

11209



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de medicina

División Estudio de Posgrado

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

"ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE FUERON
SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR ÚLCERA
PÉPTICA PERFORADA"

Tesis de Posgrado para obtener el
Titulo de Especialista en Cirugía General

Presenta

DR. GILBERT EREDI COELLO NUCAMENDI

Asesor de Tesis
Dr. Arturo C. Vázquez García

México, D. F. OCTUBRE 2005



m344273



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.

[Handwritten signature]

DR. JULIO CÉSAR DIAZ BECERRA
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION.

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
★ 29 OCT 2004 ★
COORDINACIÓN DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

[Handwritten signature]

M.C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ
JEFA DE INVESTIGACION.

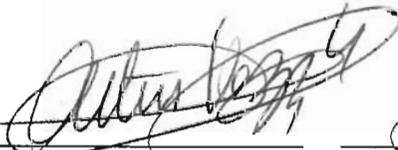
[Handwritten signature]

DR. CÉSAR ALBERTO CRUZ
SANTIAGO
JEFE DE ENSEÑANZA.





PROFESOR TITULAR.
DR. ARTURO VÁZQUEZ GARCÍA.



ASESOR DE TESIS
DR. ARTURO VÁZQUEZ GARCÍA

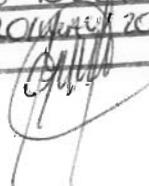


VOCAL DE INVESTIGACIÓN.
DR. ARTURO VÁZQUEZ GARCÍA

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

NOMBRE: GILBERTA ERREDI
COELLO DURAZO

FECHA: 20 MAR 2005

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS:

A MI ESPOSA MERCE, POR ESTOS AÑOS DE APOYO Y SACRIFICIO PERSONAL.
Y A MI FAMILIA POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE ME HAN BRINDADO.

A MIS MENTORES DE LA CIENCIA DE LA CIRUGÍA QUE HAN HECHO POSIBLE
QUE ME REALICE EN EL CAMPO DE LA CIRUGÍA.



RESUMEN / ABSTRACT

RESUMEN FINAL DE TESIS

Introducción: La alta prevalencia de la úlcera péptica perforada (UPP) y su evolución clínica inestable favorecen su recurrencia, incrementando su mortalidad, por lo que el adecuado seguimiento de los pacientes posterior a la cirugía curativa ó paliativa es importante.

Objetivo: Determinar el seguimiento que reciben los pacientes, sometidos a tratamiento quirúrgico por UPP con relación a su recurrencia, en un periodo de 5 años (1999-2004) en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" (HRLALM) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo, con una muestra de 13 casos postoperados de UPP en el HRLALM, durante un periodo de 5 años, a los cuales se les revisó expediente clínico.

Resultados: El seguimiento que reciben los pacientes, sometidos a tratamiento quirúrgico por UPP con relación a su recurrencia en el HRLALM, fue nulo.

ABSTRACT

Introduction: The high prevalence of the perforated peptic ulcer (PPU) and their unstable clinical evolution favors their recurrence, increasing their mortality, reason why the suitable pursuit of the patients later to the curative or paliative surgery is important.

Objective: Determine the pursuit that receives the patients, put under surgical treatment by PPU in relation to its recurrence, in a period of 5 years (1999-2004) in the Adolfo Lopez Mateos Regional Hospital (ALMRH) of the Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Material and Methods: Study descriptive cross-sectional was made, with a sample of 13 cases of PPU in the ALMRH, during a period of 5 years, for which clinical files were reviewed.

Results: The pursuit that receives the patients, put under surgical treatment by PPU in relation to its recurrence in the ALMRH, was null.

INDICE

Introducción	1
Justificación	13
Objetivos	13
Material y Metodos	13
Consideraciones Éticas	15
Resultados	15
Análisis Multivariado	24
Discusión	26
Conclusiones	30
Bibliografía	31

Introducción

La prevalencia de úlcera péptica en la población mundial es de 10%, con una incidencia anual de 0.3%. En Estados Unidos se observan 500,000 casos nuevos y cuatro millones de recurrencias anuales. En México, la prevalencia es de 8% a 12% y una incidencia anual del 6% ^(1,2). Esta enfermedad es un padecimiento crónico con una evolución clínica inestable, ya que se caracteriza por períodos de remisión y exacerbación; que a su vez se ve influenciada por factores dependientes e independientes con relación al paciente.

La intervención del personal de salud desde etapas preventivas, tales como la modificación de hábitos dietéticos, control emocional, evitar ciertas adicciones como al alcohol y tabaco; incrementarían en forma notable la disminución de la úlcera péptica en cuanto a complicaciones y su recurrencia.

Siendo en la actualidad uno de los principales problemas, la presencia de la recurrencia en la úlcera péptica, la cual se hace presente en más de 40% de los pacientes, la recidiva ulcerosa después de un año de la suspensión del tratamiento varía de 30 a 80% ^(2,3,4,5).

Con el fin de conocer en nuestro hospital la proporción de recurrencias en pacientes posoperados por úlcera péptica perforada (UPP) y sobretodo determinar si realmente llevan un seguimiento acorde a evitar la recurrencia. La realización de este trabajo nos proporcionará un panorama de esta situación, específicamente en nuestro hospital; lo que demostraría el grado de efectividad tanto de la cirugía como del seguimiento en cuanto a la evolución del padecimiento de nuestro paciente.

La enfermedad ácido péptica resulta del desequilibrio entre los agentes agresores (altas concentraciones de ácido y pepsina en el lumen) y los mecanismos protectores (moco, bicarbonato, prostaglandinas) de la mucosa gastroduodenal (1,2,3).

Como datos epidemiológicos de esta patología; la prevalencia se sitúa en el 10%. La prevalencia de úlcera péptica (UP) activa es del 1%. La enfermedad ulcerosa es relativamente benigna, con una mortalidad global inferior al 2%, fundamentalmente debida a las complicaciones de la enfermedad y por causas inherentes a la cirugía. La mortalidad es más elevada en enfermos de más de 60 años que toman antiinflamatorios no esteroideos (AINE's) de forma crónica y en fumadores. La úlcera duodenal: es más frecuente que la úlcera gástrica, con un pico de incidencia a los 45 años, siendo similar en ambos sexos, mientras que la úlcera gástrica: su incidencia oscila entre el 0.3-0.4 por 1.000 habitantes, con un pico de incidencia entre los 55 y 65 años, siendo similar en ambos sexos (2,3,4,5,6).

Su fisiopatología, es el resultado de un desequilibrio entre los factores agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal, se consideran los siguientes factores (3,4,5,8).

FACTORES AGRESIVOS	FACTORES DEFENSIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción de ácido gástrico. • Actividad péptica. • Infección por <i>Helicobacter pylori</i>. • La toma de AINE's. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción de moco y bicarbonato. • Flujo sanguíneo de la mucosa gástrica. • Restitución celular. • Prostaglandinas.

