

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

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

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA
ULCERA DUODENAL

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL DR.
ESTEBAN MALDONADO TORRES

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL

14 OCT. 1992

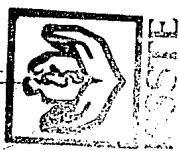
Subdirección General Médica
Departamento de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación

[Handwritten signature]

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
Coordinador de Capacitación
Desarrollo e Investigación

[Handwritten signature]

DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
Profesor Titular del Curso
de Cirugía General

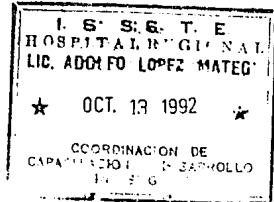


[Handwritten signature]

DR. AMARO GOMEZ ANGELES
Coordinador de Cirugía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993





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.

REGINACION

USUARIAS

INDICE

	Pág.
Presentación	
Resumen español-ingles.....	1-3
Tema.....	4
Introducción.....	5-13
Materiales y Metodos.....	14
Resultados.....	15-17
Discusión.....	18
Conclusión.....	19
Gráficas.....	20
Referencias.....	21-30

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA DUODENAL

RESUMEN

El presente estudio es una investigación retrospectiva en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos.

En el periodo comprendido de enero de 1988 a diciembre de 1992 en el manejo quirúrgico en el tratamiento de la úlcera duodenal.

Se revisaron un total de 30 pacientes, a los que se les diagnosticó úlcera duodenal y sus complicaciones.

Úlcera duodenal resistente a tratamiento medico 16 (53.3%), estenosis pilórica y hemorragia 4 (13.3%), perforación duodenal 4 (13.3%), úlcera prepilórica y hemorragia 6 (20%), 18 pacientes fueron hombres (60%) y 12 fueron mujeres (40%), con edad media de 45 años, que fluctuaban con una edad menor en 25 años y edad mayor de 75 años.

El tipo de cirugías realizadas fueron 30, de las cuales 21 fueron en forma electiva (70%) y 9 fueron de urgencia en forma inmediata (30%).

Los procedimientos realizados fueron:

Vagotomía troncular y antrectomía con reconstrucción tipo Bill-
roth II: 16 pacientes (53.3%); vagotomía troncular y piloroplas-
tia: 7 pacientes (23.3%); ulcerografía y parche de Graham: 4
pacientes (13.3%); vagotomía de células parietales : 2 pacientes

(6.6%); vagotomía troncal y antrectomía con reconstrucción tipo Billroth I: 1 paciente (3.3%).

Los síntomas fueron:

S.T.D.A. (Melena) 15 (50%), hematemesis 2 (6.6%), dolor 23 (76%), vómitos 13 (43%), agruras 6 (20%); de los 30 pacientes el 80% había recibido tratamiento médico, cimetidina (65%), ranitidina (15%), hidróxido de aluminio (20%); la enfermedad de la úlcera duodenal se asoció con el hábito de tabaquismo en 17 personas (56.6%), alcoholismo en 9 personas (30%); la mayoría de los pacientes eran profesionistas: 15 (50%), personas con trabajo en stress constante 7 (23%), jubilados 8 (26%).

Las complicaciones que se presentaron:

Reintervención en 1 paciente, absceso de pared en 2, hernia postincisional en 2, shock hipovolemico en 1, dumping, diarrea en 1.

Se presentaron 5 defunciones en el lapso de 1988 y 1992: 2 pacientes operados en forma electiva (6.6%), 3 pacientes operados de urgencia (10%).

Palabras clave: Vagotomía troncular y antrectomía con reconstrucción tipo Billroth II.
Vagotomía troncular y piloroplastia.
Ulcerorrafia y Parche de Graham.
Vagotomía de células parietales

SUMMARY

The present study is a retrospective investigation at "Lic. Adolfo López Mateos" Hospital.

In the period of time between January 1988 to December 1992. In the surgical treatment of the duodenal ulcer.

30 patients were checked and they presented a duodenal ulcer and its complications. Duodenal ulcer is resistant to medical treatment 16 (53.3%), Pylory obstruction and bleeding 4 (13.3%), duodenal perforation 4 (13.3%), prepylory ulcer and bleeding 6 (20%), 18 were men (60%) and 12 women (40%), age between 25 y 75 años (range) with age 45 years.

30 surgeries were made: 21 elective surgeries and 9 urgencies.

The surgery procedures were: Truncular vagotomy and antrectomy with reconstruction kind Billroth II, 16 (53.3%), Truncular vagotomy and pyloroplasty, 7 (23.3%), Graham patch and ulceroraphy 4 (13.3%) Parietal cell vagotomy 2 (6.6%), Truncular vagotomy and antrectomy with reconstruction kind Billroth I, 1 (3.3%).

The sintoms were: H.D.B.T. (High Digestive Bleeding Tube), 17 patients (56.6%), ache 23 (76%), vomits 13 (43%), sochness 6 (20%). 80% of patients received medical treatment, cimetidine (65%), ranitide (15%), aluminium hidroxide (20%), the duodenal ulcer was associated with smoking habit in 17 patients, alcoholism in 9 patients, the majority of patients were profesionist 15 (50%), people with job and with constant stress 7 (23%), retired people 8 (26%). The complications wich were present: reintervention in 1 patient, abces in light tissues 2: postincional herny

in 2, hipovolemic shock in 1, dumping and diarrhea in 1.

5 deaths occurred between 1988 and 1992. 2 patients elective and 3 patients of urgency.

Key words: Vagotomy and antrectomy with reconstruction kind
Billroth II.
Truncular vagotomy and pyloroplasty
Ulcerorraphy and Graham Farch
Parietals cells vagotomy

**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL**

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

AUTOR: DR. ESTEBAN MALDONADO TORRES

ASESOR: DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ

INTRODUCCION

La úlcera duodenal continúa siendo una enfermedad de tratamiento fundamentalmente médico. La introducción de los bloqueadores H2 en su tratamiento, si bien es cierto no ha cambiado la historia natural de la enfermedad, parece haber disminuido el número total de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico, a su vez, los pacientes con indicación quirúrgica son intervenidos en etapas más tempranas de su enfermedad gracias a la creciente utilización de técnicas quirúrgicas conservadoras y de bajo riesgo como la vagotomía supersselectiva. Por otra parte, la experiencia acumulada con las técnicas resectivas muestra una importante disminución en la mortalidad y morbilidad operatoria en los últimos años.

El objeto de este trabajo es presentar los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal.

La úlcera duodenal es un proceso patológico en transición ha cambiado su incidencia, presentación y consecuencias medicas.

La patogenia de la úlcera ha sido objeto de varias investigaciones en los últimos tres decenios la úlcera duodenal la incidencia ha disminuido en los Estados Unidos, los índices de hospitalización han disminuido en 43%; la reducción fue menor en aquellos con hemorragia y mínima en casos de perforación; hay una menor mortalidad en hombres y en las mujeres aumentó, se desconocen las causas de declinación de la úlcera duodenal y esto no se

puede atribuir al uso difundido de los antagonistas H₂; aunque ha habido cambios en los factores ulcerogénicos ambientales; el tabaquismo, factor primordial de desarrollar úlcera duodenal ha disminuido en los hombres y poco o nada en las mujeres en los últimos 20 años.

La úlcera duodenal se presenta con más frecuencia en gente joven, dinámica, en condiciones de stress psicológico y las causas de ulceración aguda o crónica son múltiples, en donde intervienen factores nocivos como el ácido clorhídrico y pepsina del estómago, factores protectores y secreciones duodenales de las glándulas de Brunner y alcalinas. Secreción de bicarbonato, flujo sanguíneo y liberación de hormonas como la secretina.

Los pacientes con úlcera duodenal tienen una capacidad elevada para la secreción de ácido gástrico por reacción de la histamina IV secretan alrededor de 40 MEQ de HCL x HR, la mayor cantidad o capacidad de HCL se debe en parte al gran número de células parietales (180 000 000) y estas sean más sensibles a la reacción vagal o gastrina.

Estos pacientes tienden a liberar más cantidad de gastrina después de estimulación con alimentos proteínicos, la acidificación de la luz antral también es menos eficaz para inhibir la liberación de gastrina, no hay indicios claros de menor eficacia de somatostatina exógena para inhibir la gastrina o suprimir la producción de ácido.

Recientemente se ha prestado atención al mecanismo de defensa de la mucosa y se propone un defecto en la resistencia de la mucosa

al ácido, se ha demostrado que las prostaglandinas inhiben la secreción de ácido, se ha observado producción disminuida de prostaglandina E2 y otros prostanoides por la mucosa gástrica, en cuanto a la úlcera duodenal, la mucosa secreta menos bicarbonato. Se cree que el bicarbonato secretado bajo la mucosa mantiene un ph neutro, un defecto en tal secreción podría contribuir a mayor susceptibilidad a lesiones duodenales.

Las investigaciones se han enfocado en tres áreas generales:

- I) Anomalías de la secreción ácida del estómago
- II) Defecto en los mecanismos de control
- III) Deficiencias de resistencia de la mucosa al ácido.

El tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal se basa en minimizar o disminuir la secreción de ácido al grado de curación permanente.

La úlcera duodenal crónica se presenta en diversas maneras, por lo general se presenta en la vida adulta, la gente que fuma o toma alcohol representa un grupo de alto riesgo, también puede haber factores genéticos diferentes a los relacionados con familias con gastrinomas o hiperparatiroidismo.

La sintomatología más común es el dolor agudo localizado en epigastrio, tolerable que cede con sustancias alcalinas, el dolor abdominal intenso y generalmente es constante y puede haber recaídas a pesar de tener tratamiento médico, el cual habla de resistencia al mismo y es una indicación más para procedimiento quirúrgico.

La hemorragia es una manifestación común de la úlcera duodenal

hay varios vasos sanguíneos detrás del bulbo duodenal y la hemorragia masiva en la parte alta del tubo digestivo son consecuencia posterior de una úlcera que pudiera penetrar hacia la arteria gastroduodenal o una de sus ramas.

La obstrucción duodenal, provocada por estenosis del piloro se acompaña de retardo en el vaciamiento gástrico que se caracteriza por anorexia, náusea, y vómito, estos síntomas son consecuencia de piloroespasmos.

La perforación duodenal, esto es a través del canal duodenal por lo general se acompaña de un esfuerzo para circunscribir el proceso una úlcera penetrante perfora la pared, este es un fenómeno espectacular que se caracteriza por dolor abdominal generalizado e intenso, fiebre taquicardia, deshidratación e íleo, esta complicación representa una urgencia quirúrgica.

El síndrome de Zollinger-Éllison se asocia a una tumoración pancreática y úlcera grave (duodenal) las concentraciones de gastrina serica suelen ser mayores de 1000 PG/ML.

El diagnóstico de una úlcera duodenal siempre nos lo revelará, la exploración física cuidadosa, un interrogatorio minucioso, es útil las radiografías de abdómen y de tórax, así como una serie esofagogastroduodenal, las determinaciones de gastrina serica y una panendoscopia nos llevará a un diagnóstico mas certero.

En el tratamiento medico se han empleado varios medicamentos. La cimetidina que bloquea los receptores H2 en dosis de 300 mg 4 veces al día durante un lapso de 6 semanas.

Los antiácidos es un tratamiento antisecretor eficaz para el

alivio sintomático, la dieta blanda fragmentada en seis tomas, ayuda a reducir la fase gástrica de la secreción de ácido.

La ranitidina es mas potente que la cimetidina y tiene menos efectos colaterales, es un antagonista selectivo de los receptores H₂ posee un alto porcentaje de inhibición de la secreción nocturna y favorece la cicatrización gracias a los mecanismos citoprotectores; la dosis es de 150 mg dos veces al día.

Las prostaglandinas tienen un efecto citoprotector y actualmente se están utilizando para tratar la enfermedad ácido péptica. El omeprazol es un inhibidor de atpasa para el intercambio de hidrógeno y potasio.

Estos adelantos no solo ofrecen la posibilidad de lograr alivio sintomático durante la actividad sino tambien la posibilidad de protegerse contra las recidivas o recurrencias.

OBJETIVOS QUIRURGICOS

El primer objetivo de la terapeutica quirúrgica de la úlcera duodenal debe ser alterar la diatesis ulcerosa de tal modo que se logre la curación y se evite al máximo la recurrencia.

Un segundo objetivo es la seguridad del paciente y evitarle efectos secundarios crónicos de la operación.

Desde los inicios de la literatura medica, el tema de las úlceras gástricas ha sido descrito, sin embargo la atención de las úlceras duodenales se inició a principio del siglo XX.

Desde 1928, John Abercrombie de Edimburgo, describió la úlcera duodenal y sus sintomas claramente, aunque en aquel entonces Pery Shawen haciendo una revisión de mas de 1 500 autopsias en los periodos comprendidos de 1826 a 1'82, encontraron úlceras duodenales activas o cicatrizadas únicamente en 0.4% de las autopsias (2) posteriormente en otros estudios y otros autores como Moryn Niahhan en Leds, observaron y llamó la atención del aparente incremento en la frecuencia de la enfermedad, la cual en países como Inglaterra y los Estados Unidos la relación entre la úlcera duodenal y gástrica se encuentra en razón de 4:1. El primer tratamiento quirúrgico para la enfermedad ulcerosa fue realizado en el año de 1982 por Von Rydiger, posteriormente se reconoció su eficacia en el tratamiento de la úlcera duodenal y sus complicaciones.

La gastroduodenoanastomosis fue la cirugia de elección para el tratamiento de la úlcera duodenal y del canal pilórico a finales

del siglo XIX con una elevada mortalidad y morbilidad, esta fue abandonada a principios del siglo XX posteriormente por descubrimiento de ulceraciones (post QX) de la boca anastomótica de hasta un 30%.

A partir de 1943 con Lester Dragstedt en la Universidad de Chicago el control mediante cirugía de la úlcera duodenal inició su "etapa moderna", describiéndose la importancia de la vagotomía como parte del tratamiento quirúrgico en este tipo de padecimientos, dándose fe de esto en el trabajo titulado "sección supradiafragmática de los nervios vagos en el tratamiento de la úlcera duodenal", sin embargo observó la supresión de la motilidad gástrica resultante con retención importante, por lo que vio la necesidad de que se requiera de una operación simultánea de drenaje, introduciendo así el abordaje de los nervios vagos por vía abdominal y efectuando una gastroyeyuno-anastomosis posterior al mismo.

Weinberg en el año de 1957, propuso una modificación de la piroplastia Heinecke-Mickulick, utilizando el cierre transversal de una gastroduodenostomía longitudinal en un solo plano de sutura. Sawyers en 1968 en su estudio comparativo (10), demostró que no se reduce la frecuencia de diarrea post-vagotomía, comparando vagotomía selectiva vs. vagotomía troncular como era de esperarse, y así lo demuestran estudios extensos de otros autores (II-15).

Dentro de otras, las complicaciones que cabe comentar como esperadas dependiendo del tipo de cirugía realizada son: estasis,

disfagia, síndrome de vaciamiento rápido y úlcera recurrente.

En el tratamiento quirúrgico la vagotomía desempeña un papel central en los seres humanos, tanto la vagotomía troncal como la de células parietales reducen en grado considerable la producción ácida del estómago basal o estimulada por alimentos, la producción basal se reduce en cerca de un 80% en el posoperatorio temprano, después de la vagotomía de células parietales la secreción basal de ácido no muestra rebote notable en observación a largo plazo, la secreción basal del ácido era 70% menor un año después de la operación y permaneció suprimida 59% a los cinco años.

Agregar resección antral (antrectomía) a la vagotomía reduce además la producción de ácido, la secreción máxima disminuye en casi 85% comparada con cifras preoperatorias, se cree que esta reducción adicional resulta de eliminar las fuentes antrales de gastrina y desviar los alimentos de las fuentes de gastrina duodenal cuando se emplea reconstrucción tipo Billroth II (gastroeyunoanastomosis), si se realiza gastrectomía parcial con anastomosis gastroeyunal Billroth II las concentraciones basales de gastrina disminuyen en 48%.

Las intervenciones electivas para úlcera duodenal son muy seguras en un estudio prospectivo realizado en 344 pacientes en Helsinki sometidos a vagotomía con piloroplastia o vagotomía con antrectomía, no mostró defunciones posoperatorias.

Otro estudio demostró que no hubo mortalidad operatoria relacionada con vagotomía de células parietales.

Las cirugías de urgencia para la úlcera duodenal suele causar una mayor mortalidad y morbilidad, sobre todo se se realizan habiendo una hemorragia activa, en general, las defunciones pueden atribuirse a intervención tardía múltiples episodios previos de sangrado o transfusión demorada y tardía.

Sin embargo, tanto la hemorragia como la perforación pueden tratarse con baja mortalidad y morbilidad operatoria si la terapéutica es inmediata y adecuada.

Las indicaciones y las opciones quirúrgicas en distintas circunstancias clínicas se mencionan a continuación:

- En pacientes con resistencia a tratamiento médico el procedimiento quirúrgico más conveniente como primera elección sería vagotomía de células parietales (superselectiva), y como segunda elección vagotomía troncal y piloroplastia.
- En caso de obstrucción, la vagotomía troncal y antrectomía con reconstrucción tipo Billroth II como primera elección y como segunda elección vagotomía troncular con drenaje.
- En caso de hemorragia, los puntos y ligadura, vagotomía troncal y piloroplastia como primera elección, y como segunda elección ligadura con puntos y vagotomía troncal y antrectomía con reconstrucción tipo Billroth II.
- En la perforación el tratamiento quirúrgico como primera elección ulcerografía y parche de epiploon y vagotomía de células parietales como segunda elección se consideraría la vagotomía troncal y piloroplastia.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es una revisión retrospectiva del servicio de cirugía general del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

En el periodo comprendido de enero de 1988 a diciembre de 1992 se recopilaron 38 casos de enfermedad ácido péptica (úlcera duodenal) operados, de los cuales se eliminaron 8 casos por no encontrarse disponibles los expedientes al momento de la revisión.

Se revisaron un total de 30 pacientes en un periodo de cuatro años manejados en el servicio de cirugía general que fueron recopilados y revisados en el archivo clínico.

Se tomaron las variantes de: edad, sexo, días de estancia intrahospitalaria, endoscopias, serie esófago gastroduodenal, gastrina sérica, complicaciones, tipo de presentación y tratamiento quirúrgico, así como el tipo de cirugía realizada, electiva o de urgencia y evolución del paciente.

RESULTADOS

De los 30 pacientes revisados, 18 (60%) fueron de sexo masculino y 12 (40%) del sexo femenino. En el grupo de los hombres, el más joven fue de 28 años y de mayor edad 85 años con una media de (48.2%), en las mujeres la más joven fue de 32 años y la de mayor edad fue de 69 años con una media de (45.3%). (Gráfica I) (Gráfica II).

En el presente estudio se realizaron a todos los pacientes electivos serie esofagogastroduodenal y panendoscopia y a 15 gastrina serica.

Del total de cirugías (30):

- 21 fueron en forma electiva (70%): en hombres 11 (52.3%) y en mujeres 10 (47.6%). (Gráfica 3)
- En cuanto a las cirugías de urgencia fueron 9 (30%), 6 hombres (66.6%) y 3 mujeres (33.3%).

Las úlceras duodenales se clasificaron de acuerdo a su localización: (Gráfica 4)

- 16 úlceras duodenales bulbar y postbulbar (53.3%),
- 6 úlceras prepilóricas (20%)
- 4 úlceras perforadas duodenales (13.3%)
- 4 úlceras pilóricas (13.3%)

En cuanto al tipo de presentación:

- 17 (56.6%) fueron por sangrado de tubo digestivo alto (hemorragia): 10 hombres (58.8%) y 7 mujeres (41.1%).

- Por perforación duodenal 4 (13.3%): 2 hombres (50%) y 2 mujeres (50%).

- Dolor 23 (76%): 9 mujeres (39.1%) y 14 hombres (60.8%).

Por estenosis pilórica fueron 4 (13.3%): 2 hombres (50%) y 2 mujeres (50%). (Gráfica 5)

Las cirugías realizadas fueron:

- Vagotomía troncular y antrectomía con reconstrucción tipo Billroth II: 16 pacientes (53.3%): 10 hombres (62.5%), 6 mujeres (37.5%).

- Vagotomía troncular y antrectomía con reconstrucción tipo Billroth I, 1 paciente (3.3%).

- Vagotomía troncular y piloroplastia 7 pacientes (23.3%): 4 hombres (57.1%), 3 mujeres (42.8%).

- Ulcerorrafia y parche de Grahamm 4 pacientes (13.3%), 2 mujeres (50%) y 2 hombres (50%).

- Vagotomía de celulas parietales 2 pacientes (6.6%) k2 hombres (100%). (Gráfica 6)

La presentación del padecimiento fue desde 3 horas hasta 20 años de evolución, con una media de 5 años.

La estancia intrahospitalaria media de los pacientes fue de 13.8 día hospital, siendo la menor estancia de 5 días y la mayor de 25 días.

Las enfermedades concomitantes que se observaron en este estudio fueron:

Diabetes mellitus tipo II, artritis reumatoide, hipertensión

arterial, hemorroides, hipotiroidismo, hipertrofia prostática, hernia inguinal, bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca derecha, gota y antecedente importante de tabaquismo y alcoholismo en un porcentaje importante en los pacientes.

DISCUSIONES

Si bien el presente trabajo es una revisión retrospectiva y no representa una comparación prospectiva ni randomizada de los distintos procedimientos quirúrgicos para la úlcera duodenal; sus resultados son bastante representativos de las bondades y limitaciones de estas operaciones.

Con respecto a la indicación quirúrgica la mas frecuente fue el fracaso del tratamiento medico, independientemente de los criterios que se utilicen para catalogar el fracaso del tratamiento medico.

La manifestación mas frecuente de úlcera duodenal en esta revisión fue la hemorragia (S.T.D.A.) y dolor; se observó un ligero predominio en el sexo masculino con relación al femenino, siendo mas frecuente en individuos de edad madura. En cuanto a su localización fue mas frecuente la úlcera duodenal bulbar y post-bulbar.

El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue vagotomía troncular, antrectomía con reconstrucción tipo Billroth II.

La mortalidad se presentó en 5 pacientes que corresponden al 16.6% de este estudio.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia podemos concluir que el procedimiento quirúrgico más utilizado en nuestro hospital en las complicaciones de la úlcera duodenal, fue la vagotomía troncular y an-trectomía con reconstrucción tipo Billroth II, seguido poste-riormente de vagotomía troncular y piloroplastia y en los casos de perforación duodenal (urgencia) ulcerorrafia y parche de Graham.

GRAFICAS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL

PRESENTACION POR EDAD

	ANOS
RANGO	28 A 45
MEDIA	48
MENOR EDAD HOMBRES	28
MAYOR EDAD HOMBRES	85

FUENTE: H.R.ALM. E. MALDONADO

GRAFICA NO.1

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL

PRESENTACION POR EDAD

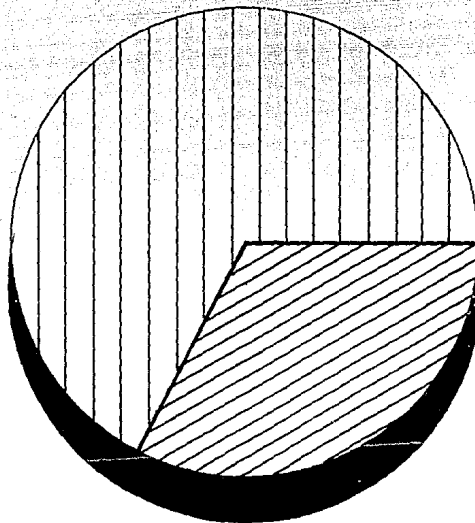
	ANOS
RANGO	32 A 69
MEDIA	45
MENOR EDAD MUJER	32
MAYOR EDAD MUJER	69

FUENTE: H.R.L.A.M. E. MALDONADO

GRAFICA NO.2

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL

Electivas
70%



Urgencias
30%

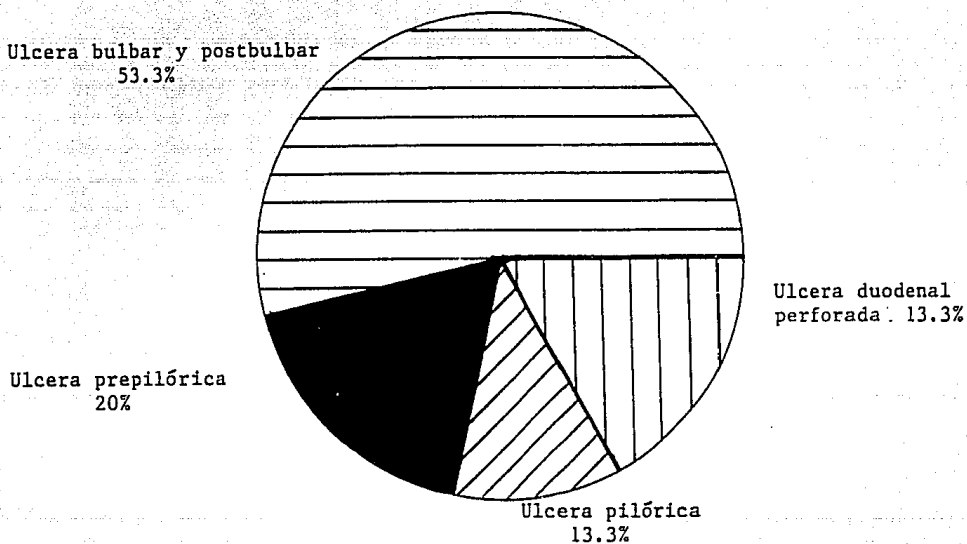
Cirugías realizadas

GRAFICA No.3

Fuente: H.R.L.A.L.M. E. MALDONADO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL

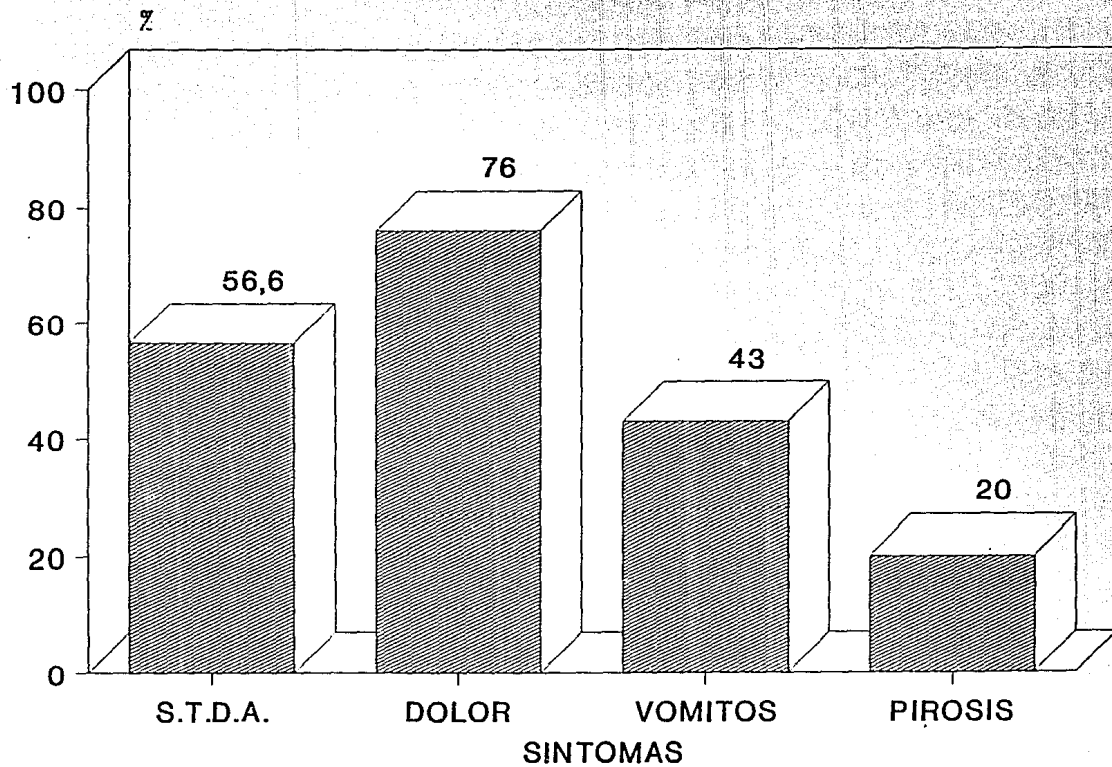
Localización de las úlceras



GRAFICA No.4

FUENTE: H.R.L.A.L.M., E. MALDONADO

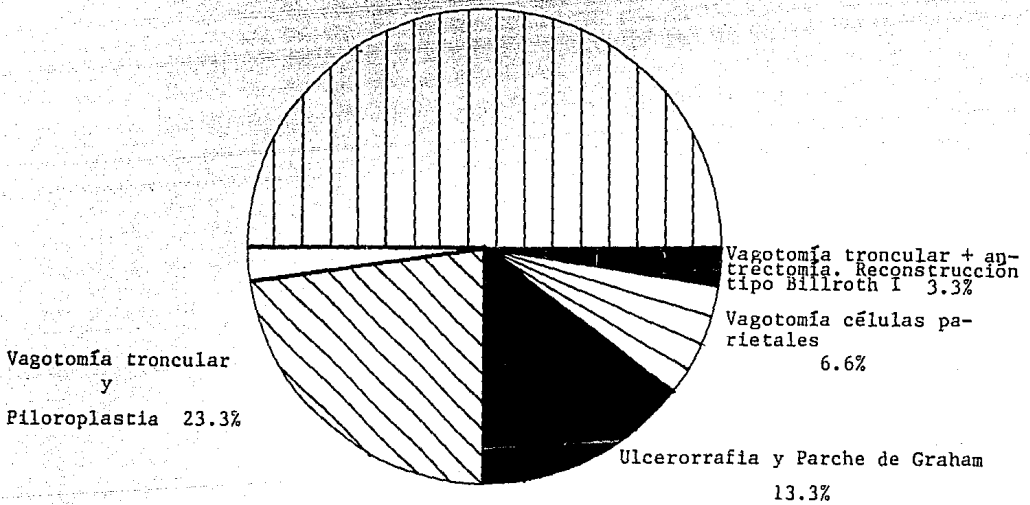
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DUODENAL



