



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
CIRUGÍA GENERAL

“COMPLICACIONES EN POST OPERADOS POR ULCERA GÁSTRICA
PERFORADA MEDIANTE CIERRE PRIMARIO O PARCHE DE GRAHAM”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTA

DR. CHARBEL LIMÓN REYES.

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS: DR. MANUEL JIMÉNEZ ARENAS.

CIUDAD DE MÉXICO - 2019-



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.

“ COMPLICACIONES EN POST OPERADOS POR ULCERA GÁSTRICA PERFORADA
MEDIANTE CIERRE PRIMARIO O PARCHE DE GRAHAM ”

AUTOR: DR. CHARBEL LIMÓN REYES.

Vo. Bo.

DR. FRANCISCO JAVIER CARBALLO CRUZ
Profesor Titular Del Curso de Cirugía General
Hospital General Balbuena

Vo. Bo.



DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMIREZ
Director de Educación e Investigación

SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

**“COMPLICACIONES EN POST OPERADOS POR ULCERA GÁSTRICA
PERFORADA MEDIANTE CIERRE PRIMARIO O PARCHE DE GRAHAM”**

AUTOR: DR. CHARBEL LIMÓN REYES.

Vo. Bo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. J. Arenas', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat illegible.

DR. MANUEL JIMÉNEZ ARENAS.

Director de tesis y Jefe de servicio de cirugía general del Hospital Rubén

Leñero

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es dedicado a mis amados padre y madre el Dr. Arnulfo y la Sra. Angélica que sin su apoyo, educación, consejos y amor incondicional nada de mi vida sería posible.

A mi hermano Daniel, siempre buscando lo mejor para mí. Gracias por todo lo que has hecho por mí hermano. A mi hermano Jesús que lo quiero mucho hermano.

A mi esposa Lizbeth y a mi hijo Mathias, que tanto han sufrido mi ausencia. Este es uno de los muchos frutos que apenas vienen y de los que quiero vivir y disfrutar a su lado.

A nuestro creador, a dios, no hay palabras para agradecer todo lo que me ha cuidado, apoyado, perdonado, etc. Él es el único que sabe todo lo bueno y malo que he vivido. Te doy gracias mi dios. Gracias por tanto amor que me das. Te amo.

A esta unidad hospitalaria así como al director de hospital que nos brindó el apoyo para la recolección de datos y hacer posible la realización de este trabajo.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1-3
1.1 Material y métodos	
1.2 Resultados	
1.3 Conclusiones	
1.4 Palabras Clave	
2. INTRODUCCIÓN.....	4 -18
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19-20
4. RESULTADOS.....	21-43
5. DISCUSIÓN.....	44
6. CONCLUSIONES.....	45
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46-48
8. ANEXOS.....	49
8.1 Anexo 1- Formato de recolección de datos.....	49

RESUMEN

La ulcera gástrica perforada es una de las complicaciones menos comunes de la enfermedad ácido péptica pero la de mayor mortalidad de hasta un 40%, debido a un diagnóstico retardado y aunado a la inestabilidad hemodinámica, principalmente en pacientes de la tercera edad, por lo que resulta importante conocer la mejor técnica quirúrgica que mejore el pronóstico y supervivencia en este grupo de pacientes. Por lo anterior es que se decidió realizar este trabajo para conocer las principales complicaciones en cada una de las técnicas quirúrgicas a evaluar.

MATERIAL Y METODOS: Se diseñó un estudio transversal, comparativo y retrospectivo de pacientes con ulcera gástrica perforada. Analizando los datos clínicos, de laboratorio presentes en los pacientes con ulcera gástrica perforada del Hospital Dr. Rubén Leñero desde el 1° de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2017.

RESULTADOS: Se revisaron 19 expedientes con diagnóstico de probable ulcera gástrica perforada. Se eliminaron 2 por defunción, 2 por antecedente de cirugía por ulcera gástrica perforada.

Se analizaron 15 expedientes con ulcera gástrica perforada. 7 (47%) del sexo femenino y 8 (53%) del sexo masculino. El promedio de edad fue de 53.7 años, con un rango de 18 a 86 años. El 40% presentó disfunción respiratoria y sepsis el 67%. En 3 pacientes (20%) hubo choque séptico. En 3 pacientes se presentó

neumonía nosocomial. La disfunción cardio vascular se presentó en 2 pacientes (13%). Se presentó disfunción renal en 7 pacientes (47%). Se encontró en 6 pacientes (40%) disfunción hematológica, en 1 pacientes (7%) disfunción hepática, en 8 pacientes (53%) IVU. Se encontró en 5 pacientes (33%) absceso residual, en 10 pacientes (67%) enfermedad acido péptica recurrente, en 4 pacientes (27%) Dehiscencia de herida quirúrgica y en 11 pacientes (73%) íleo prolongado.

En 15 pacientes (100%) no se presentó complicación de fistula gastro cutáneo o evisceración post operatoria.

CONCLUSIONES:

La ulcera gástrica perforada fue más frecuente en pacientes mayores de 50 años. En todos los pacientes la sepsis, enfermedad acido péptica recurrente y el íleo prolongado fueron las que se presentaron más. En cuanto a las complicaciones menos frecuentes fueron la hepática y cardio vascular. La fistula gastro cutánea y la evisceración post operatoria no se presentó en ninguno de los pacientes.

Se observó que las complicaciones se presentan con poca frecuencia en las dos técnicas por lo que ambas son seguras y con la evaluación de chi-cuadrado se correlaciona que los pacientes tratados con cierre primario tiene mejor pronóstico y menos complicaciones.

PALABRAS CLAVE: enfermedad ácido péptica, úlcera gástrica perforada, cierre primario y parche de Graham.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad ulcerosa péptica incluye úlceras gástricas y duodenales que representaba una gran amenaza para la población mundial en los últimos dos siglos con una alta morbilidad y mortalidad, con una prevalencia cercana a 2% y una prevalencia acumulativa en toda la vida cercana a 10%, con un nivel máximo de casi 70 años de edad. La úlcera gástrica tiene una tasa de mortalidad más alta que la duodenal por su mayor prevalencia en ancianos. La evolución del conocimiento con respecto a la etiopatogenia de la enfermedad ácido péptico de una enfermedad causada por ácidos a una enfermedad infecciosa ha abierto este tema para varios estudios para encontrar la mejor opciones para el manejo de esta enfermedad. El descubrimiento de *Helicobacter pylori* ha demostrado gran interés en el papel jugado por este microorganismo. La erradicación de este organismo se ha encontrado que es de suma importancia para minimizar las complicaciones de úlceras pépticas.

DEFINICION

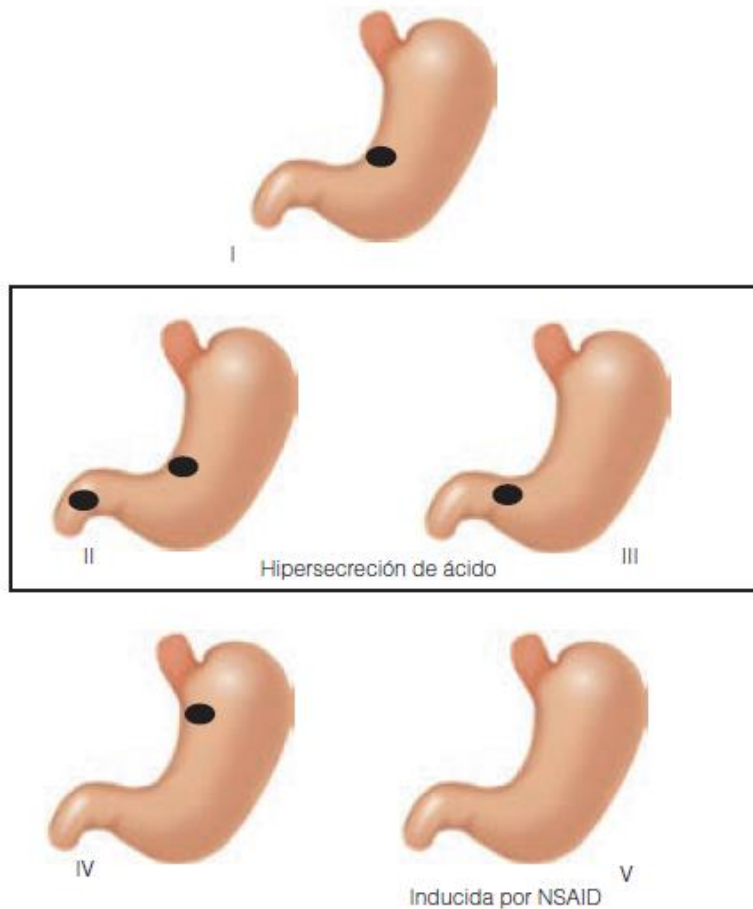
Las úlceras pépticas son defectos focales de la mucosa gástrica o duodenal que se extienden hasta la submucosa o hasta una capa más profunda. Pueden ser agudas o crónicas y se deben a un desequilibrio entre la acción del ácido péptico y las defensas de la mucosa. La úlcera péptica sigue siendo un diagnóstico común entre pacientes ambulatorios y aunque el número de visitas médicas, ingresos al hospital e intervenciones quirúrgicas electivas para tratarla

han disminuido de manera constante y considerable durante las últimas tres décadas. Sin embargo, la incidencia de la cirugía de urgencia y la tasa de mortalidad relacionada con úlceras pépticas no han disminuido en forma tan marcada. (16, 17)

CLASIFICACION

La secreción de ácido es variable en pacientes con úlcera gástrica. Por lo general, se describen cuatro tipos de úlcera gástrica, aunque la clasificación original de Johnson contenía tres tipos. La más común, la tipo I de Johnson, se localiza en forma característica cerca de la incisura angular de la curvatura menor, en proximidad al sitio de unión entre el antro y el cuerpo del estómago. Estos pacientes casi siempre tienen secreción de ácido normal o disminuido. La úlcera gástrica tipo II está relacionada con la enfermedad ulcerosa duodenal activa o latente, en tanto que la úlcera tipo III se ubica proximal al píloro. Tanto las úlceras gástricas de tipo II como las de tipo III se relacionan con secreción de ácido gástrico normal o elevada. Las úlceras gástricas tipo IV se desarrollan cerca de la unión gastro esofágica y se relacionan con producción de ácido normal o disminuido. Las úlceras tipo V son inducidas por fármacos y pueden formarse en cualquier parte del estómago. Es posible que los pacientes con úlceras gástricas tengan defensas mucosas débiles que permiten la difusión retrógrada de una cantidad anormal de ácido nocivo en la mucosa. Es probable que el reflujo duodeno gástrico participe en el debilitamiento de las defensas mucosas, y ya se demostró que diversos componentes del jugo duodenal

causan lesión e inflamación de la mucosa gástrica, como la bilis, lisolecitina y jugo pancreático. Los AINEs y el ácido acetil salicílico tienen efectos similares. Aunque casi siempre la úlcera gástrica crónica se relaciona con gastritis circundante, aún no se comprueba que esta última induzca a la primera.



ETIOPATOGENIA

El manejo de la enfermedad ulcerosa péptica y sus complicaciones sigue siendo un desafío. Además, antiinflamatorio no esteroideo (AINE), dosis bajas de aspirina, tabaquismo, alcohol excesivo, el estrés emocional y los factores

psicosociales son cada vez más causas importantes de las úlceras y sus complicaciones incluso en pacientes con H. pylori negativos. Otras causas raras de úlcera péptica también existen en ausencia de H. pylori, AINE y aspirina. Los estudios epidemiológicos revelan una asociación muy fuerte entre la infección por H. pylori y la enfermedad ulcerosa péptica. Más de la mitad de la población mundial tiene una infección crónica por H. pylori de la mucosa gastroduodenal, pero solo el 5-10% desarrolla úlceras. Factores que determinan si la infección producirá la enfermedad depende del patrón de cambios histológicos, gastritis cambios inducidos en la homeostasis de las hormonas gástricas y el ácido, metaplasia gástrica en el duodeno, interacción de H. pylori con la barrera mucosa, inmuno patogenia, cepas ulcerogénicas y factores genéticos. (16, 17)

FISIOPATOLOGIA

La patogénesis de la enfermedad ulcerosa péptica se puede considerar como un escenario de combinación que implica un desequilibrio entre los factores de defensa (capa de moco y bicarbonato, prostaglandinas, regeneración celular, flujo sanguíneo de la mucosa) y factores agravantes (ácido clorhídrico, pepsina, etanol, sales biliares, drogas). Los AINE juegan un papel importante en la patogenia. (8, 17)

HELICOBACTER PYLORI

Existe una fuerte asociación entre la infección por H. pylori y úlceras gastroduodenales causando una inflamación en la mucosa gástrica, con

inducción de citocinas derivadas del epitelio, predominantemente interleucina (IL) 8 y IL 1 β . Afluencia de neutrófilos y macrófagos en la mucosa gástrica con liberación de enzimas lisosómicas, leucotrienos (LT) y cepas de oxígeno reactivo, defensa de la mucosa y estimula la inmunopatogenia, proceso de formación de úlceras H. pylori tiene una ureasa muy actividad, produciendo amoníaco para proteger al micro organismo de la ambiente ácido gástrico. La producción de amoníaco alcalino por bacterias en el epitelio superficial y en las glándulas del antro inhibe las células D en las glándulas de detección el verdadero nivel de acidez que conduce a una liberación inapropiada de la somatostatina y la hipergastrinemia. (8)

La metaplasia es un requisito previo esencial para la colonización de H. pylori del epitelio duodenal, porque la colonización es específica y exclusivo de las células epiteliales gástricas. Después de la colonización de islas de metaplasia gástrica duodenal, el duodeno inflamado y la mucosa se vuelve más susceptible al ataque de ácido péptico y ulceración.

OTRAS CAUSAS

Las úlceras pueden existir en ausencia de infección por H. pylori y grupo no AINE. Síndrome de Zollinger-Ellison, verdaderamente úlceras idiopáticas, úlcera de Cushing, dosis alta en la parte superior del abdomen radioterapia. Las úlceras inducidas por AINE forman un importante subconjunto de úlceras que ocurren debido a la supresión gástrica de prostaglandinas. Las prostaglandinas

son importantes para integridad de la mucosa la Ciclooxygenasa la inhiben (COX 1 y COX 2), más COX 2 se supone que causa úlcera gástrica. La adherencia a neutrófilos es conocida por causar daño a la mucosa mediante la liberación de radicales libres de oxígeno, liberar proteasas y reducir el flujo sanguíneo capilar. El papel del óxido nítrico (NO) y sulfuro de hidrógeno (H₂S), en el mantenimiento la integridad de la mucosa gástrica es bien conocida aumentan el flujo de sangre a la mucosa, estimular la secreción de moco, e inhibe la adherencia de neutrófilos. AINE, inhiben el NO y H₂S. Hemos identificado NSAID en nuestra configuración rural como factor etiológico importante debido al uso indiscriminado de estos medicamentos para tratar la fiebre, dolores en las articulaciones, osteoartritis de articulaciones de rodilla. (8)

COMPLICACIONES

Las tres complicaciones más comunes de la enfermedad ulcerosa péptica en orden decreciente de frecuencia son: sangrado, perforación y obstrucción. La mayor parte de las muertes relacionadas con úlcera péptica se deben a sangrado.

SANGRADO DE ULCERAS GASTRICAS

Las úlceras pépticas sangrantes representan cerca de la mitad de los casos de sangrado GI superior significativo en la mayor parte de los centros de atención médica. Los pacientes con úlcera péptica sangrante se presentan en forma característica con melena o hematemesis, o ambas. Por lo general, la

aspiración naso gástrica confirma el diagnóstico de hemorragia GI superior. El dolor abdominal es poco frecuente. Existe la probabilidad de que se presente choque que requiera reanimación intensiva y transfusión sanguínea. Es importante realizar una endoscopia en forma temprana para diagnosticar la causa del sangrado y determinar la necesidad de tratamiento hemostático. Tres cuartas partes de los pacientes que ingresan al hospital con úlcera péptica sangrante dejan de sangrar al recibir tratamiento supresor de ácido y mantenerse en ayuno. (10)

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE FORREST PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ÚLCERA PÉPTICA

CLASIFICACIÓN	HALLAZGO ENDOSCÓPICO	PORCENTAJE DE RECIDIVA
Hemorragia activa		
Forrest Ia	Hemorragia en chorro	55 (17-100%)
Forrest Ib	Hemorragia en capa	50 (17-100%)
Hemorragia reciente		
Forrest Ila	Vaso visible	43 (35-55%)
Forrest IIb	Coágulo adherido	22 (14-37%)
Forrest IIc	Fondo de hematina	7 (5-10%)
Forrest III	Base de fibrina	2 (0-5%)

Adaptado de: Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974; 2:394-7.

ULCERA GÁSTRICA PERFORADA

La úlcera péptica perforada casi siempre se presenta como un abdomen agudo. En muchos casos el paciente indica con exactitud el momento de inicio del dolor abdominal intenso. En primer lugar, sobreviene una peritonitis química por

efecto de las secreciones gástricas o duodenales, o ambas, pero pocas horas después se transforma en peritonitis infecciosa. El secuestro de líquido en el tercer espacio del peritoneo inflamado es muy abundante y se requiere una intensa reanimación con líquidos. El paciente presenta mal estado y la exploración abdominal muestra signos de irritación peritoneal. Es común que exista resistencia involuntaria y signo de rebote durante la exploración superficial. En la radiografía de tórax se encuentra aire libre en 80% de los pacientes. Una vez que se establece el diagnóstico, se le administran al paciente analgésicos y antibióticos, se le reanima con soluciones isotónicas y se le conduce al quirófano. En pocas ocasiones, la perforación se ha sellado de manera espontánea en el momento de la presentación y es posible diferir la intervención quirúrgica si el paciente está estable. (10)

La úlcera gástrica perforada se encuentra en un 2 a 14% siendo una de las complicaciones de la enfermedad ácido péptica más potencialmente mortales que conlleva una mortalidad total mayor que va de 10 a 40% y aumenta significativamente con la edad mayor a 65 años. (9)

OBSTRUCCION

La obstrucción de la salida gástrica se presenta en menos de 5% de pacientes con enfermedad ulcerosa péptica. Por lo general se debe a enfermedad duodenal o pre pilórica y puede ser aguda (por inflamación o disfunción peristáltica) o crónica (por cicatrización). De forma característica los pacientes

se presentan con vómito sin contenido biliar y pueden cursar con alcalosis metabólica intensa hipopotasiémica e hipoclorémica. Es común la presencia de dolor o molestias. Podría haber pérdida ponderal intensa, lo que depende de la duración de los síntomas. Es posible oír un chapoteo a la percusión con el estetoscopio colocado en el epigastrio. El tratamiento inicial es la succión nasogástrica, hidratación intravenosa, reposición de electrolitos y un fármaco anti secretor. El diagnóstico se confirma por endoscopia. Hoy en día, la mayoría de los pacientes que ingresan al hospital con enfermedad ulcerosa obstructiva requiere intervención, ya sea dilatación con globo o cirugía. Es necesario descartar el cáncer porque casi todos los enfermos que se presentan con síntomas obstructivos de la salida gástrica tienen un tumor maligno pancreático, gástrico o duodenal. (10)

PRONÓSTICO Y MORTALIDAD

Sistemas de puntuación para perforación péptica es necesaria ya que es potencialmente mortal, varias puntuaciones han evolucionado para pronosticar la mortalidad y morbilidad. Algunos sistemas toman el estado preoperatorio en cuenta, mientras que otros toman los parámetros de laboratorio y hallazgos intra operatorios en cuenta para la puntuación. El sistema de puntuación de Boey aún resiste la prueba del tiempo y evalúa la condición del paciente con bastante precisión. Enfermedad médica concurrente, shock preoperatorio y perforaciones de larga duración (más de 24 h) se toman en cuenta en puntaje de Boey. (11)

CUADRO 4. PUNTAJE DE BOEY

CRITERIO		PUNTOS
CHOQUE PREOPERATORIO		1
ASA III-IV (Enfermedad médica grave concomitante)		1
PERFORACIÓN MAYOR A 24 HORAS		1
PUNTAJE	MORTALIDAD	MORBILIDAD
1	8%	47%
2	33%	75%
3	38%	77%

Adaptado de: Lohsiriwat V, Prapasrivorakul S, Lohsiriwat D. Perforated peptic ulcer: clinical presentation, surgical outcomes, and the accuracy of the Boey scoring system in predicting postoperative morbidity and mortality. *World J Surg.* 2009 Jan;33(1):80-5.

Durante las primeras 24 h después del ingreso, cada hora de cirugía de retraso más allá de la admisión hospitalaria se asoció con una disminución media en la supervivencia a los 30 días de 2 · 0 (rango 0 · 8-9 · 9) por ciento. La tasa de supervivencia fue del 95,7% cuando la cirugía se inició dentro de 1 h de la admisión hospitalaria, 88 · 9 por ciento cuando se inicia dentro de 2 h, 81 · 8 por ciento cuando se inició dentro de 3 h, disminuyendo a 50 · 0 por ciento después de un retraso quirúrgico de 7 h. La tasa de supervivencia a 30 días fue del 20 por ciento cuando el retraso quirúrgico fue más de 24 h. La mediana retraso antes de la cirugía fue de 5 h; a ese punto la tasa de supervivencia a 30 días fue 64 · 2 por ciento. Sólo el 2 · 7 por ciento de todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente dentro de la primera hora de ingreso en el hospital. Algunos 18·3 por ciento se sometió a cirugía dentro de las 3 h de ingreso y 50.6 por ciento por 6 h. Incluso 12 h después del ingreso, más de una cuarta parte

de los pacientes no habían sido tratados en el quirófano. La demora quirúrgica representó 12,8 por paciente ciento de la varianza en la supervivencia a 30 días. (13, 14)

Clavien	Complicación	n (%)
I	Infección de sitio quirúrgico superficial	13 (13)
	Ileo prolongado	2 (2)
	Infección urinaria	2 (2)
	Total	17 (16)
II	Neumonía postoperatoria	14 (13)
	Trombosis venosa profunda	7 (7)
	Total	21 (20)
IIIb	Evisceración postoperatoria	8 (8)
	Fistula gastro-cutánea	1 (1)
	Total	9 (9)
IVa	Tromboembolismo pulmonar	6 (6)
Complicaciones tardías	Hernia incisional	8 (8)
	Cuerpo extraño	1 (1)

De acuerdo con la clasificación de Clavien, la mayoría de los pacientes complicados sufrieron complicaciones menores. Las complicaciones tardías se presentaron 3 o más meses después de la cirugía.

