

1120931



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE URGENCIA EN PACIENTES CON ÚLCERAS
GASTRODUODENALES COMPLICADAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" I.S.S.S.T.E.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA

DRA. LUCIA HERNÁNDEZ VÁZQUEZ

ASESOR:

DR. MODESTO AYALA AGUILAR



ISSSTE

1º DE JUNIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DEL 2002

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

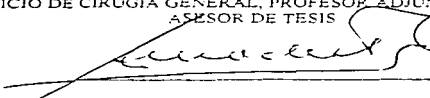
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

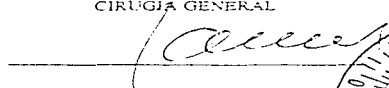
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

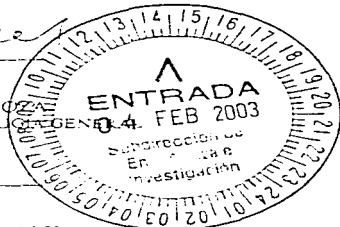
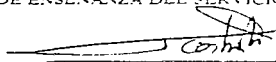
DR. MODESTO AYALA AGUILAR,
JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, PROFESOR ADJUNTO DE POSTGRADO Y
ASESOR DE TESIS



DR. FERNANDO PALACIO VELEZ,
COORDINADOR DE CIRUGIA Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO DE
CIRUGIA GENERAL



DR. ANTONIO CASTRO MENDOZA,
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



DR. JOSE GUADALUPE FLORES GALICIA,
COORDINADOR DE CAPACITACION INVESTIGACION
Y DESARROLLO



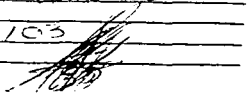
DR. GREGORIO URBANO VALENCIA PEREZ,
JEFE DE INVESTIGACION



autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Luisa Hernández
Vázquez

FECHA: 26/02/03

FIRMA: 



DEDICATORIA

A mi abuelita Josefina:

Porque tu lucha y perseverancia por vivir y conseguir tus metas me impulsaron para seguir adelante y realizar mis metas. Aunque ya no estés aquí tu fuiste mi motivación y tu apoyo fue incondicional. *GRACIAS.*

A mis maestros:

Gracias por sus enseñanzas que compartieron conmigo, por sus explicaciones, su entrega y dedicación, por compartir sus experiencias que jamás podrán ser comparadas con las aprendidas en los libros y por sus regaños, porque sin ellos no habría entendido el significado y la importancia de la responsabilidad que significa el ser médico.

A Sergio:

Gracias por estar a mi lado incondicionalmente durante este ciclo de mi vida, que tal vez no fue sencillo, pero siempre me impulsaste a continuar cuando estaba decidida a renunciar. Gracias por estar en mis momentos de tristeza y alegría y aceptarme como soy. *Muchas gracias.*



INDICE

RESUMEN.....	5
SUMMARY.....	7
ANTECEDENTES.....	9
OBJETIVO.....	15
METODOLOGÍA.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS.....	34



RESUMEN

OBJETIVO

Determinar la complicación, evolución y morbimortalidad de los pacientes operados por úlcera gastroduodenal complicada e identificar que la edad del paciente determina su mala evolución, pero junto con el estado hemodinámico y el retraso en el diagnóstico y tratamiento, tiene mayor valor significativo en su pronóstico y elección de procedimiento quirúrgico.

ANTECEDENTES

La úlcera péptica es una de las enfermedades más comunes del intestino anterior. En la ulcerogénesis el factor causal gástrico se relaciona con la acción de la secreción de ácido. Si bien es cierto que los pacientes con aclorhidria rara vez presentan úlceras pépticas y que la mayoría de los enfermos con hiperclorhidria por gastrinoma (Síndrome de Zollinger-Ellison), tiene úlceras graves, es posible que los pacientes con las formas más comunes de úlcera péptica no tengan hipersecreción de ácido (3).

En Europa y América del Norte, la cirugía de esta patología se ha convertido, básicamente en la cirugía de la ulceración complicada. Hemorragia, perforación y obstrucción de salida del tracto gástrico, e incluso en esta área la endoscopia terapéutica y el tratamiento mínimamente invasivo tienen un papel cada vez mayor (10).

Los antagonistas de los receptores H₂ han revolucionado el manejo de la úlcera péptica y los desordenes relacionados con el ácido (13). El número de operaciones por úlceras duodenales a disminuido hasta el 38% dentro de los 2 primeros años de introducida la cimetidina en el Reino Unido (1).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes mayores de 40 años de edad y menores de 90 años, de ambos sexos, atendidos por el servicio de Cirugía General en urgencias en el periodo comprendido entre el 1° de Junio del 2000 y el 30 de Junio del 2002. Se recabaron los siguientes datos a través del expediente clínico: Tiempo de observación, hallazgos quirúrgicos, sintomatología y tiempo de hospitalización; y de la libreta quirúrgica se recabó el tiempo de duración del tratamiento quirúrgico. Se excluyeron pacientes tratados en otras unidades, que no entraban dentro del rango de edad, y en los que el diagnóstico transoperatorio fue diferente al diagnóstico de ingreso.

RESULTADOS

De los 37 pacientes intervenidos quirúrgicamente, se excluyeron 10 pacientes: uno por no contar con el rango de edad requerido, 5 pacientes con diagnóstico de ingreso diferente al diagnóstico definitivo; y 4 pacientes no contaron con expediente clínico.

De los 27 pacientes intervenidos, el diagnóstico definitivo fue el siguiente: 12 pacientes con diagnóstico de úlcera prepilórica perforada (44.44%), ubicándose en el primer lugar, seguido por 7 pacientes con úlcera gástrica perforada (25.92%), úlcera duodenal perforada en 4 (14.81%), estenosis pilórica en 2 pacientes (7.40%), úlcera gástrica sangrante en uno (3.70%) y úlcera duodenal sangrante en otro más (3.70%). Como se puede observar en este grupo de pacientes la principal complicación de la úlcera gastroduodenal fue la perforación.

El cuadro clínico se caracterizó por dolor abdominal (100%), peritonitis (40.74%), ausencia o disminución de la peristalsis (88.88%) e hipotensión (14.81%), fiebre (18.51%), casi no se presentó en los pacientes y 20 cursaron con leucocitosis (74.07%).

En nuestro grupo de pacientes se presentó una morbilidad general del 11.11%, encontrándose como causas de morbilidad la infección de vías urinarias en un paciente, íleo metabólico en otro y sepsis abdominal en un paciente.

La mortalidad fue del 7.40% (2 pacientes) y las causas fueron: choque hipovolémico en un paciente y sepsis en otro paciente.



SUMMARY

OBJECTIVE:

To determine the complications, evolution and morbidity and mortality in patients which were over surgery by gastroduodenal ulcer complicated and identify in this way that the age of them determine their worst evolution, then taking in account the hemodynamic state, the delay in the diagnostic and the treatment has great important value in the prognosis as the election in the surgery procedure.

BACKGROUND:

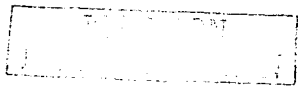
The gastroduodenal ulcer complicated is one of the most common sickness in the small intestine. In the ulcerogena the main factor that cause it is related with the gastric acid. While the patients that presents achlorhidia rarely get gastroduodenal ulcer complicated and most of the patients with the syndrome of the Zollinger Ellison get complicated ulcers. Then is possible that patients with the most common forms of the gastroduodenal ulcer complicated don't get hyper secretion of the acid.

In the North of America and Europe this pathology is getting in to the surgery of the gastroduodenal ulcer complicated basically. The hemorrhages, perforations and the obstruction of the gastric tract, even in this area of the therapeutic endoscopy also the minor invasion treatment its been useful currently.

The antagonistic of the receptors H₂ has been changing the management of the gastroduodenal ulcer complicated even the disorders related with the acid (13). The number of surgeries by gastroduodenal ulcer complicated has been decrease by 38% within 2 years of introducing cimetidine in the United Kingdom.

PATIENTS AND METHODS:

The patients that were included in this investigation were patients with a range of 40 to 90 years within men and women in the general surgery service in the period of



June the 1^o 2000 to June 30 the 2002. The information gather from the clinical history were: Observation time, surgical findings, sintomatology, hospitalization time. The time of the surgical treatment was gather from the surgical book in the hospital. The patients from other hospitals, different range of age, in which the final diagnosis was different from the first diagnosis were excluded

RESULTS:

From the 37 patients that were over surgery, ten patients were excluded, one of them because he doesn't has the age required, 5 patients because they get a different diagnosis compared with the first diagnosis and 4 patients because they don't get a clinical history.

The final diagnosis from the 27 patients that were over surgery was: 12 patients with the diagnosis of ulcer prepiloric perforated (44.44%) it was located in the first place, followed by seven patients with the diagnosis of gastroduodenal ulcer perforated (25.92%), 4 patients with duodenal ulcer perforated (14.81%), piloric estenosis in 2 patients (7.40%), 1 patient with bleeding gastric ulcer (3.70%), another one patient with bleeding duodenal ulcer. The perforation was the main complication in the gastroduodenal ulcer in this group of patients.

The clinical history was characterized by the abdominal pain (100%), peritonitis (40.74%) absence and decrease of the peristalsis (88.88%) and hypotension (14.81%), the fever (18.51%) was not common in this patients. 20 of them got leukocytes (74.07%).

In this group of patients the general morbidity was (11.11%) finding as the main cause of the morbidity the infection in the urinal roads in one of them , metabolic ileon in another one patient and abdominal sepsis in one of them.

The mortality was 7.40% (2 patients) and the causes were the hypovolemic shock in one patient and sepsis in another one



ANTECEDENTES

Marshall y Warren descubrieron el papel que juega el H. Pylori en la patogenia de la úlcera péptica. Ellos no fueron los primeros en detectar la bacteria en espiral en el estómago, pero fueron los primeros en proponer la fisiopatología de esta bacteria. Bizzozero descubrió la bacteria en espiral en 1982 (11). Krenitz en 1906 describe por vez primera la bacteria en humanos postmortem(1).

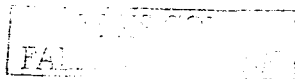
La úlcera péptica es una de las enfermedades más comunes del intestino anterior. En la ulcerogénesis el factor causal gástrico se relaciona con la acción de la secreción de ácido. Si bien es cierto que los pacientes con acorhidria rara vez presentan úlceras pépticas y que la mayoría de los enfermos con hiperclorhidria por gastrinoma (Síndrome de Zollinger Ellison) tiene úlceras graves, es posible que los pacientes con las formas más comunes de úlcera péptica no tengan hipersecreción de ácido (3).

Los antagonistas de los receptores H2 han revolucionado el manejo de la úlcera péptica y los desórdenes relacionados con el ácido (15). El número de operaciones por úlceras duodenales a disminuido hasta el 38% dentro de los 2 primeros años de introducida la cimetidina en el Reino Unido (1).