FUENTE: H.R.L.A.L.M. E. MALDONADO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL

Vagotomía troncular + antrectomía
Reconstrucción tipo Billroth II
53.3%



GRAFICA No. 6

FUENTE: H.R.L.A.L.M. E. MALDONADO

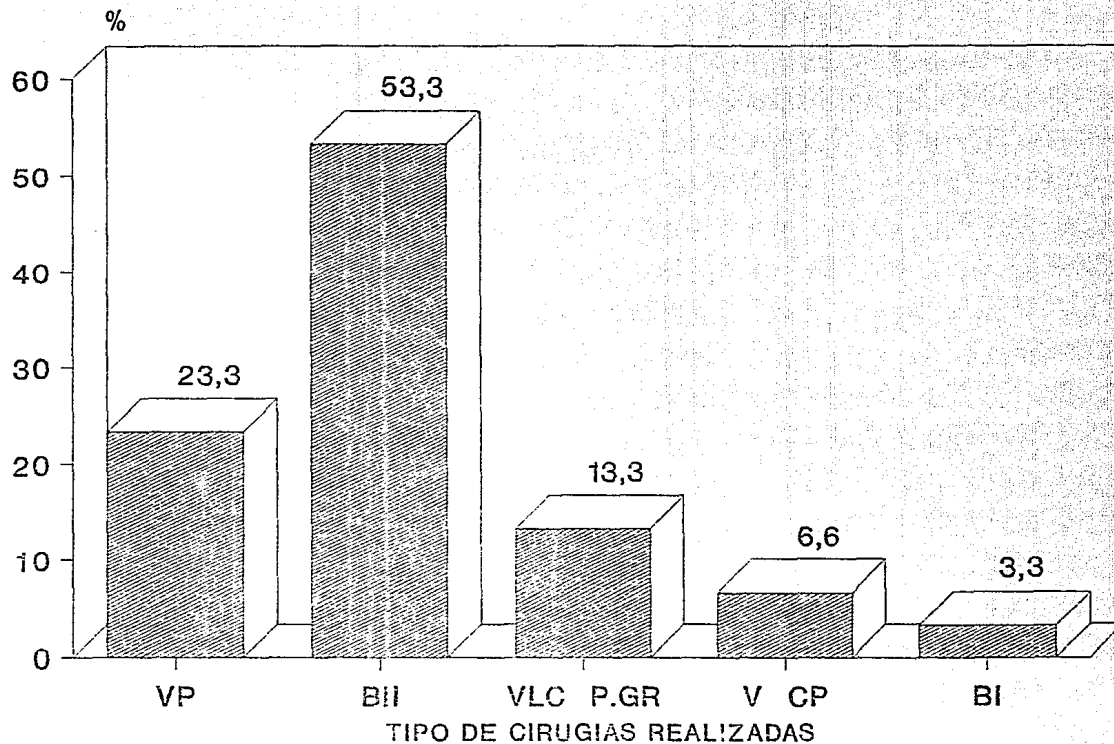
VP: VAGIOMIA Y PILOPLASTIA

BII: BILLROTH II

ULC P.GR: ULCEROFANIA Y PARCHE DE GRAHAM

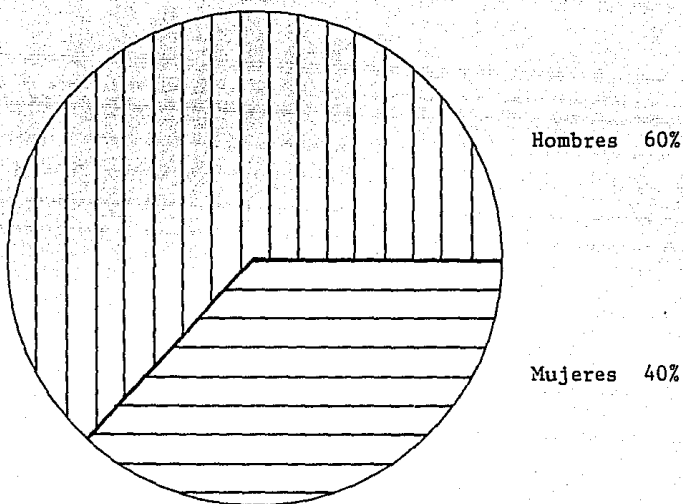
V CP: VAGIOMIA DE CELULAS PARIETALES

BI: TROTH I



PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL

Total de casos: 30 pacientes
18 hombres
12 mujeres



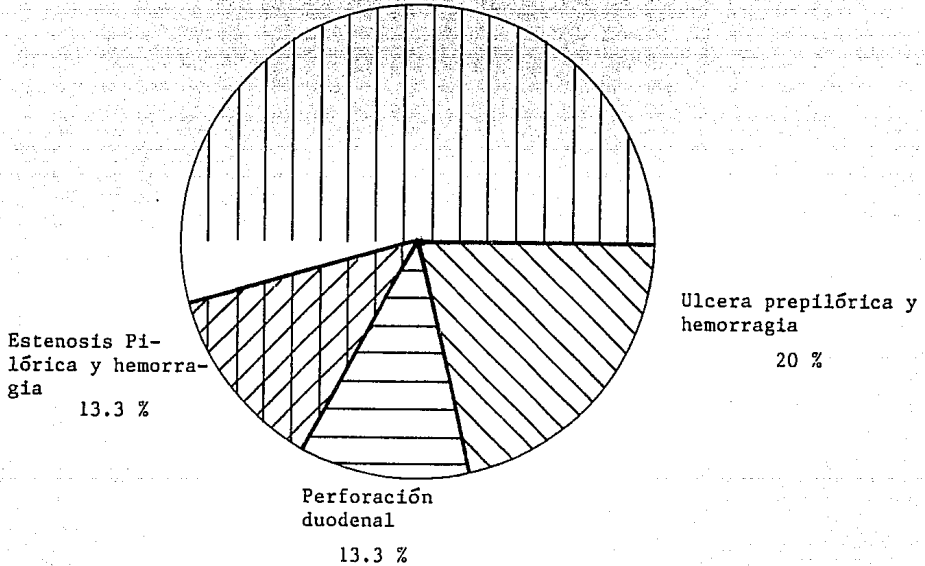
GRAFICA No. 7

Fuente: H.R.L.A.L.M. E. MALDONADO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA DUODENAL

Resistencia a tratamiento médico	16
Estenosis pilórica	4
Perforación duodenal y úlcera prepilórica	6
Hemorragia	

Resistencia a Tx médico 53.3%



GRAFICA No.8

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA DUODENAL

Complicaciones

	No. de pacientes
1. Abscesos de pared	2
2. Hernia postincisional	2
3. Lesión diafragmática y pleural	1
4. Fistula duodenal	2
5. Dumping y diarrea	1
6. Shock hipovolemico	1

BIBLIOGRAFIA

1. Effect of Misoprostol and cimetidine on gastric cell labeling Index.
Gastroenterology 1988;89 57-61. Alexander Feich, Nadir Arber.
2. Phillip S. Shunt M. S
World J. Surg. II, 289-294, 1987
Bleeding Gastroduodenal ulcers: Selection of patients for surgery.
3. Nasrallah SM Hohnston GS Gadacz
Journal of clinic Gastroenterology B(5): 514-517 ref 21, 1987
The significance of gastric bile Reflux seen at endoscopy.
4. Lee S. Lida, Miac T et al
Gastroenterology 94 (2):381-386 Ref 25 feb. 1988
Long-term follow-up of 2529 patients with gastric and duodenal ulcer: survival rate and cause of death.
5. Holle G.B. Reiser S.B. y Frey K.W.
Physiology 251 14 G 752-G758 1986
Effect of Selective proximal vagotomy without and with pyloroplasty on gastroduodenal motility.
6. R.S.B. Eusanullh M.C. Page J.R. Wood
Prevención de las lesiones gastroduodenales inducidas por varios fármacos antiinflamatorios no esteroideos, estudio controlado de ranitidina.
British Medical Journal Volumen 297, 22 Oct. 1988
1017-1021 Londres, Inglaterra.
7. Bixquert Jiménez M Fisiopatología de la secreción gástrica
Gastroenterología y Hepatología 10 (I): 38/49. 1987
8. Dr. José de Jesús Villalobos Dra. Florencia Vargas
Famotidina versus Cimetidina en el tratamiento de la úlcera duodenal no complicada, estudio multicéntrico.
Rev. Gastroenterology Mex. Vol. 53 No. I 1988
9. Dr. Osvaldo Llanos; Luis Ibañez A. Sergio Gusman
Resultados de la Cirugía selectiva de la úlcera duodenal
Rev. med Chile 116:1041-1046 1988
10. N.M. Xoruth K.S. Dua P.W. Brunt
Comparison of high selective vagotomy with truncal vagotomy and pyloroplasty: Results at 8-15 years
Br J. surgery 1990 vol 77 January 70-72

11. J. Lynwood Herrington Jr M.D. Jesse Davidson
Bleeding Gastroduodenal Ulcers: Choice of operations.
World J. surgery II, 304-314 1987.
12. C. Steel Von Hostein H. Graffner and Oscerson
One hundred patients ten years after parietal cell vagotomy
Br J. surgery 1987 Vol. 74 february 101-103
13. John R. Malagelada M.D
Gastrointestinal unit, Mayo clinic and mayo
Vagotomy in the management of patients with Zollinger-Ellison
Syndrome Pres and cons.
14. William D. Carey M.D.
Indications, contraindications and complications of Upper
gastrointestinal endoscopy.
Gastrointestinal endoscopic 1986 21.296-305
15. P.D. Stanton and J.R. Anderson
Results of surgery for duodenal ulcer: Assessment by patients
R. J. surg. 1991 Vol. 78, July 815-817.