Como factores de riesgo para enfermedad ulcerosa péptica ⁽⁸⁾:

- Edad superior a 45-50 años.
- Historia previa de úlcera gástrica.
- Historia familiar de cáncer digestivo.
- Cirugía gástrica previa (más de 15-20 años).
- Antecedente de hemorragia digestiva alta no filiada.
- Uso prolongado de AINE's.

Los principales factores de riesgo asociados a la ocurrencia de UP son la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), la edad mayor de 65 años, el tabaquismo, el uso combinado de AINE's y la colonización por *Helicobacter pylori* (Hp) en la mucosa gástrica. Actualmente el Hp es la causa más frecuente de UP y la mayoría de los pacientes pueden desarrollar recurrencia ulcerosa meses o años después de su cicatrización ^(2,3,4,8).

En un estudio, se evaluó la asociación entre fumar, alcohol y el riesgo de UP en 26,518 pacientes, con un seguimiento promedio de 13.4 años, hubieron 214 casos de sangrado y 107 casos de perforación en UP, el hecho de fumar más de 15 cigarrillos al día incrementa el riesgo de perforación; la ingestión de más de 42 copas a la semana incrementa el riesgo de sangrado ⁽¹⁴⁾.

Actualmente se reconoce que la infección por *Helicobacter pylori* y los AINE's son las dos causas principales de las úlceras ^(3,4,5,6,8,9).

Úlcera Péptica Perforada y *Helicobacter Pylori*.

El *Helicobacter pylori* (HP) es una bacteria microaerófila, espiroidea, que coloniza primariamente la mucosa gástrica antral, donde produce una inflamación aguda y crónica, denominada gastritis crónica activa. La infección por HP se ha asociado también a adenocarcinoma y linfoma gástrico ^(4,5,8).

La prevalencia de la infección varía considerablemente según raza, edad y nivel socioeconómico. Aunque existen varias formas de realizar el diagnóstico, en la mayoría de los estudios poblacionales se utilizan pruebas serológicas para detectar la presencia de anticuerpos específicos circulantes (IgG). La seropositividad fluctúa de 0,7% en aborígenes australianos a 80% o más en India, Argelia y otros países en vías de desarrollo, donde tanto niños como adultos tienen prevalencias de infección mucho más elevadas y se infectan más precozmente que poblaciones comparables de países desarrollados. Con toda probabilidad, la infección ocurre predominantemente en la infancia. La asociación con la edad podría atribuirse tanto a una infección continua durante la vida adulta como a un efecto de cohorte, relacionado con un riesgo decreciente de infección en la infancia a medida que las condiciones de vida y el saneamiento ambiental han ido mejorando ^(1,4,5).

Según estudio de J.L. Chianale, donde aproximadamente el 82% de adultos asintomáticos con endoscopia normal son portadores de HP en la mucosa gástrica antral. Recientes estudios en animales sugieren también la posibilidad de transmisión oro-oral ^(1,4,5).

La patogenia de la asociación a HP no está aclarada. Como la infección por HP es tan frecuente, resulta difícil explicar por qué tan pocos individuos desarrollan la enfermedad. Es posible que existan cepas de HP más ulcerogénicas que otras, como por ejemplo las que producen una toxina que induce la aparición de vacuolas en células en cultivo, llamada toxina vacuolizante. Se han postulado mecanismos gástricos, especialmente la demostrada hipergastrinemia e hiperpepsinogenemia tipo I inducida por HP, que favorecerían la hipersecreción de ácido y la aparición de úlceras. Sin embargo, el real efecto del HP sobre la secreción de ácido gástrico es discutido. En resumen, la formación de una úlcera puede depender de la presencia o no de metaplasia gástrica, de una respuesta inmunológica "ulcerogénica", de la producción de toxinas específicas por cepas de HP y de otros factores aún no identificados ^(1,2,3,4,5).

El tratamiento médico tiene dos objetivos: la cicatrización y la erradicación de la causa y se basa en la etiología de la úlcera. El tratamiento para la infección por HP es de 15 días con claritromicina 500 mg dos veces al día; metronidazol 500 mg dos veces al día y omeprazol 40 mg al día ^(4,5).

Si es una úlcera gástrica: se realizarán múltiples biopsias de la úlcera a nivel de mucosa circundante, fondo y bordes. Se realizarán biopsias antrales para determinar HP. Cuando la úlcera sea duodenal se realizará biopsia del antro prepilórico para determinar HP. O bien se realizará la prueba del aliento con urea.

En un estudio realizado a 31 pacientes con UP, se les realizó gastroyeyunoanastomosis/píloroplastia más vagotomía, posteriormente presentaron dispepsia. La forma cocoide de HP fue detectada en el 76.92% casos de gastroyeyunostomía más vagotomía y las formas cocobacilares se observaron en un caso de píloroplastia. Posterior al manejo anti HP, persistió en el 69.23% de las gastroyeyunostomías y en el 22% de las piloplastias ⁽¹³⁾.

La Úlcera Péptica Perforada y los Antiinflamatorios No Esteroideos.

La segunda causa más importante de úlcera péptica es el grupo de los AINE's. El riesgo de complicaciones serias varía entre 1% y 4% por año en usuarios de AINES y la incidencia global de úlceras por antiinflamatorios está en incremento por razón del mayor uso de estos fármacos en la población de edad avanzada. El mecanismo fundamental de la toxicidad gastrointestinal es la supresión de prostaglandinas gástricas que tiene como consecuencia disminución del moco epitelial, secreción de bicarbonato, perfusión de la mucosa y proliferación epitelial -todos factores negativos-, y finalmente disminución de la resistencia de la mucosa a la agresión. La infección por *Helicobacter pylori* puede aumentar la gastrotoxicidad por AINE's ^(3,4,5,9,10,15).

Es un estudio observacional de la prevalencia de la UP en pacientes que toman AINE's, y la prevalencia en infección por HP y que toman AINE's en pacientes con UPS, se determinó que fue significativamente más común en pacientes que toman AINE's que en los controles, la infección por HP y el uso de AINE's incrementa el riesgo de UP cuando ambos están presentes. Tanto la infección por HP como el uso de AINE's incrementan el riesgo de manera independiente ⁽¹⁵⁾.

Las complicaciones de la úlcera péptica, constituyen una causa importante y grave de consulta a los servicios de urgencias. Aproximadamente el 25% de los pacientes con úlcera péptica experimenta una complicación importante como hemorragia, perforación, penetración u obstrucción en el curso de la enfermedad y aproximadamente el 1% una complicación por año ^(3,5,8).

La complicación más común de la UP es la hemorragia que suele presentarse en 20 a 25% de los pacientes siendo la población en riesgo y tiene una mortalidad cercana a 10%, los pacientes mayores de 60 años con factores predisponentes adicionales, como la presencia de diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal crónica o enfermedades neoplásicas ^(2,3,4,5).

La penetración es cuando la úlcera atraviesa la pared del intestino sin perforación y sin presencia de líquido intestinal libre en la cavidad peritoneal, debido a que se encuentra limitada por otro órgano vecino. Ocurre en aproximadamente 20% de las úlceras, pero sólo una pequeña proporción es clínicamente evidente. La obstrucción es la menos frecuente de las complicaciones y en la mayoría de los casos se debe a úlceras del canal pilórico o duodenal. La obstrucción es responsable de 10-30% de los pacientes que van a cirugía, pero esta proporción parece haber disminuido frente al sangrado y la perforación, tal vez por los manejos médicos y endoscópicos más efectivos, que incluyen la habilidad de identificar y revertir la causa subyacente. Como la úlcera péptica se vuelve cada

vez más infrecuente, la malignidad se ha convertido en la primera causa de obstrucción ^(3,6,9,10).

Las úlceras duodenales, antrales y gástricas son las responsables de 60%, 20% y 20% de las localizaciones de las perforaciones por enfermedad ácido-péptica, respectivamente. Entre un tercio y la mitad de las úlceras perforadas están relacionadas con el uso de AINE's y usualmente ocurren en pacientes ancianos. Debe ser sospechada en todos los pacientes con historia de enfermedad ácido péptica que se presenten con dolor súbito, severo y generalmente difuso o con cambios en su sintomatología usual. El diagnóstico rápido es esencial, pues el pronóstico mejora si el paciente se trata en las primeras seis horas; la mortalidad aumenta luego de 12 horas de la perforación. La historia clínica y el examen físico son fundamentales, porque la perforación es un diagnóstico clínico. La presencia de aire libre en la radiografía de tórax o eventualmente en la de abdomen vertical o decúbito lateral son sugestivas o diagnósticas de perforación; sin embargo, cerca del 20% de los pacientes con perforación no muestran aire libre en la radiografía. La evidencia de medio de contraste hidrosoluble libre en pacientes seleccionados por ser de alto riesgo quirúrgico en los cuales el cuadro clínico cede rápidamente en respuesta al manejo médico. Los pacientes mayores de 70 años tienen menor probabilidad de responder al manejo no operatorio ^(3,6,9,10).

Los principales diagnósticos diferenciales para UPP son:

- Dispepsia Funcional
- Reflujo Gastroesofágico
- Dolor torácico coronario y no coronario
- Colelitiasis sintomática
- Neoplasia digestiva
- Isquemia mesentérica
- Otras: Crohn, Tuberculosis

Las indicaciones generales para la realización de la endoscopia ^(3,6,7,9,10):

- Para realizar el diagnóstico de úlcera duodenal o gástrica, y obtención de biopsias para determinar HP (si está indicado) y/o excluir la presencia de células malignas.
- Comprobación de la cicatrización completa en la úlcera gástrica después de 8-12 semanas de tratamiento farmacológico.
- Persistencia de la sintomatología en la úlcera duodenal después de 8 semanas de tratamiento farmacológico.
- Presencia de síntomas y signos de alarma.
- Historia previa de úlcera gástrica (más de 15-20 años).
- Cirugía gástrica previa.
- Radiología con bario sospechosa.
- Para realizar el diagnóstico etiológico de la estenosis pilórica.
- Sintomatología dispéptica en un paciente con historia familiar de primer grado de neoplasia gástrica.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA

El manejo de la enfermedad acidopéptica ha cambiado dramáticamente en las últimas décadas. Con el advenimiento de agentes antisecretorios potentes (bloqueadores de H₂ e inhibidores de la bomba de protones) y el reconocimiento del papel patogénico de la infección por HP, la terapia médica ha reemplazado a la cirugía como el manejo de elección de esta enfermedad. Sin embargo, la cirugía permanece como el principal tratamiento de las complicaciones, de la emergencia y de la enfermedad avanzada ^(6,9,10,11).

La terapéutica quirúrgica para la enfermedad ulcerosa, que hoy en forma creciente se hace por métodos laparoscópicos, está indicada en pacientes con sangrado, perforación, obstrucción y en casos de "intratabilidad". El momento en el que una úlcera debe ser considerada intratable no ha sido bien definido, y aquí juega papel

fundamental el juicio clínico experto. El tratamiento electivo quirúrgico de un paciente con úlcera péptica es muy infrecuente en la práctica actual. Sin embargo la excesiva confianza en la farmacoterapia, la incapacidad de admitir la falla del tratamiento médico o endoscópico y el exagerado temor de las consecuencias de la intervención quirúrgica demoran una operación apropiada y con ello pueden convertir una situación electiva o semi electiva en una emergencia, con el correspondiente incremento de la morbilidad y mortalidad perioperatorias ^(7,9).

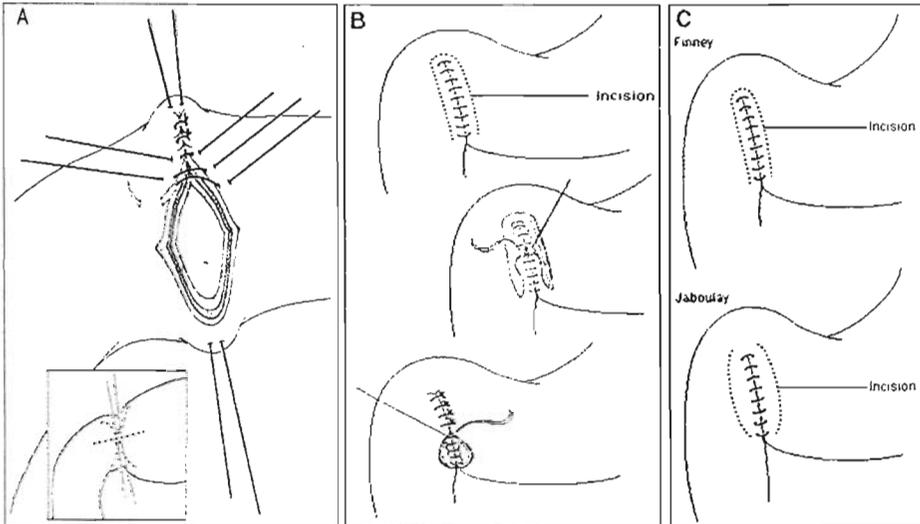
Las indicaciones para la cirugía electiva incluyen:

- Sospecha de malignidad.
- Intolerancia o falta de obediencia al tratamiento médico.
- Alto riesgo de complicaciones de la úlcera, como pacientes con trasplantes, con terapia AINE's.
- Úlceras gástricas o duodenales gigantes.
- Síntomas severos, falla en la cicatrización bajo tratamiento médico o recurrencia de los síntomas luego de múltiples ciclos de terapia médica.
- Preferencia del paciente.
- Falla en el manejo médico de una complicación de la úlcera.

En los pacientes que requieren cirugía, el cierre con parche de epiplón o vagotomía troncular con piloroplastia (incorporando la perforación) ha sido el procedimiento tradicional utilizado en la úlcera duodenal perforada. Las úlceras gástricas perforadas se asocian con una mayor mortalidad; la gastrectomía parcial es el procedimiento preferido. Algunos consideran que al cierre con parche se debe agregar una vagotomía gástrica proximal como forma definitiva de terapia en aquellos pacientes que requerirían una segunda intervención ^(10,11).

Las diversas técnicas utilizadas son piloroplastia, vagotomía, Billroth I, Billroth II (Cuadros #1, #2, #3).

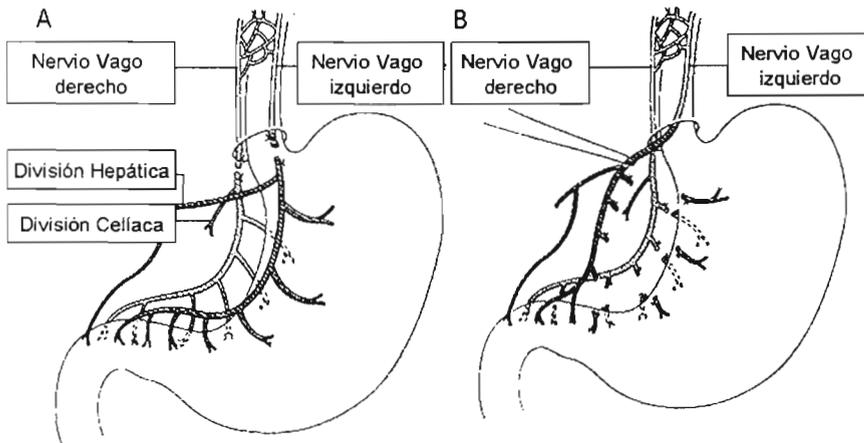
Cuadro #1. Diferentes técnicas de Píloroplastias.



- A. Técnica Píloroplastía Heineke-Mikulicz
- B. Técnica Píloroplastía Finney
- C. Técnica Píloroplastía Jaboulay

FUENTE: Modificado, Nyhus, baker, Fischer. *Mastery of surgery*. 3° Ed. Lippincott-Raven; Cap. 18.

Cuadro #2. Diferentes técnicas de Vagotomía.

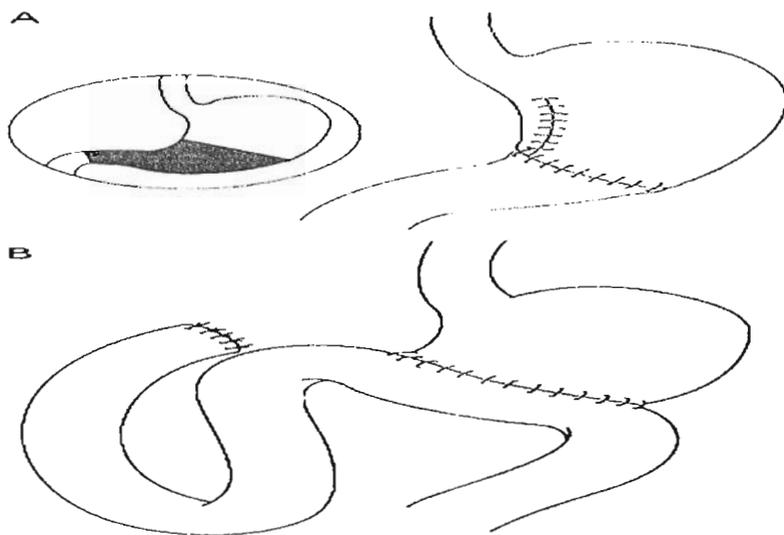


A. Técnica Vagotomía Truncal

B. Técnica Vagotomía Gástrica Proximal

FUENTE: Modificado, Nyhus, baker, Fischer. *Mastery of surgery*. 3° Ed. Lippincott-Raven; Cap. 18.

Cuadro #3. Técnica de Billroth I y Billroth II.



- A. Técnica Billroth I (gastroduodenostomía)
- B. Técnica Billroth II (gastroyeyunostomía)

FUENTE: Modificado, Nyhus, baker, Fischer. *Mastery of surgery*. 3° Ed. Lippincott-Raven; Cap. 18.

Justificación

En el Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" del ISSSTE, la capacidad resolutive ó paliativa para esta enfermedad tiende a ser cotidiana, pero no se lleva un registro de la evolución posquirúrgica ni de los métodos de diagnósticos que se aplican posteriores a la cirugía ni de los tratamientos preventivos a evitar la recurrencia; por lo que en el estudio se trató de evaluar este seguimiento, con la finalidad de ofrecer mayor calidad y eficiencia en el servicio de cirugía.

Objetivos

Determinar el seguimiento que reciben los pacientes, sometidos a tratamiento quirúrgico por úlcera péptica perforada con relación a su recurrencia, en un periodo de 5 años (1999-2004) en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE. Así como Conocer con que frecuencia recurre la úlcera péptica. Valorar el tipo de intervención quirúrgica con la aparición de recurrencia de la úlcera péptica e identificar los factores de riesgo que condicionan la úlcera péptica recurrente.

Material y Metodos.

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, tipo transversal descriptivo; en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en el período de enero de 1999 a junio del 2004; con una muestra de 13 casos posoperados de UPP, en quienes se estudiaron los siguientes parámetros sexo, edad, tratamiento con AINE's; detección y manejo HP; consumo de tabaco, alcohol y Cafeína; diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, insuficiencia renal crónica, enfermedad respiratoria, enfermedad de la colágena, cardiopatía, hemoglobina, albúmina,

transferrina, intervención quirúrgica (tipo), días estancia intrahospitalaria, endoscopia, reporte histopatológico, y recurrencia de HP.

Criterios de inclusión

- Pacientes de cualquier edad y sexo, con diagnóstico de úlcera péptica perforada y que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico permanente ó temporal, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" del ISSSTE, durante el período de 1999 a 2004.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no se les realizó el tratamiento quirúrgico en el hospital.
- Pacientes sin expediente clínico completo.
- Pacientes en quienes la intervención quirúrgica sea una reoperación por fracaso de la primera ó por recurrencia de la úlcera péptica.

Criterios de eliminación

- Pacientes que fallecieron posterior a la intervención quirúrgica y durante el proceso de seguimiento
- Pacientes que no regresaron a su cita subsecuente.

Consideraciones Éticas

Por ser un estudio de tipo observacional, los sujetos en estudio no presentarán ningún riesgo debido a que solamente se revisará su expediente clínico; el investigador no interviene en la evolución del padecimiento.

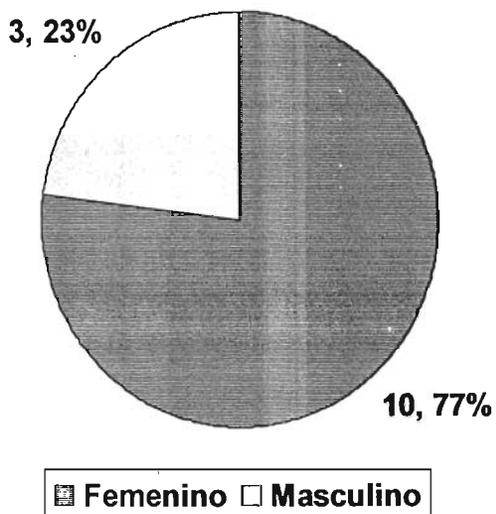
A los pacientes a quienes se les realizaron estudios complementarios previo a la investigación, se les informó de la intención de los mismos, mediante la carta de consentimiento informado (según el código de Helsinsky).

Resultados

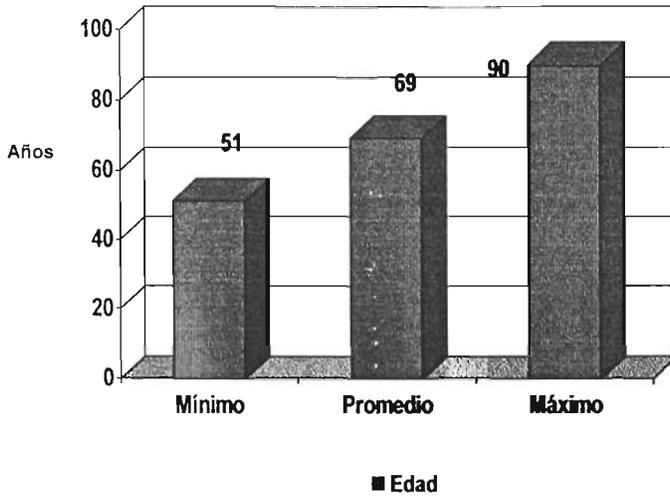
Se estudiaron un total de 13 pacientes que recurrieron al tratamiento quirúrgico temporal ó permanente de la UPP, en el período comprendido de enero de 1999 a junio del 2004, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" del ISSSTE.

La distribución por sexo fue, femenino en el 76.9% (10 casos) y masculino con 23.1% (3) (Gráfica #1); por edad se obtuvo un promedio de 69.08 años, con un mínimo registrado de 51 y un máximo de 90 (Gráfica #2).

Grafica #1. Distribución por sexo, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.

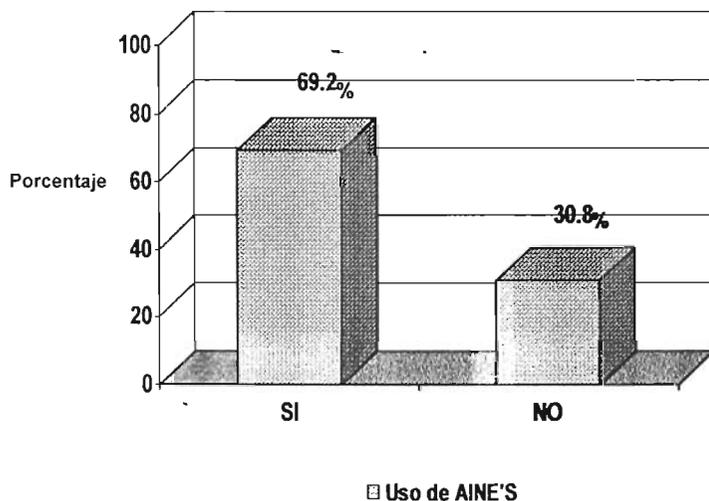


Grafica #2. Distribución por edad, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.



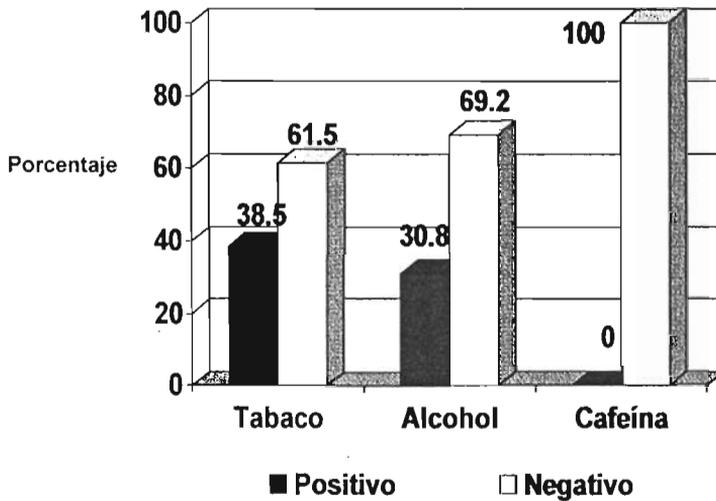
Como antecedentes de importancia se revisó el uso de anti-inflamatorios no esteroideos (AINE's) como base de su tratamiento médico, siendo este antecedente positivo en el 69.2% (9) y negativo en el 30.8% (4) (Gráfica #3).

Grafica #3. Distribución por uso de AINE'S, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.



La búsqueda de adicciones como antecedentes personales no patológicos originó que, el tabaquismo estuvo presente en el 38.5% (5) y ausente en el 61.5% (8); la presencia de consumo de alcohol fue positiva en el 30.8% (4) y negativa en el 69.2% (9); la ingesta de cafeína fue negada en el 100% (13) de nuestros casos (Gráfica #4).

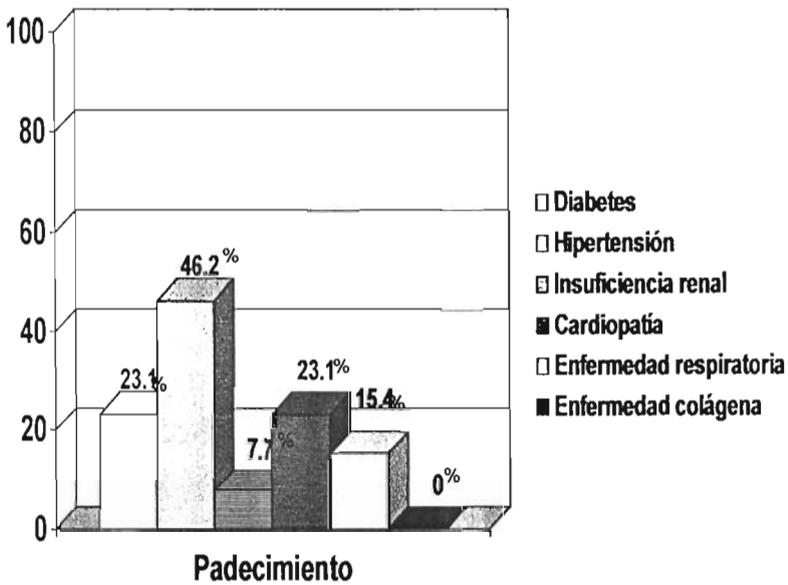
Grafica #4. Distribución por adicciones, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.



Como antecedentes personales patológicos, el 23.1% (3) refirió padecer diabetes mellitus, el 46.2% (6) hipertensión arterial sistémica, el 7.7% (1) insuficiencia renal crónica, el 23.1% (1) cardiopatía, el 15.4% (2) enfermedad respiratoria y ningún paciente refirió enfermedades de la colágena (Gráfica #5).

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

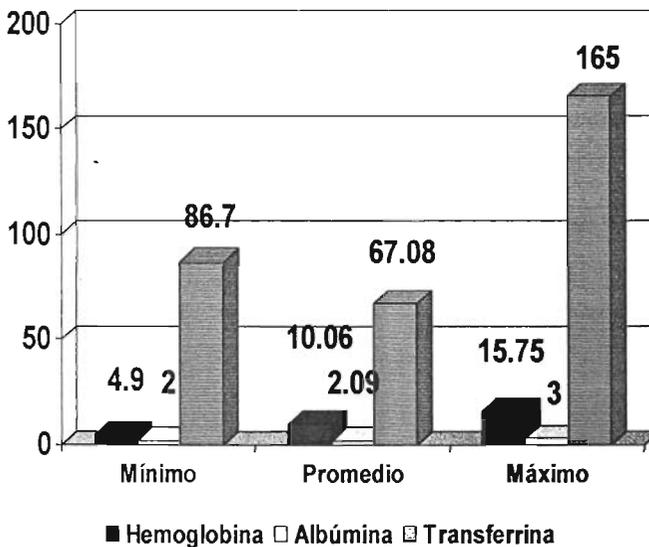
Grafica #5. Distribución por antecedentes personales patológicos, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.



Ningún pacientes se le realizó la búsqueda de *Hellycobacter pylori* como principal agente etiológico y por razones obvias tampoco recibió tratamiento previo a la cirugía.

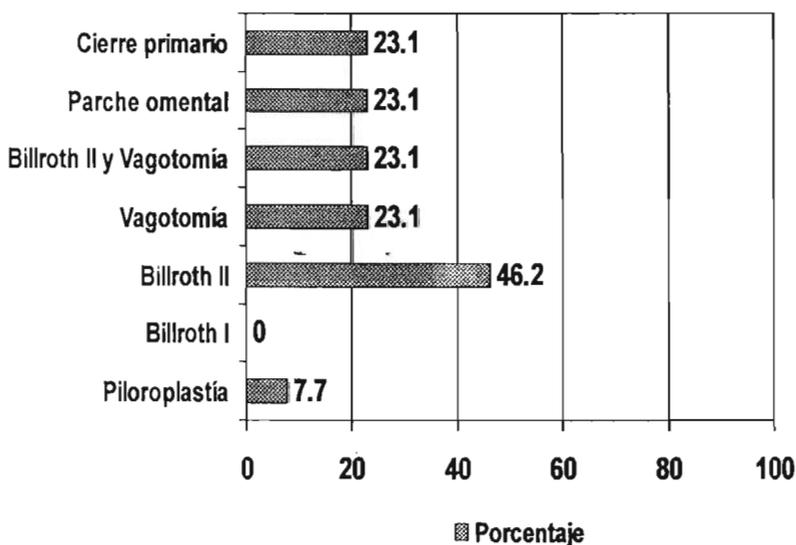
Los resultados de los exámenes de laboratorio prequirúrgicos que se evaluaron fueron; hemoglobina con una media de 10.06, un mínimo de 4.90 y un máximo de 15.75; albúmina con promedio de 2.09 y rangos de 2 a 3 y el nivel de transferrina con una media de 67.08, con un mínimo de 86.7 y un máximo de 165 (Gráfica #6); es notable mencionar que el 70% (9) de nuestros pacientes no padecían ni anemia ni desnutrición.

Grafica #6. Distribución por resultados de laboratorio, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.



Respecto al tipo de tratamiento quirúrgico llevado a cabo en cada paciente, fue permanente y temporal; en el primer rubro se utilizaron las técnicas de piloroplastía en el 7.7% (1), Billroth tipo I no fue requerido, Billroth tipo II fue utilizado en el 46.2% (6), la vagotomía en el 23.1% (3), es importante que se resalté que la técnica de Billroth II y la vagotomía en forma conjunta solo se realizó en el 23.1% (3); en la intervención quirúrgica tipo temporal se recurrió al parche omental en el 23.1% (3) y al cierre primario en el 23.1% (3) (Gráfica #7).

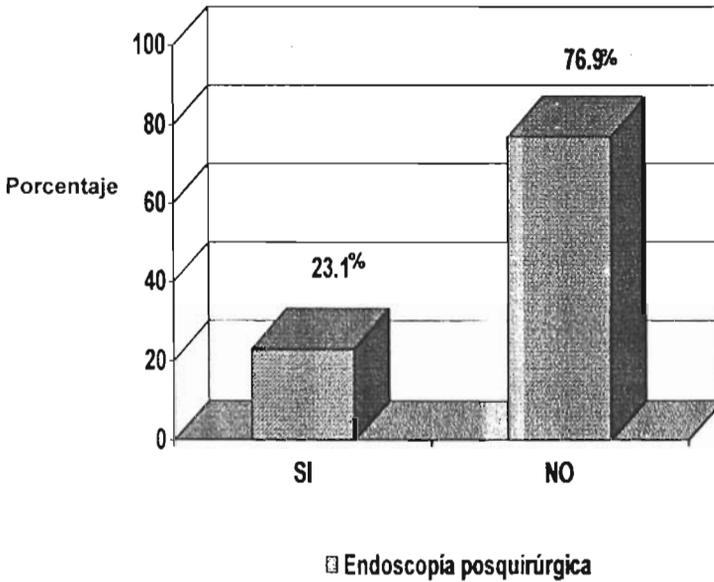
Grafica #7. Distribución por técnicas quirúrgicas, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.



Los días de estancia intrahospitalaria fueron en promedio de 15, con rangos de 7 a 36 días.

Como parte del seguimiento de pacientes postoperados por UPP, solo al 23.1% (3) se les realizó una endoscopia posquirúrgica (Gráfica #8) pero sin tener un orden en la frecuencia de sus realizaciones posteriores; ningún caso tuvo reporte histopatológico, a ningún paciente se le hizo búsqueda intencionada del agente *Helicobacter pylori* y tampoco recibió tratamiento para la recurrencia del mismo.

Grafica #8. Distribución por realización de endoscopia posquirúrgica, en pacientes postoperados de úlcera péptica perforada, en HRLALM, México, D.F. 1999-2004.



ANÁLISIS MULTIVARIADO

Se buscó relación estadística entre las variables intervinientes recolectadas en la tabla 1. Se aplicaron pruebas no paramétricas, debido a que la distribución de nuestros datos estuvo fuera de la normalidad; no se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas, esto ocasionado por la muestra limitada (Tabla #1).

Tabla #1. Valores de "p" obtenidos de la aplicación de la prueba estadística.

Variable	Tratamiento Quirúrgico					
	Valores de "p"					
	Piloroplastia	Billroth I	Billroth II	Vagotomía	Parche Omental	Cierre primario
Edad	.163	—	.163	.300	.163	.163
Sexo	.569	—	.416	.913	.631	.279

AINE's	.488	—	.853	.317	.913	.913
Manejo H.P*	—	—	—	—	—	—
Tabaco	.411	—	.429	.071	.835	.835
Alcohol	.488	—	.164	.098	.188	.913
Cafeína	—	—	—	—	—	—
DM*	.569	—	.416	.913	.279	.335
HAS*	.253	—	.170	.853	.612	.612
IRC*	.764	—	.488	.078	.569	.584
ER*	.657	—	.906	.305	.326	.400
EC*	—	—	—	—	—	—
Cardiopatía	.569	—	.612	.188	.207	.279
Hemoglobina	.293	—	.444	.473	.514	.293
Albúmina	.112	—	.344	.222	.599	.489
Transferrina	.072	—	.366	.246	.601	.601
Días EIH*	.112	—	.404	.222	.252	.322
Endoscopia	.569	—	.612	.188	.279	.207

— Matemáticamente no computarizable, por ser considerados sus valores como constantes por el paquete estadístico.

- H.P. = *Helicobacter pylori*.
- DM= Diabetes Mellitus
- HAS= Hipertensión arterial sistémica
- IRC= Insuficiencia renal crónica
- ER= Enfermedad respiratoria
- EC= Enfermedad de la colágena
- Días de estancia intrahospitalaria

Discusión

La muestra en estudio estuvo conformada por 13 pacientes que recurrieron al tratamiento quirúrgico definitivo ó paliativo de la úlcera péptica perforada, en el período comprendido de 1999 al 2004, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE. Arici y cols estudiaron 210 pacientes con cirugía de UP, del 1º de enero de 1990 al 31 de diciembre del 2000, 82 fueron admitidos después de

24 horas de la perforación y 25 horas en estado de choque. Los factores de riesgo significativos fueron una perforación presente por más de 24 horas, enfermedad coexistente y tipo de cirugía. Los factores de riesgo para la mortalidad, fueron la presencia de choque, enfermedad coexistente y tipo de cirugía ⁽⁹⁾.

Por género prevaleció el femenino con 77%; la edad promedio fue de 69 años, lo que confirma lo escrito en la literatura de que las complicaciones de la úlcera péptica son más factibles en la tercera edad ^(5,8,9,11,2,14,15,16,17,18). La búsqueda de factores predictivos de mortalidad postoperatoria y estancia intrahospitalaria en pacientes con UPP, influyeron en la mortalidad la edad mayor de 75 años, enfermedad cardiaca y pulmonar coexistente, perforación en el cardíax o cuerpo del estómago, retraso en el tratamiento de más de 12 horas y el tipo de cirugía. La edad mayor de 75 años y el retraso en el tratamiento de más de 12 horas probablemente prolongaron el tiempo de estancia intrahospitalaria ⁽¹²⁾.

Dentro de la búsqueda de factores etiológicos para la recurrencia de la úlcera péptica perforada, se encuentran las adicciones las cuales estuvieron presentes en el 39% con tabaquismo, en el 31% el consumo de alcohol y la ingesta de cafeína fue negada totalmente; otro factor relevante fu el uso de anti-inflamatorios no esteroideos (AINE's) en el 69%, es notorio que a ningún paciente se le realizó la búsqueda de *Hellycobacter pylori* como principal agente etiológico y por razones obvias tampoco recibió tratamiento previo a la cirugía. Los pacientes con síntomas sugestivos de UP recurrente después de una cirugía reductora de ácido están bajo cuidados médicos, con particular atención en identificar las complicaciones de la úlcera. La frecuencia del uso de los AINE's y la importancia de estos agentes en la patogénesis de la UP recurrente, más pacientes deben ser cuestionados con respecto a el uso y tratamiento analgésicos y anti-inflamatorios menos ulcerogénicos. La endoscopia gastroduodenal es realizada para documentar la presencia de úlcera, determinar la presencia o ausencia de HP por eso los pacientes con UP recurrente, inician tratamiento con ibunoprofeno o antagonistas de los receptores H² y el uso de antibioticoterapia; repitiendo la endoscopia hasta

6 semanas después. El procedimiento quirúrgico apropiado va a depender del tipo de cirugía previa, la adecuación de vagotomía previa, la presencia de estasis gástrica o de obstrucción gástrica y la presencia de enfermedades coexistentes (19).

Lamentablemente en la confirmación de los agentes etiológicos involucrados en la recurrencia de la úlcera péptica perforada posterior a la cirugía, según lo descrito en la bibliografía (1,4,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16), se tenía el objetivo de compararla con los datos obtenidos en nuestro estudio, sin embargo no se tuvo la oportunidad de llevar a cabo tal búsqueda estadística ya que no se tenía el registro del seguimiento ni sus resultados, por lo que se desconocen los verdaderos factores de riesgo para la recurrencia de esta patología en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

Como enfermedades coexistentes, el 46% hipertensión arterial sistémica, el 23% refirió padecer diabetes mellitus, 23% cardiopatía, el 15% presentó alguna enfermedad respiratoria, un 8% insuficiencia renal crónica y ningún paciente refirió enfermedades de la colágena, que generalmente los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y úlcera péptica condicionan su recurrencia (2,3,9,10,11,12,19); los resultados de los exámenes de laboratorio aplicados a nuestros pacientes en busca de síndrome anémico y/o desnutrición previos a la cirugía nos originó que la hemoglobina presentó un promedio de 10.06 mg/dl, albúmina con promedio de 2.09 UI y el nivel de transferrina con 67.08 UI, es de mencionar que el 70% de nuestros pacientes no padecían las enfermedades evaluadas por éstos exámenes. Es un estudio retrospectivo para encontrar factores de riesgo para mortalidad y hacer una prueba de origen predictivo de UPP, se encontró que la falla renal, retraso por más de 48 horas en el Tratamiento y edad mayor de 60 años eran factores significativos. La exactitud predictiva de la prueba fue del 95%. Se concluyó que el un retardo en el tratamiento relacionado con falla renal edad avanzada, son factores determinantes que afectan la sobrevida después de una UPP (10).

Las intervenciones quirúrgicas realizadas fueron, la piloroplastia en el 8%, Billroth tipo I no fue requerido, Billroth tipo II fue utilizado en el 46%, la vagotomía en el 23%, la técnica de Billroth II y la vagotomía en forma conjunta solo se realizó en el 23%, la aplicación del parche omental en el 23% y el uso de cierre primario en el 23%. Los días de estancia intrahospitalaria fueron en promedio de 15. Un estudio realizado por Kujath y cols., se evaluó la cirugía y el pronóstico de la UPP, de los 110 pacientes se les realizó cirugía de urgencia; la evaluación de la morbimortalidad de la UPP fue clasificada en 3 tipos: Tipo A- úlcera peri pilórica solitaria con localización anterior con cierre primario más omentoplastia por laparoscopia; tipo B- UPP grande con escisión y cierre primario, tipo C- UPP con destrucción proximal del duodeno y órganos adyacentes se les realizó cirugía reseccional. La morbimortalidad-fue significativamente baja en el tipo A en relación al B y C. La edad, el ASA y el tiempo quirúrgico, son factores pronósticos independientes y la cirugía después de 24 horas. La propuesta de este sistema de clasificación nos ayuda a determinar el riesgo de mortalidad del paciente ⁽¹¹⁾.

Respecto al seguimiento de los pacientes postoperados por úlcera péptica perforada, solo al 23% se les realizó una endoscopia posquirúrgica; ningún caso tuvo reporte histopatológico, ni detección del agente *Helicobacter pylori* y tampoco recibió tratamiento para la recurrencia del mismo. Lo que indica que no se llevan a cabo los lineamientos mínimos para proteger al paciente de una recurrencia. González-Swinski revisaron 35 paciente a los cuales se les realizó una segunda cirugía en UP por persistencia de síntomas, estos pacientes fueron comparados con un grupo control para determinar la calidad de vida a largo plazo. Los índices SF-36 y Visik fueron utilizados. Los pacientes tenían un índice bajo 7 de 8 subclases de el cuestionario SF-36 comparados con cohortes de edad. En contraste el promedio del índice de Visik mejoraron 3 de 4 síntomas reportados. Los síntomas relacionados después de una segunda cirugía para UP prevalecen más en las mujeres que en los hombres, además que es parcialmente efectiva para aliviar los síntomas y tienen una pobre calidad de vida ⁽¹⁷⁾.

El consenso Maastrich reporta, que pacientes positivos a HP después de una cirugía por UP puede ser erradicado. El estudio investigo la respuesta sintomática de la erradicación de HP en pacientes con UP previamente vagotomizados con 3 días y 12 meses. Los pacientes con UP previamente vagotomizados con dispepsia persistente requieren de endoscopia para detectar recurrencia de la úlcera antes que el tratamiento para la erradicación del HP sea considerado ⁽¹⁸⁾.

La búsqueda de relación estadística entre las variables en estudio y el tipo de intervención quirúrgica, para valorar si la aplicación de las diferentes técnicas condicionaba la recurrencia del padecimiento, no fueron estadísticamente significativas, esto ocasionado por la muestra limitada.

Conclusiones

El seguimiento que reciben los pacientes, sometidos a tratamiento quirúrgico por úlcera péptica perforada con relación a su recurrencia en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, fue nulo.

Recomendamos la organización del expediente clínico y la actitud del médico en responsabilizarse de la mejoría del paciente, contribuyeran a otorgar un mejor servicio y con esto incrementar la calidad de vida del paciente, con ahorro a mediano y a largo plazo de costos tanto hospitalarios como del propio paciente.

Bibliografía

- 1) Angel L, Gutiérrez O, Rincón D. Epidemiología de la enfermedad ácido-péptica. Rev Col Gastroenterología 1997; 13:135-144.

- 2) Aoki T, Takayama S, Nimura H, Tsutsumi J. Effects of medical treatment on gastric mucosal abnormalities in gastroduodenal ulcer disease. *World J Surg* 2000; 24:321-7.
- 3) Shiotani A. Pathogenesis and therapy of gastric and duodenal ulcer disease. *Med Clin North Am* 2002; 86:1447-1466.
- 4) Sierra F. Helicobacter pilary estado actual. *Rev Colomb Cir* 2002; 17:128-130.
- 5) NIH Consensus Conference. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. NIH Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. *JAMA* 1994; 272:65-69.
- 6) Siu WT, Leong HT, Law BK, Chau CH, Li AC, Fung KH et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 2002; 235:313-319.
- 7) Gómez Hernández, Mario M, Díaz Calderón, José M, Vilorio Haza, Pedro L et al. Vagotomía transtorácica por videotoracoscopia. *Rev Cubana Cir.* 2002; 41(2):.82-87.
- 8) Rodríguez-Hernández H, Jacobo-Karam JS, Guerrero-Romero F. Factores de riesgo para la recurrencia de úlcera péptica. *Gac Med Mex* 2001; 137 (4): 303-310
- 9) Noguiera C.-Perforated peptic ulcer: main factor of morbidity and mortality.- *World J* 2003;27(7): 782-7
- 10) Arici C. Peptic ulcer perforation: an analysis of risk factor.- *Ulus Truma Derg.* 2002;8(3):142-146

- 11) Kujath P.- Morbidity and mortality perforated peptic gastroduodenal ulcer following emergency surgery
- 12) Hermansson M.- Surgical approach and prognostic factor after peptic ulcer perforation.- Eur J Surg. 1999; 165(6):566-572
- 13) Ghosh TK.- Ultrastructural morphology of helicobacter pylori in post vagotomy dyspepsia.- Indian J Pathol Microbiol. 2002; 45(1):83-87
- 14) Andersen IB.- Tobacco and alcohol are risk factors of complicated peptic ulcer. A prospective cohort study. Ugeskr Læger. 2001;163(38):5194-5199
- 15) Huang JQ.- Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis.- 2002;359(9300):14-22.
- 16) Singh K.- Impact of ranitidine on prognosis after simple closure of perforated.- Trop Gastroenterol. 1999; 20(2): 90-92
- 17) González-Stawinski GV.- Poor outcome and quality of patients undergoing secondary surgery for recurrent peptic ulcer disease.- J Gastrointest Surg. 2002; 6(3): 396-402
- 18) Lindsetmo RO.- Lansoprazole, amoxicillin, and clarithromycin triple therapy in vagotomized patients with dyspeptic complaints. A randomized double blind, placebo-controlled, clinical study without pretreatment diagnostic upper endoscopy.- Scand J Gastroenterol. 1998; 33(3):231-5

19)Turnage R.- Evaluation and management of patients with recurrent peptic ulcer disease after acid-reducing operations: a systemic review