En Europa y América del Norte, la cirugía de esta patología se ha convertido, básicamente en la cirugía de la ulceración complicada. Hemorragia, perforación y obstrucción de salida del tracto gástrico, e incluso en esta área la endoscopia terapéutica y el tratamiento mínimamente invasivo tienen un papel cada vez mayor (10).

La úlcera péptica es una enfermedad gastrointestinal común, de la cual el tratamiento y el manejo han cambiado dramáticamente durante los últimos 25 años, el tratamiento ha involucrado desde las modificaciones en la dieta y los antiácidos para la supresión del ácido gástrico con un receptor antagonista H2 y un inhibidor para la erradicación del H Pylori. La cirugía para problemas de úlceras complicadas ha declinado dramáticamente en las últimas 2 a tres décadas con el uso del receptor antagonista H2 y el protón inhibidor(12). A finales de los años 80's fue claro que la mayoría de úlceras pépticas fueron etiologicamente relacionados con la bacteria gram negativa, esto es H Pylori. La incidencia de problemas de úlcera péptica está actualmente en declive. La intervención quirúrgica para los problemas de úlcera péptica y complicaciones actualmente son poco frecuentes (2).

Las úlceras agudas pueden ocurrir en periodo de estrés psicológico y físico extremo. La úlcera aguda y crónica tienen múltiples causas que incluyen factores agresivos, como ácido gástrico y pepsina, y protectores como las secreciones duodenales



alcalinas. El epitelio gástrico siempre corre el riesgo de lesionarse por las sustancias que se ingieren en combinación con sus secreciones. La alteración de la barrera por agentes nocivos, como aspirina, alcohol o sales biliares pueden originar erosiones agudas en las capas superficiales del epitelio gástrico(10)

Las causas de los problemas de úlcera péptica pueden ser divididos en 4 factores predisponentes principales: H. Pylori, utilización de medicamentos esteroideos y medicamentos antiinflamatorios (AINES), condiciones hipersecretoras ácidas (Zollinger Ellison) Como complemento las úlceras gástricas y duodenales pueden ser causadas infrecuentemente por estados crónicos de la enfermedad (Enfermedad de Crohn, mastocitosis sistémica), alcoholismo crónico, malignidad, infecciones virales (herpes simple, citomegalovirus) y el uso de cocaína (2)

Los métodos diagnóstico utilizados en pacientes con sospecha de úlceras gastroduodenales perforadas son las pruebas de rutina, ultrasonografía, tomografía computarizada y laparoscopia, estos fueron usados para el diagnóstico de casos difíciles. La cirugía óptima es elegida por el intervalo entre la perforación de la úlcera y la admisión , una historia de úlcera péptica , la presentación de la peritonitis, edad, comorbilidad y los hallazgos quirúrgicos (4)

Las indicaciones quirúrgicas para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal complicada son obstrucción, perforación y hemorragia. La obstrucción del bulbo duodenal o del píloro, debido a tejido cicatrizal fibroso es una indicación claramente quirúrgica. La perforación de una úlcera gastroduodenal provoca a veces efectos catastróficos como peritonitis o shock progresivo. La hemorragia puede ser masiva e incontrolable y requiere de una intervención quirúrgica de urgencia (4)

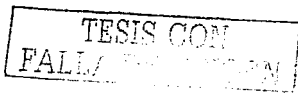
La úlcera péptica del estómago y duodeno es la alteración más frecuente de estas estructuras.

Tiene un máximo de incidencia entre los 20 y 60 años . El exceso de secreción ácida y de pepsina es la causa de la aparición de estas úlceras.

Las indicaciones para tratamiento quirúrgico son:

- * No respuesta al tratamiento médico.
- * Perforación
- * Obstrucción
- * Hemorragia

Debe ofrecerse a cada paciente una operación "ideal" sobre los siguientes criterios: Mortalidad quirúrgica , incidencia de ulceración recurrente después de 5 a 10 años,



efectos colaterales de la operación, consecuencias metabólicas a largo plazo (después de 5-30 años) . incidencia de carcinoma gástrico después de 15 a 30 años, relativa facilidad o dificultad de la segunda operación. si la primera fracasa. y ¿quien realiza la cirugía?.

El objetivo fundamental del tratamiento quirúrgico es la reducción al mínimo de la secreción ácida. Los principales componentes de esta secreción son la inervación vagal colinérgica de las células parietales y la secreción antral de gastrina. La denervación de las fibras aferentes vagales de células parietales reduce esta secreción ácida al reducir la capacidad de respuesta de las células parietales a la gastrina.

La vagotomía de células parietales como la troncular combinada con la piloroplastia tienen una recidiva ulcerosa a 10 años del 5-15%. La combinación de vagotomía troncular con antrectomía tiene una recidiva inferior del 1%. La incidencia de dumping es menor en pacientes sometidos a vagotomía de células parietales y mayor en el grupo tratado con vagotomía y antrectomía.

Las operaciones de urgencia se asocian con mayor morbimortalidad.

La elección del procedimiento quirúrgico depende de: 1) localización de las úlceras, 2) indicación quirúrgica, 3) cronidad de la diátesis ulcerosa, 4) edad y sexo del paciente, 5) estado nutricional, 6) presencia de otras afecciones concomitantes, 7) estabilidad del paciente durante la operación y 8) experiencia y preferencia personal del cirujano (5).

En un estudio de Babalich y cols. de junio de 1989 hasta mayo de 1999 la vagotomía supraselectiva (SPV) fue realizada en 400 pacientes con úlcera duodenal 190 de ellos tuvieron estenosis pilórica (47.5%). Varias operaciones para drenar fueron realizadas en 180 pacientes con estenosis. Los mejores resultados fueron después del SPV en combinación con las operaciones de drenaje, las cuales salvaron los mecanismos pilóricos de la evacuación gástrica. (6)

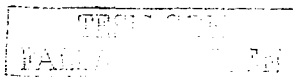
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son: No respuesta al tratamiento médico o la presencia de complicaciones como hemorragia, perforación o estenosis pilórica.

INDICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

1.-PERFORACIÓN

- Cierre simple de la perforación: Esta indicado en pacientes muy graves, en pacientes que tienen más de 24hrs de perforados o están en shock hipovolémico, además se puede colocar un parche de epiplón.



- ♦ Vagotomía de células parietales + cierre de la perforación: es una alternativa de tratamiento ya que reduce la recidiva ulcerosa del 17-18%.
- ♦ Vagotomía troncular + piloroplastia: Esta indicado cuando exista úlcera de la zona piloroduodenal, y tiene una recidiva del 10%.

La úlcera gastroduodenal es una enfermedad muy común en Japon, Europa y América; el número de personas de mayor edad aumenta diariamente de tal forma que el número de pacientes que requieren de una operación gastroduodenal de emergencia también ha aumentado. Las perforaciones son las principales complicaciones de esta enfermedad.

Estudios en Japon han observado que los siguientes factores como son enfermedades medicas, factores de riesgo preoperatorio, procedimientos quirúrgicos optimos, fallas orgánicas postoperatorias y recurrencias libres, rangos despues de los tratamientos quirúrgicos libres de enfermedad, tiene una significante correlacion con la mortalidad observada en estos pacientes. En conclusion en una situacion de emergencia pacientes ancianos tienen un alto pronostico desfavorable asi como sus condiciones para los de edad avanzada y en los cuales nos permiten resultados muy pobres no solamente a nivel mundial sino tambien en Japon. Basados en nuestros informes, pacientes con úlcera duodenal, el cierre simple de la úlcera y la vagotomía es recomendada por tener la menor mortalidad y estres minimo excepto por los casos con perforaciones grandes, las cuales miden 20mm de diametro de perforacion o con estenosis duodenal severa. En casos de úlceras de estomago una gastrectomía puede ser recomendada por sus bajos rangos de recurrencia (7).

2 - OBSTRUCCION

Esta depende del grado de obstrucción. Si se encuentra en una fase aguda ésta se encontrará con inflamación y edema de la zona piloroduodenal y puede resolverse con aspiración con SNG y tratamiento antiulceroso. Si se encuentra en una fase crónica está originada por la fibrosis permanente del conducto pilórico y estrechamiento del esfínter. La obstrucción que puede ocasionar complicaciones como: deshidratación, hipocloremia, alcalosis y desnutrición por lo que está indicado el tratamiento quirúrgico.

- ♦ Vagotomía troncular más hemigastrectomía (Billroth I o II): Tiene una recidiva menor del 10% ya que permite la resección de las zonas fibrosas productoras de la obstrucción mecánica. Billroth I cuando se encuentra respetado el esfínter pilórico y Billroth II cuando está comprometido el esfínter con estenosis.

3 - HEMORRAGIA

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son:



- Choque hipovolémico
- Hemorragias crónicas repetidas que requieren - de 6 unidades de sangre en 24hrs.
- Hemorragias recurrentes durante la aplicación de tratamiento médico
- Hospitalización en repetidas ocasiones a causa de hemorragia.

Los pacientes de edad avanzada y con afección crónica tienen una mortalidad muy elevada. Primero se ofrece la endoscopia como tratamiento si esta ha fallado se ofrece tratamiento quirúrgico

Los procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar son los siguientes

- ♦ Vagotomía troncular, piloroplastia y sutura del vaso sangrante.
- ♦ Vagotomía troncular, antrectomía y gastroduodeno anastomosis o gastroyeyuno anastomosis (5)

La indicación de las piloroplastias es principalmente posterior a la realización de una vagotomía por una úlcera duodenal porque este último procedimiento provoca constricción del esfínter pilórico

Los resultados a largo plazo de la reparación con parche de epilón en úlceras perforadas son insatisfactorios por la alta incidencia de la recurrencia que presentan después del manejo quirúrgico, porque no es el tratamiento definitivo

Algunos autores defienden la realización de estos procedimientos, ya que asociados a la disminución en la producción de ácido mediante medicamentos, es una medida preventiva y eficaz contra la recidiva de la úlcera. El tratamiento quirúrgico definitivo en el paciente seleccionado es seguro sin aumentar el riesgo de complicaciones perioperatorias incluyendo la muerte

Sin embargo con los avances recientes en el tratamiento médico antiulceroso, pocos cirujanos han adquirido suficiente experiencia en la realización de tratamientos quirúrgicos definitivos. Por lo que para muchos cirujanos el realizar un procedimiento como el cierre de una úlcera perforada, es un procedimiento simple y una opción atractiva, rápida y temporal.(9)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS

Las indicaciones para realizar un tratamiento quirúrgico de urgencia para la úlcera gástrica son: la úlcera gástrica sangrante, esta se considera como una lesión más peligrosa que la hemorragia producida en una úlcera duodenal, y la úlcera perforada se



presenta con mayor frecuencia en los pacientes de edad avanzada, puede asociarse con el cáncer gástrico y producirse en la retrocavidad de los epíplones o en la parte anterior del estómago.

OBJETIVO

- Resecar la úlcera
- Disminuir el reflujo biliar y la estasis gástrica.
- Conservar la función del tracto digestivo alto.
- Evitar la posibilidad de malignización

PROCEDIMIENTOS

- Resección y cierre de la úlcera más vagotomía superselectiva
- Ligadura del vaso sangrante
- Colocación de parche de epíplon
- Resección gástrica que incluya la úlcera sangrante
- Gastrectomía - Billroth I o II (8,14)

TESIS COM
FALLA DE

OBJETIVOS

- ♦ La edad del paciente determina su mala evolución ,pero junto con su estado hemodinámico y el retraso en el diagnóstico y tratamiento , tiene valor significativo en su pronóstico y eleccion de procedimiento quirúrgico.
- ♦ Determinar que procedimiento implica mayor número de días de estancia hospitalaria.
- ♦ Determinar cuál es el tiempo promedio requerido para los procedimientos quirúrgicos
- ♦ Determinar el porcentaje de morbimortalidad de los pacientes operados.
- ♦ Determinar que procedimiento quirúrgico presenta la mayor incidencia de morbimortalidad



PACIENTES Y MÉTODOS

Se estudiaron los pacientes mayores de 40 años y menores de 90 años de ambos sexos, ingresados por urgencias y manejados por el servicio de Cirugía General en el periodo comprendido entre el 1º de Junio del 2000 y el 30 de Junio del 2002 en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E. Se consideró como tiempo de observación a partir del ingreso del paciente a urgencias hasta la realización de su intervención quirúrgica. Se recabaron la sintomatología más frecuente (dolor abdominal, disminución hasta abolición de peristalsis, fiebre, hipotensión y rigidez abdominal), el tipo de procedimiento realizado, duración del procedimiento, días de estancia hospitalaria, y se realizó seguimiento de la morbilidad de los pacientes así como la mortalidad transoperatoria y postoperatoria. Se excluyeron a los pacientes atendidos en otras unidades hospitalarias, pacientes que no se encontraban dentro del rango de edad, los que contaron con un diagnóstico postoperatorio diferente al de ingreso y aquellos que no contaron con expediente clínico.

Para obtener todos estos datos se revisaron las libretas de resumen quirúrgico así como el censo con el que cuenta la refutura de quírofamos para cotejar las cédulas de los pacientes y el diagnóstico preoperatorio. Se revisaron los expedientes que se encontraban en el archivo clínico, dentro de este se revisó la sintomatología de ingreso más frecuente así como los datos de laboratorio y gabinete, se determinó cuales fueron las causas por las que el paciente no se intervino de forma inmediata y se revisaron las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes, así como la mortalidad.

El estudio realizado fue de tipo retrospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional. Se utilizaron análisis de frecuencia y dispersión representadas en cuadros y graficas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

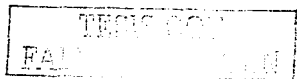
De los 37 pacientes intervenidos de urgencia con diagnóstico de abdomen agudo vs perforación de viscera hueca se excluyeron 10 por las siguientes causas: un paciente era menor de 40 años, en 5 el diagnóstico transoperatorio no correspondió con el de ingreso, y en 4 no se contó con expediente clínico. El rango de edad promedio fue de los 40 a 90 años (media de 60.5) cuadro No 2. De estos 27 casos (100%), la complicación por úlcera gastroduodenal mas frecuente fue la perforación en 23 pacientes (85.18%), seguido por la hemorragia en 2 casos (7.40%), y estenosis en otros 2 casos (7.40%).

Las complicaciones de la úlcera gastroduodenal fue mas frecuente en los hombres en 21 pacientes (77.7%), seguido por las mujeres en 6 pacientes (22.2%)

De acuerdo con los tipos de úlcera gastroduodenal, predominó la úlcera prepilórica perforada en 12 pacientes (44.44%), seguida de la úlcera gástrica perforada en 7 pacientes (25.92%), la úlcera duodenal perforada en 4 pacientes (14.81%), la estenosis pilórica en 2 pacientes (7.40%), la úlcera duodenal sangrante en 1 paciente (3.70%), y la úlcera gástrica sangrante en un paciente (3.70%)

Por grupos de edad encontramos un mayor porcentaje de pacientes entre los 40 a los 50 años con 8 pacientes (29.62%), seguidos por el grupo entre los 51 a los 60 (22.22%), las pacientes entre los 61 a los 70 años (22.22%), pacientes entre los 71 a los 80 años (14.81%) y por ultimo pacientes que se encontraron entre los 81 y 90 años de edad (11.11%) figura 1

De acuerdo con el tiempo requerido para realizar los procedimientos quirúrgicos, presentaron una media de 2hrs sin importar si fue un procedimiento definitivo o no. Sin embargo es importante mencionar que el tiempo requerido depende del cirujano que esté efectuando el procedimiento. Los días de estancia hospitalaria con una media de 11 días. Sin embargo es importante mencionar que el tiempo de estancia hospitalaria mayor fue de 29 días en un paciente complicado, y el tiempo necesario para el inicio de la vía oral fue de 5 días en promedio para ambos procedimientos.



La mayoría de los pacientes que ingresaron a urgencias por complicaciones de úlcera gastroduodenal, no contaban con antecedentes de enfermedad ácido péptica, solo con tabaquismo y alcoholismo ocasional de tipo social. Solamente 4 pacientes tenían antecedentes de diabetes mellitus tipo 2.

En cuanto a la sintomatología que más predominó se encuentra el dolor abdominal en todos los casos (100%), abolición o disminución del peristaltismo en 24 pacientes (88.88%), la presencia de datos de peritonitis se presentó en 11 pacientes (40.74%) fiebre en otros 5 (18.51%) hipotensión en 4 pacientes más (14.81%) figura 6. En cuanto a los estudios de laboratorio lo más significativo fue la presencia de leucocitosis en 20 casos (74.04%), en los que se observó que las cifras fueron por arriba de 12.000 pero no mayores de 20.000.

Dentro de las causas de morbilidad que se presentó en estos pacientes, se encuentra la dehiscencia de herida quirúrgica en uno (3.70%), 5 días después del tratamiento quirúrgico. Otro curso con obstrucción intestinal por íleo metabólico (3.70%), y otro más con diagnóstico de sepsis (3.70%) el cual falleció. La morbilidad general fue del 11.11% Figura 4.

La mortalidad global perioperatoria (30 días) fue del 7.40%, donde cabe destacar que un paciente falleció durante el transoperatorio por presentar choque hipovolémico, secundario a úlcera duodenal sangrante y otro falleció a los 29 días de proceso séptico, éste último caso fue tratado con cierre primario y colocación de parche de epiplon por presentar perforación de úlcera prepilórica Figura 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD

EDAD	HOMBRE	MUJER
40-50	6	2
51-60	6	0
61-70	5	1
71-80	3	1
81-90	1	2
TOTAL	21	6
%	77.77%	22.22%

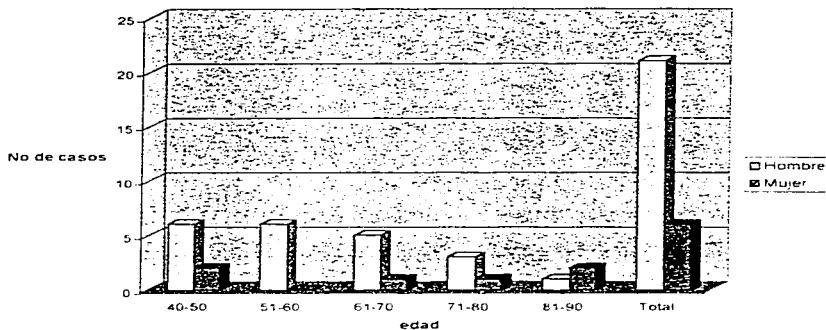
Cuadro No 2

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETAREOS Y SEXO

EDAD	Hombre	Mujer
40-50	6	2
51-60	6	0
61-70	5	1
71-80	3	1
81-90	1	2
Total	21	6

INSTITUCION
FALLA DE BUCEN

Distribución por edad y sexo en pacientes con U.G.D.C.



Gráfica no 1 .. Distribución etárea y por sexo de presentación de UGDC.

TELEFONO
FALLA EL ORIGEN

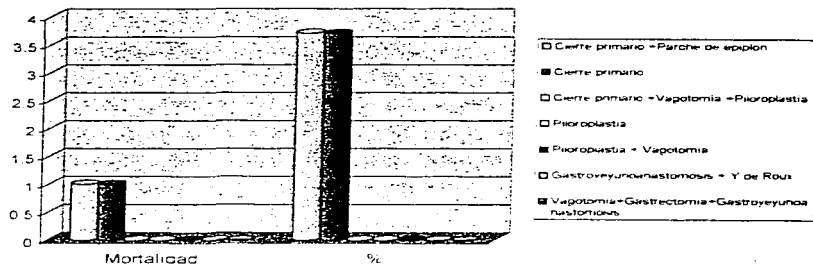
Cuadro No 3

MORTALIDAD POSTOPERATORIA Y TRANSOPERATORIA POR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO.

Procedimiento	Mortalidad	%
Cierre primario +Parche de epiplón	1	3.7
Cierre primario	1	3.7
Cierre primario +Vagotomía		
+Piloroplastia	0	0
Piloroplastia	0	0
Piloroplastia + Vagotomía	0	0
Gastroyeyunoanastomosis + Y de Roux	0	0
Vagotomía+Gastrectomia+Gastroyeyunoanastomosis	0	0
TOTAL	2	7.4

TRABAJO DE
FALLAS EN EL

Mortalidad perioperatoria por procedimiento quirúrgico realizado



Grafica 2 Mortalidad trans y postoperatoria en pacientes con UGDC por procedimientos realizados

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

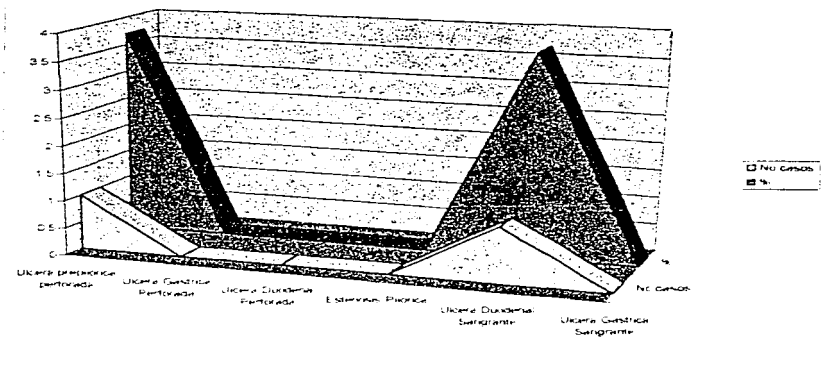
Cuadro No 4

**MORTALIDAD SEGÚN CLASIFICACION DE LA UGC. HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA". ISSSTE. JUNIO 2000-2002.**

Sitio	Mortalidad	%
Úlcera prepilórica perforada	1	3.7
Úlcera Gástrica Perforada	0	0
Úlcera Duodenal Perforada	0	0
Estenosis Pilórica	0	0
Úlcera Duodenal Sangrante	1	3.7
Úlcera Gástrica Sangrante	0	0
TOTAL	2	7.4

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

Mortalidad por tipo de úlcera complicada



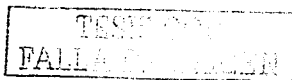
Grafica 3. Mortalidad según la clasificación de la úlcera gastroduodenal complicada.

TESIS COMPLETA
FALLA DE CALIDAD

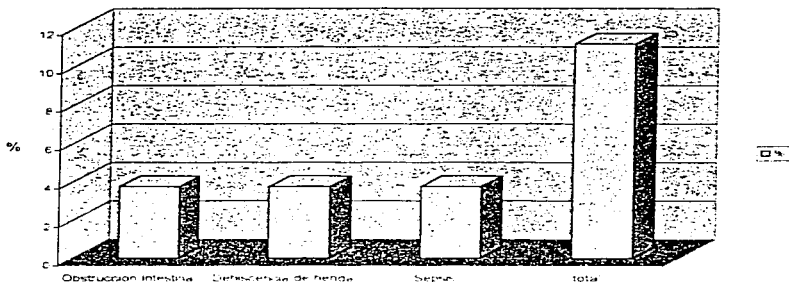
Cuadro No 5.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA DE PACIENTES CON UGC. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE. JUNIO 2000-2002.

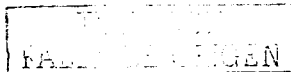
Morbilidad		%
Obstrucción Intestinal	1	3.7
Dehiscencia de herida	1	3.7
Sepsis	1	3.7
TOTAL	3	11.1



Morbilidad postoperatoria en pacientes con UGDC.



Gráfica 4 Morbilidad postoperatoria en pacientes con UGDC Hospital Regional "Ignacio Zaragoza" ISSSTE junio 2000-2002

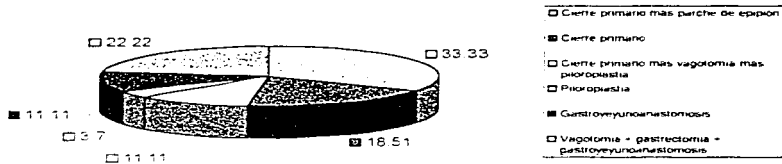


Cuadro No 6

<i>PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS</i>	%	No. casos
Cierre primario más parche de epiplón	33.33	9
Cierre primario	18.51	5
Cierre primario más vagotomía más piloroplastia	11.11	3
Piloroplastia	3.7	1
Gastroyeyunoanastomosis	11.11	3
Vagotomía más gastrectomía más gastroyeyunoanastomosis	22.22	6
TOTAL	99.98	27

TRINIDAD
FALLA EN ELLEN

Porcentaje de procedimientos realizados de urgencia en pacientes con UGDC.



Grafica No 5. Porcentaje de procedimientos realizados de urgencia en pacientes con úlcera gastroduodenal complicada (UGDC)

TESIS COMPLETADA
FALLA DE CALIFICACION

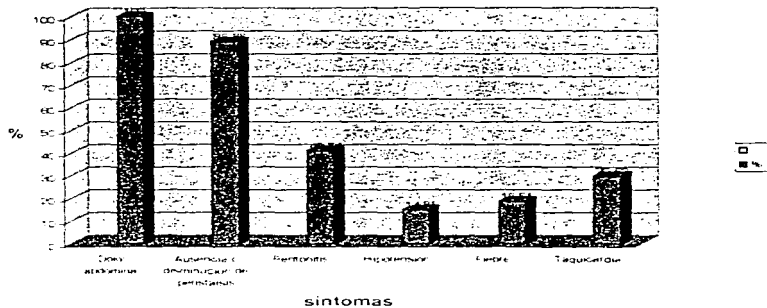
Cuadro No 7

*SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES
CON UGC. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA". ISSSTE.
JUNIO 2000-2002.*

Síntomas	Casos	%
Dolor abdominal	27	100
Ausencia o disminución de peristálsis	24	88.88
Peritonitis	11	40.74
Hipotensión	4	14.81
Fiebre	5	18.51
Taquicardia	8	29.62

FECHA DE
FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE DATOS CLINICOS PERSISTENTES EN PACIENTES CON U.G.D.C.



Grafica 6. Sintomatología que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con UGDC

DISCUSIÓN

Durante el periodo comprendido del 1o de Junio del 2000 al 30 de Junio del 2002, hemos observado que persiste una alta incidencia de pacientes intervenidos de urgencia por complicaciones de úlcera gastroduodenal, aun cuando se refiere esta patologia se presente en menos del 2%.

De acuerdo al tipo de complicación especifica en nuestra serie predominó la úlcera prepilórica perforada en el 40.74% , con una presentación muy semejante a otras series publicadas por Tsugawa K. y cols. , en Japón. Sin embargo aunque las perforaciones se presentaron en forma general en el 81.47% (22 pacientes), la estenosis y hemorragia se presentaron en menor proporción Cuadro numero 4.

Sin embargo es importante mencionar que un condicionante para la presencia de complicaciones de úlcera gastroduodenal en nuestro país puede ser el nivel socioeconómico de la población en general, ya que este no favorece la adquisición de medicamentos de una manera adecuada, y de la misma manera no les permite completar el tratamiento.

Las principales manifestaciones clínicas aunque no son específicas, fueron el dolor abdominal , la ausencia o disminución de peristalsis, signos de peritonitis , fiebre e hipotensión. El primero de ellos coincide con lo reportado por la literatura mundial. Sin embargo en nuestra casuística, los pacientes ingresados al hospital con dolor abdominal previamente establecido y exacerbado al momento mismo. Grafica No 6.

