



11209  
5  
20

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DEL CENTRO MEDICO  
"LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL

"ULCERA PEPTICA PERFORADA:  
FACTORES PRONOSTICO"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ESPECIALIDAD EN  
CIRUGIA GENERAL**

P R E S E N T A :

*Dr. Javier Aarón | Antonio Hernández*

ASESOR DE TESIS:  
DRA. GRACIELA ZEERMEÑO GOMEZ





## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

<i>Introducción.....</i>	<i>1</i>
<i>Justificación.....</i>	<i>3</i>
<i>Objetivo general.....</i>	<i>3</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>3</i>
<i>Marco teórico.....</i>	<i>4</i>
<i>Historia.....</i>	<i>5</i>
<i>Historia natural de la perforación.....</i>	<i>6</i>
<i>Efecto del líquido derramado.....</i>	<i>6</i>
<i>Materia y método.....</i>	<i>10</i>
<i>Resultados.....</i>	<i>11</i>
<i>Morbilidad.....</i>	<i>26</i>
<i>Mortalidad.....</i>	<i>27</i>
<i>Conclusiones.....</i>	<i>27</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>29</i>

## FACTORES PRONOSTICOS EN ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA

La catástrofe abdominal que sigue a la perforación de la úlcera péptica, esta determinada por lo caustico del material derramado. El conocimiento de la Historia Natural de la enfermedad ulcerosa y sus complicaciones, específicamente la perforación y los procedimientos quirúrgicos que pudieran realizarse ante esta situación de urgencia; modifica el pronóstico de la enfermedad (2). Desde que se realizó con éxito el primer cierre primario en una úlcera péptica perforada en 1891, se han ideado muchos métodos para controlar los efectos de la perforación. Estos métodos incluyen procedimientos médicos y una gran variedad de técnicas operatorias.

En la última década las complicaciones graves de la úlcera péptica han disminuido, esto se atribuye al advenimiento de los bloqueadores histamínicos (2,3,4,19,20) los cuales han sido capaces de controlar la enfermedad ulcerosa, sin embargo la incidencia de la perforación por úlcera péptica aparentemente no se ha modificado.

La perforación de la úlcera péptica, es una complicación grave, ya que si el diagnóstico y el tratamiento son retrasados pueden llevar a la muerte. La cirugía es el único tratamiento para la urgencia y dentro de la gran variedad de cirugías para la enfermedad ulcerosa, la mas utilizada en nuestro medio es el parche de epiploon (Graham-Steele) sin ser un procedimiento definitivo para el problema (5).

La finalidad del procedimiento quirúrgico de urgencia es resolver el cuadro abdominal agudo y en segundo lugar la patología de fondo (9).

La decisión quirúrgica de urgencia depende de las condiciones generales del paciente (choque, sepsis, peritonitis o enfermedades intercurrentes) (8,9,10).

El parche de Graham es el tratamiento mas rápido y seguro, sin que esto resuelva en forma definitiva el problema de fondo. Los ancianos cuya primera manifestación de la enfermedad ulcerosa es la perforación, el tratamiento ideal es el

mas sencillo (10).

La mortalidad en úlcera péptica perforada continua siendo muy elevada, del 10 al 24 % en diferentes series internacionales. Siendo todavia más alta la morbilidad que va desde infección de la herida, abscesos residuales, hasta la residiva y nuevas perforaciones (11).

## *J U S T I F I C A C I O N .*

*A pesar de la disminución de las complicaciones graves de la úlcera péptica; la perforación en nuestro medio continua siendo - un problema serio, ya que la morbilidad es alta y la incidencia parece no variar en las últimas décadas. Se intenta de terminar los factores predictivos que influyen en la mortalidad de la úlcera péptica perforada.*

*Es un estudio retrospectivo, transversal de los expedientes de pacientes con úlcera péptica perforada, en un periodo de tiempo de dos años en el Servicio de Cirugía General del Centro Médico La Raza.*

### *OBJETIVO GENERAL.*

*Conocer los diferentes factores preexistentes que influyen directamente sobre la morbilidad y mortalidad en la úlcera péptica perforada.*

### *OBJETIVOS ESPECIFICOS.*

*En base a los factores que influyan directamente sobre la morbilidad poder predecir la severidad del padecimiento.*

## MARCO TEORICO.

Se ha observado una marcada disminución en la admisión hospitalaria por úlcera péptica en los E.U., Inglaterra, Gales y Escocia en la últimas dos décadas, siendo en los E.U. hasta de un 43 % y en los países europeos la disminución es del 33%. Sin embargo el número de ingreso por úlcera péptica perforada, no ha disminuido, siendo más frecuente en varones de edad media y mujeres viejas, las muertes atribuidas a enfermedad ulcerosa son en la mayoría de los casos de perforación. (11)

Es difícil predecir que pacientes se pueden perforar. DeBakey revisó 33,439 casos de úlcera encontrando 4.410 perforaciones (13.3%). Bagen en 1929 encontró de 9475 ulcerosos un 18.1% de perforaciones. Sin embargo estos estudios son en base al número de pacientes hospitalizados, sin contar los que son tratados fuera de los centros quirúrgicos (12).

A pesar de la utilización de los bloqueadores histamínicos, la incidencia de las perforaciones no ha disminuido en la última década, siendo de 4 a 10 por 100,000 hab por año (6,7).

A mediados del siglo XIX la perforación era una complicación rara. En 1857 Brinton recolecta 234 casos publicados. En el siguiente siglo el incremento fue notable, alcanzando la máxima incidencia alrededor de 1950.

Dank y MacArthur (1983) describen una disminución de los años de 1950 a 1960 con las dos últimas décadas del 21.6 al 14.6 por 100,000 habitantes respectivamente. Sin embargo en la última década la incidencia global de úlcera péptica es del 5 al 10 por 100,000 habitantes.