TRATAMIENTO

El manejo médico de la enfermedad péptica era revolucionado por el advenimiento de los antagonistas de los receptores H2 como ranitidina con posterior descubrimiento de PPI, es decir, omeprazol y sus nuevas generaciones. Fue entonces cuando H. pylori fue identificado y varios regímenes de erradicación evolucionados. El régimen de erradicación de pylori

incluía el régimen de tres medicamentos. Para evitar la resistencia a los antibióticos un régimen secuencial se está utilizando en muchos países. Los inhibidores selectivos de COX 2 se introdujeron en minimizar las úlceras inducidas por AINE. PPI forma el pilar principal en úlceras inducidas por AINE. Misoprostol es mejor que H2 antagonista del receptor en la prevención de la úlcera gástrica. (8, 15)

Existiendo debate en los casos de úlcera gástrica perforadas tipos I y IV sobre si realizarse una gastrectomía parcial o proceder con un simple parche de Graham, siendo la gastrectomía parcial el enfoque preferido, a menos que el paciente esté en riesgo alto debido a edad avanzada, enfermedad comórbida, inestabilidad trans operatoria, o severa contaminación peritoneal. Incluso en este grupo de pacientes que presentan estado de choque, hay evidencia que la cirugía definitiva puede ser tolerada al igual que un cierre primario o parche de Graham. (9, 3)

La biopsia y el cierre con parche pueden ser un enfoque adecuado para el tratamiento de una úlcera gástrica tipo IV donde una resección más extensa puede conducir a mayor morbilidad y mortalidad en un paciente crítico. (9)

Durante casi tres décadas, el estándar de cuidado para tratar las úlceras focales perforadas ha sido por simple cierre con o sin un parche omental y bomba de protones a largo plazo terapia con inhibidor (PPI), con tratamiento antibiótico para Helicobacter erradicación de pylori si está presente. Este

procedimiento quirúrgico creció a favor de la vagotomía con piloroplastia / antrectomía (AVA) debido a que es técnicamente más fácil, y la creencia de que la erradicación de H. pylori y la bomba de protones a largo plazo la terapia con inhibidores evitaría la recurrencia de la enfermedad. En algunas publicaciones anteriores, la incidencia de la infección por H. pylori que ocurre concomitantemente con la perforación varió de 81 al 92% y, por lo tanto, este enfoque tenía sentido. Ahora sabemos que esto no siempre es cierto porque no todos los pacientes con úlceras focales perforadas son positivos para H. pylori (21-74%) y la incidencia de la colonización por H. pylori en la población general es solo 13-24%. Además, la adición de un PPI a un régimen de tratamiento con H. pylori no mejora las tasas de erradicación, que consistentemente permanece 69-85%. (1, 15)

La otra suposición es que los pacientes son financieramente capaces y motivados apropiadamente para continuar tomando PPI definitivamente. Incluso en un país socializado donde el costo de la medicación está cubierto por el gobierno, los pacientes que se recetaron PPI, solo continuaron tomándolos por más de 5 años en 4%. Incluso el concepto y la idoneidad del uso indefinido de los PPI ha sido cuestionado debido a informes recientes de que su uso a largo plazo puede resultar en pérdida ósea y afectar el metabolismo de clopidogrel. (1)

HISTORIA NATURAL DE LA ULCERA GASTRICA PERFORADA

Desde 2004 hasta 2015, 94 pacientes habían perforado el intestino anterior por úlceras tratadas, 53 gástricas y 41 duodenales, 49 pacientes eran varones y 45

eran mujeres. De las perforaciones gástricas, 35 fueron tipo III, 7 tipo I, 4 tipo IV, 3 tipo II, y 4 ocurrieron en la anastomosis gastro yeyuno previa cirugía de banda gástrica. Diez (11%) fueron positivos para H. pylori y 13 (14%) estaban tomando medicamentos no esteroideos a altas dosis, dejando 71 (75%) de los pacientes con hipersecreción o etiología idiopática para su úlcera. 77 (82%) fueron tratados por parche de epiplón solo (grupo de estudio) y 17 (18%) fueron tratados con VPA (grupo de comparación). Por aquellos pacientes que tuvieron antrectomía o piloroplastia, los informes operativos indicaron que la decisión se basó sobre un tamaño muy grande de la perforación que ocurre cerca del píloro, de tal manera que el cierre probablemente habría creado una obstrucción gástrica. Todos los pacientes tratados con parche de epiplón, fueron dados de alta con PPI, pero solo el 86% de los pacientes tomaron el medicamento, durante una mediana de 22 meses después de la cirugía. Once (14%) pacientes nunca tomaron los IBP en absoluto. Los diez pacientes que resultaron ser positivos para H. pylori fueron todos tratados con triple terapia con antibióticos, pero con pruebas de seguimiento para la erradicación solo se realizó en tres pacientes que fueron todos más tarde negativo. Seis (35%) de los pacientes con VPA y 22 (29%) que tenían parche de epiplón tuvo al menos una endoscopia de seguimiento en una mediana de 24 meses después de la cirugía. Endoscopia de seguimiento no se realizó de forma rutinaria en todos los pacientes. Las razones para la endoscopia de seguimiento fueron para los síntomas de dolor abdominal en 20 (71%), vigilancia en 7 (25%) y una hernia hiatal en 1 (4%). Endoscopia en el grupo de parche de epiplón mostró úlceras

recurrentes en 9 (tasa de recurrencia del 12%) y gastritis en 3 (4%) Este grupo también tuvo 3 perforaciones recurrentes más tarde: una micro perforación se manejó de forma no operativa, uno fue cuidado de la comodidad y murió, y uno tuvo Cirugía de emergencia. Otra úlcera recurrente provocó hemorragia causando la muerte (tasa de mortalidad tardía del 3%). Otros dos los pacientes requirieron operaciones de úlceras repetitivas no emergentes para enfermedad / síntomas recurrentes (re intervención quirúrgica total) tasa 4%). Por lo tanto, de los 77 pacientes tratados por OP, 18 (23%) finalmente tuvo una úlcera recurrencia, sangrado, perforación, o repita la intervención quirúrgica. De nota, la mediana el tiempo que los pacientes dejaron de tomar IBP fue de 22 meses, y la mediana del tiempo de recurrencia, sangrado o perforación fue 41 meses. Ningún paciente en el grupo de VPA tenía un endoscópico recurrencia o requirió cualquier re intervención, pero el número de pacientes en este grupo fue relativamente pequeño. La duración total del seguimiento fue una mediana de 44 meses y se completó en 82 (87%) pacientes. Solo 12 pacientes se perdieron durante el seguimiento. 17 (18%) pacientes murieron durante el período de seguimiento y fueron censurados en su fecha de muerte. Un adicional de 18 (23%) pacientes en el parche de epiplón el grupo desarrolló dolor abdominal recurrente atribuido a enfermedad ulcerosa durante el seguimiento y fueron tratados médicamente (recurrencia sintomática) pero no tuvo endoscopia para confirmar el diagnóstico, en comparación con dos (12%) en el AVA grupo ($p = 0.15$). (1,3)

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio transversal, comparativo y retrospectivo de pacientes con úlcera gástrica perforada que cumpliera con las siguientes características: expedientes clínicos de pacientes de cualquier edad, ambos sexos, post operados de cierre primario o parche de Graham del Hospital general Dr. Rubén Leñero, con diagnóstico de úlcera gástrica perforada. Se excluyeron expedientes de pacientes con defunción, post operados de úlcera gástrica perforada y cirugía gástrica previa. Se eliminaron expedientes clínicos que no contengan la información completa.

Se analizaron los expedientes clínicos, de los cuales se obtuvo: datos clínicos y de laboratorio presentes en los pacientes con úlcera gástrica perforada del Hospitales General Dr. Rubén Leñero desde el 1° de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2017.

Se analizaron los expedientes clínicos, de los cuales se obtuvo: Edad, genero, IMC, creatinina, SO₂, FIO₂, escala de coma de Glasgow, plaquetas, horas de evolución, horas del retraso del tratamiento quirúrgico, INR, presión arterial, lactato, EGO, USG abdominal, tiempo de ayuno, radiografías de tórax, exploración física.

Análisis estadístico: Los resultados fueron analizados por medio del programa estadístico Microsoft Excel en donde se obtuvieron porcentajes de presentación de las complicaciones sistémicas y quirúrgicas, porcentaje de pacientes que

presentan mejor pronóstico con alguna de las opciones terapéuticas. Porcentaje de pacientes que fueron tratados con los dos tratamientos. Y la dependencia de los resultados respecto al tipo de tratamiento con chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se revisaron 19 expedientes con diagnóstico de úlcera gástrica perforada. Se eliminaron 2 por defunción, 2 por antecedente de cirugía por úlcera gástrica perforada. Se analizaron 15 expedientes con úlcera gástrica perforada. 7 (47%) del sexo femenino y 8 (53%) del sexo masculino. El promedio de edad fue de 53.7 años, con un rango de 18 a 86 años.

Del 100% el 40% presentó Disfunción respiratoria. El porcentaje de los pacientes que presentaron la disfunción y fueron tratados con cierre primario fue de 66.6%. Se encontró en 2 pacientes (33.33%) de los tratados con parche de Graham disfunción respiratoria.

En el 67% se presentó datos de sepsis. El porcentaje de los pacientes que presentaron la sepsis y fueron tratados con cierre primario fue de 40%. Se encontró en 6 pacientes (60%) de los tratados con parche de Graham disfunción respiratoria.

Del 100% el 20% presentó choque séptico. El porcentaje de los pacientes que presentaron la disfunción y fueron tratados con cierre primario fue del 100%. Se encontró que en ningún paciente (0%) de los tratados con parche de Graham presentó choque séptico.

El 20% presentó Neumonía nosocomial. El porcentaje de los pacientes que presentaron la neumonía y fueron tratados con cierre primario fue de 33.3%.

Se encontró en 2 pacientes (66.66%) de los tratados con parche de Graham neumonía nosocomial.

Del 100% el 13% presento disfunción cardio vascular. El porcentaje de los pacientes que presentaron la disfunción y fueron tratados con cierre primario fue del 50%. Se encontró en 1 pacientes (50%) de los tratados con parche de Graham disfunción cardio vascular.

El 47% presento disfunción renal. El porcentaje de los pacientes que presentaron la disfunción renal y fueron tratados con cierre primario fue de 28.57%. Se encontró en 5 pacientes (71.42%) de los tratados con parche de Graham disfunción renal.

Del 100% el 40% presento disfunción hematológica. El porcentaje de los pacientes que presentaron la disfunción hematológica y fueron tratados con cierre primario fue del 50%. Se encontró en 3 pacientes (50%) de los tratados con parche de Graham disfunción hematológica.

El 7% presento disfunción hepática. El porcentaje de los pacientes que presentaron la disfunción hepática y fueron tratados con cierre primario fue del 0%. Se encontró en 1 pacientes (100%) de los tratados con parche de Graham disfunción hepática.

Del 100% el 53% presento infección de vías urinarias. El porcentaje de los pacientes que presentaron infección y fueron tratados con cierre primario fue

del 50%. Se encontró en 4 pacientes (50%) de los tratados con parche de Graham infección de vías urinarias.

El 33% presento absceso residual. El porcentaje de los pacientes que presentaron absceso y fueron tratados con cierre primario fue del 40%. Se encontró en 3 pacientes (60%) de los tratados con parche de Graham absceso residual.

Del 100% el 67% presento enfermedad acido péptica recurrente. El porcentaje de los pacientes que presentaron enfermedad acido péptica recurrente y fueron tratados con cierre primario fue del 50%. Se encontró en 5 pacientes (50%) de los tratados con parche de Graham enfermedad acido péptica recurrente.

El 27% presento dehiscencia de herida quirúrgica. El porcentaje de los pacientes que presentaron dehiscencia de herida quirúrgica y fueron tratados con cierre primario fue del 25%. Se encontró en 3 pacientes (75%) de los tratados con parche de Graham dehiscencia de herida quirúrgica.

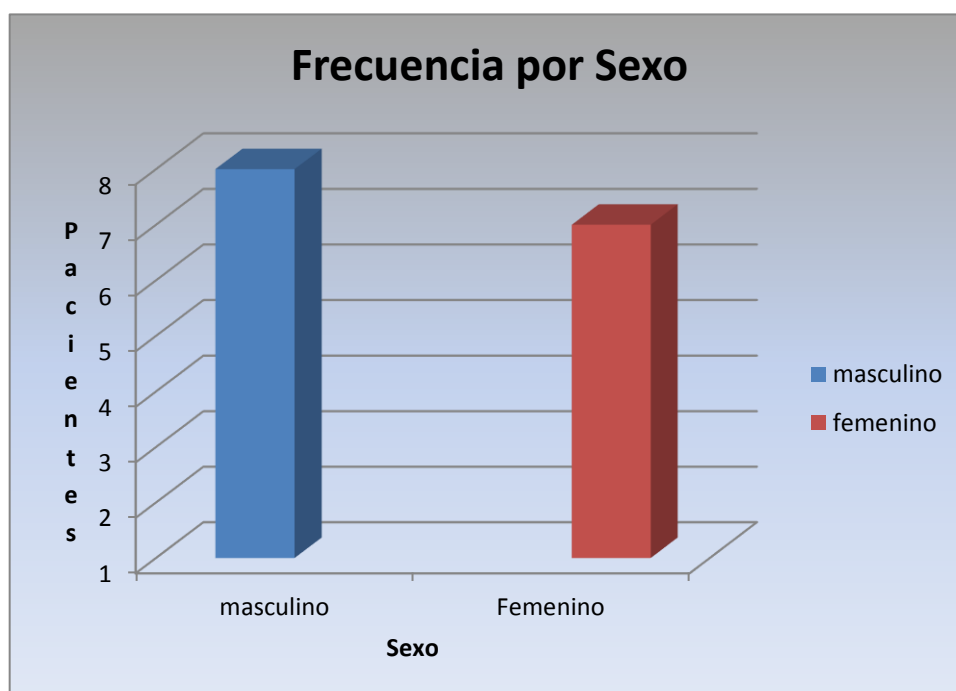
Del 100% el 73% presento íleo prolongado. El porcentaje de los pacientes que presentaron enfermedad íleo y fueron tratados con cierre primario fue del 54.54%. Se encontró en 5 pacientes (45.45%) de los tratados con parche de Graham íleo prolongado.

Del 100% de los pacientes ninguno presento complicación de fistula gastro cutáneo o de evisceración postoperatoria.

Se recabo información de 15 expedientes con diagnóstico de úlcera gástrica perforada, obteniendo los siguientes resultados.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	7	53.3%
Masculino	8	46.6%
Totales	15	100%

GRÁFICA DE FRECUENCIA POR SEXO

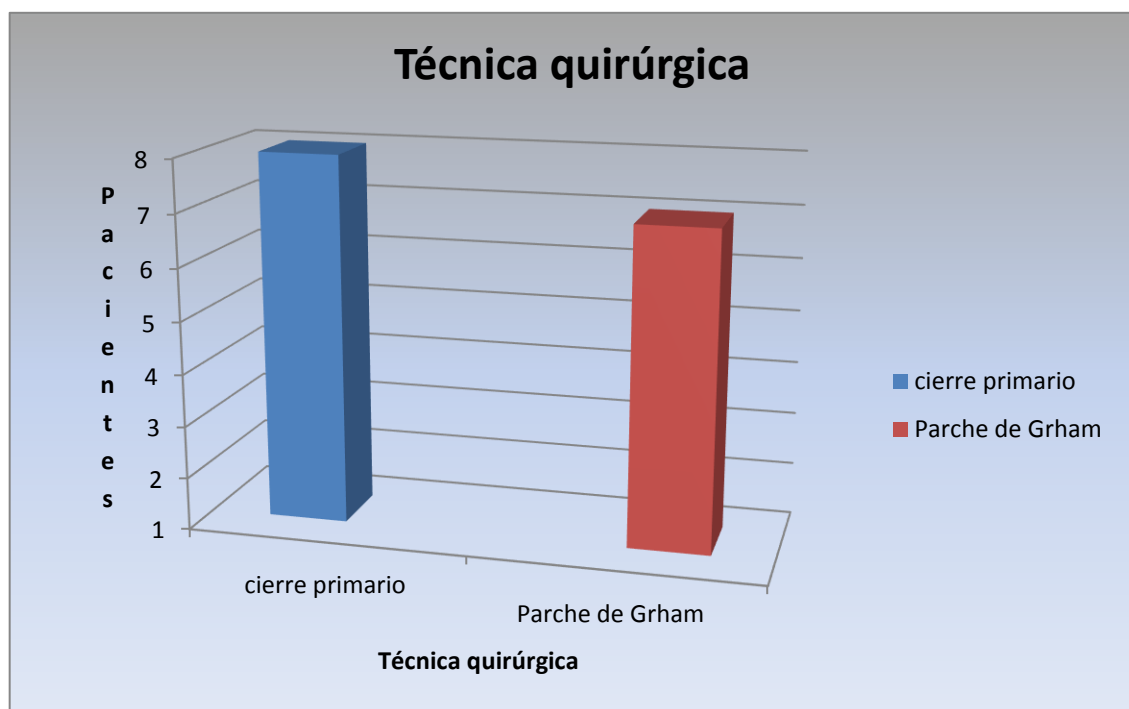


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	8	53.3%
Parche de Graham	7	46.6%

GRÁFICA DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

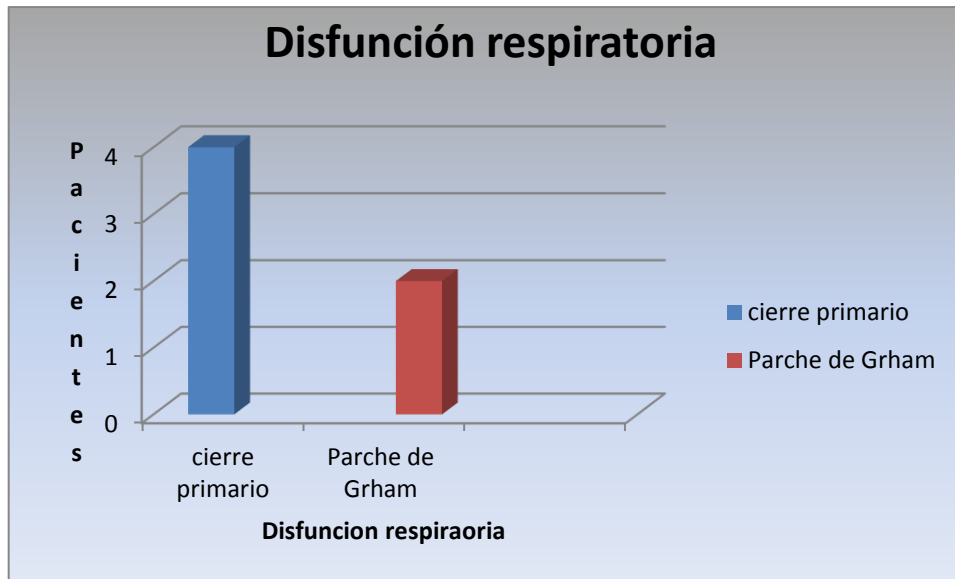


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017.

DISFUNCIÓN RESPIRATORIA

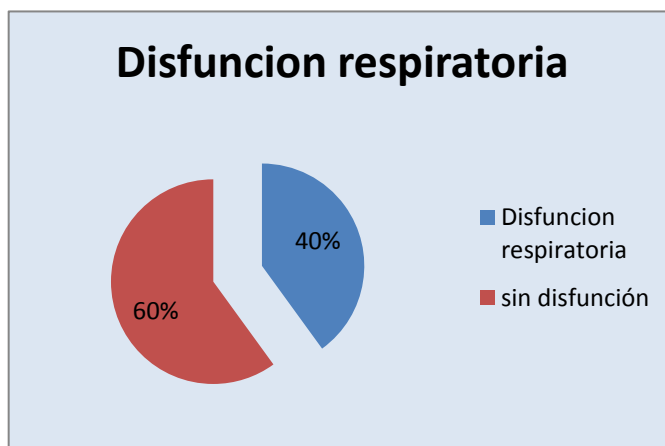
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	4	66.66%
Parche de Graham	2	33.33%

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN RESPIRATORIA



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017.

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN RESPIRATORIA

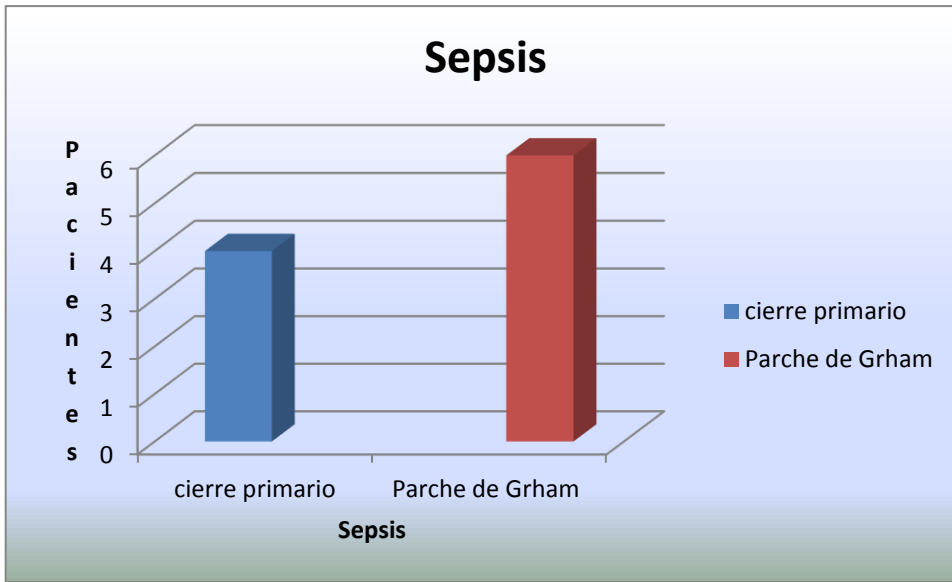


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017.

SEPSIS

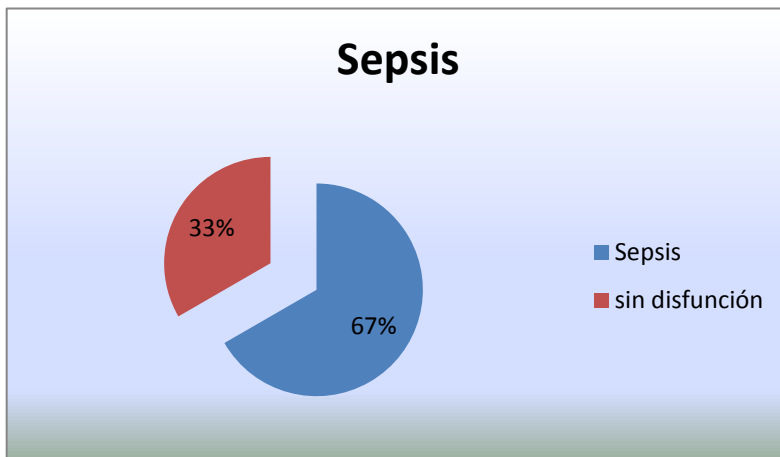
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	4	40%
Parche de Graham	6	60%

GRÁFICA DE SEPSIS



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE SEPSIS

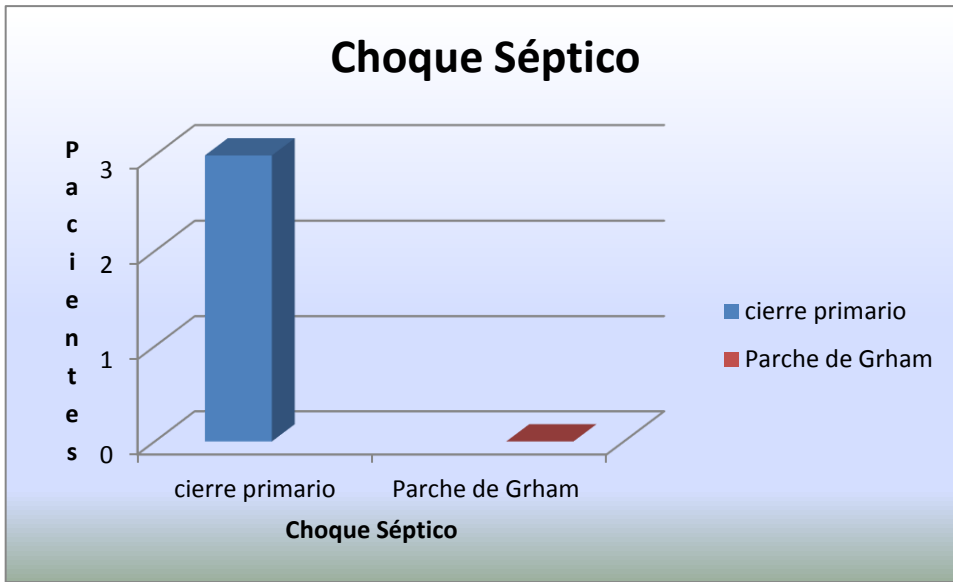


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

CHOQUE SÉPTICO

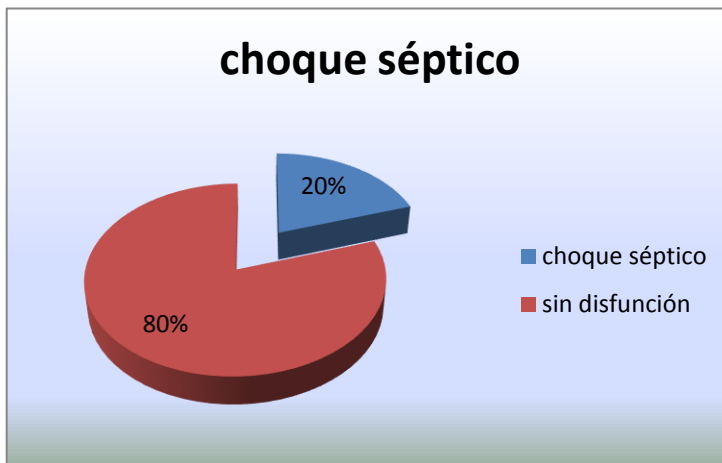
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	3	100%
Parche de Graham	0	0%

GRÁFICA DE CHOQUE SEPTICO



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE CHOQUE SEPTICO

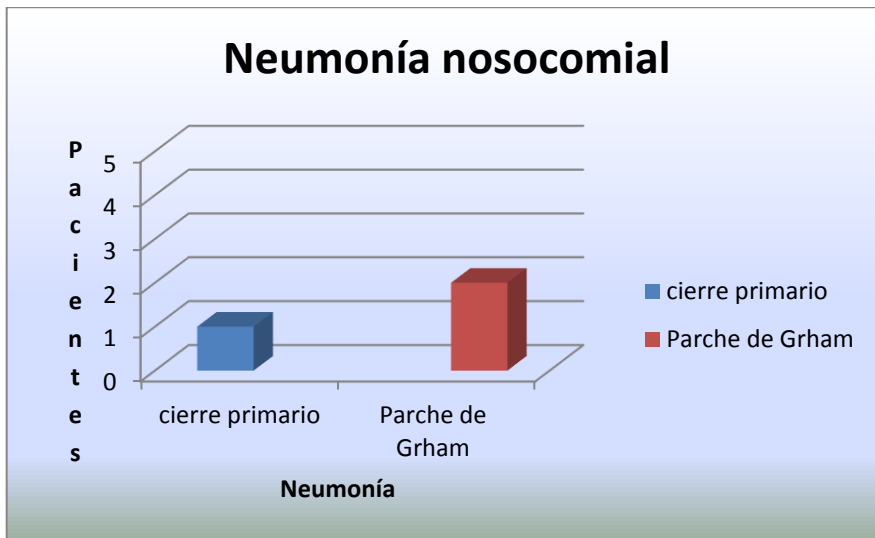


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

NEUMONÍA NOSOCOMIAL

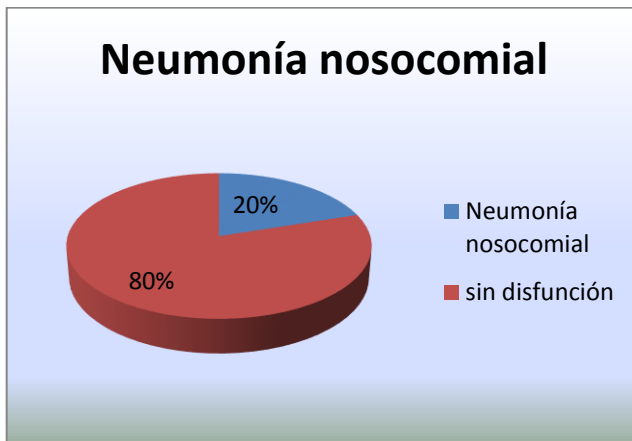
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	1	33.33%
Parche de Graham	2	66.66%

GRÁFICA DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL

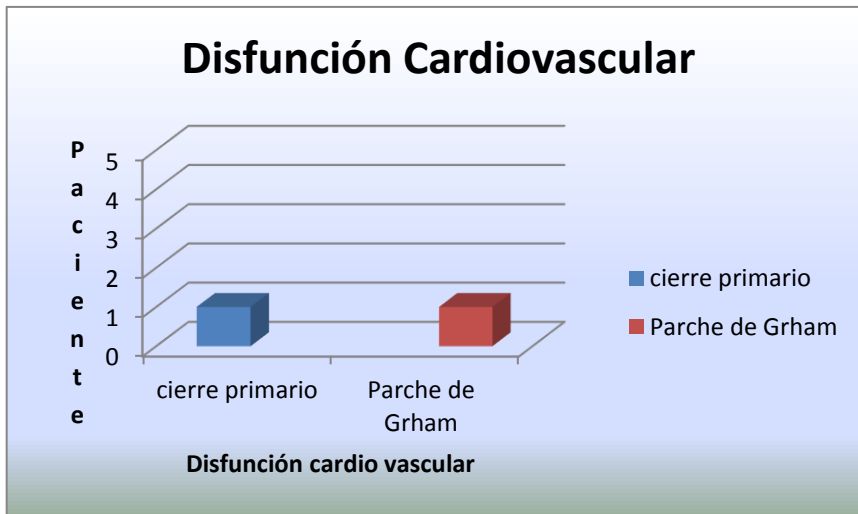


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

DISFUNCIÓN CARDIOVASCULAR

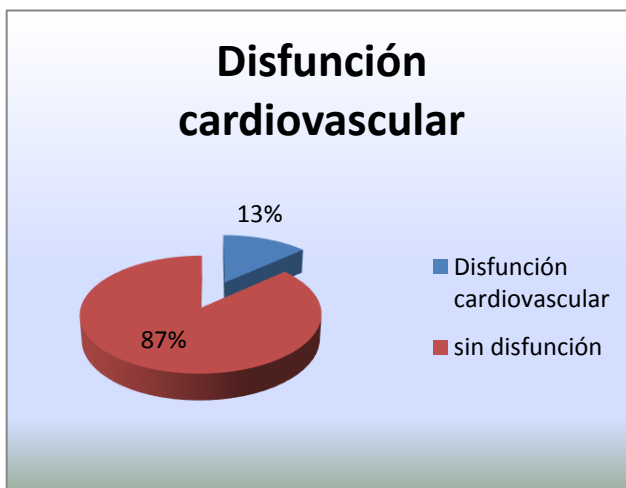
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	1	50%
Parche de Graham	1	50%

GRÁFIOCA DE DISFUNCIÓN CARDIOVASCULAR



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN CARDIOVASCULAR

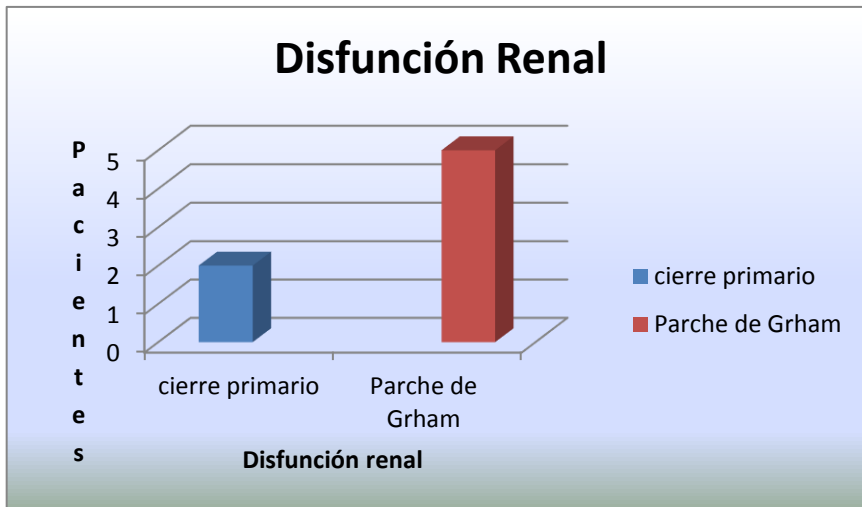


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

DISFUNCIÓN RENAL

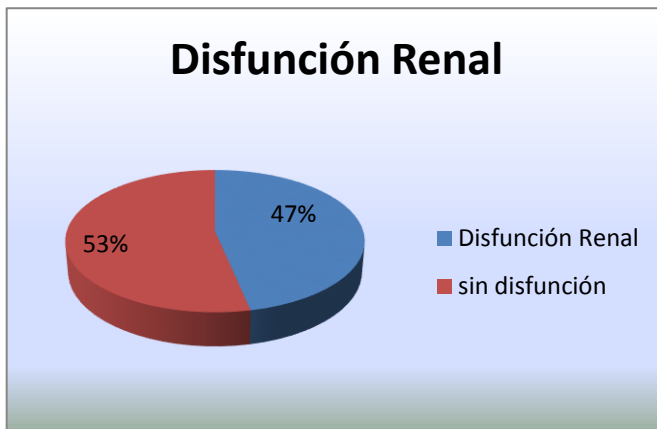
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	2	28.57%
Parche de Graham	5	71.42%

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN RENAL



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE DISFUNCION RENAL

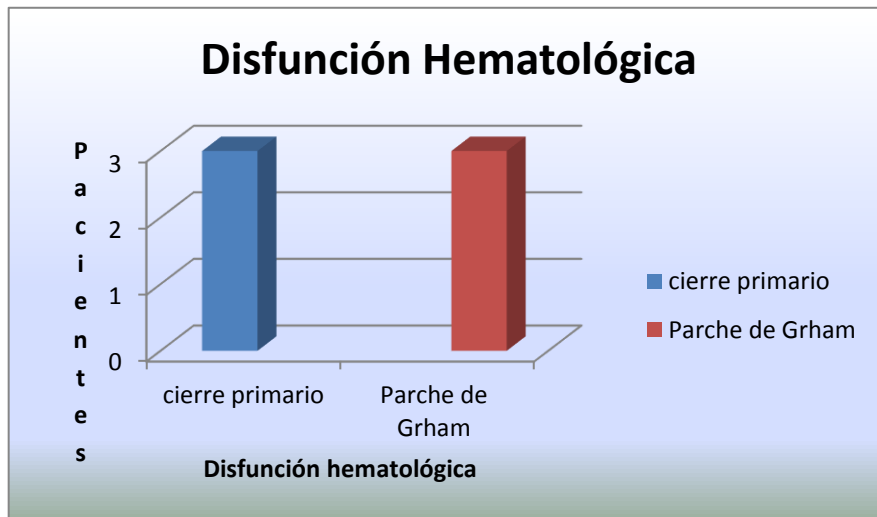


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

DISFUNCIÓN HEMATOLÓGICA

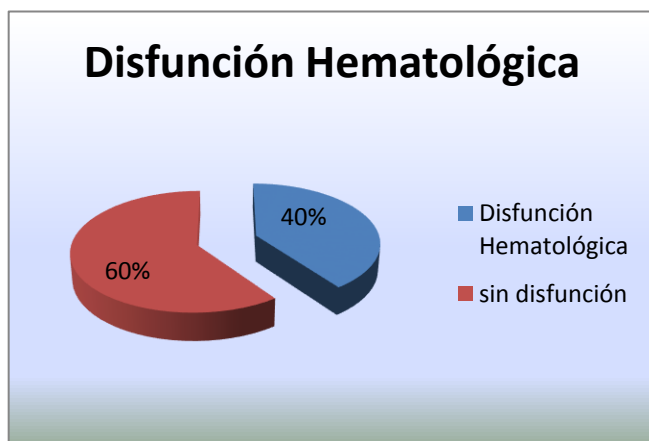
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	3	50%
Parche de Graham	3	50%

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN HEMATOLÓGICA



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN HEMATOLÓGICA

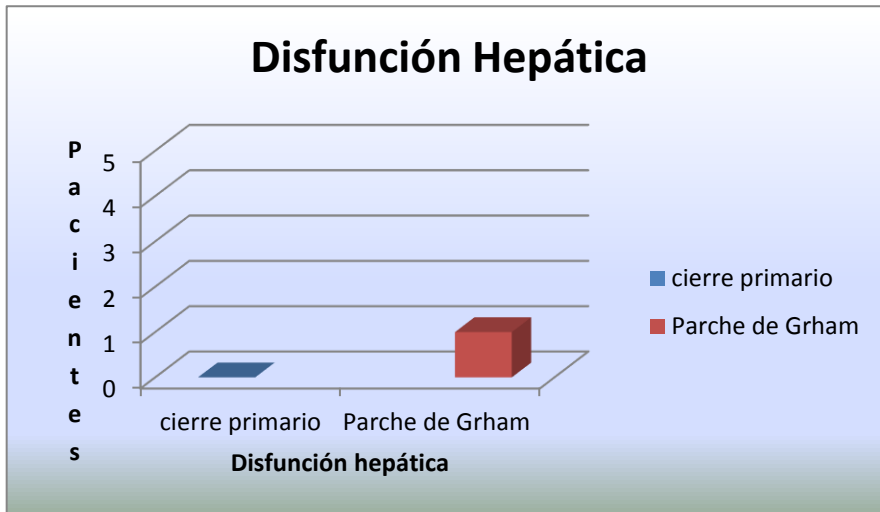


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

DISFUNCIÓN HEPÁTICA

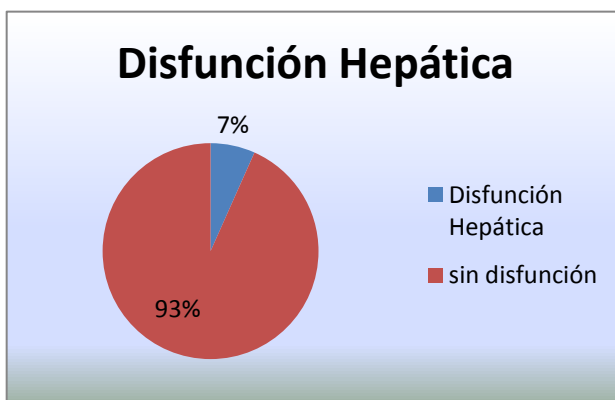
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	1	100%
Parche de Graham	0	0%

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA

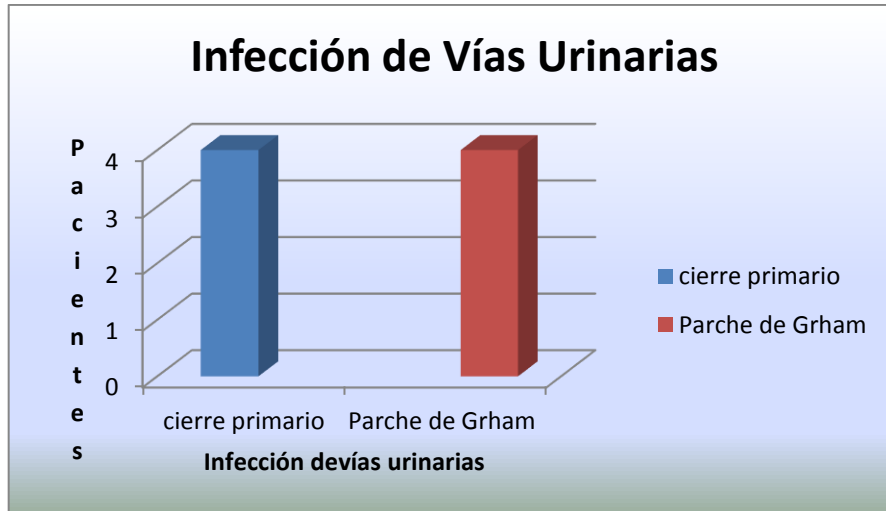


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

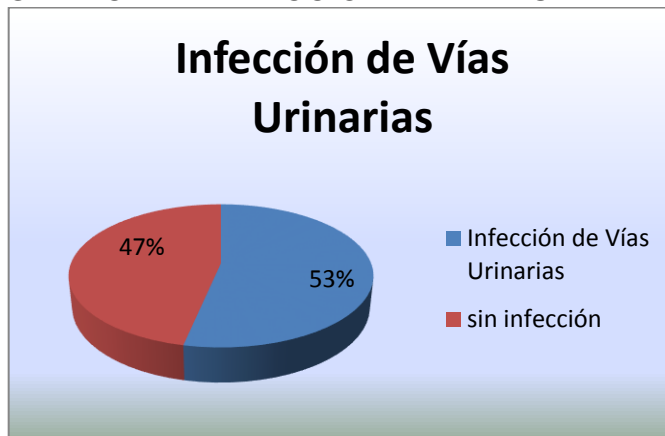
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	4	50%
Parche de Graham	4	50%

GRÁFICA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

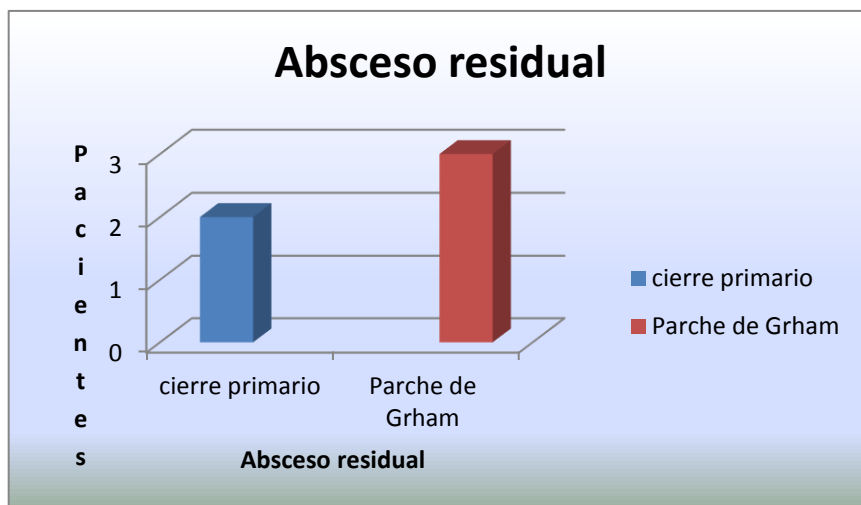


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

ABSCESO RESIDUAL

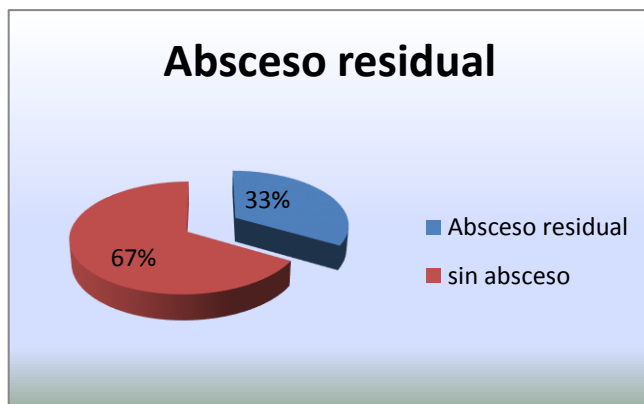
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	2	40%
Parche de Graham	3	60%

GRÁFICA DE ABSCESO RESIDUAL



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE ABSCESO RESIDUAL

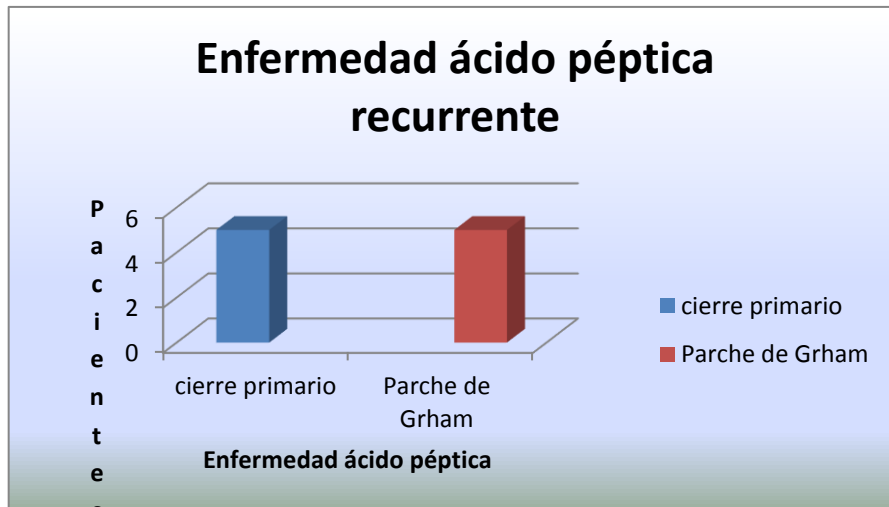


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA RECURRENTE

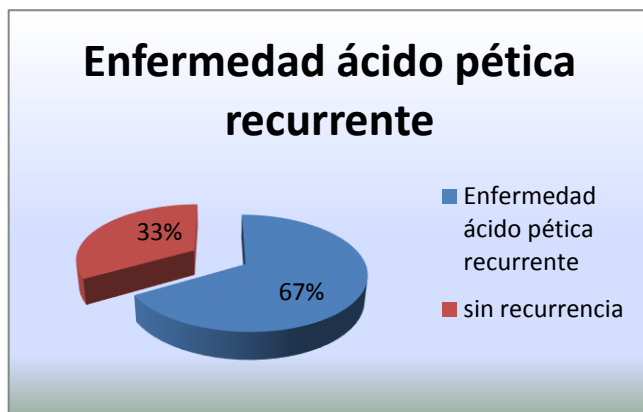
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	5	50%
Parche de Graham	5	50%

GRÁFICA DE ENFERMEDAD ÁCIDO PEPTICA RECURRENTE



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA RECURRENTE

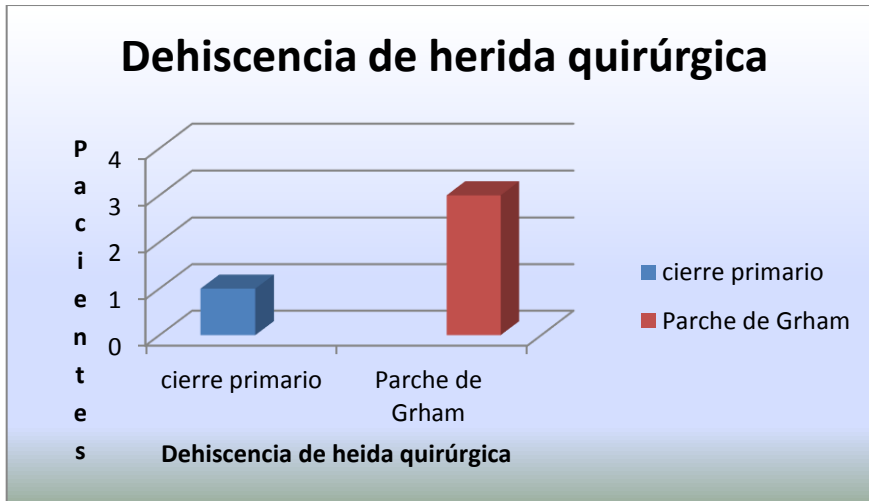


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA

Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	3	25%
Parche de Graham	1	75%

GRÁFICA DE DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA

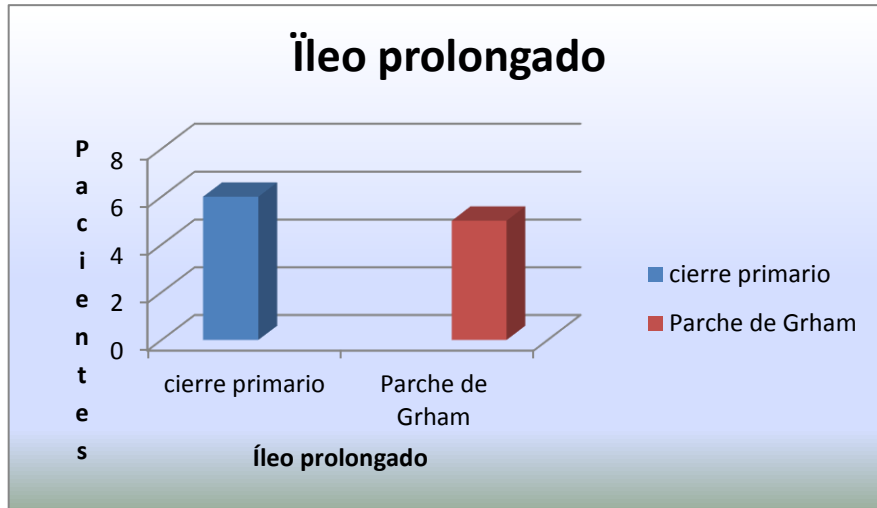


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

ILEO PROLONGADO

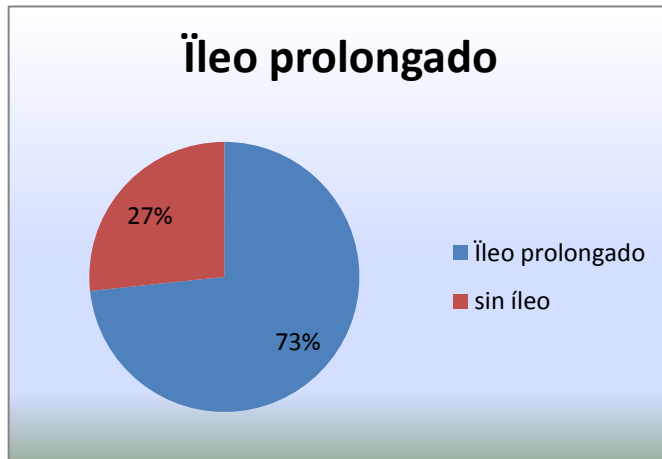
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	6	54.54%
Parche de Graham	5	45.45%

GRÁFOCA DE ILEO PROLONGADO



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRAFICA DE ILEO PROLONGADO

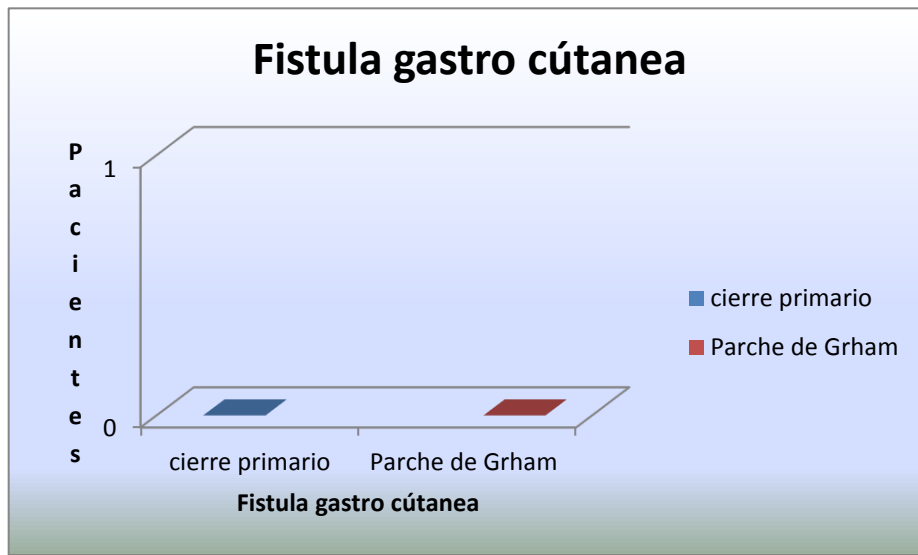


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

FISTULA GASTRO CUTÁNEA

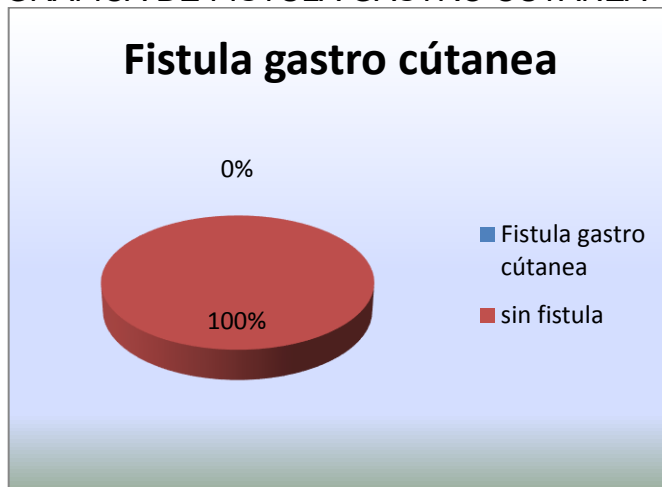
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	0	0%
Parche de Graham	0	0%

GRÁFICA DE FISTULA GASTRO CÚTANEA



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE FISTULA GASTRO CÚTANEA

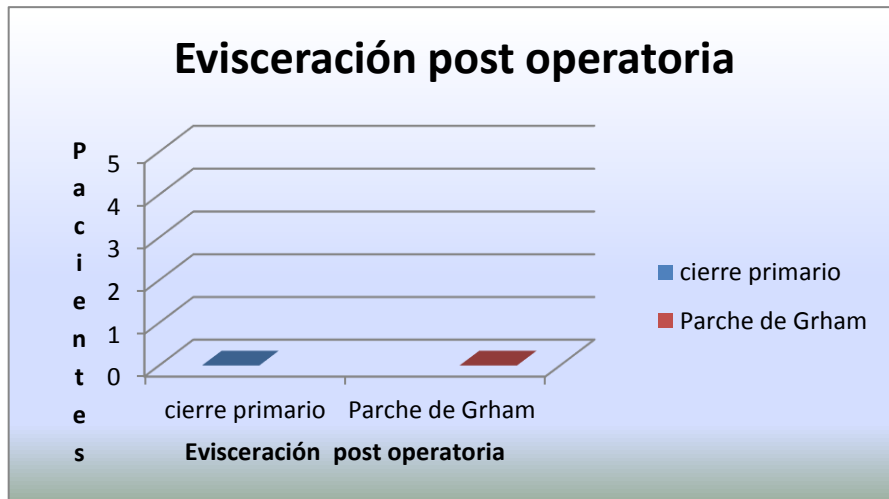


FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

EVISCERACIÓN POST OPERATORIA

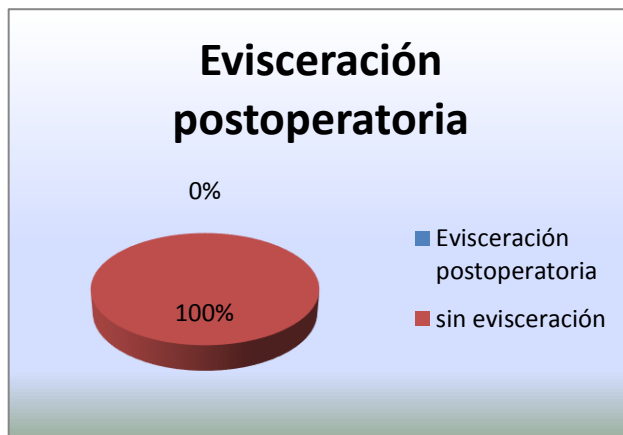
Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	0	0%
Parche de Graham	0	0%

GRÁFICA DE EVISCERACIÓN POST OPERATORIA



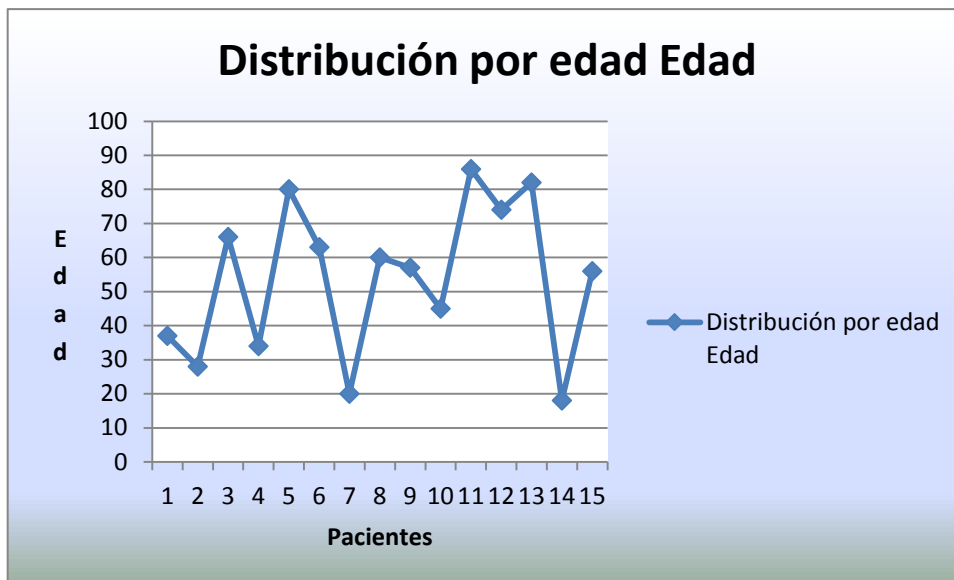
FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE EVISCERACIÓN POST OPERATORIA



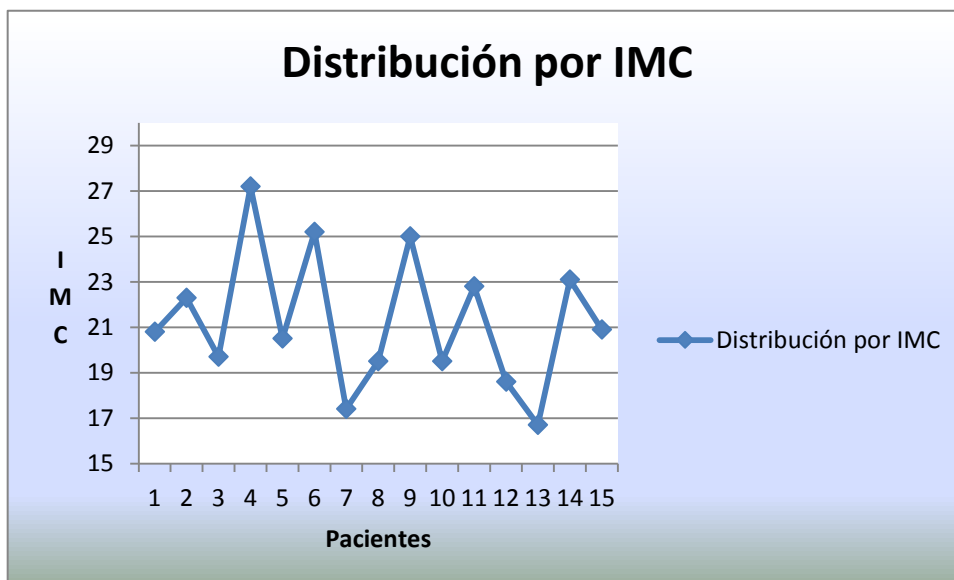
FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

DISTRIBUCIÓN POR EDAD



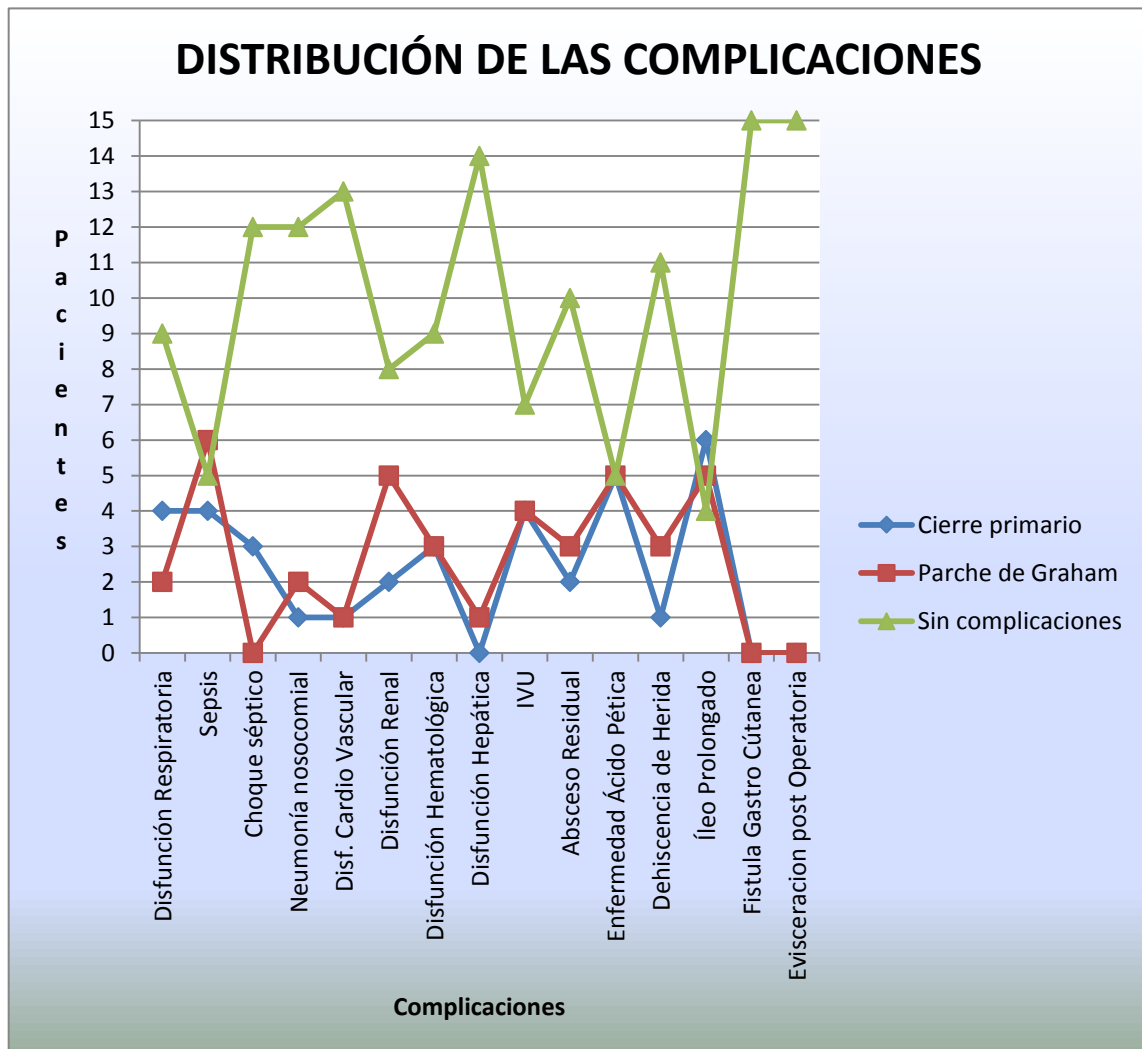
FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

DISTRIBUCIÓN POR IMC



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GASTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES



FUENTE: EXPEDIENTES DE PACIENTES CON ULCERA GÁSTRICA PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO 2016 Y 2017

VALORES DE CHI-CUADRADO PARA LAS COMPLICACIONES

Hipótesis nula: En los pacientes con ulcera gástrica perforada que son operados mediante un cierre primario tienen más complicaciones y peor pronóstico en comparación de los que son operados mediante parche de Graham por el menor tiempo quirúrgico requerido para realizar el procedimiento.

Hipótesis alternativa: En los pacientes con ulcera gástrica perforada que son operados mediante un cierre primario tienen menos complicaciones y mejor pronóstico en comparación de los que son operados mediante parche de Graham por el menor tiempo quirúrgico requerido para realizar el procedimiento.

Margen de Error: 0.05

Grado de libertad: 28

Chi-cuadrado tabla: 41.337

Chi-calculado: 61.61

Con respecto a los resultados el valor de chi-cuadrado calculado es mayor que chi-cuadrado de la tabla por lo cual se acepta la hipótesis alternativa

DISCUSIÓN

La literatura mundial no menciona que la ulcera gástrica perforada sea una enfermedad con predilección por el sexo, lo que concuerda con los resultados en nuestro estudio, ya que nosotros obtuvimos un 47% de femeninos y 53% masculinos pero si la relación de la edad ya que el 64% se presenta después de los 50 años en la población estudiada.

La enfermedad acido péptica recurrente que estuvo presente en la mayoría de los pacientes, lo que concuerda con el estudio de D. Smith. En este mismo estudio se demostró que la los pacientes que reciben tratamiento con alguna de las dos técnicas quirúrgicas presenta recurrencia de la sintomatología de la enfermedad acido péptica.

Este estudio solo fue descriptivo y comparativo de datos presentes en pacientes con ulcera gástrica perforada tratados con cierre primario y parche de Graham. Hace falta en nuestra institución un estudio comparativo entre pacientes con tratados con las técnicas antes mencionadas contra gastrectomía con Y de Roux y vagotomía con derivación. Aun no se cuenta con los seguimiento a largo plazo de los paciente con endoscopias de control así como cultivos y resultados de biopsia de los bordes para identificar cual es el procedimiento más idóneo en para estos pacientes. Ya que diversos estudios concluyen que una cirugía más radical es igual de segura con menos complicaciones a largo plazo.

CONCLUSIONES

La ulcera gástrica perforada no tuvo predilección de sexo en su presentación, siendo más frecuente en pacientes mayores de 50 años.

En todos los pacientes la sepsis, la enfermedad ácido péptica recurrente y el íleo prolongado fueron las complicaciones más frecuentes. La sepsis se presentó en un 67%, el íleo prolongado un 73% y la enfermedad ácido péptica también se presentó en un 67%.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas se confirmó la hipótesis ya que en los pacientes operados con un cierre primario se presentaron el menor número de complicaciones el cual se corroboró mediante la evaluación con chi-cuadrado

En general en todos los pacientes en relación de los que presentaron alguna complicación con alguna de las técnicas quirúrgicas el número de pacientes sin complicaciones fue mayor corroborando que ambas técnicas son seguras para llevarlas a cabo.

Se observó que la fístula gastro cutánea y la evisceración post operatorias no se presentó en ninguno de los pacientes.

En todos los pacientes la disfunción hepática y cardio vascular fueron las complicaciones menos frecuentes. La disfunción hepática se presentó en un 7%, y la disfunción cardio vascular se presentó en un 13%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D. Smith · M. Roeser · J. Naranjo, et al. *The natural history of perforated foregut ulcers after repair by omental patching or primary closure*. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2017 pp 1-5.
2. M. Wilhelmsen, M. H. Møller and S. Rosenstock. *Surgical complications after open and laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer in a nationwide cohort*. British Journal of Surgery 2015; 102: 382–387
3. Gachabayov M, Babyshin V, Durymanov O, Neronov D. *Surgical scales: Primary closure versus gastric resection for perforated gastric ulcer - A surgical debate*. Niger J Surg 2017;23:1-4.
4. Rodríguez E. Gerardo, Trejo Á. Mario E. Valenzuela S. Carlos. Et al. *Tratamiento mínimamente invasivo de úlceras pépticas perforadas en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González*. Medigraphic 2016 Vol. 38, núm. 2 / p. 72-77
5. D. L. Buck, M. Vester-Andersen and M. H. Møller. *Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer*. British Journal of Surgery 2013; 100: 1045–1049
6. Møller MH, Larsson HJ, Rosenstock S. *Quality-of-care initiative in patients treated surgically for perforated peptic ulcer*. British Journal of Surgery 2013; 100: 543–552

7. D. L. Buck and M. H. Møller. *Influence of body mass index on mortality after surgery for perforated peptic ulcer*. British Journal of Surgery 2014; 101: 993–999
8. Prabhu V, Shivani A. An Overview of History, Pathogenesis and Treatment of Perforated Peptic Ulcer Disease with Evaluation of Prognostic Scoring in Adults. Annals of Medical and Health Sciences Research. Jan-Feb 2014 | Vol 4 | Issue 1
9. Charles J. Yeo. *Cirugía del tracto alimentario de Shackelford*. 7ma edición. México, Amolca. 2016. 2316
10. F. Charles Brunnicardi, *SCHWARTZ PRINCIPIOS DE CIRUGÍA*, 9ª edición, México, McGraw-Hill. 2010, 1863
11. Beltrán S. Marcelo A., Díaz J. Ramón I., Valenzuela V. Catalina. Et al. *utilidad de la puntuación de boey y portsmouth-possum fisiológico en pacientes con úlcera péptica perforada*. Revista chilena de cirugía, Vol 66 - Nº 5, Octubre 2014; pág. 443-450
12. Being-Chuan Lin, Chien-Hung Liao, Shang-Yu Wang, et al. *Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: simple closure versus omentopexy*. journal of surgical research december 2017 (220) 341 e345
13. Adnan Hut, Cihad Tatar, Doğan Yıldırım. Et al. *Is it possible to reduce the surgical mortality and morbidity of peptic ulcer perforations?*. Turkey Journal Surgery 2017; 33: 267-273

14. İlhan Taş, Burak Veli Ülger, Akın Önder, et al. *Risk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease*. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2015; 31: 20-5
15. C. Moulya , R. Chati b, M. Scotté b. et al. *Therapeutic management of perforated gastro-duodenal ulcer: Literature review*. Journal of Visceral Surgery (2013) 150, 333—340
16. Kjetil Søreide, Kenneth Thorsen, Ewen M Harrison, et al. *Perforated peptic ulcer*. The Lancet 2015; 386: 1288–98
17. Kin Tong Chung, Vishalkumar G Shelat, *Perforated peptic ulcer - an update*, World J Gastrointest Surg 2017 January 27; 9(1): 1-12

Anexos

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formato de Recolección de Datos

- Expediente: _____
- Edad (años): ____ años
- Sexo: Masculino
Femenino
- Cirugía realizada: Cierre primario
Parche de Graham
- Índice de masa corporal: _____

Complicaciones sistémicas

- | | |
|------------------------------|---------------|
| Disfunción respiratoria: | si () no () |
| Presencia de sepsis: | si () no () |
| Presencia de choque séptico: | si () no () |
| Neumonía nosocomial: | si () no () |
| Disfunción cardiovascular: | si () no () |
| Disfunción renal: | si () no () |
| Disfunción hematológica: | si () no () |
| Disfunción hepática: | si () no () |
| Infección de vías urinarias: | si () no () |

Complicaciones quirúrgicas

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| Absceso residual: | si () no () |
| Enfermedad acido péptica recurrente: | si () no () |
| Dehiscencia de herida quirúrgica: | si () no () |
| Íleo prolongado: | si () no () |
| Fistula gastro cutánea: | si () no () |
| Evisceración post operatoria: | si () no () |