

11209.
2 ej 5



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

**Tratamiento de la Ulcera Péptica
Perforada.**

T E S I S

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

Dr. Jorge Cadena Díaz

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1980

X48/C33t 1980



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.

I N D I C E

I.	Introducción.....	1
II.	Historia.....	3
III.	Generalidades sobre úlcera péptica.....	10
IV.	Factores que influyen en la presentación de la perforación.....	14
V.	Tipos de perforación.....	19
	Aguda	
	Subaguda	
	Crónica	
VI.	Cuadro clínico.....	23
VII.	Métodos diagnósticos.....	28
	Clínicos	
	Laboratorio	
	Gabinete	
VIII.	Pronóstico.....	31
IX.	Mortalidad.....	34
X.	Tratamiento de la perforación.....	36
	No quirúrgico o conservador (succión)	
	Cierre simple (Parche de Graham)	
	Tratamiento radical de urgencia	
XI.	Cuidados postoperatorios y complicaciones..	44
XII.	Estudio realizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital General C.M.N. del I.M.S.S.....	48
	Material	
	Resultados	
	Discusión	
	Conclusiones	
XIII.	Bibliografía.....	61

INTRODUCCION

Al hablar sobre la entidad clínica conocida como úlcera péptica es introducirnos a uno de los capítulos más avasallantes de la Gastroenterología y de la Medicina misma; esto conlleva a no pasar por alto a los grandes hombres de ciencia que gracias a su dedicación y estudio en conocer un poco más de los conceptos ya establecidos y a su afán de encontrar solución a los retos que cada día se encuentra el hombre en su devenir histórico, han contribuido favorablemente al desarrollo de la especie humana.

La conservación del equilibrio salud-enfermedad, es uno de los problemas más serios que enfrentamos cotidianamente - desde tiempos inmemorables hasta la actualidad. Desafortunadamente el hombre como parte del reino animal y de la naturaleza es uno de los más lábiles en este aspecto por su constitución anatómica y por su mentalidad que lo lleva cada día a modificar el habitat geológico de las especies. La vida moderna de las grandes urbes productoras de ruido, tensión, miseria, etc., empujan al hombre a tratar de sobrevivir y superarse a cada momento, movimiento al que actualmente la mujer no escapa y se encuentra expuesta en igualdad de circunstancias; esto ha dado como resultado que se observe un aumento de las enfermedades psicosociales, degenerativas y de stress como son: el infarto del miocardio, arterioesclerosis, diabetes mellitus, úlcera péptica, colitis, etc.

La perforación de una úlcera péptica es una de las complicaciones más temibles de esta entidad que se puede presentar en cualquier época de la vida, así como en cualquier estrato social y económico.

Los conceptos, como la vida misma, son cambiantes y se encuentran sujetos a modificaciones según el sitio, época o

moda que impere en ese momento; así en Medicina no se puede ser dogmático ya que muchas veces cuando nos referimos a alguna enfermedad o al manejo quirúrgico de alguna entidad nosológica vemos que existe en multitud de casos divergencia en conceptos y en la aplicación de los mismos. La úlcera péptica y la perforación como complicación de la primera, es un buen ejemplo de lo referido anteriormente, así pues vemos que el criterio terapéutico difiere de un país a otro, incluso de un hospital a otro y en ocasiones hasta en los cirujanos que laboran en un mismo hospital, esto es comprensible por lo anteriormente expuesto. Tal discrepancia nos motivó a realizar un estudio sobre el manejo de la úlcera péptica perforada en nuestro Hospital y poder apreciar cuáles han sido los resultados en los últimos años.

H I S T O R I A

La historia de la Medicina es tan antigua como la vida misma y la enfermedad ulcerosa es un padecimiento también antiguo por lo que una revisión histórica de la misma es importante.

Quizá el reporte más antiguo que se tenga se remonta a la Medicina Griega en el año 400 A.C., relativa a un viajero atacado de dolor súbito en el estómago debido a la perforación de una úlcera, mientras en aquel momento aparece el dios Esculapio y ordena a los acompañantes del enfermo que lo sujeten en el suelo en tanto él abre su vientre, quita su úlcera, cose la herida y ordena después al viajero que continúe su camino. Este caso está relatado sobre la segunda columna del templo de Epidauro esculpido en piedra y nos da idea de cuan antigua es esta enfermedad y su tratamiento quirúrgico (1).

Posteriormente no se encuentran reportes en la literatura sobre esta complicación de la enfermedad ulcerosa hasta el año de 1670 en que Madame de la Fayette hace una descripción clínica detallada de una úlcera gástrica perforada sucedida a la Princesa Ana Enriqueta Duquesa de Orleans, sobrina del Rey Carlos I de Inglaterra; narra que el día de su muerte la princesa posterior a la ingesta de agua de chicory presentó dolor abdominal intenso cayendo en colapso -- agudo muriendo nueve horas más tarde. La autopsia realizada por el cirujano de la corte, reportó una pequeña perforación en la porción media y anterior del estómago la cual se interpretó como producida por la punta de la tijera (2).

Uno de los primeros casos auténticos de úlcera gástrica perforada fue el presentado en 1729 en la Real Sociedad-

Inglés por Christopher Rawlison, de un paciente que murió hospitalizado de dolor abdominal severo, encontrándose en la autopsia una perforación gástrica que fácilmente era atravesada por la punta de un dedo (3).

Hamberger en 1747, hizo una descripción de úlcera duodenal perforada en un paciente que falleció en un pleito; en la autopsia se encontró la perforación mencionada (4). Jacobo Penada de Padua en 1793, publicó un volumen de 146 páginas, 23 de las cuales fueron dedicadas exclusivamente a la descripción de un caso fatal de úlcera duodenal perforada en un carnicero de 35 años; en la autopsia se encontró peritonitis generalizada, el estómago vacío y una úlcera perforada en el duodeno (5).

Otros casos de úlcera perforada fueron reportados por Neuman en 1802 (6), Gerad en 1804; Travers y Crampton (7) también reportaron casos observados por ellos en 1917 realizando Travers una excelente descripción de los signos y síntomas. Algunos autores hicieron revisiones monográficas del problema con análisis estadístico como Brinton en 1856, Muller en 1869 y Krause en 1865 (8).

En 1875 O'Hara presentó en la Sociedad de Patología de Philadelphia un caso de úlcera duodenal perforada, el cual se cree es el primer caso registrado en América (9).

La primera cirugía realizada para tratar una úlcera perforada probablemente la haya realizado Mikulicz en 1880 (10), tratándola con cierre simple, sin embargo el paciente murió 3 horas después en estado de shock. Roux y McKenzie en 1883 operaron casos similares que también fallecieron; en 1892 -- Kreige reportó el primer caso con éxito, tratado con sutura (11).

Hall en 1892, colectó 6 casos en los cuales obtuvo recuperación espontánea y Braun en 1897, realizó la primera gas -

troenterostomía, además del cierre simple. Dowden en 1909, reportó el procedimiento de hacer excisión de la úlcera longitudinalmente al eje con sutura transversal al mismo (12).

La cirugía en este tiempo era limitada y no era posible practicar grandes intervenciones quirúrgicas debido a cuatro problemas: dolor, hemorragia, infección y choque, los cuales a medida que se fueron estudiando ampliaron los horizontes - de esta cirugía y por consiguiente las técnicas quirúrgicas - mejoraron.

El descubrimiento de la anestesia ha pasado a ser uno de los factores más importantes en el avance de la cirugía, ya que el fin básico de la ciencia médica es aliviar el dolor y sufrimiento humano; así desde la antigüedad se conocía el empleo del alcohol, raíz de mandrágora, opio e incluso la hemorragia para disminuir el riego cerebral, por ende la sensibilidad (13), de tal modo que no podemos pasar por alto a -- hombres como Sir Humphrey Davy que en 1800 descubrió el óxido nítrico, Crawford Long descubrió el éter en 1842, Wells - su aplicación en anestesia y William T. G. Morton en 1846, - llevó a cabo la primera anestesia planeada con éter (1,13).

El peligro y las incomodidades pocas veces han amedrentado al cirujano en el desempeño de sus funciones y gracias a ello ha sido posible dominar poco a poco los problemas de dolor, hemorragia, infección y shock.

Por esta época se inició el entrenamiento quirúrgico en forma ordenada bajo el nombre de residencia, iniciado en Alemania por Langenbeck (1810-1887) y en Estados Unidos de Norteamérica por Halsted en el Hospital John Hopkins en 1889 -- (13). En estos años también se iniciaron los primeros estudios de la fisiología y endocrinología gastroenterológica, - así Edkin en 1905 descubrió la gastrina en extractos acuosos de mucosa antral de puerco. Esta sustancia pasó al olvido-

hasta que Gregory y Tracy en 1964 llevaron a cabo el aislamiento, identificación química y síntesis de la gastrina - (14,15).

Así se empezó a dar mayor interés a la enfermedad ulcerosa y a estudiarla con bases más racionales. Keetley - en 1902 (16), operó una úlcera perforada grande cerca del píloro a la cual practicó una piloroduodenectomía con buena evolución postoperatoria, no obstante pocos cirujanos practicaban gastrectomías para el tratamiento de las úlceras perforadas. En 1919 Von Haberer (17), difunde la resección gástrica como método de tratamiento de la perforación ulcerosa (21). En mayo de 1900, el Dr. John T. Finney reportó a la Sociedad Americana de Cirugía sobre las condiciones de la perforación en parte distal del estómago y proximal del duodeno, su serie incluía 268 casos que habían aparecido en la literatura entre 1880 y 1900, la mayoría habían sido manejados con cierre simple o gastroyunostomía con una mortalidad de 48% (18,19).

El primer reporte de Graham incluía 51 casos manejados con parche de epiplón, con una mortalidad de solo 6.4%; éste artículo recibió amplia aceptación y la técnica fue adoptada muy pronto por la mayoría de los cirujanos como tratamiento de elección para la úlcera duodenal perforada; la insistencia de que el parche de epiplón es una de las técnicas a escoger, persiste hasta la actualidad (20 - 21,22).

Antes del eminente cirujano Lester Dragsted, el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica era empírico. Los cirujanos concibieron intervenciones para el tratamiento del carcinoma obstructivo del píloro y las utilizaron para tratar pacientes con estenosis benignas debido a enfermedad ulcerosa crónica. Se practicaron muchas intervenciones, descartando algunas de ellas empíricamente (15). El-

18 de enero de 1943, Dragsted practicó su primera vagotomía (14,15,21) en un enfermo con úlcera duodenal.

El interés por los nervios vagos en cuanto afectan al aparato digestivo se inició con los experimentos de Pavlov, los cuales demostraron la fase cefálica de la secreción gástrica y su abolición con la sección de ambos nervios vagos. Las primeras vagotomías en el hombre se efectuaron con el fin de mitigar el dolor visceral y particularmente el gástrico. En 1911, el Dr. Exner describió dos vagotomías subdiafragmáticas para el tratamiento del dolor gástrico, más tarde reportó 12 vagotomías más en pacientes con crisis de tabes gástrica con resultados desalentadores. En 1922 el cirujano francés Latarjet, informó de 24 pacientes tratados con vagotomía para el alivio del dolor incluyendo 6 con úlcera péptica; hizo notar la disminución de los valores de ácido y apreció también la necesidad de practicar gastroyeyunoanastomosis para drenar el estómago, lección que hubo de aprenderse nuevamente 25 años más tarde (14).

Dragsted y colaboradores continuaron estudiando la fisiopatología de la enfermedad ulcerosa con bojetado de encontrar una solución lógica al problema. Se apreció que la ulceración péptica estaba íntimamente asociada con la presencia en exceso de secreción gástrica ácida y péptica y que las úlceras podían ser tratadas reduciendo estas secreciones (14,23).

La vagotomía sola fue utilizada originalmente por Dragsted, pero pronto vió que se asociaba a vaciamiento gástrico lento, fermentación y posteriormente ulceración gástrica con una incidencia de más de 25%, por lo que buscó una forma de drenaje ya sea gastroenterostomía o piloroplastía (14,23).

La piloroplastia mas utilizada ha sido la de Heineke-Mikulicz, originalmente descrita por Heineke en 1886 y por Mikulicz en 1888 (21). Existen otros tipos de piloroplastia que se utilizan con menos frecuencia como la tipo Judd u otras llamadas gastroduodenostomias como son: tipo Finney y tipo Jaboulay, descritas en 1892 (21). Sin embargo, en esas fechas la vagotomia con piloroplastia solo era utilizada en cirugia electiva y el tratamiento de la perforacion era a base de parche de epiplon.

Otro procedimiento utilizado en el manejo de la ulcera perforada es el no quirurgico o conservador, a base de succion gastrica (24,25). Este tratamiento se basa en que el problema peritoneal es debido a la salida del contenido gastroduodenal a la cavidad peritoneal y si se mantiene el estomago vacio por medio de succion esto no se produce y la perforacion puede cerrar sin necesidad de cirugia. Este manejo fue propuesto por Taylor en Inglaterra (24) y por Seeley en Estados Unidos de Norteamerica (25).

El procedimiento fue utilizado por primera vez por Wangesteen en un paciente muy grave. Mullen en 1939, utilizo este metodo deliberadamente en 8 casos, sin que tuviera mortalidad (24). Los cirujanos de la epoca vieron el procedimiento con escepticismo y solamente algunos lo practicaron por considerarlo de gran riesgo para los pacientes.

Por ultimo se penso que si la ulcera peptica se podia tratar en forma definitiva electivamente, cuando sucedia perforacion aguda, en lugar de utilizar un metodo paliativo tratar definitivamente la enfermedad ulcerosa y la perforacion en un solo tiempo. Asi la primera experiencia grande con operacion definitiva para ulcera duodenal perforada fue de Yudine en 1939 (22,26), cuando reporto mas de 900 pacientes tratados con reseccion gastrica inmediata, con mortalidad de 8.9% lo cual era mas o menos la mitad del porcentaje de la mortalidad en los Estados Unidos --

(22), la revisión de la literatura por De Bakey mostró una mortalidad de 26% para el cierre simple y de 13.4% para la resección gástrica (11).

Estos reportes influyeron en los cirujanos para utilizar operaciones definitivas como tratamiento quirúrgico - inicial en los pacientes con úlcera perforada. En general la operación definitiva se llevó a cabo en los pacientes - de menor riesgo, o con pocas horas de evolución y escasa - contaminación peritoneal.

Durante la década de los cincuentas, la gastrectomía era la cirugía que más se utilizaba como método definitivo, sin embargo, la vagotomía con piloroplastia ha venido reemplazándola debido a la mayor selección de los pacientes y a criterios establecidos para decidir la cirugía a emplear. Pierandozzi y Hinshaw también hablan a favor de la selección de los pacientes en un estudio publicado en - 1960 (32).

La técnica de la vagotomía se ha venido depurando cada día de tal modo que han tomado el nombre según el sitio donde se corten los nervios vagos. Así Harkins, Burge y - Kennedy en 1973, pensaron en preservar la inervación del - hígado, páncreas e intestino con la vagotomía selectiva -- con drenaje. Johnston en 1970 ideó la vagotomía altamente selectiva o de células parietales (Amdrup 1970) (15), - las cuales se utilizan en la actualidad.

GENERALIDADES

La úlcera péptica probablemente resulta de la acción corrosiva del jugo gástrico sobre un epitelio vulnerable. Dependiendo de las circunstancias puede ocurrir en esófago, estómago y duodeno, en el yeyuno después de construcción de una gastroyeyunostomía o en el ileon en relación con mucosa gástrica ectópica en un divertículo de Meckel (27).

A pesar de la conveniencia de mantener el concepto unificado de úlcera péptica, debe recordarse que la úlcera gástrica y duodenal presentan aspectos clínicos diferentes, al igual que en su fisiopatología. La úlcera duodenal y la marginal (anastomótica) se relacionan con la hipersecreción ácida gástrica y en cambio las gástricas, dependen de otros factores que se traducen en una pérdida de la resistencia defensiva de la mucosa (28).

La enfermedad ulcerosa es per se, causa de graves tragornos, se ha calculado que alrededor del 5% de la población adulta de Estados Unidos de Norteamérica padece úlcera péptica activa (27). Basándose en estudios de necropsia, se estima que la frecuencia general de la enfermedad varía del 7 al 10%, dando la proporción de hombres a mujeres de 3.5 a 1 (29).

El tratamiento clásico de la enfermedad ulcerosa es médico, sin embargo son cuatro las complicaciones de la úlcera péptica que constituyen la base del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad: úlcera rebelde a tratamiento médico, hemorragia, obstrucción y perforación (29).

La perforación constituye uno de los mayores peligros de la úlcera péptica gástrica o duodenal. El reconocimiento rápido de esta condición es un factor importante para el diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad y por consecuencia reduce la alta tasa de morbimortalidad con que cursa (30).

Por alguna razón no comprendida del todo, la base de la úlcera se rompe con la consecuente salida del contenido gástrico o duodenal a la cavidad peritoneal, iniciándose -- una serie de eventos que si no son manejados adecuadamente, se produce una peritonitis química, posteriormente bacteriana que puede llegar a producir la muerte del paciente.

Algunas veces cuando el estómago está relativamente vacío, la perforación se puede sellar y la contaminación ser mínima, entonces la recuperación del paciente en forma espontánea puede suceder. En ocasiones la perforación puede drenarse fuera de la cavidad peritoneal, con la consecuente formación de abscesos en el sitio donde se haya colectado -- ya sea en la cavidad menor, bolsa de Morrison, espacio subfrénico o en la región paracólica derecha (21).

Actualmente la perforación de una úlcera péptica es -- una complicación relativamente frecuente. Hace 100 años -- era una complicación rara, ya sea por su baja incidencia de presentación o porque no se hacía el diagnóstico (21). En 1857 en la Gran Bretaña solamente se recopilaron 234 casos de la literatura. En los años treinta, la frecuencia era mayor para las úlceras gástricas, sin embargo a partir de 1945 se apreció un aumento para la frecuencia de perforación en las úlceras duodenales con la consecuente disminución en las perforaciones gástricas (31). Posterior a 1945 se apreció una disminución en la tasa de mortalidad para las perforaciones duodenales y un aumento en el número de -- pacientes menores de 9 años y mayores de 69 años, no obstante el descenso total de la mortalidad para las perforaciones duodenales se reflejó de 27.8% a 17.17% (31).

Se ha visto que la úlcera péptica perforada es más frecuente en el hombre que en la mujer y que las úlceras duodenales son más comunes que las gástricas.

INCIDENCIA.

La perforación se estima que ocurre en una incidencia - muy variable desde un 1.2 a 28.2%, de todas las úlceras gastroduodenales. Speck (11), hizo una revisión de la literatura hasta 1923 con una incidencia de un 10% y Deaver (11) señaló una frecuencia de 20%. Bager, refiere un porcentaje de perforación de 18.1% de 9,747 casos colectados en diferentes hospitales de Suecia ingresados por úlcera péptica. En un estudio realizado hasta 1940 con revisión de la literatura mundial hecho por De Bakey (11) en 53,439 casos de úlcera -- gastroduodenal encontró 4,410 (13.2%) casos de perforación.

Kozoll y Meyer en un análisis de 20 años de un total de 8,451 pacientes hospitalizados para tratamiento ulceroso, reporta 1904 casos de perforación (22.5%) y una incidencia de 138 perforaciones por 100,000 admisiones hospitalarias (31); ésta quizá es una de las series más grandes reportadas por una institución.

La incidencia de úlcera perforada en las admisiones hospitalarias también es muy variable de acuerdo a las estadísticas reportadas. En series colectadas de 1,478,445 admisiones hospitalarias, hubo 1,290 casos de perforación con una incidencia de 87 por 100,000 admisiones.

De particular importancia es el hecho de que la perforación como complicación de la úlcera péptica en las últimas décadas ha tenido un aumento en la incidencia en forma considerable, a lo cual se han referido varios autores en diferentes partes del mundo, éste hecho se aprecia hasta la actualidad. Stipa (11) observó que antes de 1928 había un promedio de un caso por año, en 1929 aumentó a 3 casos por año y en 1936 encontró 29 casos por año; la causa de este aumento en la frecuencia no ha sido satisfactoriamente explicado.