Stewart y Winsler, en 1942 presentaron evidencia acerca de la relación que existe entre la ansiedad inducida por el stress y la perforación de úlcera péptica, ya que en Londres, durante septiembre y octubre de 1940 que corresponde con la época de -

Los ataques aéreos, la incidencia de úlcera perforada aumentó notablemente (2).

**SEXO:** La perforación de la úlcera péptica es más común en el hombre que en la mujer. En 1953 la relación era de 19:1, en 1966 de 6:1, y en 1973 de 4:1. Si bien la perforación de la úlcera duodenal es más común en el hombre, la proporción de la gástrica puede ser igual o mayor en la mujer (2,5).

**EDAD:** Hasta 1940 un 75% de las perforaciones de úlcera péptica ocurrían entre la tercera y quinta década de la vida. En los últimos 10 años las perforaciones ocurren en la sexta, séptima y octava década de la vida. Las úlceras gástricas son más frecuentes en edad avanzada. La mortalidad en pacientes mayores de 65 años sigue siendo elevada hasta un 31%. También puede existir perforación en el período neonatal y durante la niñez, durante el embarazo es extremadamente rara (2,3,5).

#### **HISTORIA:**

La primera publicación que reportó un grupo de pacientes con perforación libre aguda de úlcera péptica, fue hecha por Benjamin Treavens en 1817. En 1843 Edward Crisp reportó 50 casos. El tratamiento quirúrgico de la perforación fue realizado por Mikulicz en 1884. El primer cirno con éxito fue una úlcera gástrica perforada, fue realizada por Heusner en 1891, y Dean reportó exitosamente una úlcera duodenal perforada en 1894.

En 1897 Braun añadió una gastroenterostomía posterior. En 1902 Keetley iniciaba inmediatamente con una gastrectomía. A mediados del presente siglo, Dragstedt añadió la vagotomía que fue un método curativo para la úlcera.

El rango de muerte comparada con perforación y sangrado gastroduodenal es de 3:2. La mortalidad para la perforación de úlcera gástrica es de 20 % y de 10-12 % para úlcera duodenal perforada (8,9,10,13,14,15).

Las defunciones por complicaciones de úlcera péptica de 1970 a 1978 fue de 3.5% para hemorragia, 9% para úlcera duode



nal perforada, y de 13% para úlcera gástrica perforada.

Se estima que posterior al cierre simple de una úlcera péptica perforada, 70% de los pacientes continúan con datos de enfermedad ulcerosa, y la mitad aproximadamente requieren de intervención quirúrgica. para un método definitivo (2, 16, 17, 18).5

#### **HISTORIA NATURAL DE LA PERFORACION:**

La perforación libre aguda de una úlcera puede ocurrir sólo cuando se penetra la capa serosa. posterior a una perforación aguda o crónica transmural. El epiplón mayor o el hígado pueden sellar la perforación, produciendo una gran fibrosis del hígado al duodeno.

Cuando existe perforación de una úlcera gástrica en el cuerpo lo largo de la curvatura menor, el factor de continuidad esta dado por la lengüeta del hígado y esto la puede sellar. Las perforaciones pequeñas son más probable que puedan sellar espontáneamente.

Ocasionalmente en el cierre parcial, persiste una pequeña solución de continuidad en cualquier parte adyacente a la úlcera. radiologicamente se puede obtener una imagen de aire libre, y en algunas ocasiones se hace un estudio contrastado, puede semejar la imagen de un divertículo (2).

#### **EFECTO DEL LIQUIDO DERRAMADO:**

En la literatura, la perforación de una úlcera gástrica o duodenal, siempre es considerada como una misma entidad, porque son clínicamente idénticas en una perforación gástrica o duodenal; el contenido del líquido derramado revela siempre ácido clorhídrico y otros irritantes peritoneales como alimentos, gérmenes de la microflora bacteriana oral.

Inicialmente los cultivos del material aspirado son estériles. Además del líquido gástrico derramado, se encuentra el líquido de la papila de Vater. este fluido esta constituido -

por bilis y jugo pancreático: la activación enzimática de la -  
 enteroquinasa, de tripsina y quimi tripsina desarrolla un ileo  
 paralítico, estasis entérica y se presenta una regurgitación -  
 del contenido duodeno-yeyunal. Esta fase secundaria regurgitati-  
 va incrementa la cantidad de bilis, enzimas pancreáticas acti-  
 vas así como la existencia de flora entérica proximal, dentro  
 de la cavidad peritoneal. a través de la perforación gástrica-  
 o duodenal. La amilasa contenida en el líquido peritoneal, es  
 indicativo de que el líquido derramado proviene de la papila de  
 Vater.

El papel de las enzimas pancreáticas en la peritonitis no  
 se ha establecido. Cuando el fluido peritoneal es de color ca-  
 fe indica la presencia de altas concentraciones de amilasa,  
 correlacionándose con una gran cantidad de afluente por la papi-  
 la, lo que da como resultado la ausencia del característico co-  
 lor verde. La úlcera péptica perforada, es la causa más frecuen-  
 te de peritonitis biliar. La gran letalidad de la peritonitis -  
 biliar fue demostrada por el estudio de Hankins y clo, y ratifi-  
 cada por Donetz y Erickson.

=====	
*Esófago	
aire	
alimentos	
saliva	
bacterias	
*Estómago	
HCl	Derrame
pepsina	
otros	Intraperitoneal.
*Duodeno	
enteroquinasa	
papila	
bilis	
jugos pancreáticos	
=====	

Fig. 1: Sustancias de un derrame intraperitoneal, por  
 úlcera péptica perforada, son cualitativa y -  
 cuantitativamente semejantes, tanto en perfora-  
 ción gástrica como duodenal.

Después de 6-12 horas de ocurrida la perforación, se inicia la proliferación de la microflora oral, así como de la intestinal, lo que lleva a una peritonitis bacteriana subneagradada, la severidad de esta entidad es extremadamente variable. Al realizarse la operación deberán tomarse cultivos, para determinar la naturaleza de la flora del líquido peritoneal, estos cultivos deberán ser para aerobios y anaerobios, con pruebas de sensibilidad para antibióticos. El estreptococo es el germen más comúnmente encontrado, y los bacilos gram-negativos son los que se encuentran presentes generalmente.

		Acido combinado	14	mEq/L
		Acido libre	0	
Líquido		Bilirrubina	2.0	mg%
peritoneal		Chocolate	?	
		Amilasa	9600	unidades
		Tripsina	5.8	/mL
		Albumina		
		Globulina	2.8	mg%
		Sodio	136	mEq/L
Jugo gástrico		Potasio	5.2	mEq/L
Acido libre	0	Cloro	108	mEq/L
pH	4.5	Bicarbonato	26	mEq/L
Amilasa	50			

Fig. 2. Determinación química y enzimática, en comparación con acidez gástrica, en una úlcera duodenal perforada. La concentración de amilasa es proporcional a la cantidad de bilis del fluido peritoneal.

La extensión y la intensidad de la peritonitis química-enzimática bacteriana, puede ser considerada como una quemadura peritoneal que es directamente proporcional a la cantidad de el líquido derramado y a el tiempo de la perforación.

Las cualidades irritantes del líquido derramado puede manifestarse por la gran cantidad de fibra, característicamente-

presente dentro de este tipo de abdomen. Especialmente en la región de la perforación.

Los efectos intrabdominales del material derramado también incluyen una reacción aguda por los efectos del plasma diluido, que se ha ventido, dentro de la cavidad abdominal y el tejido areolar yuxtaperitoneal. Además, el consecuente ileo paralítico se asocia con el estancamiento de los líquidos intraluminales e intramurales del intestino. Igualmente aumenta el secuestro del material derramado por la perforación, y se puede manifestar en el postoperatorio como choque.

La hiperemia intensa es un componente de la peritonitis. Estudios indican que los contocircuitos arteriovenosos, pueden acompañar la peritonitis, esto se evidencia por un gasto cardíaco elevado y aumento del volumen circulante. El dolor abdominal intenso, trae como consecuencia una disminución de los movimientos tonocoabdominales de los músculos respiratorios, esto a su vez trae como consecuencia una marcada interferencia entre la función bronquial y el parénquima pulmonar. Estos problemas pulmonares son agravados, cuando el paciente presenta neumoperitoneo, con irritación peritoneal importante y distensión abdominal (2,12).

## MATERIAL Y METODO

### 1) Pacientes estudiados

Se analizaron los expedientes de 24 pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía General del Hospital General del Centro Médico La Raza en los cuales se corroboró por cirugía la existencia de úlcera péptica perforada. En un periodo comprendido del 10 de Julio de 1989 al 30 de Junio de 1991.

El grupo está compuesto de 18 hombres (75%) y 6 mujeres (25%), con una edad media de 54 años, en un rango de 24 a 74 años.

### 2) Método

Se elaboró una hoja de concentrado de datos, en donde fueron vertidos los datos requeridos de cada expediente, se analizaron un total de 18 variables.

Edad

Sexo

Tiempo entre la perforación e ingreso a urgencias

Patologías coexistentes

Tiempo entre el ingreso y la cirugía

Antecedente de enfermedad ácido péptica

complicaciones previas

Tabaquismo

Alcoholismo

Ingesta de aspirina, AINES, broncodilatadores, esteroides

Transfusión sanguínea preoperatoria

Hipotensión

Hemoglobina y hematocrito

Sitio de la perforación

Tipo de cirugía

Reintervención

Se analizaron cada una de las variables, y se correlacionó con la morbimortalidad presentada, para determinar la importancia como valores predictivos en la úlcera péptica perforada.

## RESULTADOS

### 1) SEXO

De un total de 24 pacientes, 18 correspondieron al sexo masculino (75%); 6 al sexo femenino (25%), con una proporción de 3:1 (Fig 3).

### 2) EDAD

La edad de los pacientes se encontró entre 24 y 74 años con una media de 54. La distribución por décadas fue: 20-29, 1 (4.1%); 40-49, 6 (25%); 50-59, 9 (37.5%); 60-69, 5 (20.8%); y 70-79, 3 (12.5%). Siendo la mayor proporción en la sexta década de la vida. (Fig 4). Teniendo en cuenta que no se maneja población penitenciaria en nuestro servicio.

### 3) TIEMPO DE PERFORACION

El tiempo transcurrido desde la perforación, hasta el ingreso al servicio de urgencias fue muy variado, desde dos horas hasta un mes. Un paciente tratado como colecistitis aguda durante un mes, siendo el más viejo de nuestra serie. (Fig 5)

El tiempo entre la perforación y el ingreso fue como sigue: 1-6 hs 6 (25%); 7-12 hs, 7 (29.1%); 13-24 hs, 5, (20.8%); 25-48 hs, 3 (12.5%); 49-72 hs, 1 (4.1%); y más de 72 hs 2 (8.3%).

