



1

11209  
93

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO Y  
PRONOSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA  
POR ULCERA PEPTICA PERFORADA

**TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PRESENTA EL  
DR. RENE RAMIREZ HERNANDEZ**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD DE CIRUJANO GENERAL

ASESOR DE TESIS: JOSE GUADALUPE SEVILLA FLORES



**ISSSTE**

2 0 0 3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 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.





Dr. Arturo C. Vázquez García  
Profesor titular del curso Cirugía General

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Dr. José Guadalupe Sevilla Flores  
Asesor de Tesis



Dr. José Guadalupe Sevilla Flores  
Vocal de Investigación

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Abdías y Socorro por haber hecho de mí un ser independiente lleno de facultades sin límites.

A mi hija: Itzel Irais por que con su sonrisa llena mi vida de esperanza, amor y felicidad.

A mis hermanos: Aurora, Patricia, Noé por que en todos los momentos de mi vida los he tenido de mi lado y se que siempre será así.

A Evelyn: Por que me contagia de su entusiasmo, perseverancia y amor.

A mis sobrinos: Laura Karime, Estefanía, Aurora, Melissa, Maximiliano, María del Carmen por que en su sonrisa llevan la esperanza de un mundo lleno de paz y amor.

A mis amigos de la vida: Omar Alcocer, Gilbert Coello, Luis Felipe Lezama, Dr. José Guadalupe Sevilla Flores, Gilberto Villanuel, Oscar Reyes, Ismael, Karina, Jesús López, Juan Carlos Arana por que los considero las mejores personas en la vida debido a que comparten características similares como ser fuertes, perseverantes, honorables, que han hecho que mi ser se contagie.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN

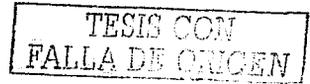
A mis Profesores: Dr. José Gpe Sevilla Flores, Arturo C. Vázquez García, Fernando Cerón, Raúl Albarran, José Ma Zúbirán, Antonio Corona, Ricardo López, Gustavo Hernández, Dr. de la Torre, Dr. Javier Benítez. Por que gracias a ellos tengo una formación con disciplina y sentido humanista que agradeceré toda mi vida.

A todas las instituciones que contribuyeron a mi formación en especial a la UNAM, e ISSSTE.

ÍNDICE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9,10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	12,13
DISCUSIÓN	14,15
CONCLUSIONES	16
GRAFICAS	17-23
BIBLIOGRAFÍA	24



## RESUMEN

La enfermedad por ulcera péptica perforada es un padecimiento el cual es frecuente en nuestra población con un porcentaje alto de mortalidad en comparación de otros países,

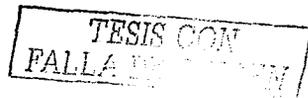
El conocer los factores de riesgo y pronóstico es de gran importancia debido a que al conocerlos podemos cambiar el curso natural de la enfermedad

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los pacientes sometidos a cirugía de urgencia por ulcera péptica perforada de agosto de 1999 a agosto del año 2003, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, se valoró los factores de riesgo y pronóstico que influyen en la morbi - mortalidad de este padecimiento.

## RESULTADOS

25 mujeres, 38 hombres fueron los pacientes sometidos a cirugía 32 pacientes fallecieron, el tabaquismo se presento en 39 pacientes, 16 pacientes que fallecieron se sometieron a cirugía después de 96 horas de haber iniciado el padecimiento. La localización mas frecuente fue úlcera alrededor del píloro en 24 casos, la técnica realizada con más frecuencia fue colocación del parche de Graham



#### ABSTRACT

The perforated ulcer, is a very common entity in our population with a high mortality rate in comparison with other countries.

Knowing the risk and prognostic factors has a great importance for the possibility to change the natural course of the disease.

#### MATERIAL AND METHODS

All the operated by emergency for a perforated peptic ulcer disease august 1999 to august 2003 at the Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" of ISSSTE were included. There were considered the risk factors and prognostic tha influence en the morbid-mortality of the disease.