La diferencia en los porcentajes reportados por los diferentes autores se ve influenciada por diferentes factores que se reflejan en las cifras con amplios márgenes, según el número de pacientes incluidos en sus series.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACION DE LA PERFORACION

Los factores de interés que se han invocado en la etiopatogenia de la perforación de una úlcera péptica, son varia dos y su influencia es a diferentes niveles, se mencionan a-continuación los siguientes:

	sexo
	edad
	ocupación
Factores	perforaciones iatrogénicas
predisponentes	incidencia geográfica
	incidencia por estaciones
	trauma

SEXO.-

Quando se revisan series grandes de casos, se aprecia una franca preponderancia de los hombres sobre las mujeres, sin embargo, actualmente se ha visto que esta relación tiende a igualarse; la causa de ésto es difícil de establecer, pero se ha visto que influye el hecho de que las mujeres en los últimos 25 años se integran a la sociedad cada vez más y con mayor dinamismo, participando de las actividades que antes les eran vedadas, así recae en ellas responsabilidad y stress como parte de la vida actual. Además se ha visto un aumento en el número de fumadoras y en la ingesta de bebidas alcohólicas.

De acuerdo a los primeros reportes de varios autores sobre el particular, se observa que existía un predominio de las mujeres sobre los hombres, así Brintón en 1856 (8) reporta en una serie de 234 casos una incidencia de 66.4% para el sexo femenino. Brunner en 1903 reporta un 68.4% en una se -

rie de 423 casos. En 1914 Shoemaker reporta un 52% para las mujeres, Norrein en 1915, encontró un 40% para las mujeres - (11). Moynihan en 1910, encontró una incidencia de 26.9% -- para las mujeres (33). Esta incidencia ha disminuído gradualmente hasta invertir la relación a 4:1 en favor del sexo masculino en los años sesentas y de 3:1 actualmente. Sin embargo existe una mayor preponderancia del sexo femenino en las perforaciones gástricas.

EDAD.-

Este factor es importante cuando revisamos a un paciente en el cual se sospecha perforación, ya que se ha visto -- que las perforaciones duodenales son más frecuentes en los jóvenes y las perforaciones gástricas más frecuentes en los ancianos. Sin embargo, la incidencia por edad es aproximadamente la misma que para la úlcera péptica en general, ocurre con mayor frecuencia en la vida adulta en la tercera, cuarta y quinta décadas de la vida. La perforación como tal se puede presentar en cualquier época de la vida, desde la etapa de neonato hasta en pacientes ancianos.

Cuando la perforación se presenta en pacientes en edad pediátrica, se reporta hasta un 100% de mortalidad (31). De Bakey reporta solamente 5 perforaciones en pediatría en una serie de 16,752 pacientes. Kozoll y Mayer reportan 10 casos en su estudio de 8,451 pacientes con una mortalidad de 99% , en el Cook County Hospital (31). Al igual que en la edad pediátrica la mortalidad aumenta grandemente cuando se presenta en pacientes mayores de 80 años.

OCUPACION.-

Como es bien sabido el stress constante favorece el desarrollo de la enfermedad péptica, por tanto, aquellos pacientes cuyo trabajo sea estresante como los profesionistas,

hombres de negocios, políticos, etc., tienen una mayor incidencia de perforación. Esta opinión no es compartida -- por varios autores que reportan una mayor incidencia en la clase laboral, con porcentajes que varían del 50 a 75%. - Thompson (34) en un análisis de 453 casos encontró que solo el 19.8% eran profesionistas o ejecutivos, el 58.7% fueron trabajadores calificados y 15.4% obreros. Desmond (21) refiere que estas discrepancias en cuanto a las cifras, se deben a los siguientes factores: donde se realizó el trabajo (hospitales de beneficencia, hospitales generales, etc.) donde predominarán los obreros o en (hospitales privados o grandes instituciones) donde será a la inversa.

PERFORACIONES IATROGENICAS.-

La automedicación y la prescripción indiscriminada de medicamentos, influye en la génesis de la enfermedad ulcerosa. Es bien conocido el hecho de que algunos medicamentos alteran la mucosa gástrica como son: el ácido acetil-salicílico, fenilbutazona, esteroides, etc. Aquellos pacientes que acostumbran tomar dichos medicamentos, por lo general en forma crónica, tienen un mayor índice de perforación o sangrado que aquellos que no lo hacen.

INCIDENCIA GEOGRAFICA.-

Existen grandes variaciones en la frecuencia de perforación en diversas partes del mundo, pero es particularmente común en el mundo civilizado, mas que en las poblaciones primitivas y se ha observado que, cuando una gente primitiva se traslada a una población civilizada y adopta sus hábitos alimentarios y sociales, la incidencia de enfermedad ulcerosa aumenta y por ende la perforación.

INCIDENCIA POR ESTACIONES.-

Este factor no es del todo claro y existe gran discrepancia en los reportes de diversos autores, pero muchos refieren mayor incidencia en el invierno, descenso en el verano y estabilidad en primavera y otoño. Otros autores inclusive, mencionan que no hay predominio por ninguna estación.- En una serie de 2,334 casos se estableció lo siguiente en cuanto a incidencia: primavera 28.6%, verano 22.5%, otoño 23.9% y en invierno 25% (11).

TRAUMATISMOS.-

Practicamente no se ha encontrado relación entre traumatismo y perforación ulcerosa o la incidencia es baja, pero algunos autores lo mencionan.

Los traumatismos pueden ser externos o internos. Los externos se refieren deben ser violentos o que ejerzan gran presión en el abdomen. Powers (35) en 1925 reportó 5 casos de úlcera duodenal perforada posterior a traumatismo cerrado del abdomen, y Morrow en 1935, reportó 5 casos similares; -- los porcentajes varían de un 3.2% a un 20%. El traumatismo interno también ha sido invocado entre éstos se mencionan los estudios heritados con una incidencia que va del 1 al 5% (11), otro tipo de trauma interno son los cuerpos extraños tales como los bezoares y las concreciones. Las comidas y en particular las transgresiones dietéticas se ha visto que puede tener cierta influencia en este renglón; Judine (36) menciona que las perforaciones son más frecuentes después de las comidas.

Hay otros factores de interés que se mencionan, como el sueño. Mayer y Grams reportaron en 1926 una incidencia de perforación de 8% en pacientes que se encontraban dormidos, -- otros factores que se mencionan que pueden intervenir son la

ingesta de alcohol y el consumo de tabaco. En otros países es de particular importancia la raza.

TIPOS DE PERFORACION

Las úlceras perforadas se pueden clasificar según las manifestaciones clínicas que presente, así pueden ser: agudas, subagudas y crónicas. Esto dependerá de varios factores como son el sitio y tamaño de la perforación y el lugar donde se vació el contenido gastroduodenal.

Perforación aguda.

Esta es la presentación más común, la perforación se presenta en la cara anterior del estómago o del duodeno con la consecuente salida del contenido gastroduodenal hacia la cavidad peritoneal y la peritonitis secundaria.

Perforación subaguda.

Intervienen varios factores en la génesis de este tipo de perforación como son: el tamaño de la perforación, la vació que esté el estómago en ese momento y el sellamiento que exista por las vísceras vecinas o el epiplón, así la cavidad se contamina parcialmente.

Perforación crónica.

Quando la perforación se produce en la cara posterior del estómago, el contenido gástrico puede vaciarse hacia la retrocavidad de los epiplones o incluso hacia el retroperitoneo, colectarse en una bolsa epiplóica o en el espacio subfrénico, provocando con ésto una distorsión del cuadro clínico lo que causa confusión y un alto porcentaje de error en la elaboración del diagnóstico ya que las manifestaciones clínicas son las de un absceso crónico.

PATOLOGIA.-

Localización.

La perforación aguda puede ocurrir en las úlceras duodenales agudas o crónicas, en cambio en las úlceras gástricas - en su mayoría la perforación sucede en las úlceras crónicas.

El 30% de las úlceras perforadas son agudas, es decir, no había historia o antecedentes de enfermedad ulcerosa y al momento de la cirugía el duodeno era móvil, con ausencia de fi bro sis y solo una pequeña perforación en la cara anterior.

Algunas veces es difícil determinar en el momento de la - cirugía si la úlcera es aguda o crónica, en ausencia de an - tecedentes de enfermedad ulcerosa. Esto es importante por - que se ha visto que en las úlceras crónicas cuando se practi - ca solamente sutura o cierre simple hay un gran número de re - currencias en la sintomatología, el porcentaje es mínimo -- cuando las úlceras son agudas.

Las úlceras pépticas que se perforan a la cavidad abdo - minal se localizan en la pared anterior o anterosuperior del duodeno o en la curvatura menor del estómago y el sitio de - la perforación es obvia en la mayoría de los casos. En oca - siones puede ser imposible la identificación de las venas de Mayo, que marcan la separación entre el estómago y el duode - no debido al edema, peritonitis y adherencias. Cuando se lo - gra establecer que una perforación es prepilórica o pilórica éstas deben ser tratadas como úlceras duodenales. Si el si - tío de la perforación no es plenamente identificado deben ser tratadas como úlceras duodenales también.

Quando se encuentran dos úlceras duodenales, una ante - rior y otra posterior, si coexiste hemorragia, habitualmente es la posterior la que sangra; raramente una úlcera poste - rior se perfora extraperitoneal y cuando éste ocurre dá da - tos de absceso perinefrítico.

Con sus raras excepciones las perforaciones habitualmente ocurren en la pared anterior del estómago o duodeno. En una serie de 343 casos de úlceras gástricas perforadas, Radoievitch encontró que solo 7 (2%) eran posteriores y en 259 perforaciones duodenales solo 5 (1.9%) eran posteriores. La explicación que se dá para las raras perforaciones posteriores, es que la pared del estómago o duodeno se encuentran en más íntimo contacto con las estructuras adyacentes (11).

En un estudio realizado por Nemanich y Niccoloff en una serie de 104 pacientes, encontraron lo siguiente: de las perforaciones duodenales 84 fueron anteriores, con 14 defunciones -- (16%), 9 fueron posteriores con 6 casos de defunción o 67% de mortalidad, se encontraron 3 perforaciones pilóricas con 0% de mortalidad (37).

Cuando se encuentran dos úlceras duodenales, si una es -- posterior habitualmente ésta es la que sangra. Nemanich menciona que la asociación de sangrado con perforación varía del 12 al 20%, en su estudio encontró un 15.4% de asociación y que cuando se asoció perforación a sangrado, la mortalidad ascendía a un 60% (37).

El tamaño de la perforación en una úlcera duodenal varía de 0.2 cm a 1 cm. de diámetro y las úlceras gástricas pueden ser de mayor tamaño. Excepcionalmente las úlceras de la porción superior del estómago o del cardias se perforan, pero cuando esto sucede la mortalidad es mayor. Las úlceras induradas de la curvatura mayor frecuentemente se asocian a malignidad, por lo que cuando sea posible se recomienda el tratamiento radical de primera intención.

Desmond (21) en un estudio de 72 pacientes con úlcera gástrica perforada tratados con resección gástrica, en 9 encontró carcinoma in situ y fueron sometidos posteriormente a una cirugía mayor con fines curativos.

Taylor (24), encontró en una serie de 256 pacientes 6 casos de carcinoma perforado, 2 de los 6 pacientes a su ingreso estaban agonizantes y fallecieron, los otros 4 sobrevivieron y se sometieron a reexploración quirúrgica posterior, 2 se encontraron inoperables y 2 se operaron pero murieron de recurrencia tumoral.

La perforación es un proceso rápido, inmediatamente -- después de la perforación ocurre peritonitis química, es -- difícil de establecer en cuanto tiempo se instala una peritonitis bacteriana, teóricamente esto depende de varios -- factores como son: el tamaño de la perforación, la magnitud del escurrimiento, la composición del contenido gastroduodenal, las condiciones generales del paciente y la resistencia a la infección.

Las perforaciones gástricas o duodenales ocasionalmente se pueden perforar hacia otras vísceras en lugar de hacia la cavidad abdominal y esto es debido a la formación de adherencias entre el proceso ulceroso que habitualmente es de larga evolución y la víscera afectada. Así, se han reportado casos de drenaje hacia la vesícula, páncreas, bazo, pulmones, diafragma, vías biliares y ligamento gastrohepático (11). Incluso se han reportado casos de perforación a grandes vasos o al pericardio (38). Taylor consigna la formación de una fístula colo-gástrica en un paciente con proceso ulceroso (39).

Brenner clasifica las úlceras duodenales perforadas en dos tipos:

1. Lesiones recientes suaves, que son las más comunes, no induradas.
2. Lesiones de tipo calloso caracterizadas por ser grandes, profundas, con induración y adhesión a estructuras vecinas.

CUADRO CLINICO

La perforación libre es la más frecuente y por tanto - la que más acostumbrados estamos a ver como un cuadro de abdomen agudo. La perforación subaguda y crónica dan sintomatología diferente. Analizaremos el cuadro clínico de cada una de ellas.

PERFORACION AGUDA.

Los pacientes cuando ingresan a un servicio de Urgencias con cuadro abdominal agudo, solamente el 50% de los mismos proporcionan datos sugestivos de enfermedad ulcerosa crónica. Un interrogatorio cuidadoso posterior a la cirugía aumenta este porcentaje hasta un 70%, esto es comprensible debido a que el paciente se encuentra más tranquilo y con mayor confianza hacia los médicos; un 15% de los pacientes dan una historia corta de 10 días a una semana de síntomas previos a la perforación y el otro 15% no da ningún dato de sintomatología ulcerosa.

No es raro encontrar a pacientes que han llevado un tratamiento médico bien llevado y supervisado, generalmente los pacientes llevan un tratamiento muy irregular. La perforación es rara cuando los pacientes se encuentran bajo tratamiento intrahospitalario, pero cuando se presenta es sumamente letal.

El aforismo de Finnister de que "las úlceras que sangran raramente se perforan y las úlceras que se perforan raramente sangran" no es del todo cierto, ya que se ha visto que un número significativo de pacientes tienen historia de sangrado en sus diferentes formas, afortunadamente la asociación de sangrado y perforación es rara hasta el 2%.

Desde el momento en que sucede la perforación, el curso clínico del evento se puede dividir en tres etapas:

1. Etapa de irritación peritoneal.
2. Etapa de reacción peritoneal.
3. Etapa de peritonitis bacteriana.

Generalmente existe una transición entre cada etapa, pero muchas veces ocurren entremezcladas. El momento o síntomas de una perforación generalmente es recordado por el paciente como si lo estuviera viviendo en ese instante.

Etapa I o de Irritación.-

Esta sigue inmediatamente a la perforación, los síntomas que se presentan son debidos a la intensa irritación del peritoneo por el contenido gastroduodenal; esta repentina irritación se refleja en el sistema nervioso y circulatorio y comunmente se refiere como shock neurogénico primario; esta etapa se agrava cuando coexiste con hemorragia.

El dolor abdominal se puede irradiar a un hombro o a los dos como consecuencia de irritación diafragmática, la náusea y el vómito es poco común, dando lugar a duda en el diagnóstico, pudiéndose confundir con otras patologías como colecistitis aguda, enfermedad coronaria, pleuresía, -- pancreatitis, etc.

En algunos pacientes existen manifestaciones prodrómicas y el dolor se hace cada vez más severo; numerosos adjetivos se le dan al tipo de dolor como: intolerable, horrible, quemante, violento, etc., habitualmente el dolor se refiere en el epigastrio o hacia el lado derecho o izquierdo de la línea media (11). A la exploración física el paciente se encuentra inmóvil, en posición de gatillo, facies ansiosa, sudoroso y con palidez de tegumentos, la temperatura puede ser subnormal o normal, la respiración es -

torácica debido a la inmovilización del diafragma. A la inspección el abdomen se aprecia inmóvil, hay rigidez generalizada a la palpación en todo el abdomen, hay hiperestesia generalizada que puede ser exquisita a nivel de la perforación y habitualmente hay ausencia de ruidos peristálticos. En los ancianos el cuadro clínico puede no ser tan florido, siendo su respuesta a veces pobre pese a que haya gran irritación peritoneal.

Del momento de la perforación al momento de transición de la etapa II pueden pasar de 2 a 6 horas dependiendo del tamaño y sitio de la perforación.

Etapa II o de Reacción.-

Raramente excede de 6 horas, en ésta el dolor tiende a disminuir por lo que ha sido llamada también etapa de dilución; el paciente puede sentirse mejor y pensar que la crisis ha pasado, ésta condición hace que exista dilación para recibir atención médica y es la etapa en que existe mayor número de errores diagnósticos. En la exploración cuidadosa se puede apreciar aliento nasal, la respiración es costal hay dolor a la movilización y en el tacto rectal el peritoneo pélvico es doloroso; puede haber pérdida de la matidez hepática a la percusión, a la auscultación hay silencio abdominal.

De los exámenes de gabinete que más nos ayudan en el diagnóstico están la radiografía de tórax y abdomen en posición de pie y en decúbito dorsal o con rayo tangencial cuando el paciente no puede sostenerse en pie, o en su defecto sentado para descubrir pneumoperitoneo, el cual puede ser positivo hasta en un 80% de los casos (21,39). Puede ser derecho o en ocasiones bilateral. Cuando se aprecia aire subhepático habitualmente es debido a perforación duodenal, sin embargo el hecho de no encontrar pneumoperitoneo no excluye el diagnóstico.

Algunos clínicos aplican de 50 a 60 cc de gastrografa -- fin por la sonda nasogástrica para corroborar el sitio de la perforación, en nuestro medio este método tiene poca -- aceptación. Además se recomienda no hacerlo en aquellos -- pacientes que se les maneja conservadoramente.

Etapa III o de Peritonitis Bacteriana.--

Sobreviene generalmente después de 12 horas de perforación, es una etapa crítica, ya que el paciente se encuentra en muy malas condiciones. En esta etapa la mortalidad aumenta considerablemente. El cuadro clínico es similar -- al que se presenta en cualquier paciente con una peritonitis generalizada de cualquier etiología; así el paciente -- está deshidratado, con desequilibrio hidroelectrolítico -- secundario a hipertermia, vómitos y secuestro de líquidos -- en tercer espacio; está taquipneico, en oliguria y con datos francos de shock hipovolémico, esto puede llevar al paciente a la muerte.

PERFORACION SUBAGUDA.

Cuando una úlcera péptica se perfora pero se sella -- rápidamente por las vísceras adyacentes o el epiplón, con salida mínima del contenido gastroduodenal, el cuadro clínico puede ser confuso y simular otras patologías.

Hay dolor repentino en epigastrio que puede irradiarse hacia la espalda o al tórax anterior. En el examen físico se encuentra hiperestesia y rigidez localizada y el resto del abdomen está blando. Radiológicamente se puede observar en ocasiones pneumoperitoneo; a las 2 o 3 horas el paciente refiere sentirse mejor y raramente el cuadro avanza hacia una peritonitis generalizada franca.

PERFORACION CRONICA.

Cuando la perforación se drena hacia un saco peritoneal o a un sitio que haga adherencias o pared con vísceras adyacentes, se puede formar un absceso el cual raramente se diagnostica como úlcera perforada.

A veces se puede apreciar radiológicamente datos de absceso y generalmente el diagnóstico se hace por laparotomía exploradora para drenaje del mismo.

M E T O D O S D I A G N O S T I C O S

Para elaborar el diagnóstico de perforación, los métodos diagnósticos son simples e incluyen: elaboración de -- una historia clínica acuciosa, exámenes de laboratorio y -- exámenes de gabinete.

Generalmente el diagnóstico de perforación no es difícil de realizar, se debe hacer un buen interrogatorio de los antecedentes y del padecimiento actual, así como una -- exploración física completa. Esto nos ayuda a saber si -- solicitamos algún examen extra de laboratorio, si el paciente cursa con una enfermedad intercurrente y las condiciones generales del mismo.

Existe un pequeño porcentaje de pacientes en quienes el diagnóstico es difícil, ya que puede coexistir en pacientes hospitalizados por otros problemas, o en aquellos cuyo cuadro clínico esté distorsionado por automedicación o por prescripción incorrecta de medicamentos (antimicrobianos, analgésicos, etc.). Cuando el cuadro clínico no sea claro y exista dificultad para efectuar un diagnóstico preciso, debe reconocerse el problema abdominal agudo que amerite cirugía.

Cuando un paciente en estado crítico llega a un servicio de urgencias y existe la sospecha diagnóstica de perforación, inmediatamente se le debe canalizar una vena de -- buen calibre y empezar a pasar líquidos parenterales, se -- aprovecha esa vía para tomar muestras de sangre para laboratorio, éstas incluyen: biometría hemática, química sanguínea, amilasa sérica y electrolitos séricos, además de -- una muestra de orina para urianálisis. Esto nos da una -- idea general del estado del paciente y nos marca la pauta -- para detectar y corregir problemas preoperatoriamente como pueden ser anemia, hemoconcentración, alteraciones electrolíticas, hipo o hiperglucemia, retención de azoados, etc.

además de proporcionar datos para confirmar nuestra sospecha diagnóstica o para descartarla, por ejemplo: si encontramos una amilasa de 600 Us o más nos orientaría el diagnóstico hacia una pancreatitis, etc.

Tomando en cuenta que la gran mayoría de los pacientes se presentan a un servicio de urgencias por un cuadro abdominal agudo, se debe realizar el mínimo de exámenes de laboratorio que ayudan a efectuar el diagnóstico (los mencionados previamente), en la mayoría de los casos no es necesario cruzar sangre a menos que el paciente se encuentre muy anémico o que se asocie a sangrado de tubo digestivo. Las pruebas de coagulación no son estrictamente necesarias.

De los exámenes de gabinete el que más nos interesa es la toma de Rayos X que debe incluir radiografía de tórax en posición de pie o sentado, radiografías de abdomen en decúbito dorsal y de pie o sentado o con rayo tangencial. En la radiografía de tórax podemos apreciar las condiciones cardiopulmonares del paciente y la presencia o no de aire subdiafragmático (más frecuente del lado derecho); en las radiografías de abdomen, además de buscar la presencia de pneumoperitoneo, se buscan datos indirectos de peritonitis como son: borrariento de los psoas, presencia de ileo reflejo, opacidades, escoliosis antálgicas, niveles hidronáreos, etc. La presencia de pneumoperitoneo se ha reportado entre un 75 a 80% de positividad, el hecho de que no haya aire libre, no excluye el diagnóstico de perforación.

El diagnóstico diferencial de esta patología cae en dos categorías: condiciones médicas y condiciones quirúrgicas. Las condiciones médicas incluyen: trastornos torácicos agudos, crisis gástrica de tabes, meningitis, alcoholismo agudo, pancreatitis, etapa preruptiva del herpes zoster, porfiria aguda, crisis hemolítica de la púrpura, etc. Por otro lado las situaciones quirúrgicas agudas incluyen: apendicitis aguda, obstrucción intestinal, colecistitis aguda, aneurisma roto o disecante de la aorta, trombosis mesen -

tórica y embarazo ectópico. De todas estas patologías el diagnóstico equivocado más frecuente es con anndicitis aguda.

PRONOSTICO

El pronóstico de un paciente con una úlcera perforada se ve influenciado por varios factores y de la conjunción de ellos, como son:

EDAD.-

Este es un factor importante, ya que se ha visto que en los pacientes ancianos, así como en la primera década de la vida, la mortalidad operatoria es muy elevada. Richardson encontró una mortalidad de 11.8% en pacientes menores de 40 años y de 53.5% en pacientes mayores de esta edad. Bager reportó una mortalidad de 62.8% para pacientes en la octava década de la vida (11) y en los infantes se ha reportado una mortalidad de 98% (31).

SEXO.-

Algunos autores reportan una mortalidad mayor en pacientes masculinos, sin embargo, otros autores como Bager Judine, Lang y Susman encontraron en sus series una mortalidad menor para los pacientes masculinos (11), de tal modo que ésto se presta a discusión y los diferentes autores no se han puesto de acuerdo.

CANTIDAD Y TIPO DE CONTENIDO GASTRODUODENAL QUE PASA A LA CAVIDAD ABDOMINAL.-

Esto incluye en la instalación y evolución de la peritonitis, pues se ha visto que mientras mayor sea cuantitativamente el volumen de contenido gastroduodenal que pasa a la cavidad abdominal, la instalación de peritonitis bacteriana es más rápida.

TAMANO DE LA PERFORACION.-

Generalmente mientras más grandes, menos posibilidades hay de que sellen espontáneamente y por tanto dejan pasar mayor cantidad de contenido gastroduodenal a la ca

vidad abdominal; también se ha visto que las úlceras gástricas son de mayor tamaño que las duodenales.

LOCALIZACION DE LA PERFORACION.-

Este es un factor de suma importancia, ya que las úlceras perforadas mientras más alejadas del píloro están, tienen pronóstico más sombrío, reportándose una mortalidad hasta del 100% en las que se encuentran cerca del cardias o en la tercera porción del duodeno. También se ha visto que cuando son posteriores el pronóstico empeora (31).

CRONICIDAD.-

Cuando existe el antecedente de enfermedad ulcerosa de larga evolución y coexiste con perforación, el pronóstico es peor que en las úlceras agudas.

ENFERMEDADES ASOCIADAS.-

Las enfermedades intercurrentes pueden empeorar el estado del paciente, que de por sí es crítico, como son los problemas pulmonares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas coronarios, etc., agravando su situación con un incremento de la morbimortalidad.

HEMORRAGIA.-

Cuando simultáneamente se presenta perforación con hemorragia, el pronóstico empeora. Nemanich y Nicholoff reportan hasta un 60% de mortalidad (37).

TIEMPO DE EVOLUCION.-

Mientras mayor sea el tiempo entre la perforación y la cirugía la morbimortalidad aumenta, ya que el estado del paciente será más crítico y el grado de peritonitis mayor. Se considera un tiempo aceptable entre las primeras seis a doce horas para establecer un tratamiento.

MANEJO PRE Y POSTOPERATORIO.-

De esto dependerá la evolución del paciente, debiéndo-

se observar y manejar al paciente en forma integral.

MORTALIDAD

La mortalidad en los pacientes con úlcera péptica perforada ha disminuído considerablemente en los últimos años, ya que hace aproximadamente 100 años era una patología mortal de necesidad.

En 1897, Mikulicz colectó 103 casos en los que encontró una mortalidad de 68%; en 1900, Weir reportó en una serie de 51 pacientes una mortalidad de 90.2%; en 1912, el grupo de cirujanos de Edingurgh en una revisión de 200 casos reportó una mortalidad de 39.5%; Speck encontró en varias revisiones en la década de 1900 a 1910 un 58% de mortalidad, de 1911 a 1920 un 50 % y de 1912 a 1922 un 23% (11) en la década de los años treinta la mortalidad se reportaba en un 25.2%.

Todos los factores consignados en la sección de pronóstico son válidos para éste punto, ya que de una manera u otra lo afectan, así que no se volverán a repetir, solamente se hará hincapié en que cada uno de ellos en menor o mayor grado influyen en la mortalidad con que cursa la perforación.

En 1953, Gilmour J. en un estudio realizado en 206 pacientes a todos los trató con sutura simple de la perforación, encontrando lo siguiente: mayor mortalidad en pacientes masculinos, pacientes mayores de 60 años con mortalidad de 18% contra un 1% en aquellos menores de 40 años; mortalidad global de 6.3%, resultados similares a las series de Chamberlain, Meslop, Beattie y Avery Jones que en 1951, reportaron una mortalidad de 8%, poniendo especial atención en que la mortalidad era mayor cuando había datos e historia de cronicidad. En esta década, Taylor (1957) popularizó el método no quirúrgico (14), reportó una mortalidad de 11% en 235 pacientes tratados con aspiración gástrica y muestra -

resultados similares obtenidos por otros autores en Estados Unidos de Norteamérica, Francia e Inglaterra. Sin embargo, muchos cirujanos no aceptaron este método por encontrarle muchas fallas y pasó a un segundo plano. Kozoll y Meyer -- (31), en 1960 hicieron llamar la atención especialmente en que la mortalidad es mayor en las úlceras gástricas que en las duodenales y en la localización de las mismas. En este mismo año Pierandozzi y Hinshaw (1960) iniciaron la utilización de la vagotomía y piloroplastía como tratamiento definitivo en 75 pacientes, con una mortalidad de 1.3% (32).

En la década de los setentas, la mortalidad se ha reducido aún mas y la mayoría de los autores reportan de un 4 a 5% de mortalidad y en algunas series es mayor; depende ésto de muchos factores. Actualmente una gran mayoría de cirujanos optan por efectuar cirugía definitiva cuando el caso -- particular lo permite y la mortalidad se ha mantenido en un 5%. Sawyers J. L., en una serie de 360 pacientes reporta -- una mortalidad global de 5.5% y de 2.8% para los pacientes -- a los que se les hizo cirugía definitiva contra un 6.7% para los de cierre simple (9). Consideramos conveniente -- hacer notar que generalmente a los pacientes que se les -- practica cierre simple, se encuentran en peores condiciones generales y son de mayor edad o con problemas agregados serios, que requieren una cirugía rápida.

Con los avances de la Medicina, especialmente en el -- campo de la Anestesiología, Medicina Crítica, Nutrición Parenteral y Cirugía se ha logrado una mayor atención en los cuidados preoperatorios, transoperatorios con la elección -- de una mejor anestesia para aquellos pacientes chocados, ancianos o con problemas respiratorios agregados y por último los cuidados postoperatorios que son básicos para una buena evolución.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la úlcera péptica perforada tiene tres alternativas a saber:

1. Manejo conservador.
2. Cierre simple de la perforación.
3. Cirugía definitiva.

En la gran mayoría de los hospitales cuando se hace el diagnóstico de perforación ulcerosa, el tratamiento es netamente quirúrgico y solamente en algunos lugares, en pacientes seleccionados se instala manejo conservador.

CUIDADOS PREOPERATORIOS.

Después de que se llega al diagnóstico de úlcera perforada, es conveniente que transcurra un tiempo suficiente para preparar al paciente adecuadamente, tomando en cuenta los siguientes puntos:

- a) El manejo del paciente debe ser en forma integral, considerando si el paciente padece alguna enfermedad intercurrente (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.), o la ingesta crónica de medicamentos y de qué tipo, para evitar accidentes transoperatorios y/o resituirlos tan pronto sea posible.
- b) De acuerdo a las condiciones clínicas del paciente, se instalará cateter central con medición de presión venosa central (PVC), se insertará una sonda foley para cuantificar los volúmenes urinarios y un punto importante es la instalación de una sonda nasogástrica de Levin para vaciar el estómago, mediante una succión leve y continua. NO deben hacerse lavados gástricos.
- c) Hecho el diagnóstico, el dolor hay que mitigarlo mediante administración intravenosa de analgésicos potentes, disminuyendo concomitantemente el estado de angustia.

tía del paciente.

- d) A través de una buena vía, se inicia la restitución de líquidos (tomando en cuenta la edad, estado cardiopulmonar, hidratación, cifras de PVC y volúmenes urinarios),- electrolitos, sangre si se considera necesario, expansores del plasma o éste en caso de que el paciente se encontrara chocado.
- e) Los signos vitales se toman cada media hora o cada hora y el paciente se coloca en posición de semifowler.
- f) Iniciación de administración de antimicrobianos, si se considera conveniente.

Después de que se han tomado estas medidas, el cirujano reconsidera si el paciente está en condiciones de ser llevado a sala de operaciones o si requiere continuar con el tratamiento médico.

MANEJO CONSERVADOR.

También llamado no quirúrgico o tratamiento médico. - Taylor (24) en Inglaterra y Seeley (25) en Estados Unidos de Norteamérica, son los que mayor auge le dieron a este procedimiento. Taylor en su estudio realizado en 1957 menciona que el primero en emplear la succión como tratamiento pivote de la perforación, fue Wangsteen en pacientes muy graves. Mullen fue el primero en usarlo deliberadamente en pacientes no complicados y presentó en 1939 a la Sociedad Quirúrgica de Seattle un reporte de 8 casos tratados con este método, sin mortalidad.

En Inglaterra el primer reporte hecho con pacientes no complicados y deliberadamente realizado fue en 1945 por Bedford Turner en 6 casos con cero de mortalidad, además de que debe existir un criterio de selección de pacientes para decidir el manejo conservador y encontró que el diagnóstico erróneo más frecuente fué con apendicitis aguda.

Este método ha recibido muchas críticas y en la actualidad prácticamente en ningún hospital lo utilizan. Palumbo y Shearpe en 1961 mencionaron las siguientes razones para no utilizar el método conservador no quirúrgico (30):

1. La aspiración raramente es completa en estómagos llenos de comida o líquidos.
2. Las perforaciones grandes y alargadas raramente sellan.
3. Ocasionalmente la punta de la sonda puede pasar a través de la perforación a la cavidad abdominal.
4. Las partículas de comida pueden temporalmente tapan la perforación y el sellamiento no ocurre.
5. Un número de casos de los llamados tratados exitosamente pueden ser úlceras penetrantes y no perforadas.
6. Puede existir el peligro de un diagnóstico equivocado y pasar por alto otra patología que requiriera cirugía.
7. La perforación puede ser secundaria a malignidad y ésto sin cirugía no es posible saberlo.

Por todas estas razones este método se ha abandonado y su uso actual es muy restringido.

CIERRE SIMPLE DE LA PERFORACION.

Inicialmente se procedía al cierre de la perforación en dos planos con sutura tipo Lembert, lavado de la cavidad con agua tibia y antisépticos, además de drenaje de la cavidad mediante tubos de vidrio.

La técnica del cierre simple originalmente fue hecha por Mikulicz el 7 de noviembre de 1880, es probablemente el método más antiguo empleado para el tratamiento quirúrgico de la perforación ulcerosa, además de ser el más ampliamente utilizado. En general, el procedimiento consiste en el cierre simple del defecto, a ésto se le han efectuado grandes variaciones, pero el fundamento es el mismo (11).

El uso de parche de eniplón sobre el cierre de la perforación fue utilizado en 1896 por Bennett, Braun y Nikulicz consignaron el uso de parche de eniplón en aquellos casos en que el cierre no era satisfactorio (11). Graham R., en 1937 popularizó este método por lo que también se le ha denominado "Parche de Graham" (20), el cual es ampliamente aceptado hasta la actualidad.

Se han utilizado otros métodos para el tratamiento de la perforación, como son: el sacar una sonda de gastrostomía a través de la perforación fijándola a la pared abdominal para dejar que se formara una fístula. Este método fue poco utilizado al igual que el cierre simple más gastroenterostomía.

La operación del cierre simple es rápida y segura, toma pocos minutos en realizarse y no se necesita gran experiencia en cirugía abdominal para llevarla a cabo, es especialmente recomendable en pacientes graves o en estado de shock severo, ya que no se somete al paciente a un tiempo prolongado de anestesia. El objetivo no es un tratamiento definitivo, sino sacarlo del problema agudo, pudiéndose diferir a un segundo tiempo quirúrgico la cirugía definitiva. Sin embargo, se ha visto que cuando las úlceras son agudas, un 75% de los pacientes evolucionan satisfactoriamente y cuando son crónicas solamente un 25% (21) respecto a las úlceras crónicas se debe poner especial atención ya que un 3% se reoperan y el 75% continúan presentando síntomas en diferentes grados y aproximadamente el 50 a 60% se tienen que reoperar.

Otro punto de interés es que cuando se asocia la perforación a hemorragia y se hace cierre simple la incidencia de sangrado postoperatorio es alta y a veces hay que intervenir al paciente.

Técnica del cierre simple.-

Lo ideal es contar con un buen anestesiólogo, que proporcione una relajación adecuada y poder hacer una revisión completa del resto de los órganos de la cavidad abdominal. El tipo de incisión a escoger puede ser a través de una incisión media supraumbilical o una paramedia izquierda o bien una media que es más fácil de realizar al igual que su cierre.

En la mayoría de los casos la perforación es fácilmente visible, se explora el área buscando datos de cronicidad, se pueden encontrar variantes entre estos dos extremos. A veces al tiempo de la exploración, la perforación puede estar semi-sellada o sellada por las vísceras o el epiploon y no distinguirla rápidamente, por lo que una disección cuidadosa y gentil del área inflamada nos permitirá encontrar la perforación. Ya que se tiene bien delimitado el orificio se procede a pasar tres puntos de seda o catgut crómico del 0, se pone un punto arriba, otro en medio y otro abajo de la perforación, donde se aplica un parche de epiploon y se anuda sobre él sin isquemiar. Se hace limpieza de la cavidad abdominal y el dejar drenajes queda a juicio del cirujano.

Es raro que el parche de epiploon produzca estenosis, si esto llega a suceder es temporal. El cierre simple NO está indicado cuando hay estenosis bilírica cicatrizal.

CIRUGIA DEFINITIVA.

El tratamiento radical de urgencia, ha venido cambiando con el tiempo y ha pasado por varias etapas. Keetley (16) - en 1902 hizo una resección gástrica subtotal por una perforación con éxito, pero fue Von Haberer en 1919 (17), quien popularizó este método. La primera experiencia grande con ope

ración definitiva para úlcera duodenal perforada fue de Yudine en 1939 (9, 36), cuando reportó más de 900 pacientes tratados con gastrectomía subtotal con una mortalidad de 8.9%, lo cual era más o menos la mitad de la mortalidad para el cierre simple en ese tiempo.

Estos reportes influyeron en los cirujanos para continuar con el manejo quirúrgico definitivo de la perforación ulcerosa, llegando a tomar gran auge la hemigastrectomía de urgencia; sin embargo, con el paso del tiempo se fueron apreciando las complicaciones y la morbilidad que trae consigo un estómago mutilado.

En 1961, Maynard y Prigot en un estudio realizado de 1953 a 1959 de 120 casos, encontraron los siguientes datos: a 8 los trataron medicamente (succión) con un 87.5% de mortalidad, a 43 pacientes con cierre simple con 23.2% de mortalidad y a 64 con hemigastrectomía con 3.1% de mortalidad. Para esto ellos mencionan que no a todos los pacientes se les debe hacer hemigastrectomía primaria, sino que existen criterios de selección y mencionan los siguientes parámetros:

1. Duración de la perforación no mayor de 8 horas.
2. La reacción del paciente al problema.
3. Cantidad y calidad del contenido gástrico que pasa a la cavidad abdominal.
4. Enfermedades sistémicas asociadas.

Toman en cuenta otros factores como la edad, cronicidad, etc., finalmente mencionan que el método y la morbilidad es semejante que cuando se realiza en forma electiva - (41).

Así como estas publicaciones hubo otras y en la década de los cincuentas era la cirugía a escoger cuando se podía realizar. Jordán y Korompai en un estudio realizado en 1976 prospectivo, en sus conclusiones setracta de lo dicho

en un estudio previo en el cual afirmaba que la vagotomía con drenaje era el método a escoger; en éste menciona que es mejor la vagotomía con antrectomía como tratamiento definitivo y menciona que las indicaciones para el tratamiento definitivo son: pacientes con obstrucción pilórica, sangrado activo, o sangrados previos, historia de úlcera crónica-confirmada (42).

Actualmente el uso de la hemigastrectomía como tratamiento definitivo de urgencia se utiliza poco dadas las complicaciones con que cursa y solamente en casos seleccionados a juicio del cirujano debe realizarse, de preferencia por un cirujano con experiencia en este sentido.

Queda entonces por analizar el último procedimiento -- que es la vagotomía y drenaje en sus diferentes modalidades.

Vagotomía y drenaje.-

Este método ha tomado mayor auge desde la década pasada como la operación ideal en casos de perforación. Existen en relación a la vagotomía varios tipos a saber:

- a) Vagotomía troncular con drenaje.
- b) Vagotomía selectiva con drenaje.
- c) Vagotomía superselectiva o de células parietales sin drenaje.

En relación al drenaje gástrico generalmente se utiliza una piloroplastia que puede ser:

- a) Tipo Heinecke-Mikulicz.
- b) Tipo Finney.
- c) Tipo Jaboulay (Gastroduodenostomía).

En algunos casos se opta por realizar una gastroyeyunostomía según los casos y la preferencia del cirujano. En la mayoría de los hospitales, la técnica más utilizada es la vagotomía troncular con piloroplastia tipo Heinecke Mikulicz por ser más fácil de ejecutar y con resultados similares.

Hinshow y Pierandozzi (32) en 1960, reportaron 75 casos tratados con éxito con vagotomía y piloroplastia con solo 1.3% de mortalidad. En la década de los setentas se apoya definitivamente este procedimiento, el cual ha sido aceptado por la mayoría de los cirujanos, tomando en cuenta claro está todas las condiciones inherentes al problema del paciente.

La vagotomía selectiva más drenaje se ha considerado una buena opción en el tratamiento, dado que preserva las ramas vagales hepáticas y celíacas, pero requiere de mayor tiempo quirúrgico y experiencia en realizarla, teniendo igual porcentaje de recidiva que la troncular. Existen autores que apoyan decididamente el procedimiento de vagotomía y piloroplastia como Kirkpatrick (7), quien recomienda el procedimiento de elección para una úlcera duodenal perforada, a menos que el paciente esté en shock séptico al momento de la cirugía. Gray J. G y Roberts A. K. (43) también son autores que están a favor de practicar vagotomía y piloroplastia coincidiendo con Jordan en sus limitaciones.

Actualmente se está realizando en algunos hospitales la vagotomía selectiva más drenaje o superselectiva con cierre de la perforación como tratamiento radical de urgencia. Greco y Cahow recomiendan la operación definitiva en pacientes con edades entre los 40 y 64 años con historia de úlcera duodenal crónica (43). Otros autores como Jordan, Golligher, Johnston, Griffith y Harkins apoyan este método (43), sin embargo aún no hay reportes a largo plazo por ser relativamente nuevo en este aspecto, pero está tomando auge y se esperan mejoren los resultados con esta técnica.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS Y COMPLICACIONES

Los cuidados postoperatorios de un paciente sometido a cirugía de urgencia por una perforación deben incluir dos situaciones básicas que son: cuidados generales y cuidados específicos.

CUIDADOS GENERALES.-

- a) Medidas de higiene respiratoria.- Es importante vigilar que el paciente ventile adecuadamente, sobre todo en -- aquellos con problemas respiratorios crónicos previos y en los ancianos, ya sea con ventiladores de presión, nebulizadores, etc.; manejo de secreciones, cambios frecuentes a posición así como evitar que pase mucho tiempo en decúbito dorsal.

- b) Medidas de higiene venosa.- A veces por el estado de -- shock, deshidratación, hemoconcentración, trauma quirúrgico, etc., se puede favorecer la formación de trombosis venosas con las consecuencias que ello trae, para lo -- cual se recomienda el vendaje de miembros inferiores, la movilización precoz y a veces la administración de heparina a dosis profilácticas.

- c) Retiro de sondas.- En cuanto el paciente se encuentre -- recuperado del trauma quirúrgico, con estado de hidratación satisfactorio, con buenos volúmenes urinarios y se considere que la sonda foley no es importante, debe retirarse para evitar focos potenciales de contaminación. La sonda nasogástrica se retirará en cuanto se restablezca el tránsito intestinal y los gastos de la misma no sean elevados, favoreciendo la mecánica ventilatoria, el poder iniciar la vía oral y con ello retirar las venoclisis para evitar las flebitis.

- d) Vigilancia de otros problemas.- Control de glicemias y cetonurias si fuera diabético, vigilar la tensión arterial si el paciente fuera hipertenso, etc., para en un momento dado instalar el tratamiento adecuado para corregir posibles alteraciones.

CUIDADOS ESPECIFICOS.

- a) Mantener un buen estado de hidratación.- Esto se logra mediante la administración de suficientes cantidades de líquidos y al mismo tiempo proporcionar los electrolitos necesarios para mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado. En caso necesario transfundir sangre o sus derivados.
- b) Succión gástrica adecuada.- Vigilando un buen funcionamiento de la sonda nasogástrica y aparato de succión.
- c) Analgesicos intravenosos.- Con horario los primeros días y después por razón necesaria de acuerdo a los requerimientos del paciente.
- d) Dieta.- Cuando se decide iniciar la vía oral, se indica dieta para paciente gastrectomizado (se inicia con tolerancia a líquidos en escasa cantidad con horario fijo y progresivamente se incrementa cantidad y calidad de los alimentos) hasta que el paciente tolera una dieta blanda.

Teniendo en cuenta estos puntos, generalmente la evolución postoperatoria de los pacientes es satisfactoria con menores estancias hospitalarias.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

El postoperatorio de los pacientes sometidos a una cirugía de urgencia, se ve influenciado por varios factores - como son: edad, sexo, estado nutricional previo, grado de peritonitis, enfermedades concomitantes y técnica empleada.

Las complicaciones postoperatorias más frecuentemente vistas son:

- a) Problemas respiratorios agudos.- Especialmente en pacientes con patología pulmonar previa y en ancianos.
- b) Ileo paralítico.- Dependerá del grado de peritonitis, manejo transoperatorio de las asas, movilización del paciente y una buena succión; esto influirá en cuánto se prolongue el ileo.
- c) Flebotrombosis.- También está influenciado por varios factores que ya mencionamos.
- d) Hemorragia postoperatoria.- Esta puede ser mínima o que produce trastornos hemodinámicos que haga necesaria una reoperación por sangrado.
- e) Infección de la herida quirúrgica.- Esto está condicionado al grado de peritonitis y la contaminación transoperatoria de la herida quirúrgica.
- f) Abscesos subfrénicos y pélvicos.- También condicionados al grado de peritonitis, a la limpieza que se haga de la cavidad abdominal ya que el dejar drenajes queda a juicio del cirujano.
- g) Eventración.- Se aprecia con mayor frecuencia en pacientes desnutridos o que toman medicamentos crónicamente como corticoides que retardan la cicatrización. Son factores contribuyentes una obstrucción intestinal y tos persistente. Otro factor que influye en forma importante es

la técnica para cerrar la pared abdominal (puntos totales, subtotalet o por planos).

- h) Hipertermia.- Habitualmente se presenta en los primeros dos a tres días de postoperatorio, para luego desaparecer. Cuando este dato persiste por más tiempo hay que buscar el foco infeccioso que la produzca.
- i). Otras complicaciones.- pueden presentarse otras complicaciones de menor trascendencia como serían cefaleas, flebitis en los sitios de punción, malestar general, etc.

ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL DEL CMN IMSS
MANEJO DE LA ULCERA PEPTICA PERFORADA

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (HG, CMN, IMSS). Es un estudio retrospectivo de revisión de casos de úlcera péptica perforada durante tres años, el tratamiento que recibieron y los resultados que se obtuvieron.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de 62 pacientes que ingresaron al HG del CMN durante un período de 3 años - de enero de 1976 a diciembre de 1978, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente por úlcera perforada. 49 pacientes fueron masculinos (79.03%) y 13 pacientes femeninos -- (20.97%). La edad varió entre los 17 y los 88 años con un promedio de 52.5 años.

Los pacientes se distribuyeron en 3 grupos de acuerdo al procedimiento quirúrgico que se les realizó:

1. Sellamiento de Graham, 33 pacientes (53.22%).
2. Vagotomía troncular más piloroplastia, 24 pacientes (38.70 %).
3. Otros métodos a 5 pacientes (8.06%).

El análisis de estos pacientes es desde su ingreso al hospital hasta que se dieron de alta a su domicilio y el control en la consulta externa hasta 6 meses.

RESULTADOS.

De los pacientes estudiados se encontró que un 64.51% (40 pacientes) tenían antecedente de enfermedad ulcerosa en

diferentes grados, que varió desde un síndrome ulceroso -- atípico hasta pacientes con gran sintomatología, con úlcera demostrada radiológicamente e incluso antecedentes de sangrado. El 35.9% de los pacientes (22 pacientes) negaron sintomatología ulcerosa previa. El antecedente de alcoholismo fue positivo en el 55% y negativo en el 45%.

El rango de edades fue la menor de 17 años y la mayor de 88 años y estuvieron en el grupo que se les hizo vagotomía y piloroplastia (promedio de 52.5 años); en el grupo de sellamiento la edad varió de los 21 a los 78 años (promedio de 49.5 años).

El grado de peritonitis fue valorado en el momento de la cirugía catalogados en 3 grupos, mencionándose los valores encontrados en la Tabla 1.

T A B L A I

GRADO DE PERITONITIS

	No. de pacientes	Porcentaje
Generalizada	42	74.19
Localizada	12	19.35
Sin peritonitis	4	6.45
<hr/>		
T O T A L	58	100.00

NOTA.- No se incluyen los pacientes (5) a los que se les hizo otros métodos quirúrgicos.

A los pacientes que se les hizo sellamiento, el 85% tuvieron peritonitis generalizada y el 15% localizada; a los que se les hizo vagotomía y piloroplastía el 71% tuvo peritonitis generalizada, el 25% localizada y el 4% no tenían peritonitis.

La distribución en cuanto a edad, sexo y procedimiento realizado se indica en la Tabla II.

T A B L A II

DISTRIBUCION SEGUN PROCEDIMIENTO, EDAD Y SEXO

Procedimiento	Edad promedio	Mascullinos		Femeninos	
		No.	%	No.	%
Sellamiento tipo Graham	49.5 años	28	85	5	15
Vagotomía mas piloroplastía	52.5 años	17	71	7	29
Otros métodos	55.5 años	4	80	1	20

NOTA: La relación de hombres a mujeres fue de 4:1

El 44% de los pacientes cursaban con padecimientos asociados, siendo los más frecuentes los problemas respiratorios en un 33%, diabetes mellitus en 18%, hipertensión arterial en 14%, patología urinaria en 14% y las cardiopatías un 11%; el 56% de los pacientes aparentemente se encontraban sin otros problemas agregados.

La localización anatómica de las úlceras, número de casos y porcentajes encontrados se anotan en la Tabla III.

T A B L A I I I

Localización anatómica

	Número de casos	Porcentaje (%)
Prepilóricas	14	23
Pilóricas	19	31
Bulbares	29	46
T O T A L	62	100

De todas las úlceras, el 77.41% eran anteriores, el 4.83% posteriores, el 6.45% se encontraban selladas por vísceras, el 4.83% semiselladas y el 6.45% estaban penetradas a páncreas u una sola se encontró doblemente penetrada a páncreas y al hígado.