FIG. 3 DISTRIBUCION Y RELACION POR SEXO

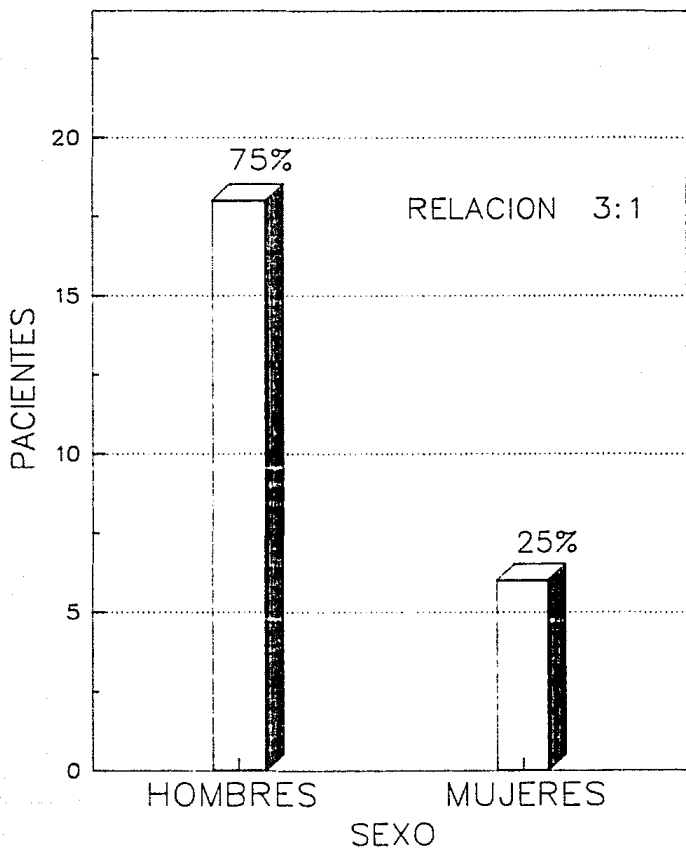
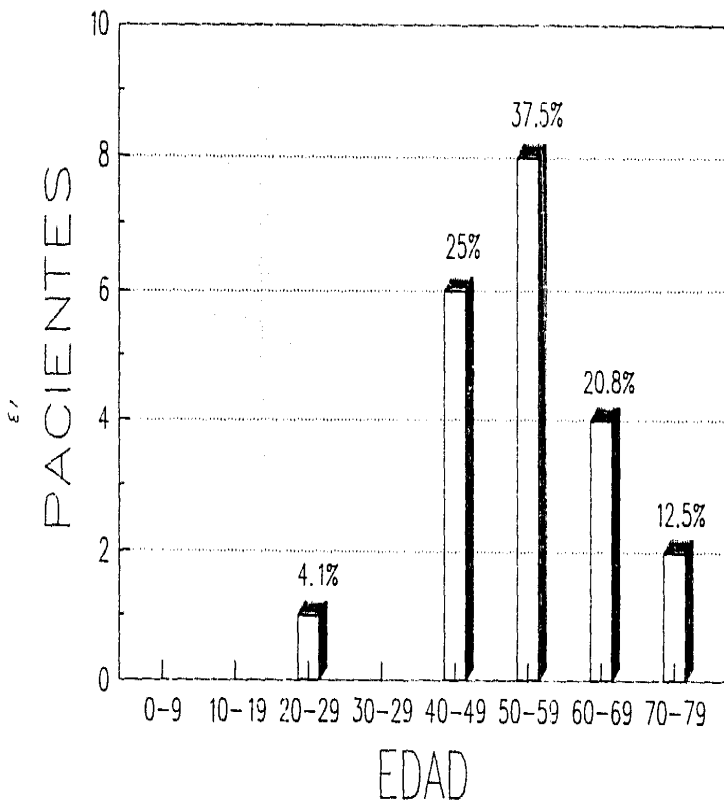


FIG. 4 DISTRIBUCION POR EDAD

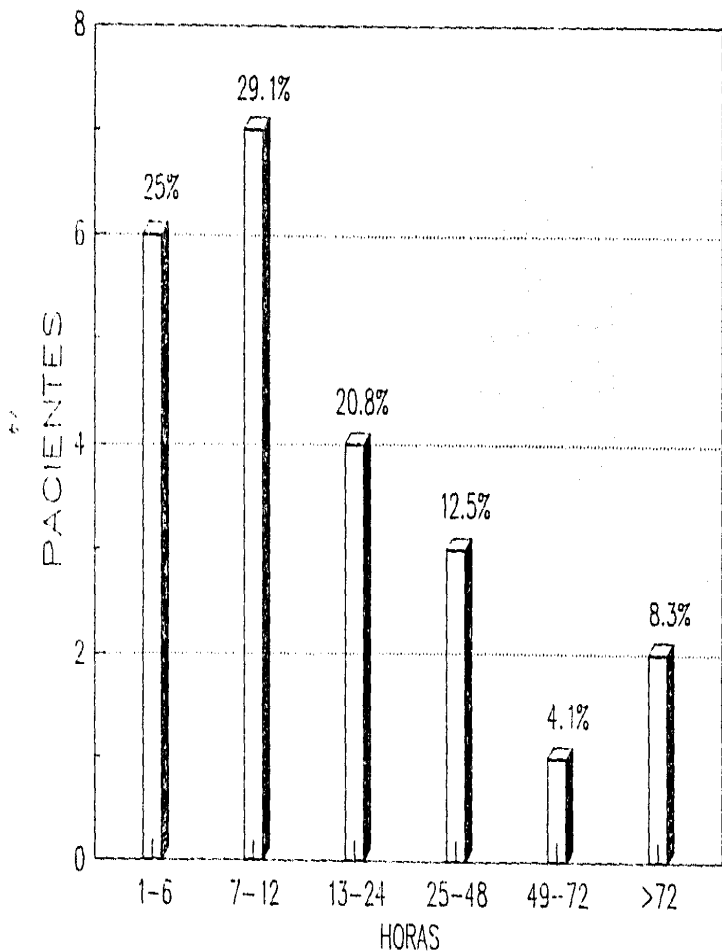


Rango: 24-74 años

Media: 54 años



FIG. 5 HORAS DE PERFORACION



#### 4) PATOLOGIAS COEXISTENTES

De los expedientes revisados, se encontró patología coexistente en 20 (83.2%); estas fueron: Diabetes mellitus en 8; hipertensión arterial sistémica en 3; cardiopatía mixta en 3; hernia hiatal, 3; hipertrofia prostática, angos, estenosis de uretra, cirrosis, enfisema, EPOC, secuelas de TBP, y silicosis, todos en 1; Litiasis vesicular en 2.

Los pacientes que presentaron una sola patología coexistente fueron 13 (54.1%); dos patologías, 4 (16.6%); y con 3 o más, 3 (12.5%). (Fig. 6)

#### 5) TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO A URGENCIAS Y LA CIRUGIA

El tiempo transcurrido desde el ingreso al servicio de urgencias del hospital, y la intervención quirúrgica va rió desde 3 horas, hasta 16 días. Cuatro de los pacientes fueron intervenidos después de 24 horas de la perforación.

Un paciente intervenido a los dos días de la perforación diabético con descompensación metabólica grave y desequilibrio hidroelectrolítico severo, fue diferida la cirugía hasta mejorar su estado general.

El segundo paciente, tenía un cuadro de un mes de evolución tratado como colecistitis, teniendo una úlcera perforada y sellada; otros dos pacientes también se retrabó el diagnóstico y tratamiento por ser manejados como colecistitis, en ambos la úlcera estaba sellada.

La concentración de pacientes fue la siguiente: de 0-12 hs, 15 (62.5%); de 13-24 hs, 5 (20.6%); y más de 24 hs, 4 (16.7%).

FIG. 6 PATOLOGIAS PREEXISTENTES

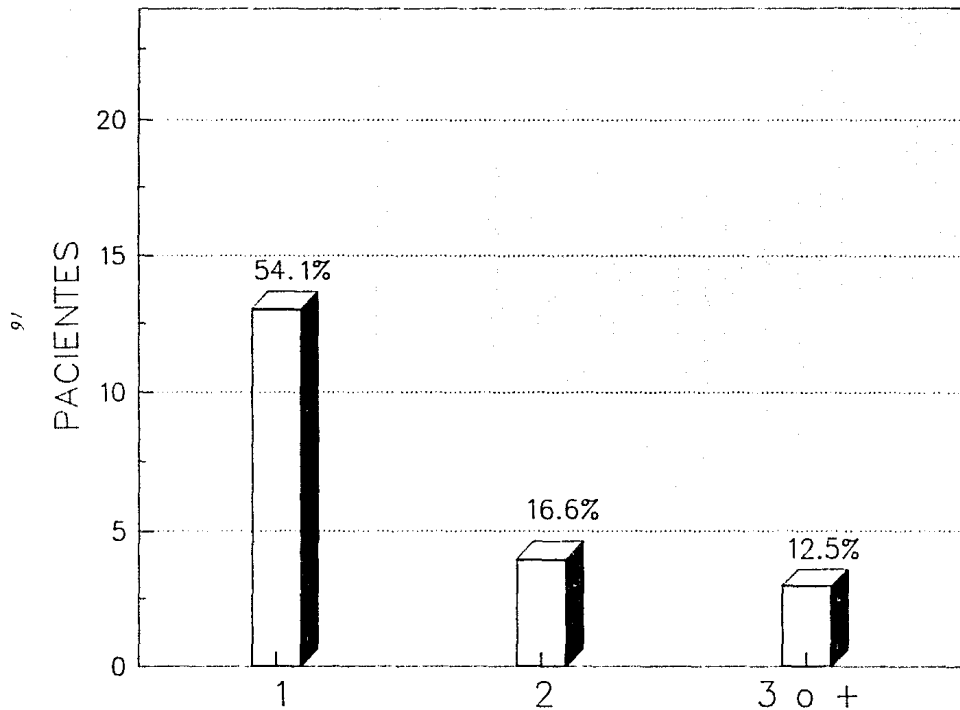
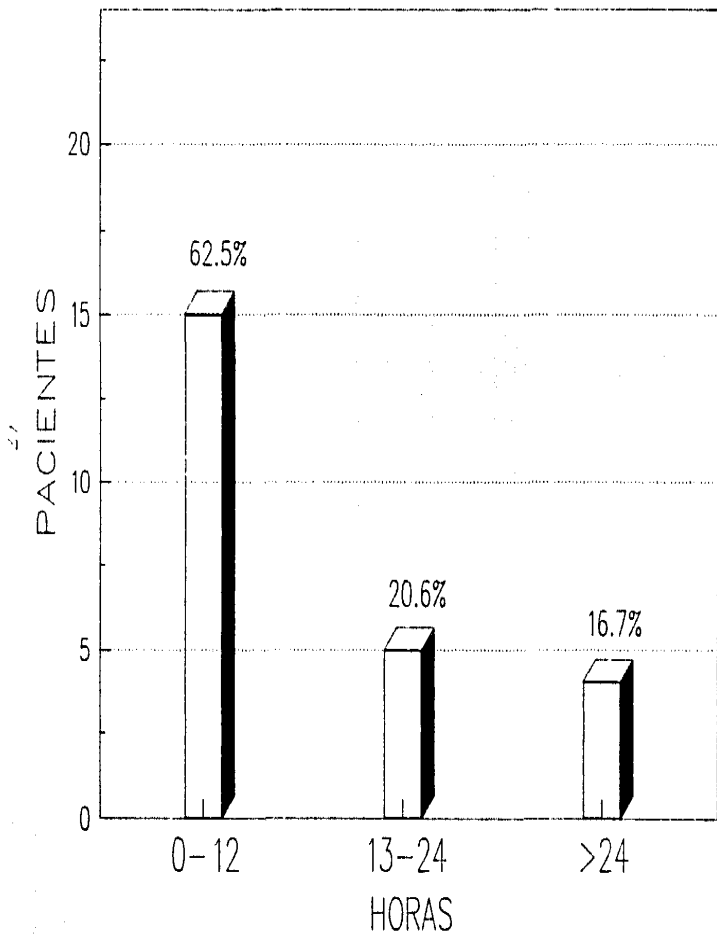


FIG. 7 TIEMPO ENTRE INGRESO A URGENCIA Y CIRUGIA



## 6) ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

Se catalogo como antecedente de enfermedad ácido péptica a aquellos pacientes que refirieron cierto grado de pirosis, dolor ardoroso en epigastrio, regurgitación, siendo el 62.5% (Fig 8) El tiempo vario de 2 meses a 25 años.