#### RESULTS

25 women, 38 men were operated, 32 patients died, smoking was present in 39 patients who died were operated after 96 hours since the beginning of the disease. In 24 cases, the most frequent localization of an ulcer was around the pylorus, the most frequent technique was the use of a Graham patch.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de úlcera péptica perforada es de alrededor de 7-10 casos por 100000 habitantes por año (1). La perforación afecta a alrededor de un 7% de los pacientes internados por esta enfermedad y es su primera manifestaciones cerca de un 2 % de los que presentan úlcera duodenal (2). Ahora se sabe que la erradicación de *Helicobacter Pylori* disminuye la incidencia de perforación

Dentro de los factores de riesgo se ha documentado la asociación entre el uso de agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y la perforación de úlceras gástricas y duodenales. El consumo de estos fármacos sería el factor desencadenante principal en los pacientes que reciben tratamiento. Un segundo factor es la inmunosupresión. Otros elementos son la edad avanzada, la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la falla multiorgánica

La presentación clínica el dolor en epigastrio es uno de los síntomas con mayor frecuencia presente cuando se generaliza la peritonitis el paciente permanece inmóvil. El examen físico revela un paciente ansioso y diaforético, con presencia de taquicardia y taquipnea, con abdomen en tabla, la matidez hepática se reemplaza por timpanismo (3). Estas manifestaciones pueden estar ausentes en diversas situaciones clínicas. En los pacientes de edad avanzada, inmunodeprimidos, cuadriplejicos o comatosos la perforación puede presentarse con manifestaciones mas insidiosas. La presentación

clásica puede modificarse en casos en los que el jugo gástrico fluye por los espacios parietocolico el cuadro simula una apendicitis aguda de lado derecho, y una enfermedad diverticular en el lado izquierdo. En otras ocasiones el cuadro simula la perforación de la vesícula biliar. La pancreatitis aguda, puede aparecer con un cuadro muy similar al de la úlcera perforada pero en general se diferencia por la ausencia de rigidez de la pared, y neumoperitoneo (4).

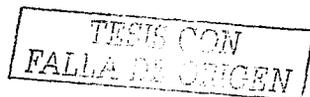
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y MÉTODOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se realizó una revisión de agosto de 1999 agosto del año 2003 de tipo retrospectivo en archivo clínico del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE, se encontró el reporte de 63 pacientes sometidos a cirugía por úlcera péptica perforada de los cuales 25 mujeres y 38 hombres que ingresaron con diagnóstico postoperatorio de úlcera péptica perforada se revisaron los expedientes midiendo las variables como sexo, edad, enfermedades concomitantes, tabaquismo, alcoholismo, tiempo de evolución del padecimiento actual, medicamentos administrados de manera crónica y desde inicio de la sintomatología, así como también se investigó los hallazgos en la exploración física, en los exámenes de laboratorio gabinete, los hallazgos transoperatorios así como la técnica quirúrgica realizada, la evolución posoperatoria para valorar los factores de riesgo y pronóstico de los pacientes sometidos a cirugía en este hospital.

## RESULTADOS



De los 63 pacientes 25 (40%) fueron mujeres 38 (60%) hombres como se muestra en la gráfica num. 1, con una mayor mortalidad para las mujeres de edad entre 80-89 años y para los hombres entre 70-79 años, dentro de los factores de riesgo asociados para desarrollar perforación se encontró al tabaquismo como principal factor de riesgo para perforación seguido de la presencia de enfermedad ácido péptica, aunque un porcentaje alto de pacientes que presentaron esta complicación se consideraban sanos como se muestra en la figura num 2. El tiempo transcurrido desde inicio de su padecimiento hasta la atención quirúrgica fue un determinante absoluto en el pronóstico del paciente presentando la frecuencia y mortalidad mas alta en los pacientes que fueron sometidos a cirugía después de las 90 horas y presentaron una supervivencia mayor en aquellos sometidos a cirugía entre las 12 y 23 hrs. de inicio del padecimiento como se muestra en el figura num. 3. La sintomatología mas frecuente fue dolor de inicio en epigastrio, seguido por hematemesis, melena y distensión abdominal como se muestra en la figura num. 4 y 5. Los datos en la exploración física que se encontró con mayor frecuencia fue irritación peritoneal con 51%, borramiento de la matidez hepática 16%. Endoscopias realizadas solo fueron 9 solo en un paciente se evidencio perforación Los datos de laboratorio que se observo mayor frecuencia en pacientes que fallecieron fue la creatinina mayor a 2.5, hemoglobina menor a 12 leucocitos menor a 5000 y plaquetas menor de 100000 como se muestra en el gráfico num. 6. Los hallazgos radiológicos solo

se mostró aire libre en cavidad en el 49 % de los pacientes. El diagnóstico de ingreso mas frecuente fue el de apendicitis aguda con un 41% y solo en un 28 % se pensó en el diagnóstico figura num. 7. Dentro de los hallazgos transoperatorios que fueron mas frecuentes fue la ulcera alrededor del piloro en 23 pacientes, seguido por la ulcera duodenal en 18, en antro en 17 pacientes. La técnica realizada con mayor frecuencia en pacientes con ulcera alrededor el píloro (yuxtapilórica, prepilórica y postpilórica) fue la gastrectomía tipo Billroth II, en la úlcera perforada en antro y duodeno fue la colocación del parche de Graham. El tamaño de la úlcera mayor a 2 cm fue mas común en los pacientes en los que se realizó reconstrucción en Billroth II, solo se tomaron 36 biopsias las cuales en un 69% se identifico a E. Pylori. Los pacientes presentaron un promedio de 12.7 días de estancia intrahospitalaria, de los cuales 6 requirieron > de 6 días en Unidad de cuidados intensivos. Los pacientes que fallecieron fueron 32 pacientes (50%) gráfico num. 8., y la mortalidad asociada a la técnica quirúrgica se muestra en la figura num. 9, la principal complicación posoperatoria y de reintervención quirúrgica fue la presencia de fistulas. La causa mayor de muerte fue la sepsis abdominal y disfunción orgánica múltiple 80% seguido por infección de vías respiratorias 15 % y 3 % hemorragia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN

Las enfermedades concomitantes relacionadas con mayor frecuencia para desarrollar ulcera péptica perforada fue la presencia de enfermedad crónica degenerativa, artritis reumatoide y enfermedad ácido péptica y dentro de los factores de riesgo están el tabaquismo, tal como se informa en la literatura mundial ( 5,6, ). Dentro de los factores pronósticos para una evolución no satisfactoria que incrementa 8 veces más la mortalidad es el tiempo de cirugía mayor a 90 hrs. En comparación con la intervención en las primeras 24 hrs. En la literatura mundial se reporta una mortalidad de aproximadamente 17 % (7), en comparación de nuestro hospital donde el porcentaje rebasa el 50% esto influido fuertemente por el tiempo de evolución del padecimiento al momento de la cirugía así como el uso de analgésicos y antibióticos que cambian la historia natural de la enfermedad no presentando datos clínicos sugestivos del padecimiento. Los datos clínicos presentes en una gran mayoría de los pacientes de distensión abdominal y timpanismo nos debe de hacer sospechar en la probable perforación, así como identificar los pacientes con datos de laboratorio como la hemoglobina menor de 12, leucocitos menor a 50000, plaquetas menor de 100000 y creatinina mayor a 2.5 mg/dl como factores de mal pronóstico e iniciar un tratamiento inmediato de restitución con hemoderivados,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

soluciones así como antibióticos. Los datos radiológicos no parecieron estar presentes tan altos como en el estudio multicéntrico europeo (8) ; donde reportan el hallazgo de aire libre en cavidad del 70%. El diagnóstico prequirúrgico erróneo parece ser un factor que influye en el manejo tardío de estos pacientes en los cuales no se realiza una exploración física e interrogatorio minucioso. La localización de la úlcera el tiempo de evolución del padecimiento y el estado de salud del paciente son factores que determinan la cirugía a realizar (9), la presencia de complicaciones se pueden evitar si se realiza en pacientes con factores de riesgo y pronóstico procedimientos sencillos y rápidos, en cambio si el paciente esta en condiciones de realizar procedimientos seguros definitivos se puede realizar y de esta manera no aumentar la morbimortalidad (7). La toma de biopsia no se realiza en procedimientos en los cuales se coloca parche de Graham o se realiza cierre primario recordando que no únicamente las úlceras se presentan en conjunto con infección por E. pylori sino también en casos de neoplasia. La intervención adecuada y oportuna influyen en los días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos y de estancia hospitalaria totales este tipo de padecimiento en los cuales la mayor parte requiere de estos cuidados por largo tiempo influye grandemente en los recursos económicos de toda institución de salud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CONCLUSIONES

El principal factor de riesgo para desarrollar perforación de úlcera péptica es el tabaquismo seguido por la ingesta de AINES. En los factores pronósticos de evolución no satisfactoria esta el momento de la cirugía mayor a 24 hrs. que en nuestra institución se presenta en su mayoría la cirugía después de las 96 horas explicando la alta mortalidad.

Dentro de los datos de laboratorio asociados con mal pronóstico encontramos algunos con gran influencia sobre el pronóstico del paciente que deben ser tomados en cuenta para dar un manejo oportuno y prevenir las complicaciones.

El interrogatorio y exploración física cuidadosa con mayor énfasis en la población mayor de 60 años aumentará la intervención quirúrgica oportuna y de esta manera disminuirá los días de estancia hospitalaria, la mortalidad así como también disminuirá los gastos financieros de la institución.