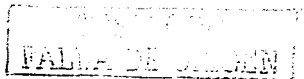
De los 27 pacientes a 13 se les realizó tratamiento definitivo (48.14%) y 14 pacientes con tratamiento no definitivo (51.85%) con una media de duración de tratamiento quirúrgico de 2hrs para ambos procedimientos y con inicio de la vía oral en general de 5 días, así como en promedio con 9 días de hospitalización para ambos procedimientos con excepción del paciente que evoluciono torpidamente.

El 88.88% de los pacientes fueron intervenidos dentro de las primeras 24hrs a partir de su ingreso y el 11.11% después estas . Solamente una paciente de 54 años de edad, con diagnóstico de úlcera sangrante y con datos francos de choque hipovolémico, murió durante el procedimiento quirúrgico, lo cual demuestra que la inestabilidad hemodinámica aumenta la mortalidad en forma considerada. Otro paciente falleció 27 días posterior a su intervención quirúrgica por sepsis abdominal con diagnóstico de úlcera prepilórica perforada con mala evolución al que solamente se le realizó cierre primario y colocación de parche de epiploon. Grafica No. 3.

El sexo que se afectó más fue el masculino (77.77%) en comparación con el femenino (22.22%). La edad de presentación se encontró entre los 40 y 51 años principalmente , de acuerdo con estadísticas de otros países como: Japón y EEUU. Cuadro No 1.



La mortalidad fue más importante en los procedimientos menores o que eran más fáciles de realizar, como cierre primario y la colocación de parche de epiplón; es importante anotar que uno de los pacientes evolucionó de manera insatisfactoria falleciendo 27 días después del procedimiento quirúrgico ya que presentó fistula enterocutánea y sepsis y aunque su edad de presentación no fue más de 50 años, su evolución no fue satisfactoria. La siguiente paciente falleció en el transoperatorio por presentar choque hipovolémico, por lo que el único procedimiento realizado fue el cierre de la úlcera. Gráfica No. 2.



CONCLUSIONES

- La úlcera gastroduodenal complicada se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino con un rango de edad de los 40 a 60 años
- El tipo de úlcera que se encontró con mayor frecuencia en nuestra casuística fue la úlcera duodenal perforada o sangrante.
- La edad y la inestabilidad hemodinámica del paciente influye en forma directamente proporcional a la mala evolución de los mismos.
- La evolución satisfactoria de los pacientes con úlceras gastroduodenales complicadas es directamente proporcional al diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Aparentemente y de acuerdo al estudio les permitió que recibieran tratamiento quirúrgico de urgencia mínimo tuvieron más mortalidad que los que su intervención quirúrgica fue mayor, probablemente tuvo relación a la condición hemodinámica de estos pacientes
- El nivel socioeconómico y la falta de medicamentos en nuestro país condicionan la aparición más frecuente de complicaciones de úlceras gastroduodenales
- La obstrucción intestinal, dehiscencia de herida y sepsis, son las complicaciones más frecuentes en el perioperatorio
- El tiempo quirúrgico necesario para un procedimiento mayor y menor fue relativamente el mismo, esto es directamente proporcional a la habilidad del cirujano, aunque, normalmente el tiempo requerido en ambos procedimientos no es el mismo, en este hospital escuela la mayoría de los procedimientos son realizados por cirujanos generales en formación.



BIBLIOGRAFÍA

1. Barry J. Marshall and Robin Warren: Fifty landmark discoveries in gastroenterology during the past 50 years. Gastroenterology Clinics Vol 29, Núm 1, March 2000
2. Duane T. Smoot, MD, et al : Peptic ulcer disease. Primary Care; Clinics in office practice. Vol 28, núm 3. september 2001
3. Bruce E. Stabile, et al : Surgical Management of gastrointestinal bleeden. Gastroenterology clinics Vol. 29 No 1 March 2000
4. Enders K. W. et al: This Month's Feature (Eradication of H. Pylori). Annals of surgery. Vol 231 No 2 february 2000.
5. Sloman B. L. et al : Mechanism of Helicobacter pylori pathogenesis: focus on mocus. J. Clin. Gastroenterology. 14 (suppl 1) 5114-5121.
6. Babalich AK: Surgical tratment of patients with duodenal ulcer. Surgery (Mosk). 01-January-1999
7. Tsugawa K, Koyanagi N, et al. The therapeutic strategies in performing emergency surgery for gastroduodenal ulcer perforation in 130 patients over 70 years of age. Hepatogastroenterology. Vol 156 No 48 Jan-February 2001
8. Shackelford. Cirugia del aparato digestivo. Tomo II. Editorial panamericana. 3era edicion. 1991
9. James J. Farrell MD, et al: High Risk undera preciated, obscure or preventable cases of gastrointestinal bleeding Gastroenterology clinics. Vol 29 No 1 March 2000.
10. Soll D, et al : Pathogenesis of nonsteroidal antiinflamatory drug-related upper gastrointestinal toxicity. Am. J. Med. 105 :105-165 1998
11. Miller LS, Barbarevch C, Friedman LS: Less frequent causes of lower gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am 23:21, 1994



12. Nguyen DB, Silen W, Hodin RA: Interval appendectomy in the laparoscopic era. J Gastrointest Surg 3:189, 1999

13. Franklin ME Jr: Is laparoscopic surgery applicable to complicated colonic diverticular disease? Surg Endosc 11:1021, 1997

14. Michael J. Zinner, Seymour I. Et al. Maingot. Operaciones abdominales. Tomo I. Editorial pamericana. 10ª edición.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN