

11209
120
2-gj



HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

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

FACTORES PRONOSTICOS EN CIRUGIA DE
URGENCIA EN LA ENFERMEDAD ACIDO
PEPTICA COMPLICADA

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:
DR. JORGE ALBERTO SILVA VIVAS

Asesor: Dr. Manuel Cerón Rodríguez



MEXICO, D. F.

OCTUBRE DE 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

209 120
209 209
209 209
209 209

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

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



FACULTAD DE MEDICINA

ABR. 15 1994

SECRETARÍA DE SERVICIOS ESCOLARES DEPARTAMENTO DE POSTGRADO URGENCIA

PRONOSTICOS EN CIRUGIA DE EN LA ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA COMPLICADA

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL P R E S E N T A: DR. JORGE ALBERTO SILVA VIVAS

Asesor: Dr. Manuel Cerón Rodríguez



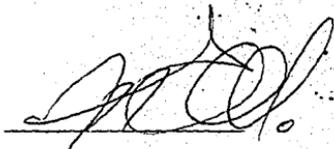
ISSSTE

MEXICO, D. F.

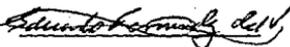
OCTUBRE DE 1995

HOJA DE FIRMAS

DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ
ASESOR DE TESIS



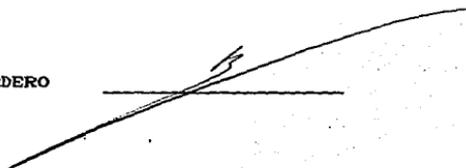
DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y
JEFE DEL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL



DR. HUMBERTO GALICIA NEGRETE
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
DE LA DIVISION DE CIRUGIA



DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO
JEFE DE LA OFICINA DE
INVESTIGACION



DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION



CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"



ISSSTE

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

18 ENE. 1993

JEFATURA
DE ENSEÑANZA

I N D I C E

RESUMEN	9
PROLOGO	10
INTRODUCCION	13
JUSTIFICACION	18
MATERIAL Y METODO	19
RESULTADOS	21
DISCUSION	23
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	30

A MI PADRINO

Al Hermano Ricardo Valenzuela, dedicado a ti por ser la
persona que inspiró mi vocación.

A MIS PADRES

Por inculcar en mí un espíritu de lucha y superación, y sobre todo por apoyarme desde un inicio en mi testaruda decisión de ser médico, para ustedes todo mi amor y respeto.

A MIS HERMANOS

Chacho y Jackie, quienes confiaron en mí, y me ayudaron desde siempre depositando esa confianza que me impulsa a no defraudarlos. A Linda que es parte ya de nuestra familia. Y no podía olvidar a Mónica por inyectar esa esperanza de vida a todos nosotros.

A MI MAESTRO

El Dr. Manuel Cerón Rodríguez, quien me ha enseñado a ser más humano, a respetar a mis pacientes y a ver la cirugía como un arte. Para usted mi eterno agradecimiento.

A MIS PACIENTES

Por ser ellos la razón fundamental de mi dedicación y por brindarme la oportunidad de aprender de cada uno lo que es el significado de la vida.

A MIS AMIGOS

Quienes han sido mi segunda familia a través de todos éstos años que llevo fuera de casa, y que de no ser por ellos no hubiera sido tan fácil el camino, y la jornada. Tengo miedo de omitir algún nombre en éstos momentos, pero sé que nunca los olvidará mi corazón.

RESUMEN

OBJETIVO : Determinar los factores letales que influyen en la evolución de los pacientes que son sometidos a tratamiento quirúrgico de urgencia por complicación de la enfermedad ácido péptica.

MATERIAL Y METODO : Estudio prospectivo, longitudinal de 41 pacientes que ingresaron al hospital "20 de Noviembre" ISSSTE, y que fueron sometidos a manejo quirúrgico de urgencia, durante el periodo comprendido de Enero 1990 a Julio 1992, registrando y analizando los siguientes parámetros: edad, sexo, tabaquismo, etilismo, ingesta previa de medicamentos, enfermedades asociadas sintomatología predominante. Metodo diagnóstico (cuadro clínico, endoscopia, Rx, de torax y abdomen) en los casos de hemorragia (Hb y T/A inicial) , y tipo de tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS : De los pacientes incluidos el 34.1 % (n=14) correspondieron al sexo femenino, y el 65.8 % (n=27) al sexo masculino, con una edad promedio de 61.3 años, en un rango de 25-91 años. Tabaquismo y etilismo se presentaron en el 70.8 %, ingesta de medicamentos 58 % , siendo el tipo de los AINES 34 % en el 63.3 % se presentaron enfermedades asociadas, las más frecuentes HAS, DMNID, Osteoartritis, y EPOC. En el 51.2 % (n=21) se presentó como primera manifestación de enfermedad ácido péptica la complicación aguda. En el 100 % de los pacientes con perforación el síntoma predominante fué el dolor; éste síntoma solo se presentó en el 61.5 % de los pacientes con hemorragia. A los enfermos con hemorragia se les practicó endoscopia lograndose un diagnóstico de certeza del 91.3 %. Presentaron perforación el 36.5 % (n=15) y hemorragia el 63.5 % (n=26). De los enfermos con perforación el 73.3 % (n=15) pertenecieron al sexo masculino, y 26.6 % (n=4) al sexo femenino. La complicación más frecuente en la úlcera gástrica fué la hemorragia en un 81.2 %. En la úlcera duodenal la perforación se observó en el 52.1 % de los casos; manifestandose como abdomen agudo en un 46.6 % (n=7) del grupo de enfermos con perforación. En los pacientes con perforación se les practicó cierre primario y parche de epiploon en el 53.3 % (n=9); cierre primario más vagotomía troncular y piloroplastia en el 20 % (n=3). En los pacientes con hemorragia se realizó ulcerorrafia en el 34.6 % (n=9) con una mortalidad del 11.5 %; Vagotomía troncular más piloroplastia en el 23 % (n=6) con mortalidad del 11%. En el 19.2 % (n=5) no se identificó el sitio de hemorragia en el momento de la intervención. La morbilidad global fué del 31.7 %, y de éstas 71 % correspondió a complicaciones infecciosas respiratorias. En los pacientes con enfermedad asociada la mortalidad fué del 28.8 % (n=11). Cuando la hemoglobina se encontró por abajo de 10 g se asoció una mortalidad del 35 %, cuando fué mayor ésta cifra fué del 16 %.

PROLOGO

Como todo en la vida tiene un cominezo, y paulatinamente vamos llegando a las metas trazadas, muchas veces con infinidad de contratiempos, otras con demasiada determinación y esfuerzo, y quizá algunas no tan difíciles de conseguir, siendo todo esto lo que proporciona la gama de vivencias que al paso del tiempo cambia de nombre y adquiere el calificativo grandioso e incomparable que es la experiencia. Experiencia en el campo de la medicina se traduce como la seguridad para desempeñar nuestro trabajo, facilidad en la realización de las destresas a las que todo cirujano aspira tener sin dejar nunca el arte que implica el ser un artesano y científico a la vez, traduciendo de alguna manera en la elaboración de un procedimiento quirúrgico que simplemente tiene la vida de un ser humano de por medio. Paradojicamente no es sencillo ni mucho menos despreciable la labor que día a día hemos desarrollado desde hace poco menos de tres años, tiempo en el cual sufre una metamorfosis nuestro espíritu, y nuestro ego también, en pocas palabras, todo nuestro ser, pero que significa todo esto, no es más que simplemente la transición de un médico general en especialista, que muy dentro de sí, no es más que un ser humano como cualquier otro, con juventud sueños e ilusiones, y por sí fuera poco inexperto. Muchas veces esto crea conflictos internos, y despegamos los pies de la tierra, como si fuéramos los primeros y únicos en operar y salvar vidas, grave error, no debemos perder contacto con la realidad, y por sobre todo nunca dejar de ser humildes, que el sobreestimarnos únicamente nos acarrea problemas,

pero indiscutiblemente repercutirá en nuestro tratamiento instaurado, siendo el principalmente afectado..... efectivamente nuestros pacientes, nuestros libros abiertos, que ponen en nuestras manos nada más que su vida, confiando en que saldrá con bien de la intervención.

Hoy veo en retrospectiva que la admiración y respeto por todos ellos es más grande de lo describable, enseñanzas a respetar y amar la vida que gracias a ellos hoy sé que en un abrir y cerrar de hojas se va.

Por todos eso mis respetos, y mi agradecimiento por el respetable conocimiento de que hay que nacer con dignidad, pero lo más importante es morir con dignidad, y si como medico por vocación y convicción podemos prolongar la vida, considerar siempre la calidad de vida de los pacientes.

Todos aquellos que hemos valorado a pacientes con patologia abdominal aguda, sabemos pues que el paciente se encuentra indefenso ante éste evento que sin comprenderlo del todo pone en peligro su vida, y que en ese afan de propocionar cada día mejores cuidados tanto médicos como quirúrgicos, nacen ideas, hipótesis, que desencadenan una serie de estudios que a posteriori serán las verdades y/o las grandes mentiras del mañana, pero que sin duda alguna ponen al médico a trabajar para adquirir mejores conocimiento de la practica médica diaria.

Hoy pues, al ver el camino andado que aunque breve, siento con satisfacción que todas las experiencias adquiridas de una u otra forma van moldeando mi caracter y mi manera de hacer medicina.

El poder realizar un trabajo de investigación como éste, motivado con mucho por la convivencia con tantos pacientes en

estado crítico, que no solo nos inquietan como cirujanos jóvenes a operar sino a poder discernir sobre el método quirúrgico ideal, creo que nos motivan para dar lo mejor de nosotros mismos, en un intento de ser mejores seres humanos.

INTRODUCCION

Durante los tres últimos decenios hemos encontrado cambios importantes en relación con la historia natural de la Enfermedad Acido Péptica, siendo más importantes con mucho los relacionados con la incidencia de la Ulcera Duodenal (1). Considerando esto podemos denominar a ésta enfermedad como un proceso patológico en transición que aunado a lo anteriormente expuesto podemos afirmar de acuerdo a la literatura publicada en los últimos años que la hospitalización por Ulcera Duodenal ha disminuido notablemente siendo el decenio de los 70 hasta de un 43 % (2). Tal vez éstas modificaciones sean de etiología multifactorial, y que esto ha motivado al campo de la investigación para lograr el mejor entendimiento de todo lo que implica la fisiología gastro-duodenal, así como en el campo de la farmacoterapia en donde nuevos medicamentos han demostrado su utilidad y quizás algunos otros esperan el momento adecuado para demostrar su eficacia (3).

Tomando lo anterior cabe mencionar de manera categorica que si bien el número de incidencia, hospitalizaciones, etc. han disminuido, no ha ocurrido lo mismo con aquellos pacientes que llegan a presentar una complicación de la enfermedad ácido péptica, como son la hemorragia, perforación y obstrucción (4).

Podemos comentar también que aquel predominio del sexo masculino, actualmente ha quedado atras siendo en la actualidad igual para ambos sexos de acuerdo a algunos autores en literatura sobre todo de origen sajón (5).

Consideramos también que la mortalidad por úlcera gástrica no se ha modificado (2), siendo ésta la misma cuando llega a ocurrir y tal vez se deba al predominio que existe de acuerdo a la edad de presentación que corresponde a edades avanzadas, con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes que agregan de manera indirecta agravantes sobre el pronóstico de éstos pacientes.

Retomando todos los comentarios anteriormente vertidos es prioritario enfatizar, que la historia natural de la enfermedad se ha visto modificada pero no así sus complicaciones, que cuando se presentan siguen teniendo una alta morbilidad y mortalidad (6).

Los factores pronósticos no solo se ven influenciados por los parámetros que se logran recabar al ingreso del paciente al servicio de Urgencias, sino que también son importantes todos los acontecimientos del transoperatorio, así como del postoperatorio, por lo tanto es aceptable mencionar algo del manejo quirúrgico.

Mucho se ha hablado del procedimiento quirúrgico a elegir en pacientes en los cuales se presentan con una enfermedad ácido péptica complicada, y podemos agregar también que esto no tiene nada de novedoso, ya que de historia podemos mencionar brevemente lo siguiente, los avances importantes en la cirugía, después de la introducción de la gastrectomía parcial, han incluido la vagotomiatroncular comunicada por primera vez en 1943 por Dragsted y Owens (7), La vagotomía selectiva comunicada por primera vez en 1957 por Griffith y Harkings (8), y la vagotomía de células parietales en su forma más reciente introducida por Amtrup y Jensen (9), y por Johnston y Wilkinson (10). La introducción de la

vagotomía altamente selectiva y de operaciones que no llevaron a una ampliación de las indicaciones de la cirugía en la úlcera péptica y a un aumento desproporcionado de su cirugía electiva.

Sin embargo los avances concomitantes en el tratamiento médico de la enfermedad ulcerosa péptica que permitieron una inhibición eficiente de la secreción ácida, han cambiado el tratamiento de ésta enfermedad. El papel de la cirugía ha disminuido significativamente (11,12).

También existe controversia sobre el procedimiento de elección para el control de una úlcera péptica sangrante. Mientras algunos autores abogan por el uso de la vagotomía troncular y la antrectomía para una úlcera duodenal sangrante (13,14), otro proclaman que la vagotomía troncular más procedimiento de drenaje es más seguro (15).

El mismo argumento se aplica para las úlceras gástricas, mientras que la gastrectomía parcial continúa siendo en muchos centros importantes el procedimiento de elección (13,14,15). Otros autores atribuyen una mortalidad más baja a operaciones más conservadoras como la vagotomía troncular más procedimiento de drenaje, o la simple sutura de la úlcera (16,17).

La comparación de los resultados está distorsionada por el hecho de que los pacientes más graves suelen seleccionarse para operaciones más conservadoras. Es ampliamente reconocido que los pacientes de edad avanzada, especialmente los que sufren de enfermedades médicas asociadas, representan un grupo de riesgo elevado que tolera mal la agresión aguda combinada de la hemorragia y la operación (17,18,19). Sin embargo es general la falta de acuerdo sobre la definición del paciente con riesgo

elevado.

Como es de todos conocido, que existen cinco factores principales que determinan el curso de una enfermedad aguda : la edad del paciente, el estado de salud previo del paciente, la gravedad de la enfermedad, el tipo de enfermedad y tratamiento instaurado (20).

Actualmente en la era de la sistematización de los procedimientos así como estandarizar conductas sobre pacientes que presentan peligro de muerte, como lo son los traumatismos, podemos considerar que existen sistemas diseñados especialmente para tal objetivo, y uno de éstos es el APACHE II (20).

Sistema que por circunstancias diversas no pudo ser llevado a cabo en nuestro estudio, pero que de ninguna manera olvidaremos el mencionarlo, y dicho sea de paso el sistema de puntuación APACHE II Ha ganado recientemente popularidad en la valoración de la gravedad de la enfermedad aguda, así como también Schein y Geccelter en 1989 publicaron su estudio del sistema de puntuación APACHE II en la hemorragia gastrointestinal alta masiva por úlcera péptica: valor pronóstico y aplicaciones clínicas potenciales, con resultados al parecer alentadores para valorar la gravedad de la enfermedad y predecir además los resultados quirúrgicos en dichos pacientes, pues no ésta de más decirlo que queda abierta la pauta para que se valore su empleo en nuestra población y esperar el paso del tiempo para que de su veredicto final.

La úlcera péptica perforada es una complicación seria de la enfermedad úlcerosa, que conlleva una alta letalidad. Tiempo después de que el Dr. Mikulics suturó por primera vez una úlcera

duodenal perforada en 1887, se han desarrollado numerosos estudios en relación a su utilidad, pero parecer ser que la letalidad no ha variado dramáticamente en los últimos 45 años, a pesar de los avances en los cuidados médico-quirúrgicos (21,22).

Así mismo se piensa que la letalidad está influenciada por el sexo, la edad del paciente, retraso en el tratamiento, sitio de la úlcera, tipo de tratamiento, enfermedades concomitantes, choquepreoperatorio, y tipo de anestesia utilizado (21,22).

Todos estos hallazgos en la literatura nos han hecho pensar que si bien es cierto también en nuestro medio hemos venido observando que la cirugía electiva para el tratamiento de la enfermedad úlcerosa péptica ha disminuido de manera dramática, no vemos pacientes que acudan en forma periódica en busca de ayuda médico-quirúrgica, será por que se quedan siendo manejados por los servicios de medicina interna o mejor dicho gastroenterología, queda la duda, pero lo que si queremos constatar que en nuestro medio existe dicho cambio en la evolución natural de la enfermedad de la que hemos hablado ampliamente.

JUSTIFICACION

Se ha mencionado cuan importante es conocer los cambios en la historia natural de la enfermedad, pues bien de acuerdo a esto nace la inquietud de conocer los cambios que se estan produciendo en nuestra población derechohabiente, es decir no siempre podremos traspolar todos los estudios, que se publican en la literatura mundial, ya que es bien conocido que ciertos factores modifican los parametros que hacen difíciles la estandarización; en concreto diferencias tanto étnicas, nutricionales, ambientales etc. Por lo tanto de ahí la importancia de estudiar a nuestra población para encontrar también el mejor manejo y como consecuencia lógica, una mejor atención médica a los nuestros.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal que incluyó a 41 pacientes que ingresaron al Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE, y que fueron sometidos a manejo quirúrgico de Urgencia, durante el periodo comprendido de enero 1990 a julio 1992, registrando y analizando los siguientes parametros:

Edad

Sexo

Tabaquismo

Etilismo

Ingesta previa de medicamentos

Enfermedades asociadas

Sintomatología predominante

Cabe mencionar que los pacientes fueron captados por el servicio de Urgencias adultos, y por el servicio de Gastroenterología y que de acuerdo a la sospecha de enfermedad ácido péptica complicada se solicitó la interconsulta, completando el estudio con la ayuda de paraclicnicos como:

Biometría hemática

Química sanguínea

Electrolitos séricos

Tiempos de coagulación

Así como también se contó con la ayuda de imagenología con:

Rx simples de abdomen en dos posiciones.

Rx tele de torax

En un buen número de casos se contó con el apoyo del servicio de Endoscopia, realizando panendoscopia alta, de tipo diagnóstico, no con fines terapéuticos.

Todos los pacientes por arriba de los 40 años de edad fueron valorados desde el punto de vista cardiológico en el preoperatorio.

Cabe mencionar que los procedimientos quirúrgicos casi en su mayoría fueron realizados por residentes de último año y de guardia.

En cuanto a las indicaciones quirúrgicas de los pacientes fueron las siguientes:

Aquellos en los cuales se pudo demostrar el diagnóstico de sospecha de perforación fueron sometidos a exploración quirúrgica de manera inmediata. Y aquellos pacientes que presentaron episodios de hemorragia fueron valorados de acuerdo a los criterios quirúrgicos por todos conocidos, Hemorragia masiva, recurrencia del sangrado en el mismo internamiento, mas de seis unidades transfundidas en 24 hr, edad mayor de 70 años, y datos endoscópicos de hemorragia activa.

RESULTADOS

De los pacientes incluidos el 34.1 % (n=14) correspondieron al sexo femenino y el 65.8 % (n=27) correspondieron al sexo masculino, con una edad promedio en estos grupos de 61.3 años, con un rango de edades que comprendieron entre 25 a 91 años.

El tabaquismo y el etilismo se presentaron en el 70.8 %, aquellos pacientes que tuvieron antecedentes de ingesta previa de medicamentos ocuparon un 58 % de la muestra siendo los AINES mas frecuentes con un 34 %.

De aquellos pacientes que presentaron enfermedades asociadas ocuparon un 63.3%, siendo las más frecuentes presentadas por los pacientes las que a continuación se mencionan : hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, Osteoartritis, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En el 51.2 % (n=21) se presentó como primera manifestación de la enfermedad ácido péptica una complicación aguda.

El sintoma predominante en los pacientes perforados fué el dolor en un 100 % de los pacientes, no de igual manera ocurrió con los pacientes con hemorragia ya que solo tuvo una presentación de 61.5 % de éstos pacientes.

A los enfermos con hemorragia se les practicó una panendoscopia lograndose en diagnóstico de certeza en en 91.3 % de los casos.

Los estudios de Imagenología fueron determinantes en los pacientes que se perforaron en un 86.6 %, observandose aire libre

en cavidad solo en un 53.3 % de los pacientes.

En relación a la presentación de las complicaciones fueron de la siguiente manera, presentaron perforación el 36.8 % (n=15), y hemorragia el 63.4 % (n=26). De los enfermos con perforación el 73.3 % (n=15) pertenecieron al sexo masculino, y el 26.6 % (n=4) al sexo femenino.

La complicación más frecuente en la úlcera gástrica fue la hemorragia en un 81.2 %. En la úlcera duodenal la perforación se observó en el 52.1 % de los casos.

Como primera manifestación de su patología fue un evento abdominal agudo en el 46.6 % (n=7) de los pacientes perforados.

En aquellos pacientes con perforación se les practicó cierre primario y parche de epiplón en el 53.3 % (n=9); cierre primario más vagotomía troncular y procedimiento de drenaje en el 20 % (n=3).

En cambio en los pacientes con hemorragia se realizó ulcerorrafia en el 34.6 % (n=9) con una mortalidad del 11.5 %, vagotomía troncular más piloroplastia en el 23 % (n=6) con una mortalidad del 11 %. En el 19.2 % (n=5) no se identificó el sitio de hemorragia en el momento de la intervención.

La morbilidad global fue del 31.7 % y de éstas el 71 % correspondió a complicaciones infecciosas respiratorias. En los pacientes con enfermedad asociada, la mortalidad fue del 28.8 % (n=11).

Cuando la hemoglobina se encontró por abajo de 10 mg se asoció a una mortalidad del 35 %, mientras que cuando fue mayor a ésta cifra la mortalidad fue del 16 %.

RELACION POR SEXOS

TOTAL DE PACIENTES = 41

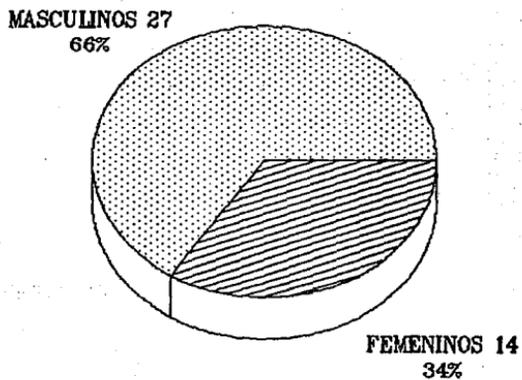


FIGURA 1

FACTORES PREDISPONENTES

TOTAL DE PACIENTES = 41

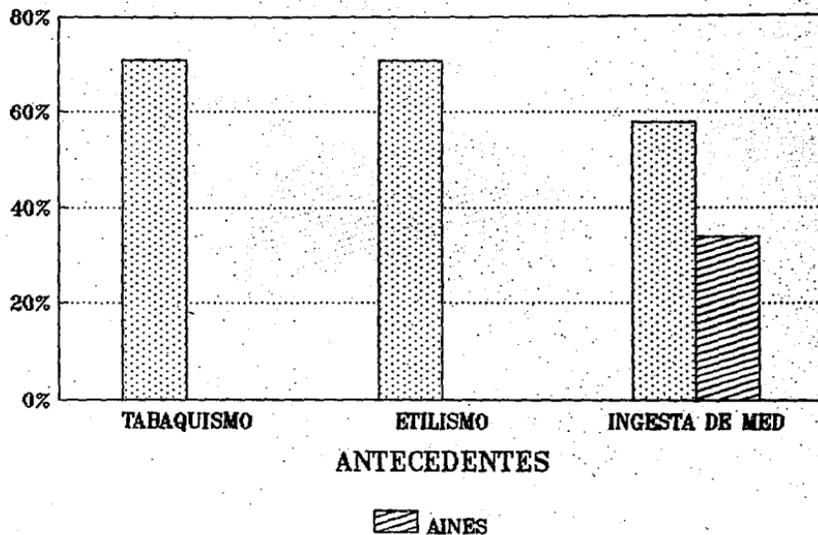
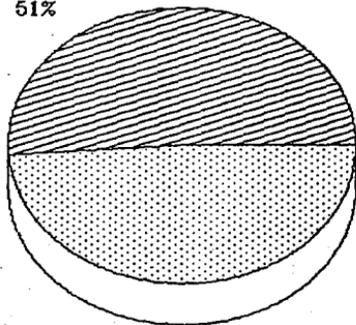


FIGURA 2

SINTOMATOLOGIA

TOTAL DE PACIENTES = 41

SIN SINTOMAS PREVIOS 21
51%



SITOMAS PREVIOS 20
49%

FIGURA 3

SINTOMA PREDOMINANTE

TOTAL DE PACIENTES = 41

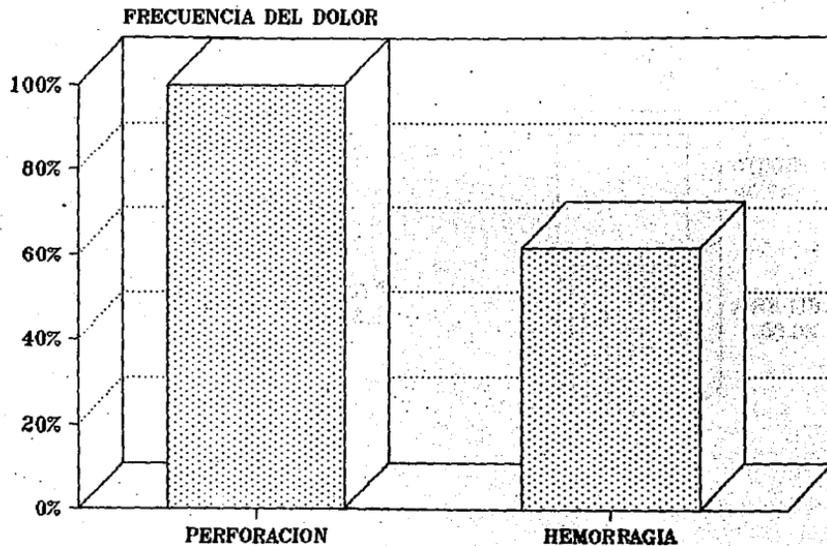


FIGURA 4

IMAGENOLOGIA

TOTAL DE PACIENTES = 41

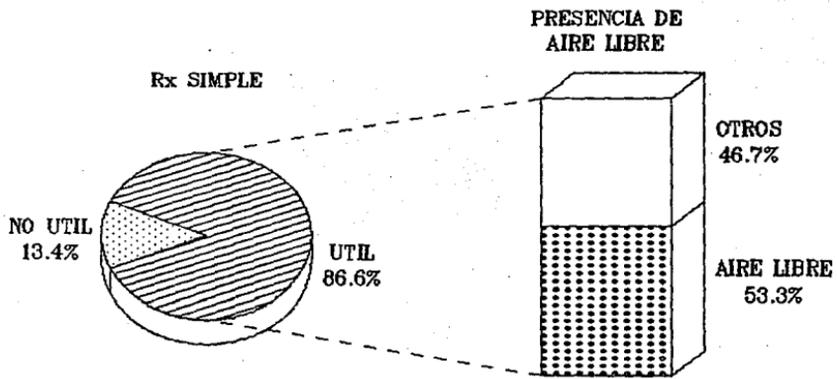


FIGURA 5

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES

TOTAL DE PACIENTES = 41

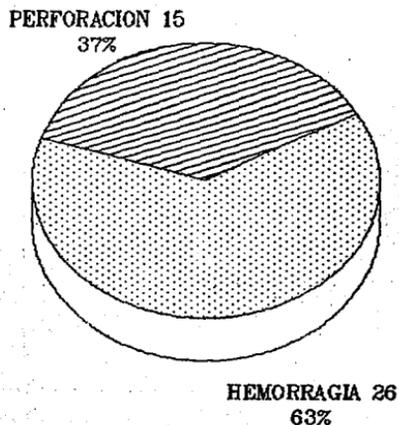


FIGURA 6

COMPLICACIONES DE LA E.A.P.
CORRELACION POR SEXOS
TOTAL DE PACIENTES = 41

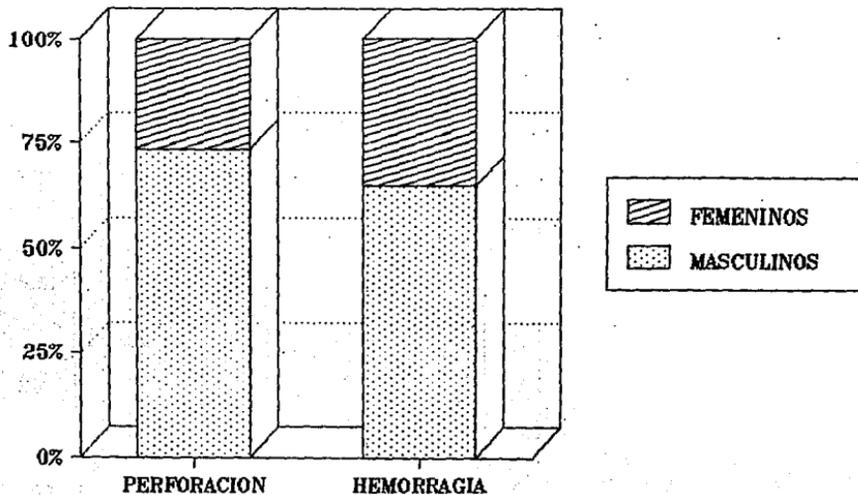


FIGURA 7

COMPLICACIONES DE LA E.A.P. HEMORRAGIA / PERFORACION

TOTAL DE PACIENTES = 41

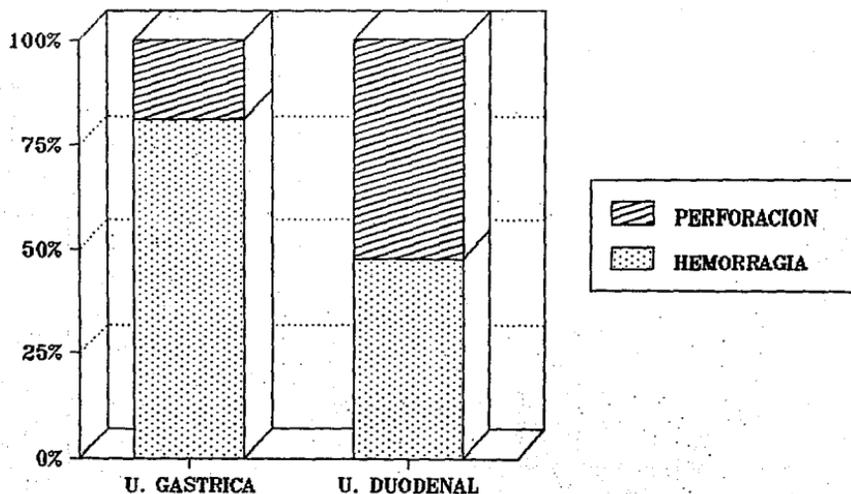


FIGURA 8

CORRELACION MORTALIDAD/Hb

TOTAL DE PACIENTES = 41

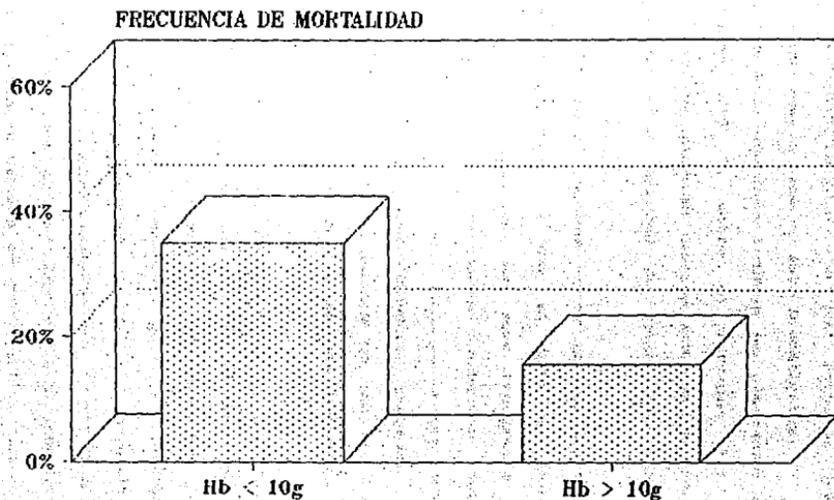


FIGURA 9

DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos, haremos las siguientes consideraciones, correlacionandolas con los reportes publicados en la literatura y que son la base de esta investigación.

En nuestra muestra estudiada tuvimos un predominio marcado del sexo masculino 65.8 %, sobre el femenino 34.1 %, no correspondiendo a lo que publican ciertos autores en donde ellos tienen tendencia hacia la igualdad de sexos relacionado a la incidencia (5).

Pero a pesar de eso si podemos mencionar que los rangos de edades siguen siendo amplios y que si bien es cierto los padecimientos con origen gástrico son más frecuentes en los adultos de edad avanzada, los problemas duodenales continuaron siendo de pacientes jóvenes, con una vida productiva, aunque en éstos pacientes los cambios hemodinámicos causados por el sangrado y las múltiples hemotransfusiones no son del todo bien tolerados, y que habría de ser motivo de una investigación más acuciosa (20).