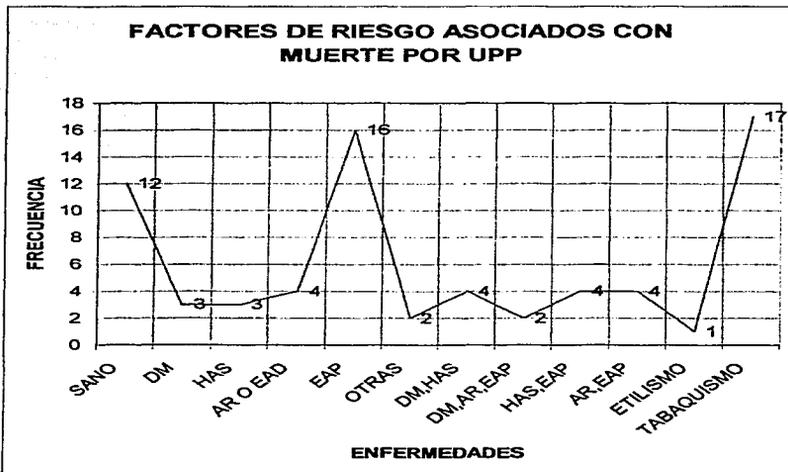
La cirugía a realizar se basa en los hallazgos transoperatorios los factores de riesgo del paciente para desarrollar complicaciones y de esta manera obtendremos resultados satisfactorios que hacen disminuir la morbi- mortalidad del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



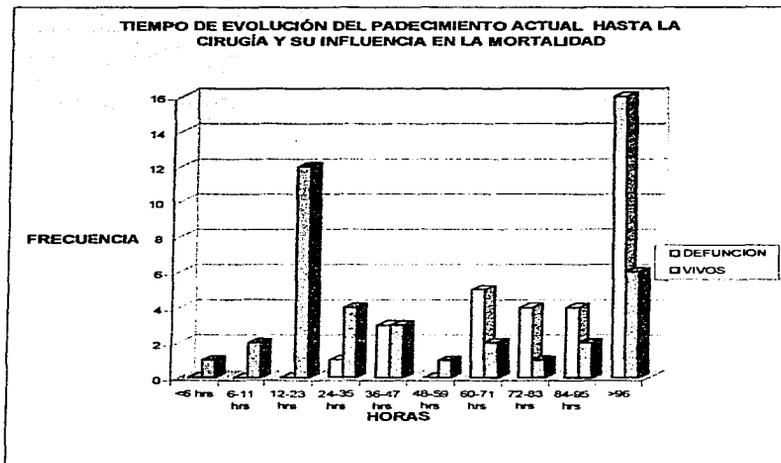
GRÁFICA NUM 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA NUM 2

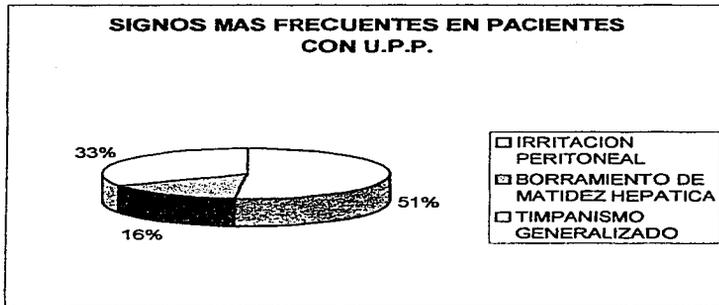
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA NUM 3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

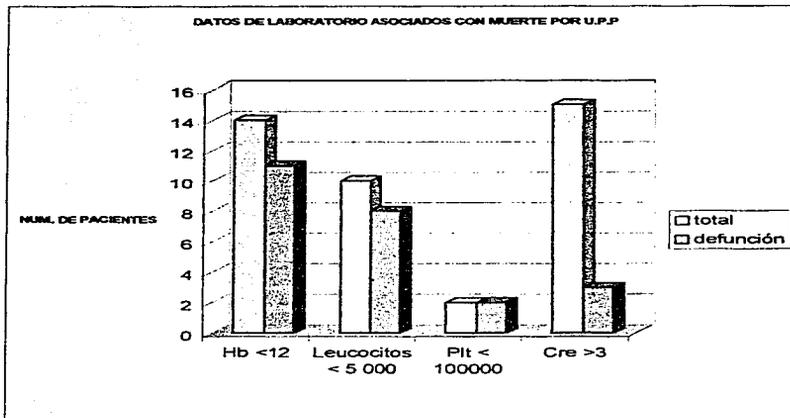


GRAFICA NUM 4



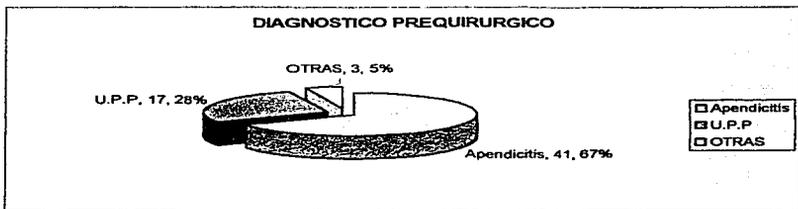
GRAFICA NUM 5

FALLA DE ORIGEN

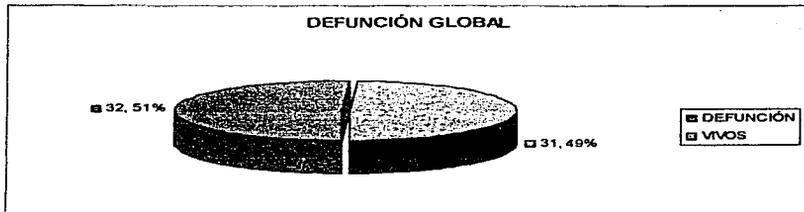


GRAFICA NUM 6

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN

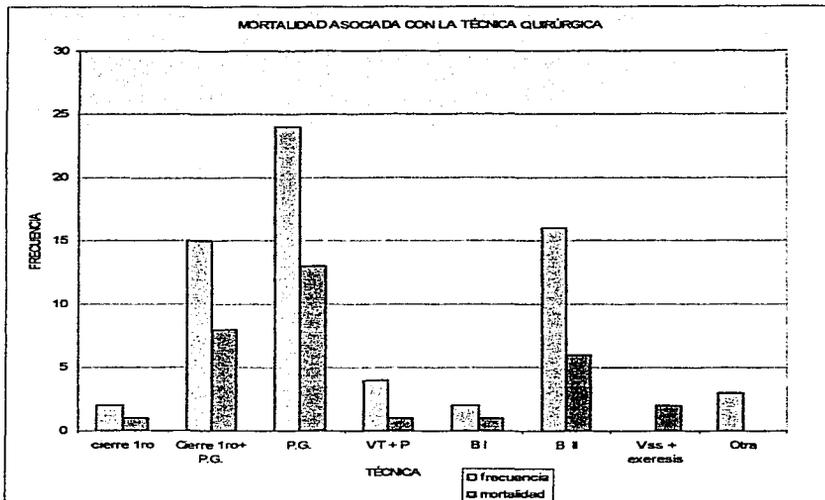


GRAFICA NUM 7



GRAFICA NUM 8

TESIS CON  
FALLA DE CENSO



GRAFICA NUM 9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

1. González F, Lee WC, Nance FC, Deboisblanc R. The need for definitive therapy in the management of perforated gastric ulcers. Review of 202 cases. *Ann Surg* 1989 209:36-9.
2. Hewitt PM, Krige J, Borman PC. Perforated gastric Ulcers: resection compared with simple closure. *Am Surg* 2000 59: 663-73.
3. Boey J, Lee NW, Koo J, Lam PHM, Wong J, Ong GB. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers: a prospective controlled trial. *Ann Surg* 2002;196:338-44.
4. Ny EKW, Lam YH, Sung J, Yung MY, To KF, Chan ACW et al. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. *Ann Surg* 2000; 231 153-8.
5. Lannig C, Palnaes Hasen C, Christensen A, Thagaard CS, Lassen M, Klaerke A. Perforated gastric. *Br J Surg* 1988 75: 758-9.
6. Kum CK, Chang YS, Koo CC, Rauff A, Elderly patients with perforated peptic ulcers: factors affecting morbidity and mortality. *JR Coll Surg Endinb*.1993; 38: 344-7.
7. Cecilie Svanes, Trends in Perforated Peptic: Incidence, Etiology Treatment, and Pronognosis, *World J Surg*, 24, 277-283, 2000.
8. Bomman PC Theodorou NA, Jeffery PC et al. Simple closure of perforated duodenal ulcer: a prospective evaluation of a conservative management policy. *Br J Surg* 2001; 77: 73-5.
9. Cooks JR, Perforated peptic ulcer the changing scene. *Dig Dis* 1992; 10: 10-16.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN