

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

11209 87
2oj.

" EXPERIENCIA DEL MANEJO QUIRURGICO DE LA
ULCERA PEPTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL GRAL.
IGNACIO ZARAGOZA"

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. JOSE EDGARDO SOSA ALTAMIRANO

ASesor: DR. MIGUEL SANDOVAL RODRIGUEZ

TESIS CON
FALLA DE CRICEN

MEXICO, D.F. 1992



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO:

I. INTRODUCCION

II. ULCERA DUODENAL

III. ULCERA GASTRICA

IV. OBJETIVO

V. MATERIAL Y METODO

VI. RESULTADOS

VII. DISCUSION

VIII. CONCLUSIONES

IX. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La úlcera péptica continúa siendo actualmente una entidad patológica cambiante. Desde hace veinte años a la fecha ha cambiado su incidencia, presentación y consecuencias médicas. Se ha investigado continuamente su fisiopatología, lográndose avances considerables en la comprensión de la misma, lo que ha traído como consecuencia terapéuticas médicas y quirúrgicas mucho más específicas y eficaces.

En los últimos treinta años se ha reducido la incidencia de la úlcera péptica en Estados Unidos así como en Latinoamérica. Además de una menor frecuencia los índices de hospitalización para úlcera duodenal también han disminuído en forma notable. La reducción fue mayor en pacientes con úlcera duodenal no complicada, menor en los casos de hemorragia y mínima en los de perforación. Además de haberse reducido el índice de hospitalización también la mortalidad relacionada con úlcera ha bajado en forma espectacular. Esta menor morbimortalidad se debe en su mayor parte a los antagonistas de receptores H₂, introducidos en 1978 cuya sustancia pionera fue la cimetidina. El surgimiento de nuevas generaciones de fármacos a partir del ya mencionado como son la ranitidina, la famotidina y últimamente el inhibidor de la bomba de sodio y protones (omeprazole), sin dejar de mencionar la nizatidina y los citoprotectores como el misoprostol (un derivado sintético de la prostaglandina E), en el prometedor campo de investigación de las prostaglandinas han hecho aun mas patente la declinación en la incidencia de la úlcera -

péptica. Paralelamente con esto tambien ha disminuído la incidencia de operaciones en el tratamiento de esta enfermedad. Esto último se debe a cambios en los criterios para hospitalizar, diagnóstico y tratamientos más eficaces en el paciente ambulatorio y motivos económicos, reflejando por lo tanto un menor porcentaje de operaciones selectivas. Sorprendentemente a habido poca o ninguna disminución en la frecuencia de hospitalización o intervenciones por úlcera complicada por perforación o hemorragia. Asi pues se dice que aproximadamente el 10% de todos los ingresos de pacientes adultos a hospitales generales corresponde a úlcera principalmente duodenal, y que este mismo porcentaje de la población occidental puede estar afectada por dicha enfermedad. (3)

Otra explicación propuesta para la declinación en la frecuencia de la úlcera péptica son cambios en la exposición a factores ulcerógenos ambientales. Es interesante observar que el tabaquismo, factor primordial de riesgo para úlcera duodenal, tiene un patrón similar al ya comentado de hospitalización y mortalidad por esta última. En los últimos veinte años el tabaquismo ha disminuído mucho en los varones estadounidenses y poco o nada entre las mujeres. (5)

La úlcera gástrica no ha mostrado la misma disminución en la hospitalización y mortalidad que la úlcera duodenal. Esto talvez se deba a la diferente patogenia de ambas enfermedades. La úlcera gástrica es mas frecuente en ancianos que la duodenal y requiere hospitalización mas a menudo . Como en la úlcera duodenal la prevalencia entre hombres y mujeres es igual en la actualidad. (3)

La úlcera duodenal y gástrica, que son enfermedades fundamentalmente distintas en su fisiopatología, presentación clínica y tratamiento tienen una elevada tendencia a la curación espontánea y a recurrencias subsecuentes. Ya establecido el diagnóstico, principalmente endoscópico y histológico -facilitándose importantemente por la aparición hace algunos años del gastroendoscopia flexible de fibra óptica- se procede a instituir el tratamiento médico con alguno o varios de los fármacos ya mencionados o dependiendo de la respuesta y evolución clínica del paciente se puede instituir el tratamiento quirúrgico, el cual -actualmente está indicado para las complicaciones de hemorragia perforación, obstrucción, terebración, penetración y no respuesta al tratamiento. (4)

De manera global parece que seguirá requiriéndose terapéutica quirúrgica en la úlcera péptica, pero los rápidos y constantes avances en fisiología y farmacología gástricas hacen necesario un mayor conocimiento y refinamiento por parte del cirujano para elegir la técnica- y sus limitaciones- y el momento más adecuado para operar. (3)

II.- ÚLCERA DUODENAL

La úlcera duodenal se presenta en más del 95% de los casos en el bulbo duodenal y aproximadamente un 90% de éstos se localizan a menos de 3 cm de la unión entre la mucosa duodenal y la gástrica. Algunas úlceras son bulbares, otras del canal-pilórico y algunas más grandes, invaden hasta el antro gástrico.

Se han identificado múltiples anomalías funcionales en la úlcera duodenal, pero no se ha podido demostrar un único defecto causal, lo cual refleja su mecanismo multifactorial. Básicamente, la fisiopatología de la úlcera duodenal se ha enfocado a tres aspectos generales: anomalías de la secreción ácida del estómago, defectos en mecanismos endócrinos de control, y deficiencias en la resistencia de la mucosa al ácido. (7)

En general, los pacientes con úlcera duodenal tienen una capacidad elevada para secreción de ácido gástrico. Por reacción a la estimulación con histamina intravenosa, secretan 40- Meq de ácido clorhídrico por hora, en tanto que la producción máxima de ácido en sujetos normales se acerca a los 20 meq/hr. Sin embargo, hay considerable superposición entre ambos grupos y las cifras para muchos ulcerosos caen dentro de límites normales. La mayor capacidad para secretar ácido tal vez se deba en gran parte al número aumentado de células parietales. Tienen un promedio de 1 800 millones de células parietales en la mucosa del fondo; cerca del doble que las personas normales. Además, quizás estas células sean más sensibles a la estimulación vagal ó por gastrina, ya que se ha comprobado que ante una determinada concentración de gastrina circulante, estos pacientes secretan una mayor cantidad de ácido. (7)

El paciente promedio con úlcera duodenal tiene secreción elevada de ácido en reposo, que se ha demostrado por recolección nocturna de jugo gástrico; se desconoce el mecanismo de éste aumento y se ha propuesto anomalías en la estimulación vagal e histamínica del fondo, que influyen en la secreción basal. -- Datos recientes que implican un elevado tono vagal son:

1) demostraciones de que la secreción ácida basal se correlaciona con concentraciones de polipéptido pancreático en sangre liberado por estímulo vagal y 2) observación de que un alimento ficticio no aumenta la secreción ácida arriba de la basal en estos pacientes. (3)

Estos pacientes con úlcera duodenal también muestran una reacción de secreción de ácido tras los alimentos, más intensa y prolongada que lo normal. (3)

También se han demostrado alteraciones en la motilidad gástrica en individuos con úlcera duodenal. Se observa vaciamiento acelerado del contenido gástrico, principalmente líquidos y la acidificación duodenal no logra retardar de modo adecuado el vaciamiento. Un estudio reciente de PH intraduodenal antes y después de una comida común, demostró cifras promedio de PH más bajas y prolongación del tiempo durante el cual el PH duodenal permaneció por abajo de 4.0. En estos pacientes la carga total de ácido a que está sometido el duodeno después de una comida puede ser cuatro ó cinco veces lo normal. (7)

No se han demostrado anomalías endócrinas definidas. Estos enfermos tienden a liberar más gastrina después de estimulación con alimentos proteínicos, por mayor secreción de gastrina-34. (7)

La acidificación de la luz entral también es menos efectiva-- para inhibir la liberación de gastrina. Sin embargo, estos efectos en la liberación de gastrina no parecen relevantes en la aparición de úlcera duodenal.(7)

No hay datos claros de menor eficacia de la somatostatina exógena para inhibir la liberación de gastrina ó suprimir la producción de ácido en úlcera duodenal. Las concentraciones de la somatostatina son normales, aunque este dato es poco útil considerando el mecanismo parácrino propuesto para dicha hormona. A pesar de esto, se han descrito concentraciones tisulares reducidas de la hormona y menor número de células antrales que la contienen en pacientes con úlcera duodenal. Falta investigar más a fondo el significado de estas observaciones. (8)

El tercer aspecto al cual se le ha enfocado más la atención de la fisiopatología de la úlcera duodenal es el mecanismo de defensa de la mucosa. Se ha demostrado que las prostaglandinas inhiben la secreción ácida del estómago, tienen propiedades protectoras de las células y aceleran la cicatrización de úlceras duodenales ya establecidas. También se ha observado producción disminuída de prostaglandina E2 y otros prostanoídes por la mucosa gástrica, en pacientes con úlcera péptica y la cicatrización de ésta que produce la cimetidina se caracteriza por síntesis elevada de prostanoídes. Se requiere mayor investigación para definir el papel de las prostaglandinas de la mucosa en la patogenia de úlcera duodenal. Otros investigadores han notado recientemente que los pacientes con úlcera duodenal secretan menos bicarbonato en la mucosa de éste órgano. (7,8)

Se piensa que el bicarbonato secretado bajo la capa de gel mucosa contiene un PH casi neutro en la superficie celular de la mucosa, aún cuando el de la luz sea ácido. Así pues, un defecto en tal secreción podría contribuir a la mayor susceptibilidad a lesiones acidopépticas. (3,7)

evaluación del paciente.-

Dentro de la evaluación del paciente es indispensable contar con una historia clínica completa incluyendo una detallada exploración física complementada con los exámenes de laboratorio y gabinete, así como pruebas especiales como examen radiológico con medio de contraste y la panendoscopia. Una vez establecido el diagnóstico definitivo se debe decidir en forma individual el tratamiento de acuerdo a cada situación clínica y que más adecuadamente resuelva tal problema. Para tal efecto, se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

Edad.- a mayor edad del paciente más deterioro de sus condiciones generales por lo que el tratamiento deberá tratar de ser de tipo médico en primera instancia ó elegir el procedimiento quirúrgico más sencillo, menos tiempo quirúrgico conlleva y tenga menos mortalidad operatoria. (1,2,3)

Estado general de Salud.- Conocer si presenta alguna enfermedad concomitante que aumente el riesgo quirúrgico ó inclusive puede llegar a contraindicar el procedimiento operatorio; --- también es de sumo interés saber si el paciente cuenta con antecedente de toxicomanías como alcoholismo ó tabaquismo.

Personalidad.- Es también importante darse cuenta si el paciente seguirá correctamente nuestras instrucciones ó si en determinado momento se tenga que realizar un procedimiento ---

quirúrgico por no llevar en forma adecuada el tratamiento --- médico y por lo tanto encontrar resistencia al mismo.

Los pacientes con úlcera duodenal deben recibir tratamiento médico de primera opción; aproximadamente de un 5 a un 20% de ellos no curarán; después de someterse a tratamiento quirúrgico la recurrencia de la ulceración a un año es del 3%. (3) Comparando, la recurrencia de aquellos paciente con tratamiento médico sin tratamiento quirúrgico posterior y que no reciben tratamiento de mantenimiento, es de aproximadamente 75% a 1 año; con terapéutica de mantenimiento disminuye a un 25%, -- mientras que por ejemplo la vagotomía -- procedimiento que desempeña un papel central en el tratamiento de la úlcera péptica -- ejerce efectos permanentes en la disminución de la producción de ácido y de pepsina con recurrencia a un año del 2% y de un 15% a 5 y 10 años de seguimiento. (3)

OBJETIVOS QUIRÚRGICOS.

El primer objetivo de la terapéutica quirúrgica en el caso de úlcera duodenal debe ser alterar la diátesis ulcerosa de modo que se logre la curación y se evite al máximo la recurrencia. Un segundo objetivo consiste en el tratamiento específico eficaz de complicaciones anatómicas existentes, por ejemplo, perforación u obstrucción. El tercer objetivo es la seguridad del paciente y evitarle efectos secundarios crónicos de la operación. Al elegirse un tratamiento quirúrgico, éste debe combinar seguridad, eficacia, prevención de úlcera recurrente e incapacidad posoperatoria evitada al máximo. (3)

En el tratamiento de la úlcera péptica, la vagotomía -- como ya se mencionó -- desempeña un papel central. Se conocen tres -- estimulantes celulares para la producción de ácido por las cé

lulas parietales:

- 1) acetilcolina de las neuronas vagales
- 2) Gastrina
- 3) histamina

La sección de fibras vagales eferentes afecta directamente la secreción de ácido al disminuir la estimulación colinérgica de las células parietales. Así mismo, la denervación vagal reduce la capacidad de respuesta de éstas a estímulos endógenos como gastrina. (7)

La vagotomía troncal así como la de células parietales reducen considerablemente la producción de ácido del estómago: la producción basal se reduce cerca del 80% en el postoperatorio temprano después de vagotomía de células parietales. Esta reducción se ha observado durante todo el día y por la noche.-- Roland y cols. informaron que la secreción basal de ácido era 70% menor un año después de la cirugía y permaneció suprimida 59% respecto a cifras control cinco años después de operar. La secreción máxima de ácido también se suprimió de manera importante y permanente después de vagotomía, aún con estímulos por alimentos, pentagastrina ó hipoglucemia inducida por insulina. cinco años después de la vagotomía, la producción máxima era 50% menor que cifras preoperatorias. (3,7)

Adicionar resección antral a la vagotomía reduce más la producción de ácido. La secreción máxima disminuye un 85% de las cifras preoperatorias. Se piensa que esta reducción resulta de eliminar las fuentes antrales de gastrina y desviar los alimentos de las fuentes de gastrina duodenal cuando se emplea la reconstrucción tipo Billroth II. (6)

Al comparar las consecuencias clínicas de operaciones por úlcera duodenal tratada por el 1º para la vegetación de células parietales de mortalidad intrahospitalaria es de 0, recurrencia de úlcera 10-15, vaciamiento rápido: moderado menos del 5%, intenso 0, diarreas: moderada menos del 5%, intensa 0; para la vegetación trencal y piloroplastia, una mortalidad intrahospitalaria de 1, recurrencia de 10, vaciamiento rápido moderado 10%, intenso 1%, diarreas moderada 25%, intensa 2%; para la vegetación trencal y antrectomía una mortalidad del 2%, recurrencia del 1, vaciamiento rápido moderado de 10-15, intenso 1 a 2%, diarreas moderada 20%, intensa 1-2%. (3)

OPCIONES QUIRURGICAS.

ÚLCERA DUODENAL

Las indicaciones para operar casos de úlcera duodenal son resistencia al tratamiento, hemorragia, obstrucción, perforación, síndrome de Zollinger-Ellison, penetración, retracción. Es de utilidad contar con información preoperatoria sobre la localización de la úlcera, deformidades anatómicas producidas por inflamación crónica, gastrina en suero y en algunos casos secreción gástrica de ácido.

RESISTENCIA AL TRATAMIENTO:

La enfermedad péptica ulcerosa es una afección crónica a menudo de toda la vida, cuya variable actividad dura muchos años. La mayoría de los pacientes reaccionan favorablemente a la terapéutica no quirúrgica durante periodos de actividad del padecimiento. Sin embargo, algunos son resistentes al tratamiento ó muestran recaídas frecuentes. La terapia con-

cimetidina ó ranitidina llevar a cicatrización de la úlcera-- en 85 a 90% de los pacientes en 6 semanas. Una dosis nocturna única de antagonista H2 mantiene la remisión en casi todos.-- Sin embargo, del 15 al 20% no presentan curación inicial ó -- recaen pese a la terapia de mantenimiento. Aparte de esto, evitar la recurrencia requiere la disposición a continuar el tratamiento por tiempo indefinido, con la probabilidad de que sus períodos de abstinencia ó úlcera(s) recurrente(s) en la mayoría de casos. (11)

En sujetos en quienes fracasa la terapéutica medicamentosa se recomienda la vagotomía de células parietales como el mejor procedimiento cuando hay dolor persistente. Se prefiere-- por su seguridad, baja incidencia de complicaciones postoperatorias y pocas secuelas adversas. (15)

La vagotomía de células parietales difiere de otras vagotomías porque no se seccionan las ramas hepática y cefálica y se dejan intactos los nervios de Latarjet para antro y píloro. Así, sólo se cortan las fibras vegales de la mucosa del fondo, secretoras de ácido. La desnervación suele iniciarse 5-7 cm -- proximal al píloro, a lo largo de la cara anterior de la curvatura menor. La extensión distal exacta de la desnervación-- no es crítica para el éxito del procedimiento, ni se requieren técnicas especiales de mapeo antroal. Luego procede la disección neurovascular en sentido proximal por la cara anterior de la curvatura menor y a través de la unión gastroesofágica hasta el ángulo de His. Se realiza una disección similar en la superficie posterior de la curvatura menor. Debe -- cuidarse de no lesionar la inervación del píloro. (15)

Los nervios de Latarjet anterior y posterior no necesariamente son simétricos y se les debe identificar y conservar por separado. Entonces se "esqueletiza" el esófago distal en una longitud de 6 a 8 cm. Se seccionan las pequeñas fibras vagales procedentes del tronco y que penetran los tejidos esofagogastricos. Deben protegerse los troncos vagales de toda lesión. La vagotomía de células parietales tiene ventaja en cuanto a seguridad o recurrencia postoperatoria en comparación con vagotomía troncular y drenaje. La principal ventaja de la primera, es la baja frecuencia de secuelas posoperatorias adversas. Se describe síndrome de vaciamiento rápido en un pequeño número de pacientes (0 a 5%); rara vez hay diarrea postvagotomía en la de células parietales, ya que se preserva la inervación biliar, pancreática e intestinal. Si aparece recurrencia posoperatoria de úlcera es más fácil de tratar después de vagotomía de células parietales, que después de vagotomía troncal con piloroplastia ó con antrectomía (10).

HEMORRAGIA.

Actualmente, la hemorragia es la principal causa de muerte en la úlcera duodenal y en varias series (9), es el motivo más frecuente para operar. Si bien en más del 70% de pacientes el sangrado de vías digestivas superiores cesa espontáneamente, a veces requiere terapéutica quirúrgica agresiva temprana. Las indicaciones para operar son:

- 1) Hemorragia masiva que origina choque
- 2) Sangrado que requiere más de 6 unidades de sangre transfundida;
- 3) Hemorragia recurrente durante el tratamiento médico.
- 4) Hospitalización repetida por lo mismo.

También se ha señalado como indicación quirúrgica la demostración

ción endoscópica de un vaso sanguíneo en el cráter de una ----
úlcera; sin embargo, se ha observado que, aunque un vaso visible
conlleva mayor riesgo de hemorragia, no justifica por sí mismo
la operación. (17)

En un estudio reciente, Devitt y cols. revisaron la historia
natural de hemorragia mortal por úlcera. Los fallecidos muestra
ban una media de 5 episodios de sangrado que requirieron hospi
talización antes de la muerte. En 88% de casos fue evidente un
volumen ó ritmo insuficiente de transfusión. En 58% se identi
ficó demora en operar. Se concluye que los ulcerosos en espe--
cial los ancianos, no toleran la pérdida repetida sanguínea ó--
que no se repone adecuadamente. Resulta menos riesgosa una la--
parotomía que episodios repetidos de sangrado; consideran que
la vagotomía con piloroplastia como la operación preferente en
úlcera duodenal sangrante. La vagotomía troncal con antrecto--
mía es una alternativa aceptada en ciertas circunstancias. (9)

Las úlceras duodenales sangrantes suelen localizarse en la
pared posterior del bulbo; más del 90%, como ya se explico an--
teriormente, se encuentran en los 3 cm contiguos al píloro. La--
erosión de la pared por la úlcera expone la arteria gastroduo--
denal, que al penetrarse, sangra profusamente. Si la endoscopia
preoperatoria muestra hemorragia en una úlcera de duodeno pro--
ximal, puede exponerse el vaso por piloroduodenotomía. También,
la palpación luminal suele confirmar la presencia de úlcera.--
De lo contrario, suele realizarse primero gastrotomía prepilóri
ca para explorar el duodeno. La insición de gastrotomía puede--
extenderse hasta duodenotomía longitudinal. (9)

Debe controlarse la hemorragia del vaso mediante puntos que -- comprendan la arteria gastroduodenal por arriba y abajo, y ligaduras adicionales en la arteria pancreática transversa, rama de aquella. El tipo de drenaje gástrico, depende de factores anatómicos locales. Si la incisión duodenal fué menor de 2 cm. -- se prefiere una piloroplastia de Heineke-Kickulicz. Se complementa con vagotomía troncal. Informes recientes, indican una -- mortalidad operatoria del 6% en 100 pacientes consecutivos con úlcera duodenal sangrante, después de vagotomía con piloroplastia y ligadura. Otros autores tienen cifras hasta de 8% de mortalidad y de recurrencia de sólo 3.1% en tales pacientes. (14)

La vagotomía troncal con antrectomía puede considerarse como otra opción, si es que el paciente puede soportar el mayor tiempo quirúrgico por la resección gástrica. Los que defienden éste último tratamiento, aceptan las secuelas a largo plazo conocidas de la gastrectomía, a cambio de un mayor índice de curación. Se informó en un estudio de Palumbo y Sharpe, sangrado recurrente en menos del 5% tras vagotomía y resección. Actualmente, con las técnicas modernas de gastrectomía con dispositivos para engrapar, lo hacen sin duda, un procedimiento más seguro. (3)

OBSTRUCCION.-

La obstrucción al vaciamiento gástrico por úlcera duodenal puede ser aguda ó crónica. La primera es el resultado de inflamación y edema, especialmente si la úlcera se localiza en el -- conducto pilórico. En la mayoría de pacientes, la retención gástrica se resuelve con aspiración nasogástrica y cimetidina intravenosa. Los episodios repetidos de ulceración y curación, --

pueden producir cicatriz progresiva y estenosis permanente.---
La obstrucción crónica del orificio de salida gástrico, resul--
tado final,complica 10% ó menos de casos de úlcera duodenal en
las series modernas. La obstrucción total causa deshidratación
y alcalosis hipoclorémica por vómito de secreciones gástricas;
la obstrucción parcial prolongada lleva a pérdida de peso y o--
casionalmente caquexia. (12)

El procedimiento para obstrucción debe al mismo tiempo, ali--
viar la diétesis ulcerosa y corregir la obstrucción gástrica.--
La vagotomía troncal con antrectomía combina mejores resulta--
dos a largo plazo y seguridad en estas circunstancias electi--
vas,y se recomienda como procedimiento preferente en casos de
obstrucción. La vagotomía troncal con gastroyeyunostomía es u--
na segunda opción lógiva. La gran cicatrización duodenal que--
suele haber en casos de obstrucción,frecuentemente hace difí--
cil realizar una piloroplastia satisfactoria. (12)

La vagotomía es un elemento esencial en operaciones para úl--
cera duodenal y no se le debe omitir por la complicación posi--
ble de atonía gástrica; la descompresión preoperatoria del es--
tómago durante 72 hrs suele reducir éste riesgo. Dejar una ye--
junostomía para alimentación a menudo es un complemento útil(3)
PERFORACION.-

La perforación de la úlcera duodenal es indicación para o--
perar de urgencia en prácticamente todos los casos. La princi--
pal decisión suele ser si resulta adecuado sólo el cierre de -
la perforación ó si debe agregarse a éste una operación defini--
tiva para la úlcera. Los beneficios de ésta última son obvios:

eliminar la persistencia de síntomas y evitar las complicaciones de la úlcera recurrente. La desventaja de intentarlo en todos los pacientes es que cerca del 33% no requieren tratamiento definitivo y sería innecesario exponerlos a los efectos adversos postoperatorios. (6)

Antes de recomendar operación definitiva para úlcera, deben satisfacerse los siguientes criterios:

- 1) que exista antecedente de enfermedad ulcerosa crónica ó indicios anatómicos de la misma.
- 2) Estimar que el paciente tolerará el mayor tiempo operatorio requerido para el procedimiento definitivo.
- 3) La operación debe tener una mortalidad virtualmente nula.
- 4) Debe lograrse protección contra úlcera recurrente y
- 5) Los efectos secundarios gástricos deben ser mínimos.

Se debe buscar minuciosamente indicios de ulceración crónica, ya que la vigilancia a largo plazo después de cierre simple demuestra que cerca del 80% de los pacientes aparece ulceración recurrente. Si no se realiza otro tratamiento, una nueva perforación puede esperarse en el 9%. La mayoría de los pacientes que requieren terapéutica adicional después del cierre simple corresponde a varones entre 40 y 64 años de edad, con antecedentes de enfermedad crónica de más de 3 meses antes de la perforación. Los pacientes más jóvenes sin antecedentes que sugieran enfermedad crónica ni cicatrices duodenales de úlcera previa pueden tratarse mediante cierre simple, con un riesgo menor al 20% de recurrencia postoperatoria. (5,6)

Varios autores afirman que la operación definitiva para úlcera puede llevarse a cabo con un riesgo equivalente al del --

cierre simple. Han comparado vagotomía y piloroplastia, parche de epiplón más vagotomía de células parietales sin ninguna defunción. (18)

En fecha reciente, la vagotomía de células parietales más el cierre de la perforación con parche, se ha considerado como la operación más recomendada en estos casos. Los resultados con este tipo de vagotomía fueron muy superiores a los obtenidos con cierre simple ó vagotomía y piloroplastia. Estas últimas -- tuvieron recurrencia de 63 y 12% respectivamente. (15)

GASTRINOMAS Y OTROS SINDROMES RELACIONADOS.-

Una causa para de úlcera péptica es la excesiva producción de gastrina por un tumor secretante de gastrina ó gastrinoma. -- Estos tumores son frecuentemente malignos. La triada descrita -- primero para estos pacientes fué enfermedad ulcerosa péptica -- severa, hipersecreción ácida abundante gástrica y tumor de páncreas de células no beta de los islotes. Ya que algunos pacientes no tienen esta triada descrita por Zollinger y Ellison, se ha usado el término "síndrome de gastrinoma", para describir los hallazgos clínicos y de laboratorio y genéticos asociados con la presencia de dichos tumores. Algunos pacientes son asintomáticos y a veces se presenta por diarrea sin los síntomas de la úlcera péptica ó bien, sólo de úlcera.

Esta enfermedad deberá sospecharse en pacientes con enfermedad ulcerosa péptica severa e inusual, diarrea, hipersecreción ácida asociada a endocrinopatía; el diagnóstico se realiza midiendo la concentración de gastrina sérica. El tratamiento puede ser quirúrgico (gastrectomía total) ó médico (bloqueadores H2). El pronóstico suele ser favorable, aunque muchos mueren por metástasis del gastrinoma. (2)

III.- ULCERA GASTRICA.

La úlcera gástrica quizá sea un conjunto de enfermedades -- con una manifestación común, al igual que la úlcera duodenal. A diferencia de los individuos con úlcera duodenal, aquellos--- con úlcera gástrica secretan ácido a un ritmo normal ó bajo.-- Dos mecanismos fisiopatológicos parecen intervenir principal-- mente en la úlcera gástrica: reflujo duodenogástrico y defec-- tos en la barrera de la mucosa y sus defensas.(1,2,3)

Se ha dicho que el reflujo del contenido duodenal al estó-- mago es importante en la aparición de úlcera gástrica. Se cree-- que un defecto en la función pilórica produce el reflujo. La-- presión de reposo del esfínter pilórico normalmente baja, se e-- leva cuando hay ácido clorhídrico, grasa y aminoácidos en duo-- deno. Se cree que los aumentos de presión dependen de secretina ó colecistocinina liberadas por ácido ó nutrientes lumina-- les. En sujetos normales la presión pilórica aumenta desde una cifra basal de 5 mmHg hasta más de 40 mmHg, cuando se aplica -- ácido al duodeno. En pacientes con úlcera gástrica, las presio-- nes del esfínter no se elevan en esta situación. Se piensa que-- presiones inferiores a lo normal permiten que el contenido duo-- denal penetre en el estómago. No se han identificado los com-- ponentes dañinos, pero la mayor atención se ha centrado en el -- jugo pancreático, lisolecitina y los ácidos biliares tauroclato y desoxicolato.(13) (20)

Aunque no queda claro cómo el contenido duodenal pueda da-- ñar la mucosa gástrica, sin duda altera la barrera normal de -- permeabilidad de ésta.(1,3)

Los conceptos actuales sobre aparición de úlcera gástrica, sugieren que el reflujo duodenogástrico provoca alteración de bajo grado en la barrera de la mucosa, con fuga de iones de sodio a la luz y entrada de iones de hidrógeno en el tejido. Se dice que esto último trastorna las funciones celulares incluyendo-- la generación de adenosintrifosfato(ATP). Esto va seguido de muerte celular, esfacelo y ulceración.

Cabe mencionar las principales teorías que se han propuesto para explicar la patogénesis de la úlcera gástrica: (2)

Teoría de Marks-Shay: dice que la úlcera gástrica y la duodenal tienen el mismo factor etiológico y explica que la razón-- por la que la úlcera gástrica se presenta en sujetos mayores -- es que el estómago tiene una resistencia mayor al binomio pepsina-ácido. La lesión se presenta a nivel de la mucosa dañada, ó en el área de gastritis atrófica, que ha sido sometida a hipersecreción por periodos prolongados y en donde las defensas de la mucosa se pierden.

Teoría de Oi: menciona que existe una interfase entre la mucosa del área pilórica y el fundus, a la que denominó área de menor resistencia, lugar donde se presenta la ulceración. Esta observación tiene importancia quirúrgica, puesto que el área de menor resistencia y el punto donde se une con la mucosa normal avanza en dirección cefálica con la edad, así mismo la localización de la úlcera marca el límite superior de la porción no secretante del estómago, que puede ser útil para el sitio de la resección.

Teoría de Dragstedt: Propone que la úlcera gástrica es secundaria a estasis gástrica con sobreproducción de ácido de origen humoral. Dicha estasis es secundaria a hipomotilidad gástrica y estenosis pilórica.

Teoría de Davenport y Du Plessis: Promone que los cambios en la barrera de la mucosa gástrica, la difusión retrógrada de ácido, el reflujo biliar, la gastritis y la mala función del esfínter pilórico, participan en la génesis de la úlcera gástrica.

Teoría de Johnson: Postula que existen sujetos hipersecretores ó hiposecretores relacionados con el grupo sanguíneo "O" y "A" respectivamente y encontró que la úlcera duodenal y la prepilórica se encuentran con mayor frecuencia en el grupo "O" y la úlcera presente en el cuerpo, en sujetos hiposecretores ó del grupo "A".

Sin embargo, ninguna de las teorías antes mencionadas explica de manera satisfactoria la patogénesis de la úlcera gástrica, estando más bien todas interrelacionadas con la misma.

Clasificación: con el fin de adecuar el tipo de tratamiento y facilitar la individualización del mismo, Daintree Johnson considera importante clasificar a las úlceras gástricas en 3 tipos: (1,2,3)

I.- Úlcera en la curvatura menor

II.- Úlcera gástrica y duodenal asociadas

III.- Úlcera gástrica prepilórica

y la clasificación modificada incluye:

IV.-Úlcera del cardias.

OBJETIVOS QUIRURGICOS.

Los objetivos quirúrgicos en el tratamiento de la úlcera gástrica son mucho más evidentes. Ya que el factor más importante es un defecto de la mucosa, la terapéutica consiste en extirpar el área afectada de estómago.

Una resección parcial gástrica que elimine la mucosa ulcerada basta para evitar la recurrencia en más del 95% de casos. En una serie de mil gastrectomías parciales por úlcera gástrica crónica se demostró recurrencia de sólo el 0.2%. Como la hipersecreción de ácido no interviene en este padecimiento, no es necesario combinar la gastrectomía con vagotomía. (10)

Otro estudio reciente que comparó la vagotomía más piloroplastia con vagotomía más antrectomía informó del fracaso del tratamiento en 12% del primer grupo y 3% del segundo. Para la vagotomía de células parietales se ha informado una recurrencia del 7 - 20 % de pacientes. La elevada recurrencia se ha atribuido a menudo a la técnica quirúrgica, esto es, a no seccionar todas las fibras vagales antes de su entrada en la pared gástrica. Para cerciorarse de seccionar todas las ramas del vago, es fundamental "esqueletizar" ó "limpiar" el esófago distal y los investigadores que emplearon esta técnica informaron de una recurrencia no mayor de 10% a cinco años. (7, 10, 18)

Las intervenciones electivas para úlcera péptica son muy seguras; un estudio con 344 pacientes sometidos a vagotomía con piloroplastia ó vagotomía con antrectomía no mostró defunciones postoperatorias. Las cirugías de urgencia para úlcera péptica suelen causar mayor morbimortalidad, sobre todo en presencia de hemorragia activa.

Las defunciones pueden atribuirse a intervención tardía, múltiples episodios de sangrado, ó transfusión demorada ó inadecuada. Sin embargo, tanto hemorragia como perforación pueden tratarse con baja mortalidad operatoria si la terapéutica es inmediata y adecuada.

OPCIONES QUIRURGICAS.

Los principios importantes del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica son excisión total de la misma, para que se pueda estudiar microscópicamente, y extirpar todo el antro, tejido blanco de la recurrencia. En la mayor parte de casos una gastrectomía tipo Billroth I logrará ambos objetivos, ya que casi todas las úlceras son de antro. Cuando se localiza en los 5 cm contiguos a la unión gastroesofágica, puede requerirse resecar la úlcera por separado y proceder a la antrectomía ó mejor aún, extirparla por extensión de la antrectomía en forma de resección "en manga" por la curvatura menor, como en el procedimiento de Pauchet. En operaciones de urgencia por sangrado ó perforación, el procedimiento más recomendable es resección con anastomosis gastroduodenal. Procedimientos menores (excisión en cuña ó control mediante puntos de sutura y vagotomía por hemorragia, ó cierre con epiplón, ó bien excisión y cierre primario con ó sin vagotomía en casos de perforación) sólo están indicados en raras ocasiones. (6,9,16)

IV. OBJETIVO

Los objetivos de esta revisión a 6 años(1985 a 1991) están dirigidos a conocer la incidencia de la úlcera gástrica y duodenal en la población de éste Hospital, así como su presentación en los diferentes grupos de edad y sexo para cada una de estas patologías. Así mismo, conocer los diferentes procedimientos quirúrgicos que existen para el tratamiento de la úlcera péptica, sus indicaciones y de que manera se realizan por los cirujanos de nuestro hospital y así establecer cual es el mejor procedimiento en los diferentes casos de pacientes, analizando sus complicaciones posoperatorias y su evolución por medio del seguimiento de los mismos.

Por lo tanto se pretende analizar estos datos para estandarizar y protocolizar el manejo quirúrgico; por último identificar los factores que incrementan la morbimortalidad de los pacientes para tratar de evitarlos, mejorando con ello la evolución y la recuperación total de los mismos, incorporándolos lo antes posible a sus actividades productivas.

V. MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se realizó en base a un tipo de investigación observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva.

Se valoraron los diferentes procedimientos quirúrgicos, sus complicaciones y evolución de los pacientes sometidos a los mismos en un período comprendido entre Agosto de 1985 a Agosto de 1991, en el Hospital Regional "I. Zaragoza", continuando un trabajo similar emprendido en 1988 por el Dr. Guajardo.

Nuestro grupo de estudio correspondió a 122 pacientes operados de úlcera péptica (gástrica y duodenal), tanto en cirurgías de urgencia como electivas.

Los criterios de inclusión fueron: todo paciente de edad y sexo indistinto con diagnóstico clínicoradiológico ó endoscópico de úlcera péptica (gástrica ó duodenal), intervenido quirúrgicamente. Fueron excluidos todos los pacientes que no llenaban el requisito anterior de inclusión.

El cuestionario utilizado analizó de cada paciente: antecedentes de importancia, edad, sexo, forma en la que se llevó a cabo el diagnóstico, tipo de úlcera péptica, tipo y tiempo de manejo médico, indicaciones para decidir el tratamiento quirúrgico, tipo de procedimiento quirúrgico aplicado, si se trata de cirugía de urgencia ó electiva, complicaciones, secuelas y el grado de Visick con que cursaron en su evolución posoperatoria; también se analizó la patología asociada encontrada en el transoperatorio y el tratamiento quirúrgico realizado para dicha patología.

Los recursos humanos con los que se contó para realizar el --- trabajo fueron: pacientes, cirujanos, anestesiólogos, radiólogos, endoscopistas, patólogos, personal de enfermería, de laboratorio, de archivo clínico y de estadística. La investigación se hizo con recursos propios de la institución y en sus instalaciones, quirófano, hospitalización, urgencias y consulta externa.

VI. RESULTADOS

Se operaron en este hospital en los últimos 6 años un total de 122 pacientes por úlcera péptica; de éstos 42 tenían -- úlcera gástrica(34%) y 80 úlcera duodenal(66%).(1)

De todos los pacientes 42(34%)fueron del sexo femenino y-- 80(66%) del sexo masculino. (2)

Respecto a la úlcera duodenal 59 fueron masculinos(74%) y -- 21 pertenecieron al sexo femenino(26%). (3)

Para la úlcera gástrica se igualó la frecuencia por sexos-- contando cada uno con 21 pacientes para un respectivo 50%. (4)

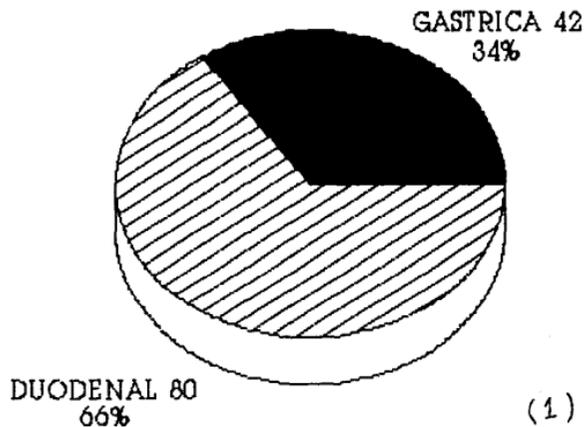
El promedio general de edad fue 65.4 años; para la úlcera-- gástrica correspondió un promedio de 49.5 años y para la duodenal 55.8 años, con un rango de 23 a 91 años.

Los tipos de úlcera gástrica de acuerdo a la clasificación de Daintree Johnson fué tipo I 28 pacientes(67%), tipo II 4 pacientes(10%) y III 10 pacientes(24%).

Se encontró de las toxicomanías asociadas, tabaquismo en el 85.1% y alcoholismo en el 55.5% de todos los pacientes.

En cuanto a la patología asociada un total de 65 pacientes-- de los cuales 45 tenían reflujo GE más esofagitis(69.2%), 7 gastritis erosiva(10.7%), 2 CA Gástrico(3.0%), 7 cirrosis hepática-- 10.7%, 3 colecistitis crónica litiásica(CCL)(4.6%), y 1 hiperesplenismo(1.5%).

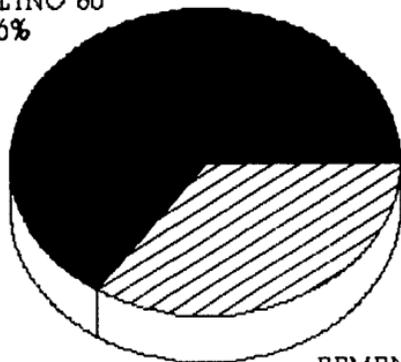
ULCERA PEPTICA INCIDENCIA GLOBAL



TOTAL - 122 PACIENTES

ULCERA PEPTICA FRECUENCIA POR SEXO

MASCULINO 80
66%



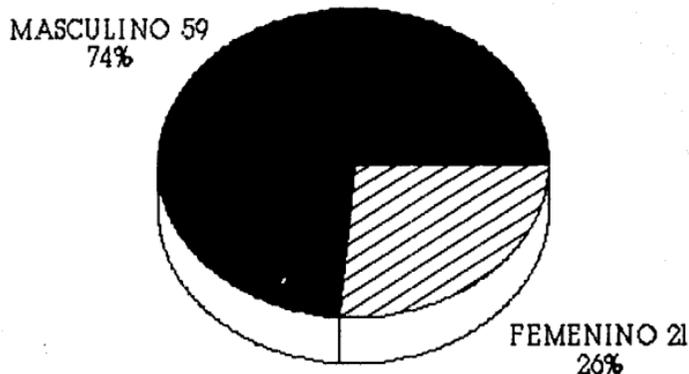
(2)

FEMENINO 42
34%

TOTAL - 122 PACIENTES

ULCERA DUODENAL

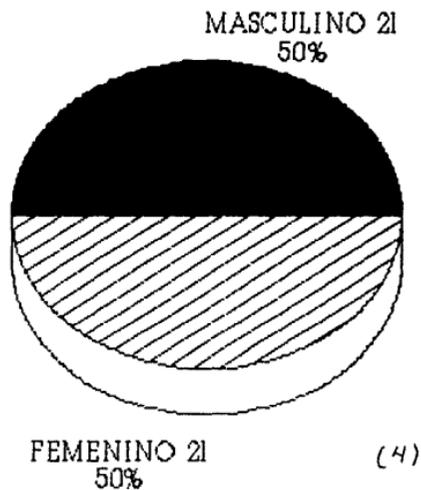
FRECUENCIA POR SEXO



(3)

TOTAL - 80 PACIENTES

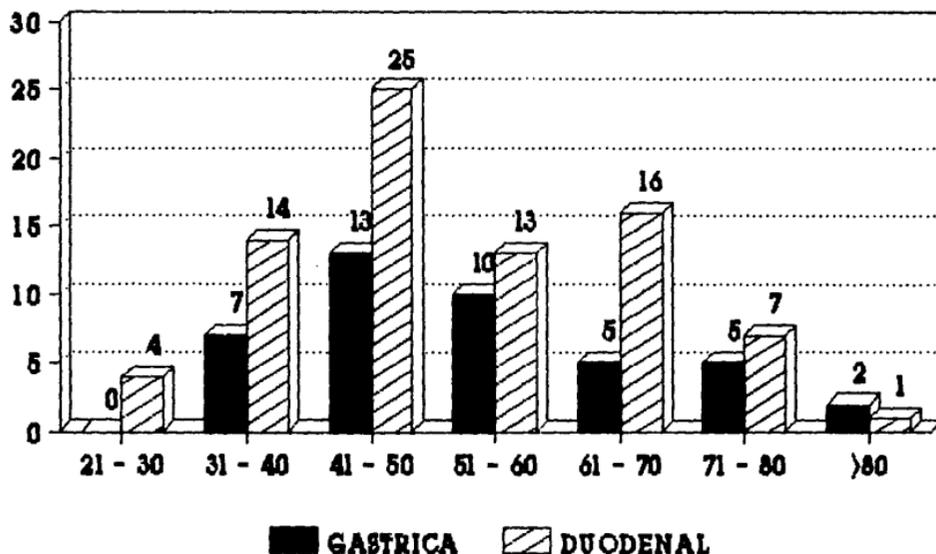
ULCERA GASTRICA FRECUENCIA POR SEXO



TOTAL - 42 PACIENTES

ULCERA PEPTICA

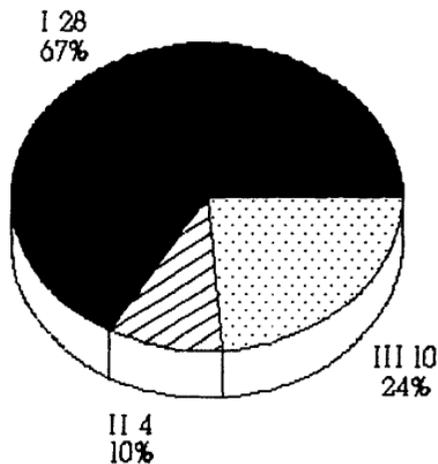
FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD



TOTAL - GASTRICA 42 P. DUODENAL 80 P.

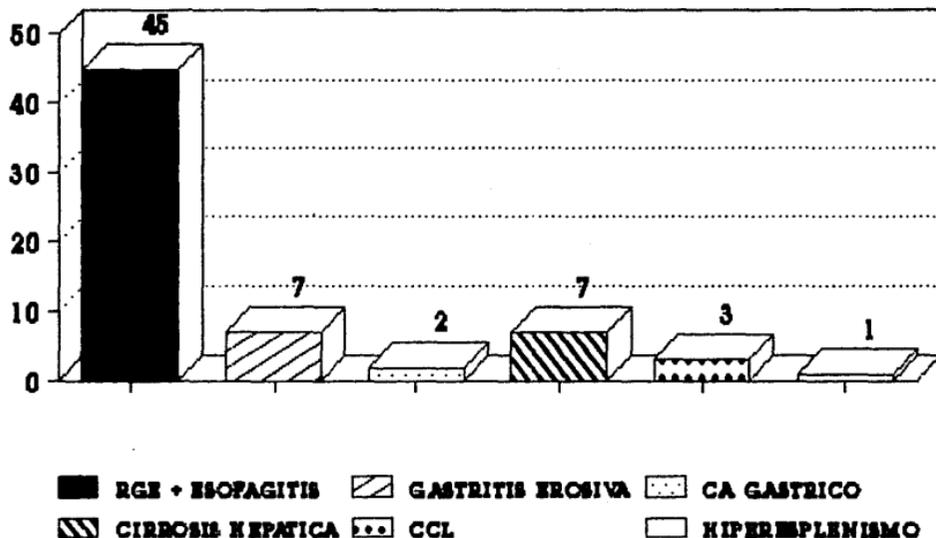
ULCERA GASTRICA

DAINTREE JOHNSON



ULCERA PEPTICA

PATOLOGIA ASOCIADA



Los procedimientos quirúrgicos realizados según la patología-- asociada encontrada en el trasoperatorio fueron: plastia hia-- tal 38 pacientes(25 Nissen,7 Guarner,6 Allison)(58.5%),biopsia hepática 4 pacientes(6.1%),colecistectomía 3(4.6%),esplenecto-- mía 4(6.1%),yeyunostomía(Witzel) 2 (3.0%).

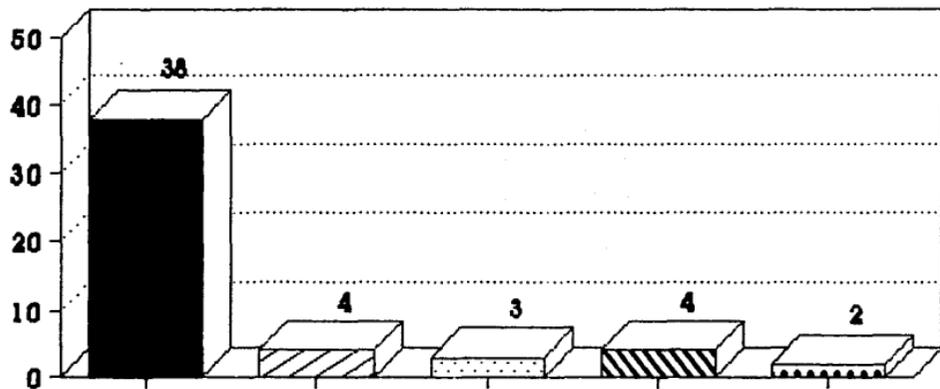
De las esplenectomías 3 fueron incidentales y 1 como proto-- colo en el tratamiento del linfoma gástrico; las yeyunostomías tipo Witzel se realizaron en dos casos una durante gastrecto-- mía parcial con reconstrucción Billroth II y la otra en gas--- trectomía total radical ampliada por linfoma gástrico.

Respecto a la cirugía de urgencia y electiva fueron 25 pa-- cientes(20%) para la primera y 97 pacientes para la segunda(-- 80%),correspondiendo de éstas 15 casos de urgencia para la ci-- rugía de úlcera gástrica(36%) y 27 casos en forma electiva(64%) para la úlcera duodenal fueron de urgencia 11 casos(14%) y e-- lectivas 69(86%); de los 25 pacientes operados de urgencia 16 referían no saberse ulcerosos y no haber recibido tratamiento médico y 9 referían llevar un tratamiento en forma inadecuada-- con antiácidos y bloqueadores H2. El total de operados electi-- vamente llevaron alguna vez tratamiento médico.

De lo que corresponde a la indicación quirúrgica 58 pacien-- tes(47.5%) no respondieron al tratamiento médico,31 presenta-- ron obstrucción(25.4%),16 perforación(13.1%),13 hemorragia(-- 10.6%),4 malignidad(3.2%).

Comparativamente la indicación quirúrgica para úlcera gás-- trica fué: 18 casos no respuesta al tratamiento(42.8%),4 obs-- trucción(9.5%),8 perforación(19.0%),9 hemorragia(21.4%),3 ma-- lignidad(7.1%).

ULCERA PEPTICA CIRUGIAS ASOCIADAS

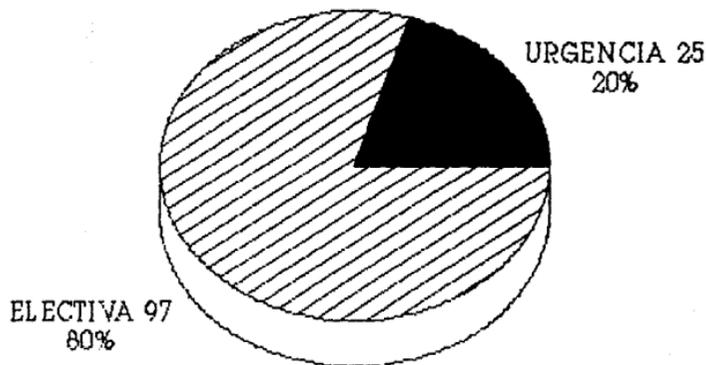


■ PLASTIA HIATAL ▨ BIOPSIA HEPATICA ▩ COLECISTECTOMIA
▧ ESPLENECTOMIA ▤ YETUNOSTOMIA

EN 65 PACIENTES

ULCERA PEPTICA

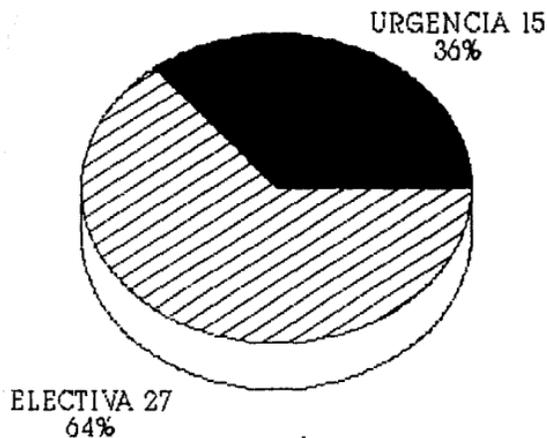
TIPOS DE CIRUGIA



TOTAL - 122 PACIENTES

ULCERA GASTRICA

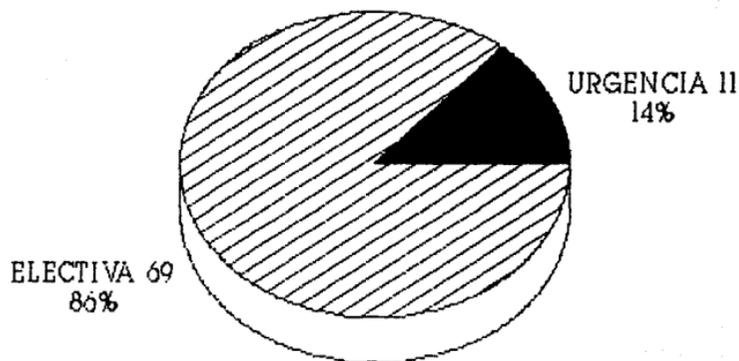
TIPOS DE CIRUGIA



TOTAL - 42 PACIENTES

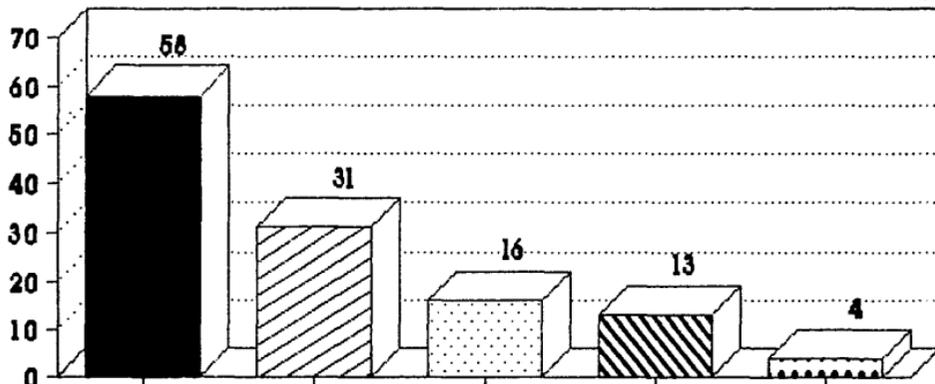
ULCERA DUODENAL

TIPOS DE CIRUGIA



TOTAL - 80 PACIENTES

ULCERA PEPTICA INDICACION CIRUGIA



■ NO RESP. TX MED ▨ OBSTRUCCION ▤ PERFORACION
▩ HEMORRAGIA ▧ MALIGNIDAD

TOTAL - 122 PACIENTES

La indicación quirúrgica para úlcera duodenal fué: 40 casos no respondieron al tratamiento médico(50%),27 obstrucción(33.7%),3 perforación (10%),4 hemorragia (5%),1 malignidad(1.2%).

De los diferentes tipos de cirugía se hicieron los siguientes procedimientos: Vagotomía troncal y piloroplastia en 65 pacientes(53.2%), vagotomía truncular, gastrectomía parcial con reconstrucción Billroth I en 4 pacientes(3.2%), vagotomía troncal más gastrectomía con reconstrucción Billroth II en 23(18.8%), gastrectomía parcial con reconstrucción Billroth I sin vagotomía 4 pacientes(3.2%), gastrectomía parcial con reconstrucción Billroth II sin vagotomía en 14(11.4%), vagotomía de células parietales en 4(3.2%), ulcerectomía en 2 pacientes(1.6%) y otros procedimientos(hemostasia úlcera sangrante 1 paciente, gastrectomía radical ampliada 1, cierre primario con parche de epiplón 2 pacientes, ulcerectomía más hemostasia, más parche de epiplón 2 pacientes)6 pacientes(4.9%). Todos los grupos tuvieron grado II de Visick.

Respecto a las piloplastias: 61(93.8%) fueron Weimberg,6 -- tipo Finney(9.2) y 2 Heinneke-Mickulicz(3.0).

Comparando los tipos de cirugía para la úlcera gástrica fueron: 13 pacientes vagotomía troncal más piloroplastia(36.1%), - vagotomía mas gastrectomía Billroth I, 1 paciente(2.7%), 6 pacientes vagotomía mas gastrectomía con Billroth II (16.6%), 4 pacientes gastrectomía con Billroth I sin vagot(11.1%), 9- pacientes gastrectomía con Billroth II sin vagot(25%), ulcerectomía 2 --- (5.5%), 1 otros(linfoma)(2.7%).

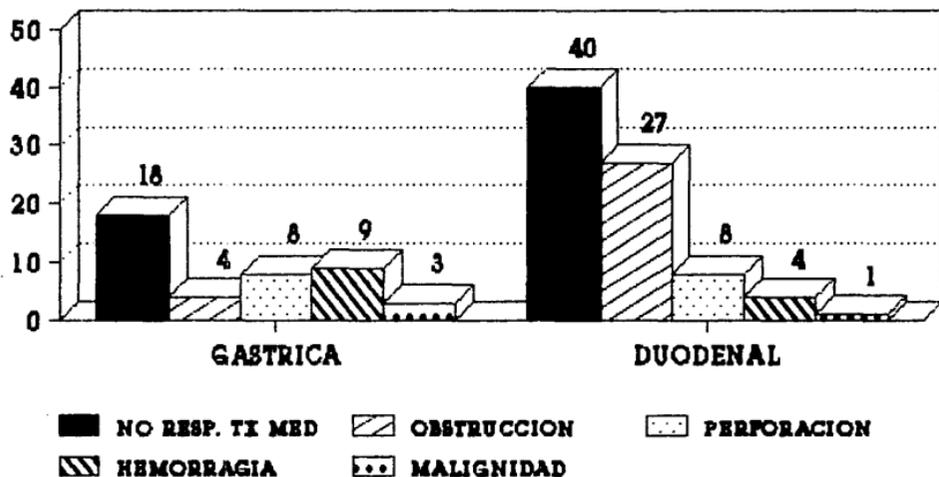
Úlcera duodenal:

vagotomía troncal mas piloroplastia 52 pacientes(60.4%), vagotomía troncal mas gastrectomía con Billroth I, 3 pacientes -- (3.4%), vagotomía troncal mas gastrectomía Billroth II, 17 pacientes(19.7%), gastrectomía con Billroth I sin vagot 0 pacientes, gastrectomía parcial con Billroth II sin vagot 5 pacientes(5.8%), vagotomía de cél. parietales 4 (4.6%), otros 5(5.8%)- (2 cierre primario con parche de Graham, 2 ulcerectomía más-- hemostasia más parche de epiplón y 1 hemostasia úlcera san--- grante).

Sintomatología postoperatoria: los síntomas P.O. en general fueron dumping 10 pacientes(8.1%), diarrea leve a moderada 26(21.3%), dolor abdominal 34(27.8%), plenitud gástrica 30(24.5%), vómitos ocasionales 15 pacientes(12.2%).

La mortalidad global que se detectó fué de 7 pacientes correspondiendo al 6% del total. Las causas fueron: 4 choque -- hipovolémico, 1 neumonía, 1 sépsis abdominal, y falla orgánica múltiple y 1 por metástasis del CA gástrico.

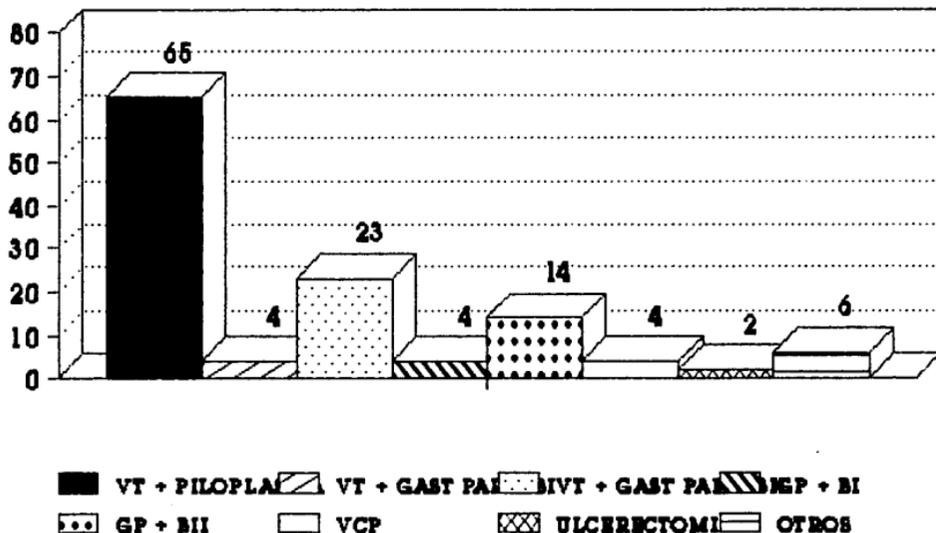
ULCERA PEPTICA INDICACION CIRUGIA COMPARATIVA



TOTAL - 122 PACIENTES

ULCERA PEPTICA

TIPOS DE CIRUGIA

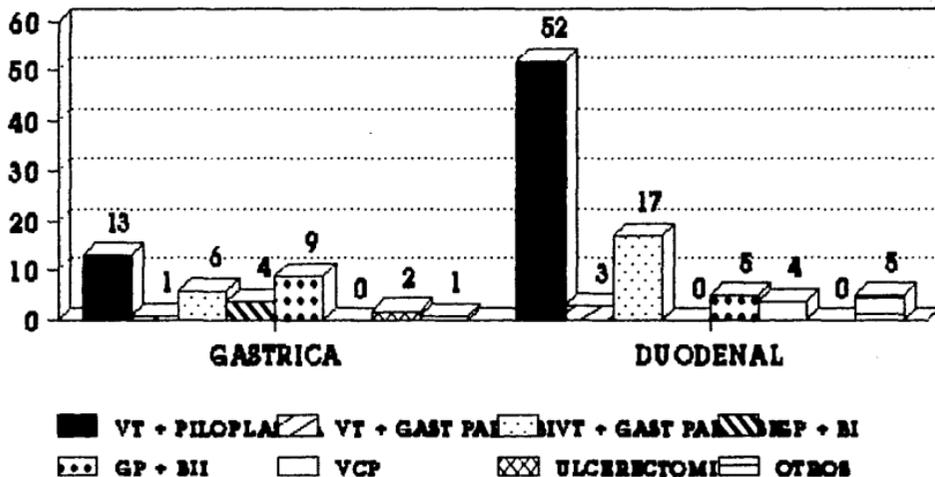


TOTAL - 122 PACIENTES

ULCERA PEPTICA

TIPOS DE CIRUGIA

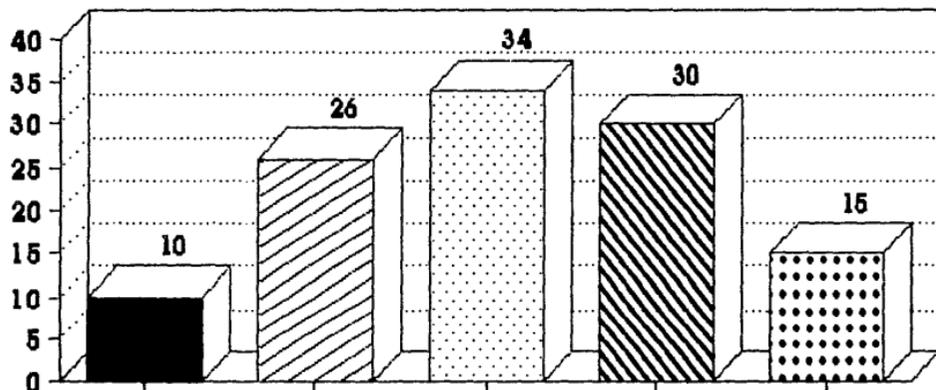
COMPARATIVA



TOTAL - 122 PACIENTES

ULCERA PEPTICA

SINTOMATOLOGIA POSTOPERATORIA



DUMPING

DIARREA

DOLOR ABDOMINAL

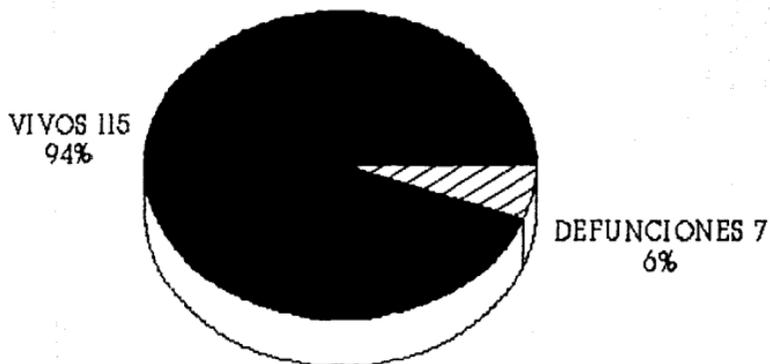
PLENITUD GÁSTRICA

VÓMITOS

TOTAL - 122 PACIENTES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ULCERA PEPTICA MORTALIDAD POSTOPERATORIA



TOTAL - 122 PACIENTES

VII. DISCUSION

El presente trabajo de investigación muestra una incidencia de 2:1 de úlcera duodenal sobre la gástrica, así como --- también predominio de 2:1 del sexo masculino, predominando -- así mismo la úlcera duodenal en hombres, igualándose en am--- bos sexos en la úlcera gástrica. Esto último podría expli -- carse por el incremento en el hábito del tabaquismo en la -- mujer y tal vez hábitos alimenticios que disminuyan el tono- del esfínter esofágico inferior y pilórico, aunado a factores de stress mayores en la mujer actual.

Respecto a la edad se vió que la mayor incidencia general- de la patología se presentó en la cuarta, quinta y sexta déca- das de la vida, sin mostrar gran diferencia entre la úlcera--- gástrica y duodenal, a pesar de que la primera se presenta más frecuentemente en ancianos.

De acuerdo a la clasificación de Johnson el tipo de úlcera más frecuente fué en la curvatura menor, correspondiendo a la- tipo III ó prepilórica el segundo lugar. Esto concuerda con-- los sitios de mayor estasis y debilidad en la barrera de la - mucosa.

De las patologías asociadas el RGE ocupó el primer lugar-- siendo como se menciona en la literatura mundial la que acom- paña con mayor frecuencia a la úlcera péptica; así también -- la cirugía más comúnmente asociada fué la plastia hiatal, sien- la operación de Nissen la técnica más realizada.

En la cirugía de urgencia ocupó más frecuencia la úlcera--
gástrica y en las electivas la úlcera duodenal y los pacien--
tes operados en forma urgente desconocían ser portadores de--
esa patología y no habían recibido ninguna tratamiento adecua--
do.

En la cirugía y sus indicaciones se notó claro predominio--
por la falta de respuesta al tratamiento en ambas úlceras, si--
guiéndole la obstrucción y tercero la perforación.

En la cirugía de urgencia prevaleció la úlcera gástrica --
siendo su principal causa el sangrado y después la perfora---
ción y en la duodenal la obstrucción y la perforación.

El diagnóstico en los casos de urgencia se llevo a cabo --
por clínica y radiología y menos veces por endoscopia por no--
contar con ese servicio en el turno nocturno, siendo el prin--
cipal medio de diagnóstico en las electivas.

Los procedimientos más usados en nuestro medio quirúrgicos
fueron primero la vagotomía troncular y piloroplastia utiliza
zándose más la tipo Wiemberg sobre todo para la úlcera duode--
nal, seguido por la vagotomía troncal con gastrectomía parcial
con reconstrucción Billroth II con 53.5% y 18.8% respectiva--
mente. La vagotomía de cél. parietales se realizó poco 3.2%---
tal vez por la menor experiencia con ese procedimiento.

Los síntomas postoperatorios que se notaron más fueron el--
dolor abdominal(27.8%) y la plenitud gástrica(24.5%) debido--
a vaciamiento rápido del estómago y distensión importante del
veyuno proximal, seguido por episodios de diarrea ocasional.

La mortalidad fué del 6%(7 defunciones) presentándose en ----
cirugías de urgencias y se debieron al mal estado general del
paciente, mucho tiempo de evolución e inadecuada reposición de
sangre la mayor parte de las veces por no contar adecuadamen-
te con ese producto.

VIII. CONCLUSIONES

En el tratamiento de la úlcera péptica es necesario examinar cuidadosamente al paciente, tomando en cuenta sus antecedentes, tiempo de evolución, examen físico completo y en general realizar una historia clínica completa.

La primera alternativa que se le puede ofrecer al paciente es el tratamiento médico contando para ello afortunadamente con nuevos y mejores medicamentos bloqueadores H₂, procinéticos, citoprotectores, etc.

La resolución quirúrgica está reservada para tratar como ya se explicó antes, la resistencia al tratamiento—primera causa en este estudio— ó alguna de las complicaciones como obstrucción, perforación, terebración, hemorragia, tomando en cuenta que para la selección adecuada del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica se deben considerar los siguientes factores: tipo de paciente, tipo de úlcera, morbilidad y mortalidad del procedimiento, recurrencia, efectos secundarios de la operación y el conocimiento cada vez más profundo del cirujano de la fisiología gástrica y de las posibilidades y limitaciones de las diversas terapéuticas quirúrgicas.

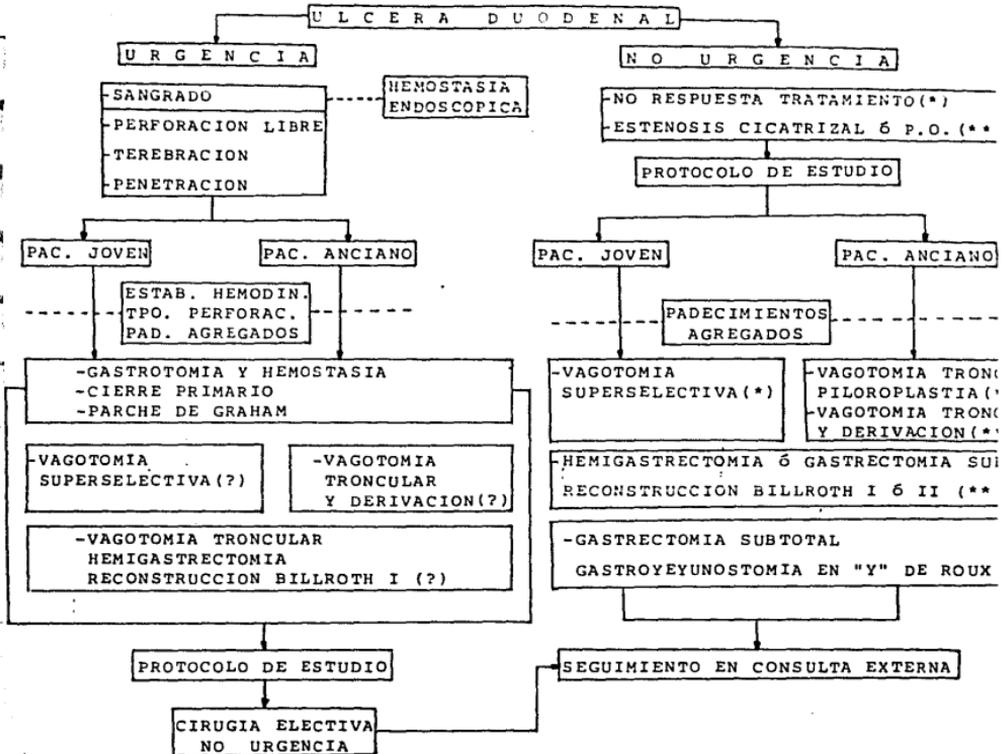
En el Hospital Regional "I. Zaragoza" se observó lo siguiente: a) La úlcera duodenal es más frecuente que la gástrica -- con una incidencia de 2:1

b) La enfermedad ácido péptica en general es más frecuente en el sexo masculino 2:1

c) La edad de mayor incidencia es entre la quinta y sexta --- décadas de la vida.

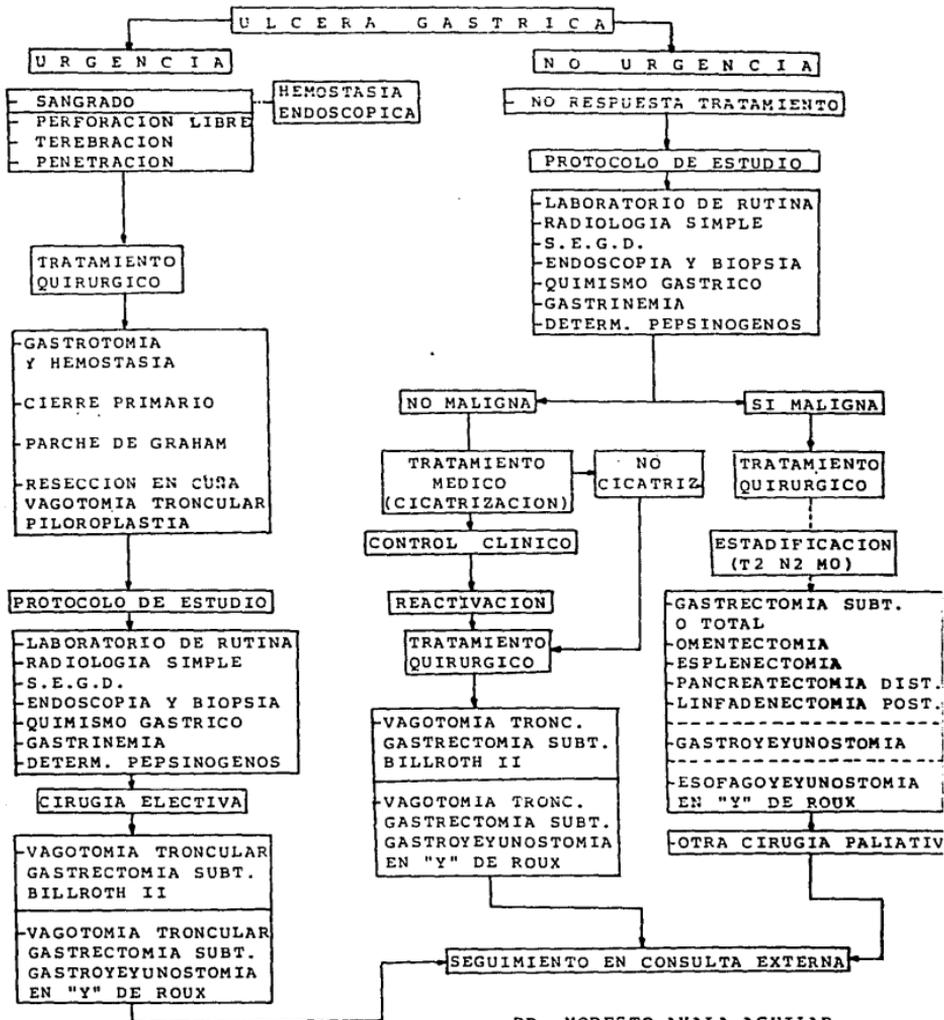
- d) La cirugía electiva predomina sobre la de Urgencia para---
la úlcera péptica en un 80% de casos.
- e) La cirugía más frecuentemente realizada para el tratamien-
to de la úlcera gástrica y duodenal fué la vagotomía troncu--
lar y piloroplastía(más frecuente la tipo Weimberg) seguida--
de la gastrectomía parcial más Billroth II para la primera y-
la vagotomía troncular más gastrectomía parcial con recons---
trucción Billroth II para la segunda.
- f) La vagotomía de células parietales se realizó poco(3.2%)--
por lo que hace falta más experiencia para comparación con --
otras series,tal vez debido a su elevado porcentaje de recu--
rrencia lo que la hace no preferida por los Cirujanos.
- g) Se debe hacer la cirugía definitiva en casos de urgencia -
si las condiciones del paciente lo permiten.
- h) El síntoma posoperatorio más frecuente fué el dolor abdo--
minal,seguido por la plenitud gástrica y diarreas ocasiona --
les,todo ello controlado conservadoramente en todos los casos
sin que ninguno ameritara reoperación.
- i) La mortalidad del 6% debida a las malas condiciones del --
paciente-en todos los casos fue de urgencia-,falta a veces --
del producto hemático en cantidades adecuadas y falta también
de trabajo interdisciplinario con otras especialidades en oca-
siones.
- j) Individualizar en cada caso el tratamiento quirúrgico más-
apropiado para la causa que esté condicionando la úlcera pép-
tica y sus complicaciones.
- k) Por último cabe resaltar el protocolo de tratamiento qui--
rúrgico,realizado en este Hospital por el Dr.Modesto Ayala --
Aguilar Médico Adscrito al Servicio de Cirugía gral.que cons-
tituye una guía práctica para el manejo de éstos pacientes.

TRATAMIENTO QUIRURGICO



DR. MODESTO AYALA AGUILAR

TRATAMIENTO QUIRURGICO



DR. MODESTO AYALA AGUILAR

IX. BIBLIOGRAFIA.

- 1) Maingot. Operaciones abdominales. 8a edición, vol 1
pág 724-750
- 2) Laurence W. Way Diagnóstico y tratamiento Quirúrgicos
7a edición, 1989, Manual Moderno.
- 3) Clínicas quirúrgicas de Norteamérica
Ulceras duodenal y gástrica crónicas
Vol 3 1987 pags 513-527
- 4) Aldrete Joaquín S. El tratamiento Quirúrgico de la
Úlcera Péptica. Rev. Cirujano Gral, Vol 10, No 4, 1988
- 5) Baron JH: Current Views of Pathogenesis of peptic ulcer
Scand J Gastroenterol 17, 7-20, 1988.
- 6) Boey J Lee Immediate Definitive surgery for perforated
duodenal ulcers: A prospective controlled trial.
Ann Surg 196: 338-344, 1987
- 7) Brooks FP: The Pathofisiology of peptic ulcer disease
Dig Dis Sci 30: 15-29, 1988
- 8) Christiansen J: Somatostatin in mucosa of stomach and
duodenum in gastroduodenal disease. Gastroenterology 75: 13-19
1988.
- 9) Devitt HT: N Fatal bleeding ulcer Ann Surg 164: 840 344
1981
- 10) Farris JM: Apraisal of de Long term results of vagotomy
pyloroplasty in 100 patients with bleeding duodenal ulcer
Ann surg 166: 630-639, 1987

- 11) Feldman M: Total 24 hour gastric acid secretion in patients with duodenal ulcer. *Gastroenterology* 90:540-44 1989
- 12) Fisher MD: Obstructing peptic ulcers: results of treatment *Arch Surg* 94: 724-27, 1987
- 13) Fisher RS: Pyloric sphincter dysfunction in patients with gastric ulcer
N Engl J Med 288:273-280, 1986
- 14) Fromm D: ulcer duodenal: Surgical treatment of digestive disease, Chicago Medical Book, 1986, p 222
- 15) Gorey TF: Highly selective vagotomy in duodenal ulceration and its complications. A 12 year Review
Ann Surg 200:181-184. 1989.
- 16) Greco RS: Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcer. *Am J Surg* 127:109-114, 1984
- 17) Griffiths DW: The visible vessel as an indicator of uncontrolled of recurrent gastrointestinal hemorrhage.
N Engl J Med 30 1411-1413, 1989
- 18) Hoerr SO: late results of three operations for chronic duodenal ulcer: vagotomy-gastrojejunostomy, vagotomy-hemigastrectomy, vagotomy pyloroplasty. Interim report *Ann Surg* 176:403-411 1987
- 19) Hunt PS: Surgical management of bleeding chronic peptic ulcer: A ten year prospective study. *Ann Surg* 199 44-50, 1984
- 20) Isenberg JI: Increased sensitivity to stimulation of acid secretion by pentagastrin in duodenal ulcer
J clin Invest 55 330-337, 1985