Es notoria la prevalencia de factores de riesgo previamente conocidos y nada novedosos como son el tabaquismo y el etilismo en nuestra población derechohabiente con un porcentaje del 70.8 %, Pero es de importancia remarcar que la población más frecuentemente afectada fué aquella con una edad promedio de 63 años, de ahí inferimos que tales pacientes son en su gran mayoría portadores de enfermedades crónico degenerativas, convirtiendolos en pacientes que presentan ingesta de medicamentos tan comunes y

de fácil acceso como son los antiinflamatorios no esteroideos, hasta en un 34 %, cuyo mecanismo lesivo es por todos bien conocido, al disminuir la secreción de prostaglandinas y debilitando la barrera mucoprotectora de la mucosa gastroduodenal, no hay que olvidar que actualmente estos medicamentos como se mencionó tan populares, y de efecto tan potente, se encuentran cubiertos por capas entericas que a fin de cuentas no se liberan en la mucosa gástrica pero sí sucede en porciones del tubo digestivo que no son las habituales, y por lo tanto desconciertan al clínico su presentación duodenal y por que no en un paciente fué más adelante del ángulo del Treitz (2).

Cabe entonces mencionar que dichos pacientes nunca antes de llegar al servicio de Urgencias se conocían como portadores de enfermedad ulcerosa, pues bien, éstos pacientes presentaron de una manera abrupta y desastrosa una complicación de la enfermedad ácido péptica, desprendiéndose la duda entonces de cual sería el manejo quirúrgico óptimo para éstos casos, la literatura menciona la dificultad hasta éstos días de estandarizar tanto los procedimientos, como la selección de pacientes para los mismos (17,18,19).

Debemos aclarar que también tuvimos en ésta población estudiada la presencia de enfermedades asociadas con una incidencia de 63.3 %, considerando la edad de los pacientes pues no variaron de las que más comunmente esperabamos: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, osteoartritis, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, siendo esto corroborado por diversos autores (17,19).

Como se mencionó previamente una situación de tomar en cuenta

es aquella relacionada con los pacientes que por primera vez presentaron una complicación sin sintomatología previa, siendo en nuestro estudio un 51.2 %, escasamente un poco más de la mitad de la muestra estudiada, será entonces que tiene relación con los conceptos anteriormente vertidos sobre toda la gama de causa efecto de medicamentos tanto agresores como aquellos novedosos y potentes bloqueadores de la secreción ácida, pues de alguna u otra manera debiera de no omitirse éstos antecedentes en la historia clínica de los pacientes a su ingreso, o en su primer contacto con el servicio de urgencias (23).

La sintomatología clásica de los pacientes perforados se corrobora con el resultado obtenido en el cual observamos que el dolor ocupó un 100 %, en los pacientes, no siendo de la misma manera para aquellos pacientes que presentaron hemorragia con un 61.5 %.

Actualmente estamos convencidos de que la valoración de éstos pacientes que presentan hemorragia, debe ser obligatoria la utilización de la endoscopia para poder valorar el sitio y localización del sangrado, y de no ser posible tal exactitud, pues al menos orientarnos hacia donde se encuentra más probablemente la hemorragia (24).

Se pudo evaluar que estudios de imagen tan simples como las Rx de abdomen y torax fueron determinantes en los pacientes que se perforaron con las imágenes compatibles y/o sugestivas de reacción peritoneal, o irritación peritoneal de vidrio despolido, en un 86.6 % de los pacientes, no ocurrió lo mismo con las imágenes de aire libre en cavidad en donde únicamente se obtuvo en un 53.3 % de los pacientes.

Las complicaciones se pueden resumir en las siguientes, La perforación ocurrió en un 36.5 %, contrastando con la hemorragia de tuvo un 53.4 %, de donde inferimos que la hemorragia es la complicación más frecuentemente encontrada en nuestra población estudiada.

De los enfermos con perforación podemos decir que tuvieron un predominio el sexo masculino con un 73.3 % contra un 26.6 % del sexo femenino, no siendo igual a lo citado por la literatura (25).

En cuanto al sitio de localización la complicación más frecuente en la úlcera gástrica fué la hemorragia en un 81.2 %, en contraste con la úlcera duodenal en donde observamos que la complicación más frecuente fué la perforación con una incidencia de 52.1 %, infiriendo de ésta manera que efectivamente la complicación al menos en nuestro estudio fué la hemorragia con mucho más frecuente y la localización de la misma tuvo un predominio en estomago.

Otra situación importante en los pacientes que se perforaron fué que en un porcentaje importante de ellos, se presentó como primera manifestación de la enfermedad un cuadro agudo, es decir sin sintomatología previa la incidencia fué de un 46.6 %.

Brevemente mencionaremos los resultados en relación a las técnicas quirúrgicas empleadas, comentando lo siguiente; que de acuerdo al diagnóstico de perforación el procedimiento más frecuentemente empleado fué el cierre primario y parche de epiploon 53.3 %, cierre primario más vagotomía troncular y procedimiento de drenaje en un 20 %, tomando en cuenta esto debemos recalcar que única y exclusivamente debemos de

operar y resolver la urgencia y que cualquier otro procedimiento extra no beneficia ni mejora la morbilidad y si aumenta el riesgo de mortalidad en éstos pacientes que de antemano sabemos se encuentran severamente comprometidos, tanto metabólica como hemodinamicamente (25).

Comentaremos que en los pacientes que presentaron hemorragia el procedimiento que más frecuentemente se realizó fue ulcerorrafia en el 34.6 %, y se le agrego vagotmía troncular en un 23 %, con una mortalidad casi similar del 11 %, y que definitivamente concluye lo anteriormente expuesto de resolver la urgencia y en un momento dado dar la oportunidad a todos éstos pacientes de recibir el beneficio de el tratamiento médico antes que someterlos a procedimientos ociosos y que no tienen fundamento para tratar de resolver el problema si sabemos de antemano que dichos pacientes presentan en su mayoría factores lesivos sobre la barrera mucoprotectora gastroduodenal antes que el clásico paciente hipersecretor ulceroso por todos conocido.(25,23,26).

Un factor que encontramos y que en la literatura se encuentra descrito es aquel relacionado con la hemoglobina menor de 10 g, que en nuestro estudio se asoció con una mortalidad del 35 %.(27).

CONCLUSIONES

- 1.- Encontramos un predominio del sexo masculino en aquellos pacientes que se presentaron de urgencias con una enfermedad ácido-péptica complicada.
- 2.- Se pudo demostrar que factores ya conocidos incrementan la morbimortalidad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica de urgencia.
- 3.- Es de importancia el número de pacientes jóvenes ya que su forma de presentación es más agresiva.
- 4.- La hemoglobina por debajo de 10 g guarda una relación directa con la morbimortalidad de los pacientes intervenidos por una enfermedad ácido péptica complicada.
- 5.- Actualmente en nuestra población frecuentemente la primera manifestación de enfermedad ácido péptica es una complicación aguda sin antecedentes previos.
- 6.- Proponemos el manejo quirúrgico inmediato para los enfermos con hemorragia y/o perforación, con el objeto de disminuir la mortalidad y complicaciones postoperatorias.

7.- La técnica quirúrgica única y exclusivamente deberá estar encaminada a resolver la urgencia, no recomendamos procedimientos quirúrgicos agresivos, que solamente resultan ociosos y no mejoran el pronóstico .

BIBLIOGRAFIA

- 1) Mendeloff: What has been happening to duodenal ulcer ?
Gastroenterology 67: 1020-1022; 1974.
- 2) Elashoff J.D.: Trends in hospital admissions and died rates
for peptic ulcer in te USA from 1970-1978.
gastroenterology 78: 285, 1980.
- 3) Berne E.H.: Current views of pathogenesis of peptic ulcers.
Scand j Gastro 17(suppl),7-20, 1982.
- 4) Kurata G.H.: Hospitalization mortality rates for peptic
ulcers.
Gastroenterology 83; 1008-1016, 1982.
- 5) Kurata G.H.: Sex difference in peptic ulcer disease.
Gastroenterology 88; 96-100, 1985.
- 6) Bergin W.F.: Gastric atonia and delay gastric emptying after
vagotomy for obstructing ulcer.
Am J Surg 98: 612-615; 1959
- 7) Dragsted L.R., Owens: Supradiaphragmatic exition of the vagus
nerves in the treatment of duodenal ulcer.
Proc Soc Exp Biol Med 1943; 53:152-6.

- 8) Griffith C.A.: Partial gastric vagotomy.
gastroenterology 1957; 32:96-102
- 9) Amdrup E. Jensen H.E.: Selective vagotomy of parietal cell
mass preserving innervation of the undrained antrum.
gastroenterology 1970; 57; 522-6.
- 10) Johnston A.: High selective vagotomy without drainage
procedure of duodenal ulcer.
British J. Surg. 1970; 57:289-96.
- 11) Schön : Incidence of peptic ulcer in the elderly.
Gotenburg Br. med j. 1989; 299:1131-4.
- 12) Kurata G.H : Epidemiology of the peptic ulcer disease.
Clin Gastro 1984; 13:289-307.
- 13) Herringnton G.L.: Bleeding gastroduodenal ulcer, choice of
operation.
World surg. 1987; 11:304-14.
- 14) Welch C.E.: Thousand operation for ulcer disease
An Surg 1987; 204: 454-67.
- 15) Yajko R.D.: Current management of upper gastrointestinal
bleeding
An Surg 1978; 181:474-80.

- 16) Berry A. R.: Upper gastrointestinal bleeding
Coll Surg Edin. 1984; 29: 134-8
- 17) Schiller K.: Haematemesis and melena, with especial reference
to factors influencing the outcome.
Br. Med J. 1970;11: 7214
- 18) Morris D.L.: Optimal timing for operation for bleeding peptic
ulcer.
Br. Med. J. 1984;228:1277-80
- 19) Wara P.: Factors influencing mortality in patients with
bleeding peptic ulcers.
Act. Char Scand 1983; 149:775-85
- 20) Knaus W. :APACHE II: A severity of disease classification
system.
Cri care med 1985;30:818-29.
- 21) Cecilie S.: Multifactorial analysis of factors related to
lethality after treatment of perforated gastroduodenal ulcer
Ann Of Surg 1989;209:418-23.
- 22) Mc Gee G.S.: Perforated gastric ulcer.
Arch Surg 1987; 122:555-61.
- 23) Paimela H: La cirugía de la úlcera péptica durante la era de
los antagonistas H2

Br. J. Surg 1991; 78:28-31

24) Schein M.: Sistema de puntuación APACHE II en la hemorragia
gastrointestinal alta masiva por úlcera péptica

Br. J. Surg 1989; 76: 733-36

25) Armstrong C.P.: Muerte por complicaciones de úlcera péptica no
dianosticada, un desafio que persiste

Br. J. Surg 1988; 75: 162-64

26) Bornman P.C.: Cierre simple de la ulcera duodenal perforada.

Br. J. Surg 1990 ; 77: 356-58.