Sin embargo, no obstante el manejo preferencial en estos pacientes, aún queda la oportunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes con la introducción de nuevos fármacos, como lo es el caso del Omeprazol que actúa a nivel de la bomba de protones. Por lo pronto en tanto que estos prueban su efectividad, permaneceremos con la expectativa y confiaremos en los manejos establecidos desde el punto de vista quirúrgico y endoscópico.

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

La revisión de la serie de 85 casos, mostró en los grupos que recibieron diferentes manejos, mejores resultados en los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica temprana, preferentemente electiva, así como en los pacientes de edad avanzada, con alto riesgo quirúrgico que se sometieron a manejo endoscópico, con mejor evolución posterior al tratamiento establecido, con menor índice de recidivas y resangrado por ambos grupos. Lo que nos establece que en pacientes de alto riesgo quirúrgico debe intentarse en presencia de sangrado de tubo digestivo alto secundario a úlcera gástrica activa: la hemostasia endoscópica de primera intención, y vigilancia en la evolución de estos pacientes para determinar en caso necesario el manejo quirúrgico definitivo. No es recomendable el manejo médico únicamente en pacientes de alto riesgo, de ninguna forma se recomienda este tipo de manejo en presencia de actividad ulcerosa.

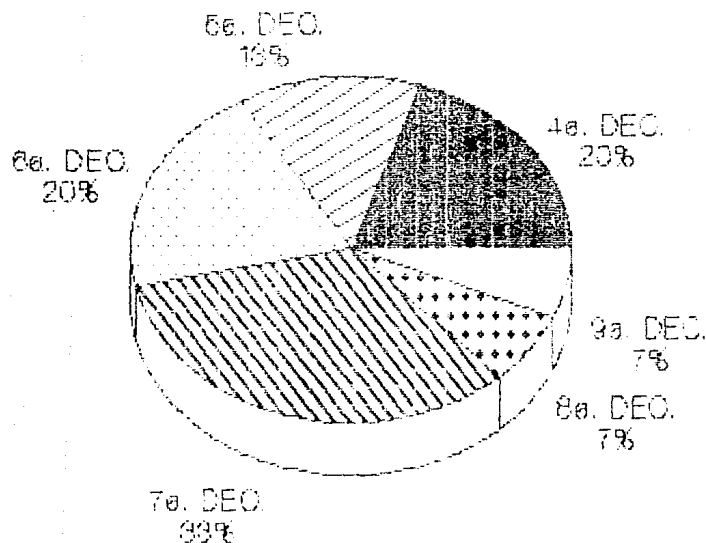
ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS.TERAPIA QUIRURGICA



PORCENTAJES GRAFICA #1

FUENTE: HRLALM GRUPOS DE ESTUDIO

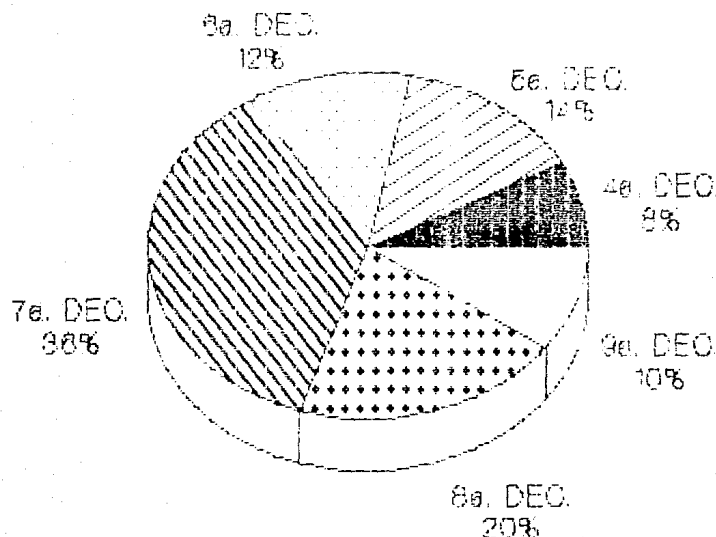
ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS. TERAPIA QUIRURGICA



GRUPO DE EDAD AFECTADOS GRAFICA #2

FUENTE: HRLALM PACIENTES QUIRURGICOS

ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS. TERAPIA QUIRURGICA



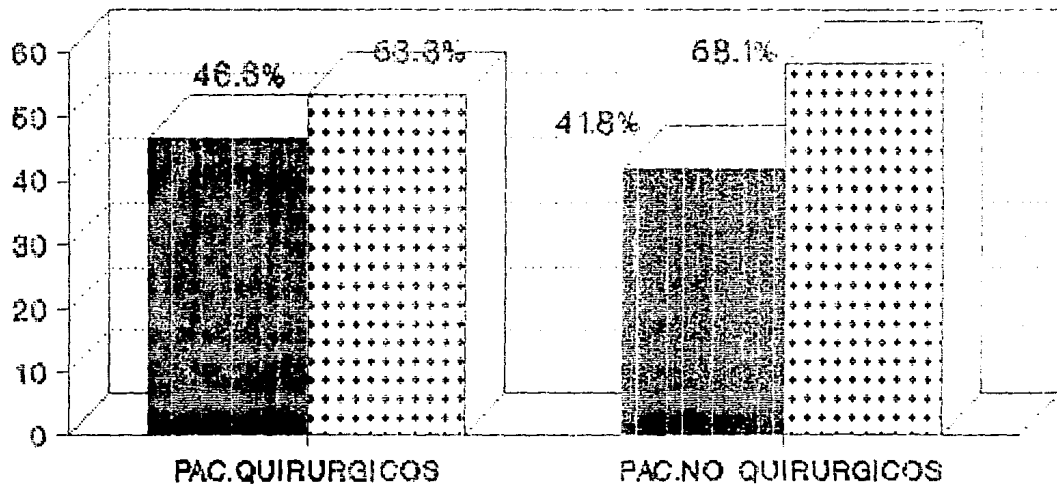
GRUPO DE EDAD AFECTADOS GRAFICA #6

FUENTE: HRLALM PACIENTES NO QUIRURGICOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS. TERAPIA QUIRURGICA

PORCENTAJES



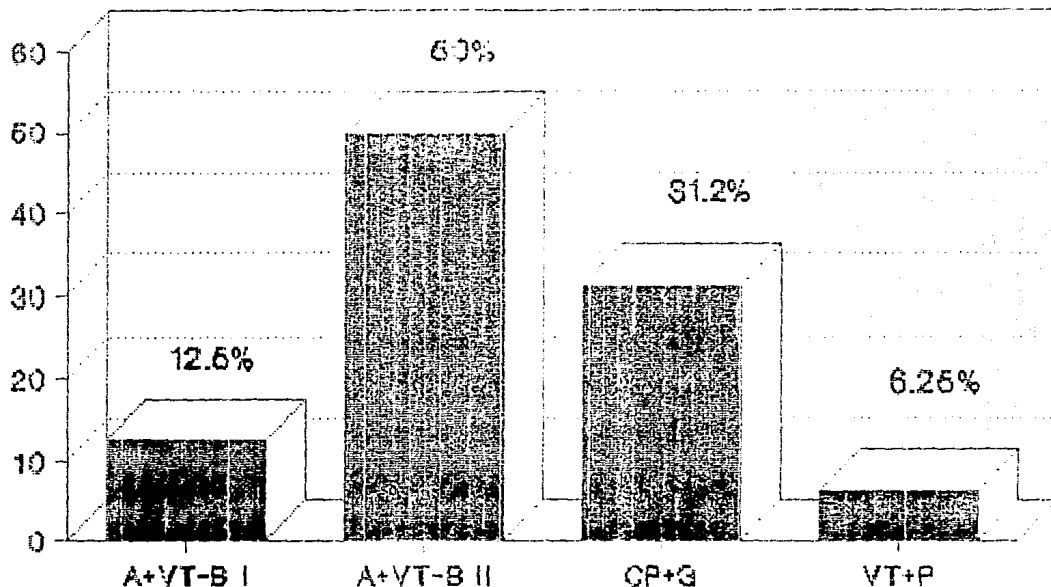
PREVALENCIA POR SEXO GRAFICA #4

■ HOMBRES ▤ MUJERES

FUENTE: HRLALM

ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS. TERAPIA QUIRURGICA

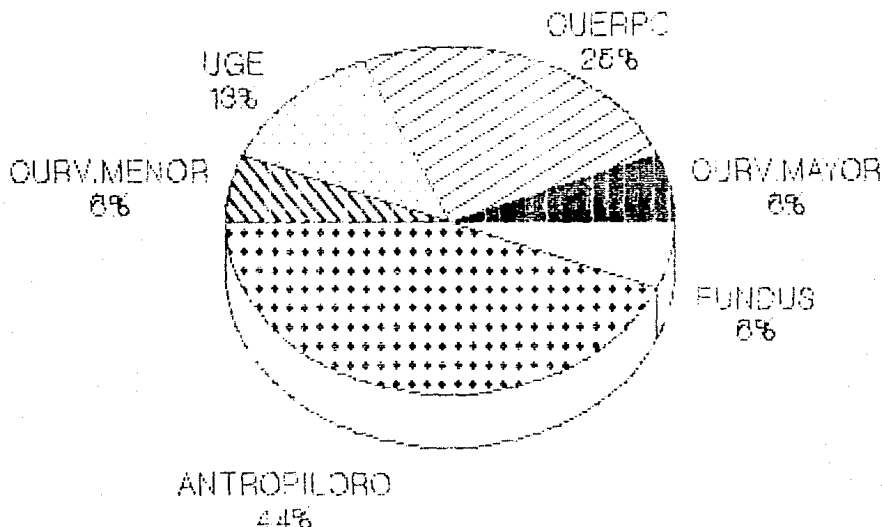
PORCENTAJES



CIRUGIAS REALIZADAS GRAFICA #5

FUENTE: HRLALM

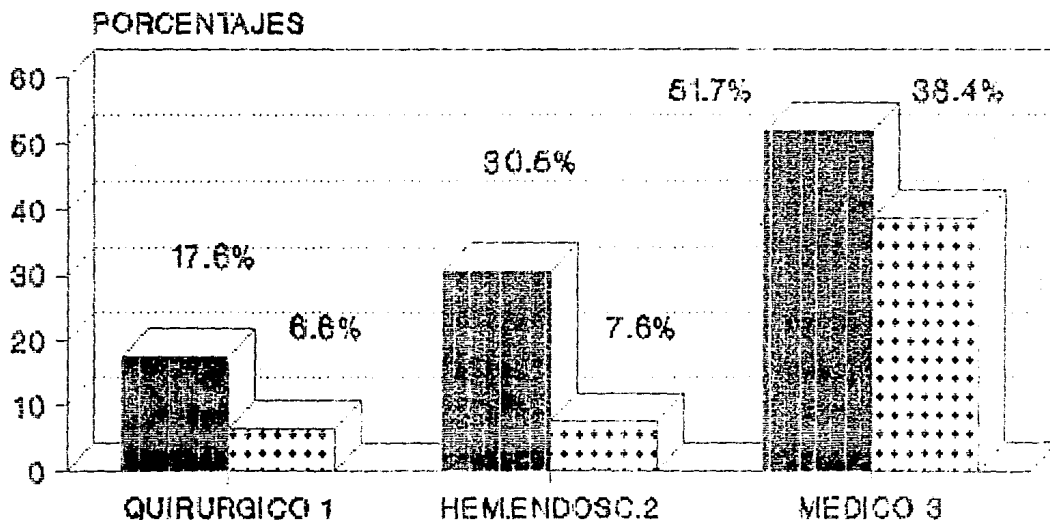
ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS. TERAPIA QUIRURGICA



LOCALIZACION MAS FRECUENTE GRAFICA #6

FUENTE: HRLALM CONTROL QUIRURGICO

ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS.TERAPIA QUIRURGICA



GRAFICA #7

■ GRUPOS I,II,III ▨ RECIDIVANTE

FUENTE: HRLALM

CUADRO 1

ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA US. TERAPIA QUIRURGICA

SINTOMAS	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
DOLOR	6.6%	30.7%	31.8%
SANGRADO	6.6%	7.6%	38.4%*
PIROSIS	0.0%	19.2%	27.2%
VOMITO	0.0%	7.6%	15.9%
ABDOMEN AGUDO	6.6%	7.6%	0.0%

*TAMBIEN FUE REFERIDO SANGRADO OCULTO EN HECEAS.

CUADRO 2

ULCERA GASTRICA TERAPIA MEDICA VS. TERAPIA QUIRURGICA

COMPLICACIONES (A)	ENFERMEDADES CON- COMITANTES (B)
DEHISCENCIA DE PARED =1	HIPOTIROIDISMO
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TRANSITORIA MAS INSUFICIENCIA CARDIACA DE BAJO GASTO =1	HIPERTROFIA PROSTATICA
ABSCESO DE PARED =2	HERNIA INGUINAL
HERNIA POSTQUIRURGICA PEQUENA =1	BRONQUITIS CRONICA
SEPSIS ABDOMINAL =1	ENFERMEDAD DE PARKINSON
H.I.D.A. INMEDIATA =1	HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A SEPSIS RESPIRATORIA =1	ARTRITIS REUMATOIDE
	INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA SUPERFICIAL

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Caendes A: Brachetto L: Sapl G.

Type IV gastric Ulcer: a new hypothesis

Surg: 1987 Mar; Vol.109;No.3:page.361-3.

2. Caendes A: Brachetto L: Calvo F: De la Cuedra R: Velasco N:
Schutte H: Sepulveda A: Lazo M. Surgical treatment of high
gastric ulcer

Am-J-Surg: 1985 Jun; Vol.149:file 5: page 758-79.

3. Dietze A: Schentke KU.

A high rate of surgery of stomach ulcer in long-term follow-up

Gastroenterology: 1989; Vol. 19;No.7: page. 79-81.

4. Hernandez-Gutierrez JM: Pardo L: Segu JL.

Sucralfate Vs. Ranitidine in the treatment of gastric ulcer.

clinical results in short-term and maintenance therapy.

Am-J-Med: 1989 Jun 9; Vol.85: No.6A: page. 41-7.

5. Rodents EB: Sorraler F: Lee WC: Nanda RC: Deboisblanc B.

The need for definitive therapy in the management of perforated gastric
ulcers. Review of 202 cases.

Ann-Surg: 1989 Jan; Vol. 209; No.1: page. 36-9.

6. Jensen H.E.: Hoffmann J: Wille-Jorgensen F.

High gastric ulcer

World-J-Surg; 1987 Jun; Vol.11; No.3: page. 325-32.

7. Lannig O: Palmaes Hansen C: Christensen A: Thagaard OS: Lassen
M: Klærke A: Tonnesen H: Ostgaard S.E.

Perforated gastric ulcer

Br-J-Surg: 1988 Aug; Vol.75: No.8: page.758-9.

8.Ovaska J.T.: Havia T.

Surgical treatment of high bleeding gastric ulcer.

Ann-Chir-Gynaecol:1988 Oct; Vol.77;No.1; pags.6-8.

9.Sandbichler F.:Ferothaler H.:Ofner D.:Konigsrainer A.:Schwab G.:Aigner F.

Peptic ulcer with a visible non-bleeding vascular wall--early elective surgery or endoscopic therapy?

Wien-Klin-Wochenschr: 1989 Nov 10; Vol.101;No.21; pags.736-8.

10.Schein M.:Gecelter G.

Apache II score in massive upper gastrointestinal hemorrhage from peptic ulcer:prognostic value and potential clinical applications.

Br-J-Surg.: 1989 Jul; Vol. 76; No.7; pags.733-6.

11.Schirmer B.D.

Current status of proximal gastric vagotomy

Ann-Surg: 1989 Feb.: Vol. 209; No. 2; pags.131-48.

12.Soper N.J.: Kelly K.A.: Van Heerden J.A.: Ilstrup D.M.

Long term clinical results after proximal gastric vagotomy.

Surg-Gynecol-Obstet: 1989 Dec.: Vol.169; No.6; pags.488-94.

13.Thurston O.G.

Perforated benign gastric ulcer: the case for simple closure.

Can-J-Surg: 1989 Mar; Vol. 32; No.2; pags.94-6.

14.T.T.Irvin.

Mortality and perforated peptic ulcer: a case for risk stratification in elderly patients.

Br-J-Surg: 1989 Mar.: Vol. 76; No.3; pags. 215-8.

15.Turner W.W. Jr.: Thomson W.M. Jr.: Thal E.R.

Perforated gastric ulcers: A plea for management by simple closures.

Arch-Surg: 1988 Aug.: Vol.123: No.8: pags.960-4.

16.Wolosin J.D.:Gertler S.L.: Peterson W.L.: Sandersfeld M.A.:
Isenberg J.I.

Gastric ulcer recurrence: follow-up of a double blind, placebo
controlled trial

J-Clin-Gastroenterol: 1989 Feb.: Vol.11: No.1: pags.12-6.