## 7) COMPLICACIONES PREVIAS

En este rubro se consideraron complicaciones previas, a aquellas que se derivan directamente de enfermedades ulcerosas. Se encontró en 4 pacientes (16.4%), todos habían presentado episodios de melena. (Fig 9).

En un paciente se había diagnosticado úlcera gástrica 15 años antes, y había recibido tratamiento médico en forma irregular, además continuaba bebiendo alcohol, y consumiendo tabaco.

## 8) TABAQUISMO

En nuestro estudio, encontramos que el 58.3% de los pacientes (14 pac) eran fumadores, las cantidades de cigarrillos consumidos variaron desde 4 cigarrillos hasta 20 cajetillas. (Fig 10)

## 9) ALCOHOLISMO

De nuestro grupo de pacientes, 12 (50%), eran alcohólicas. Cuando menos una vez a la semana se alcoholizaban (Fig 11)

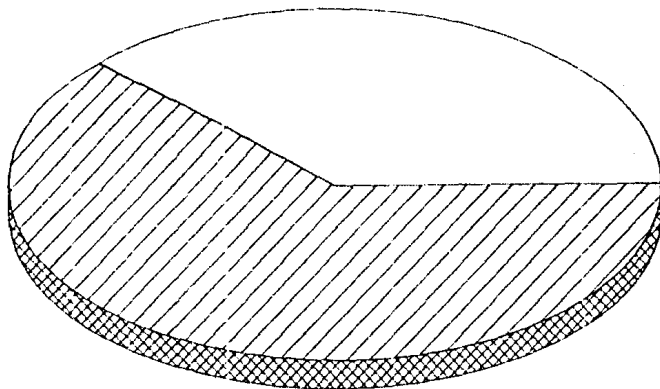
## 10) INGESTA DE ASPIRINA O ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS

Del grupo de pacientes estudiados, unicamente se reportan dos pacientes que es un 8.3% (Fig 11).

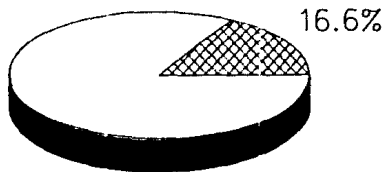
## 11) USO DE BRONCODILADORES

El uso de broncodilatadores se reporto en 3 pacientes para un 12.5% (Fig 11).

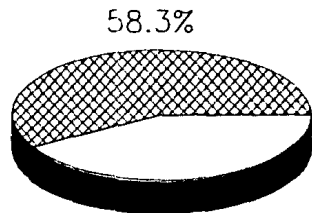
**FIG. 8 ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA**



62.5%



**FIG.9 COMPLICACIONES PREVIAS**



**FIG.10 TABAQUISMO**

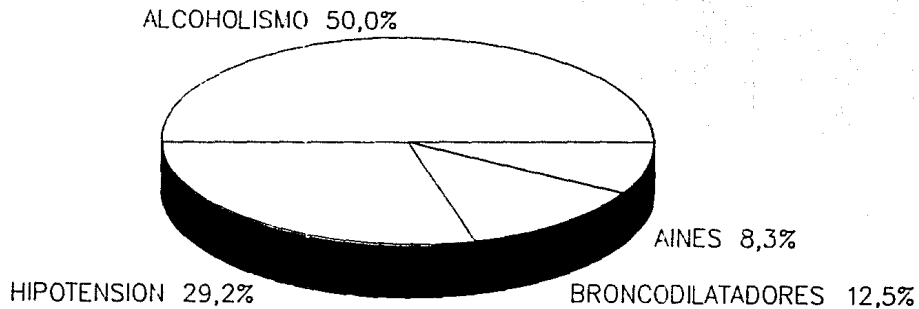


FIG. 11



#### 14) HIPOTENSION

En este grupo de pacientes, siete cursaron con hipotensión, para un 29.1% (Fig 11).

#### 15) HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

En el grupo estudiado, todos los reportes iniciales de laboratorio demuestran una hemoglobina por arriba de 15 gramos, y en todos los pacientes el reporte de hematocrito es superior a 45.

#### 16) SITIO DE LA PERFORACION

Se encontró en los reportes del acto quirúrgico los siguientes datos: prepilonica 19 (79.1%); pilonica 3 (12.5%); y duodeno 2 (8.3%), en el tamaño de la perforación varió desde 1 mm hasta 4 cm (Fig 12).

#### 17) TIPO DE CIRUGIA

El tipo de cirugía realizada fue panche de Graham en 18 pacientes (75%); vagotomía troncular más pilonoplastia (VTP) en un paciente (4.1%); yeyunostomía (Y) en un paciente (4.1%); cierre primario de la úlcera más panche de Graham (CP+PG) en 5 pacientes (20.8%) (Fig 13).

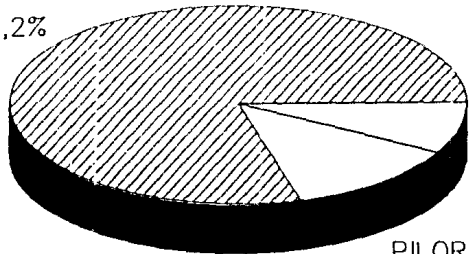
#### 18) REINTERVENCION

La reintervención programada, por persistencia de la sintomatología de enfermedad ulcerosa, fue en un paciente lo que correspondió al 4.1% (Fig 14).

**FIG.12 SITIO DE PERFORACION**

23

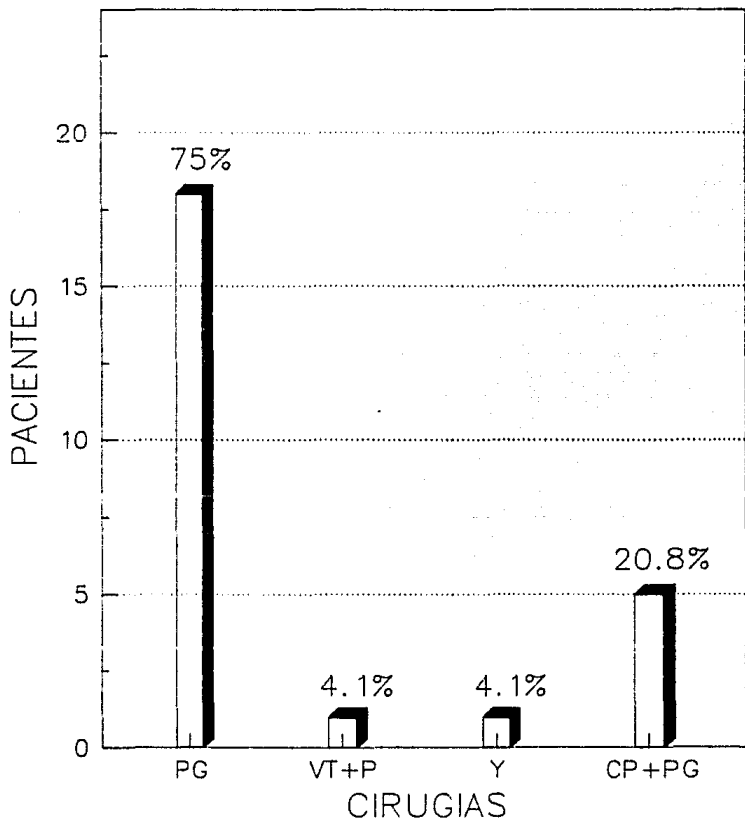
PREPILORICA 79,2%



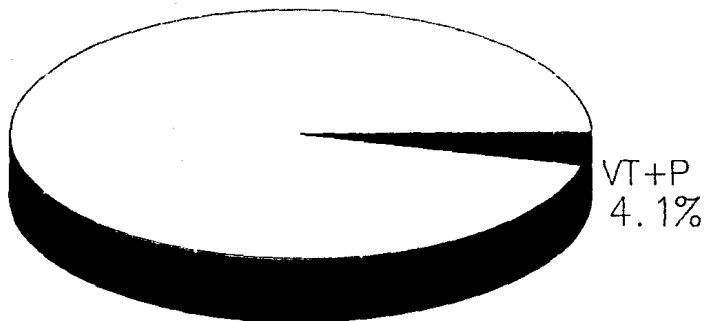
DUODENAL 8,3%

PILORICA 12,5%

**FIG.13 TIPO DE CIRUGIA**



## FIG.14 REINTERVENCION



## MORBILIDAD:

La morbilidad global fue de 8 pacientes (33.3%), lo cual es mayor a lo reportado en la literatura mundial. El mayor número de complicaciones fue para absceso de pared con 3 (12.5%); seguidos por fístulas gastrocutánea en 2 (8.3%), en estos pacientes la perforación se reportó en el antro, una de 2 cm y otra de 3 cm para cada uno de los pacientes. en uno de estos se realizó cierre primario más panche de Graham y yeyunostomía. Un paciente cursó con insuficiencia renal aguda lo que correspondió al 4.1%; un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, uno más con tromboembolia pulmonar, estos dos últimos fallecieron por falla orgánica múltiple.

La morbilidad se presentó en 5 hombres (62.5%) y en 3 mujeres (37.5%), con un rango aproximado hombre-mujer de 1.6:1.

La mayor morbilidad se presentó en la quinta década de la vida con 3 casos (37.5%), seguido por la sexta y séptima década dos casos respectivamente (25%); y en la octava década un sólo caso (12.5%).

En cuanto al tiempo de duración de la sintomatología ulceroasa aguda y la cirugía, solamente 3 pacientes fueron operados dentro de las primeras 24 hs. teniendo un porcentaje de -- 37.5%. En el período comprendido de 24 a 48 hs fueron operados 3 pacientes (37.5%); y más de 48 hs se sometieron a cirugía 2 pacientes (25%).

En lo que respecta a patologías coexistentes, un paciente no presentaba otra enfermedad (12.5%); cuatro presentaban una sola (50%); tres presentaban 3 o más patologías (37.5%).

Dos pacientes no tenían antecedente de enfermedad ulceroasa previa (25%), se encontraban estos dos en la quinta década de la vida; tres habían presentado melena antes del episodio agudo (37.5%). El alcoholismo se presentó en 5 casos (62.5%). El tabaquismo en 4 pacientes (50%).

De los pacientes operados en 5 se realizó panche de Gra -

ham (62.5); en uno panche más yeyunostomía (12.5%); y en Los 2 restantes se realizó cierre primario de la perforación con panche de Graham (12.25), estos dos pacientes tenían la perforación en la región prepilonica; en uno de ellos se realizó vagotomía troncular más pilonoplastia, tres meses posteriores a la cirugía de urgencia, por persistencia de sintomatología de enfermedad ulcerosa.

#### MORTALIDAD:

La mortalidad global se reportó en dos pacientes, lo que representa un 8.33%, lo cual está por debajo de lo reportado en la literatura universal, que va del 10 al 24%. En nuestra serie la mortalidad fue en la sexta y en la octava década de la vida. Estos dos pacientes presentaron 3 o más patologías pre-existentes, ambos tenían antecedente de enfermedad ácido péptica, ambos pacientes fueron del sexo femenino.

#### CONCLUSIONES:

Las complicaciones de cirugía por enfermedad ulcerosa complicada por perforación, van en relación directa con el antecedente de enfermedad preexistente, estas aumentan en forma considerable la morbimortalidad por problemas secundarios no relacionados con la úlcera, pero que aumentan el riesgo quirúrgico, así como las complicaciones postoperatorias. No se encontró importancia estadísticamente significativa a cada uno de los parámetros evaluados en forma individual, ya que ninguno de ellos fueron repetitivos en los pacientes que murieron. Las complicaciones presentadas, son similares para las presentadas en cualquier tipo de cirugía de urgencias, en condiciones similares.

No se puede determinar con exactitud un factor determinante para la formación de abscesos de pared, ya que en esto influye, el tiempo y los hallazgos quirúrgicos así como el manejo de los tejidos.

El postoperatorio tardío no fue valioso, ya que el grupo de pacientes fue dado de alta y se perdió su seguimiento.

Lo anterior pone de manifiesto que el manejo quirúrgico de urgencias de úlcera péptica perforada, resuelve en forma importante el problema, que debemos tener cuidado especial en aquellos pacientes que presentan más de dos patologías pre-existentes, ya que las complicaciones del postoperatorio pueden llevarlo a la muerte; por último que la valoración postoperatoria del paciente es de suma importancia, ya que esto determinará la necesidad de una nueva cirugía en forma electiva, para corrección definitiva de la patología ulcerosa.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Howard M Spino. Gastroenterología clínica. 3a edición. México. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1987.
- 2) Lloyd M Nyhus. SURGERY OF THE STOMACH AND DUODENUM. Estados Unidos. Brown and company. cuarta edición. 1986.
- 3) César Gutierrez Samperio. FISIOPATOLOGIA QUIRURGICA DEL APARATO DIGESTIVO. 1a Edición. México. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. 1989.
- 4) Seymour I Schwartz, Harold Ellis. MAINWIGTS, OPERACIONES ABDOMINALES. 8a Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. S.A. 1986.
- 5) Swand, Skines, Spencer, Storen. Principios de cirugía. 3a Edición. México. Editorial McGraw-Hill S.A. 1987.
- 6) Villalobos, Vargas, Arroyo, Barrera, Centeno, Condoña, Manin. Famotidina versus Cimetidina en el tratamiento de la úlcera duodenal no complicada. Estudio multicéntrico. *Revista gastroenterológica de México*. 53;1: 7-12:1988.
- 7) Hom, Sann, Kelly, Hench. Postoperative Gastric atony After Vagotomy for Obstructing Peptic Ulcer. *THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY*. 157: 282-286: marzo 1989.
- 8) Bodner, Harrington, and Kim. A MULTIFACTORIAL ANALYSIS OF MORTALIDAD AND MORBIDITY IN PERFORATED PEPTIC ULCER DISEASE. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*; Octubre 1990: 171; 315-320.
- 9) Buey, Choi, Poon, and Alagaratnum. Risk stratification in perforated duodenal ulcer: A preoperative validation of risk factors. *Ann Surgery*. 1987: 205; 22-26.
- 10) McGuire, Hunsley. Emergency operations for gastric and duodenal ulcer in high risk patients. *Ann Surgery*. 1986: 203; 551-557.
- 11) Samuel Eric Wilson. INFECCIONES INTRABDOMINALES: Diagnóstico y tratamiento. 1a edición Editorial McGraw-Hill. México. 1987.
- 12) Lewis RI: Wound infection after gastroduodenal operations: A 10 year review. *Can J. Surgery*. 20: 435. 1977.
- 13) Buchner, John C, Austin, Steinberg, Russell, Postier. Factors Predicting Failure of Medical Therapy for Gastric Ulcer. *The American Journal Surgery*. 158. Diciembre. 1989; 570-573
- 14) Vixick AH. Measured radical gastrectomy: review of 505 operations for peptic ulcer. *Lancet*. 1989. 209: 694-697.



15) Drury JK, McKay AG, Hutchinson JSF and Joffe  
Natural History of perforated ulcer treated by simple closure.  
Lancet. 1978. 2: 749-750.

16) Meisner S, Jørgensen LN, and Jensen HE. The Kaplan and Meier and Nelson estimate for the probability of ulcer recurrence 10 and 15 years after parietal cell vagotomy. Ann - Surgery. 1988. 207: 1-3.

17) Christiansen J, Andersen OB, Sunnesen T, and Baekgaard H. Perforated duodenal ulcer managed by simple closure and proximal gastric vagotomy. In Journal Surgery. 1987; 74:286-287.

18) Boey F, Lee H, Koo J. Immediate definitive surgery for duodenal ulcer. Ann Surgery. 1982. 196" 338-344.

19) Bendhan KD, Bianchi P, Bose K, Daly M, Jonsson E, Lazzaroni M. A comparison of two different doses of Omeprazole versus Ranitidine in treatment of duodenal ulcer. Journal Clin Gastroenterology 8 (4): 408-413; 1986.

20) Anders W, Baden JP, Classen M, Dipen D, Rutgeson K, and Eriksson S. Effect of Omeprazole and ranitidine on ulcer healing and relapse rates in patients with benign gastric ulcer. The New England Journal of Medicine. 1989;320: 69-75.