El tiempo de evolución aproximado entre la perforación y su ingreso a Urgencias fue el siguiente: el 29% acudió en las primeras 8 horas, el 20 % de 9 a 12 horas, el 10% entre 12 y 24 horas, el 23% con más de 24 horas y en el 19% se ignoraba este dato.

La presencia de pneumoperitoneo diagnóstico fue positivo en un 65%, negativo en el 30% y en el 5% no se consignó el dato. De los pacientes que se les hizo sellamiento se encontró un 70% de positividad de aire libre y en los que se hizo vagotomía con piloroplastia un 66%.

La evolución postoperatoria de los pacientes a los - que se les realizó sellamiento fue: excelente en 13 (40%) buena en 14 (42%) y mala en 6 (18%); la evolución en los - que se hizo vagotomía fue: excelente en 17 (71%), buena - en 6 (25%) y mala en 1 (5%). En este grupo hubo una muer - te que correspondió a un paciente masculino de 88 años de edad a causa de insuficiencia respiratoria aguda (mortalidad global de 1.61%).

La estancia hospitalaria se dividió en grupos arbitra - rios a fin de poder tabularlos (Tabla IV).

T A B L A IV

Estancia hospitalaria

Días de estancia	No. de casos	Porcentaje %
Hasta 10 días	37	60
De 11 a 15 días	12	20
De 16 a 30 días	10	15
Más de 30 días	<u>3</u>	<u>5</u>
T O T A L	62	100

El promedio global de estancia fue de 15 días, para los - del grupo de sellamiento tipo Graham el promedio de estancia - fue de 8.25 días y para el grupo de vagotomía y piloroplas - tía el promedio fue de 7.10 días y por último para el de -- otros procedimientos fue de 10 días.

La infección de la herida quirúrgica se encontró en 5 de los 62 pacientes que corresponde a un 8.06%. De 33 pacientes que se les realizó sellamiento solamente, a 2 se les infectó la herida y de 24 que se les hizo vagotomía y piloroplastia solamente a 1 se le infectó la herida.

Los pacientes reoperados todos pertenecían al grupo de sellamiento y se distribuyeron de la siguiente forma, -
Tabla V:

T A B L A V

Reoperación

Tipo de operación	No. de Casos	Porcentaje %
Vagotomía + piloro- plastia	12	20
Vagotomía + gastro- yeyunostomía	3	5
Gastrectomía del 65% + gastroyeyunostomía	1	1
<hr/>		
No operados	46	74
<hr/>		
T O T A L	62	100

De los 33 pacientes que se les hizo Parche de Graham, solamente 16 (48%) se reoperaron y 17 (52%) no fueron intervenidos quirúrgicamente para tratamiento definitivo. Las causas por las cuales se reoperaron fueron las siguientes: a) grupo de pacientes que nunca asistieron a control en la consulta externa, b) grupo de pacientes asintomáticos ancianos o con gran riesgo quirúrgico y c) grupo de pacientes que ya no regresa -

ron después de la segunda o tercera consulta, cuando se les planteó la posibilidad de reoperación.

Las complicaciones postoperatorias en orden decreciente fue como sigue: hipertermia (10 casos), sangrado de tubo digestivo moderado (7), infección (2), diarrea (2), neumonía de focos múltiples (3), shock (3), ileo prolongado (3), problemas urinarios (4) y misceláneas (4).

El seguimiento de los pacientes en la Consulta Externa a plazo de 6 meses se ilustra en Tabla VI.

T A B L A VI

Seguimiento en C. Externa a 6 meses

	No. de casos	Porcentaje %
No asistieron	17	28
Hasta un mes	10	16
De 1 a 3 meses	27	44
De 4 a 6 meses	4	6
Más de 6 meses	<u>4</u>	<u>6</u>
T O T A L	6 2	100

Al darse de alta del hospital todos los pacientes, fueron citados a control en la consulta externa, sin embargo, en los pacientes que se les hizo sellamiento el 12% no asistió de primera intención, el 21% solamente asistió en una ocasión, el 51% estuvo en control hasta 3 meses y solamente el 9% asistió a consulta 6 meses o más.

De los pacientes con vagotomía y piloroplastía el 37%, no asistió a consulta de primera intención, el 42% asistió en una ocasión y solo el 20% estuvo en control hasta 3 meses después de operados. Ningún paciente asistió más de dos ocasiones a la consulta.

A todos los pacientes se les envió a control posterior a su clínica de adscripción.

DISCUSION.-

La perforación de una úlcera gástrica o duodenal es una de las complicaciones más serias de la enfermedad ulcerosa, y aunque los índices de morbilidad se han disminuído considerablemente, la mortalidad se mantiene de un 3 a 5% en la actualidad.

La gran mayoría de los autores concuerda en que el sellamiento de Graham continúa siendo un buen método de tratamiento para la perforación, cuyo fin es salvarle la vida al paciente, sobre todo en aquellos que se encuentran en muy malas condiciones generales, ancianos o severamente chocados. Queda para un segundo tiempo quirúrgico el tratamiento definitivo de la enfermedad.

Existen tres métodos para el tratamiento de la úlcera perforada: a) conservador o no quirúrgico, b) Sellamiento y c) tratamiento radical.

El tratamiento no quirúrgico no se realizó en ningún paciente de nuestro estudio y prácticamente se encuentra en desuso, a pesar de que Taylor (24) y Seeley (25) han reportado buenos resultados en sus casuísticas.

El sellamiento tipo Graham con parche de epiplón (20), a pesar de que se empezó a hacer desde 1896 por Bennett y en 1897 por Mikulicz, fue hasta 1937 cuando Graham lo popularizó teniendo desde entonces gran aceptación. Griffin G. E. y Organ C. H. en un estudio de 174 pacientes en un período de 25 años encontraron lo siguiente: 122 fueron tratados con sellamiento y 52 con procedimiento definitivo, encontrando una mortalidad de 7.4% para el grupo de sellamiento; y de 9.6% para el grupo de cirugía definitiva, la perforación fue del 9%, concluyendo que la cirugía definitiva es superior a largo plazo que el sellamiento (44).

Illingworth, Scott y Jamieson en sus estudios reportan que cuando se hace sellamiento, un buen porcentaje de pacientes necesitan reoperación y que esta necesidad aumenta con el paso del tiempo (45). Raymond C. R. y Thompson B. W. en su estudio de 187 pacientes, a 170 les hizo sellamiento y a 17 vagotomía y piloroplastía en un período de 24 años y recomiendan que cada vez que sea posible se practique cirugía definitiva (45).

La tendencia actual es realizar cirugía definitiva en cuanto sea posible, en la década de los cincuentas la cirugía radical que más se efectuaba era la gastrectomía subtotal que actualmente ha sido desplazada por la vagotomía y piloroplastía.

Gray J. G. y Roberts A. K en 1976, apoyan definitivamente la vagotomía y piloroplastía como procedimiento a escoger en la perforación ulcerosa.

En el estudio realizado en nuestro hospital observamos una buena evolución postoperatoria de los pacientes, con una muerte (1.61%) en un anciano de 88 años. La estancia hospitalaria fue menor en los pacientes con vagotomía y piloroplastía (promedio 7.10 días) y de 8.25 días en los que se hizo sellamiento.

Recientemente en otros países se está practicando vagotomía gástrica proximal con sellamiento de la perforación con buenos resultados hasta el momento. Sawyers y Harrington (43) reportaron su serie en 1977 con buenos resultados, sin embargo este tipo de cirugía es relativamente joven y aún no se tiene experiencia a largo plazo.

CONCLUSIONES.

1. La perforación es una de las complicaciones más serias de la enfermedad péptica y se presenta del 7 al 10% de los pacientes ulcerosos.
2. Existe un franco predominio del sexo masculino en la frecuencia de perforación, en relación de 4:1 con el sexo femenino, a pesar de que actualmente se ha visto un incremento importante de la patología ulcerosa en las mujeres.
3. El parche de Graham continúa siendo un excelente procedimiento para el manejo de la perforación, sobre todo en pacientes muy graves, ancianos o chocados y jóvenes sin antecedentes ulcerosos.
4. La edad no es condición per se para decidir el procedimiento a escoger, ya que tanto se hizo parche de Graham en jóvenes como vagotomía y piloroplastía en ancianos, lo que más influyó en nuestro estudio para la decisión fue el estado clínico del paciente a su ingreso a urgencias.
5. La vagotomía con piloroplastía es un buen procedimiento que tiene las ventajas de ser definitivo, con un bajo porcentaje de recidivas, evita una segunda intervención quirúrgica por lo que es más seguro para el paciente, puede realizarse en presencia de peritonitis, la estancia hospitalaria fue menor y la evolución postoperatoria mejor que los pacientes tratados con sellamiento. Tiene el inconveniente de que requiere mayor tiempo en su ejecución por lo que no es recomendable en pacientes muy graves y que algunos pacientes presentan síntomas post-vagotomía que pueden ser desde leves hasta severos. Afortunadamente esta complicación es relativamente poco frecuente.

6. La infección de la herida quirúrgica se presentó en igual proporción con los dos métodos.
7. Radiológicamente el pneumoperitoneo fue diagnóstico en un 65 a 70% de los casos y el hecho de que éste dato fuera negativo no excluye el diagnóstico.
8. De los pacientes reoperados el tiempo que transcurrió en promedio para la segunda intervención estuvo entre 1 y 3 meses; la operación más frecuentemente empleada fue la vagotomía con piloroplastia.
9. Las perforaciones se localizaron en un 45% en el bulbo duodenal y el 77% estuvieron en la cara anterior y solamente el 4% en la cara posterior y éstas o se perforan a la retrocavidad o se penetran a vísceras adyacentes (páncreas, hígado, etc.), además son las que más frecuentemente sangran.
10. Cuando se asocia perforación a sangrado el índice de mortalidad aumenta considerablemente hasta un 50 a - 60 %, afortunadamente esta asociación es baja hasta un 3 o 4 %.
11. En un solo paciente se demostró adenocarcinoma gástrico mediante biopsia, por tal motivo hay que tener en mente esta posibilidad, sobre todo cuando se encuentran úlceras crónicas en la curvatura mayor.
12. En nuestro hospital el procedimiento definitivo más utilizado fue la vagotomía troncular con piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz, después la tipo Finney. -- En ningún paciente se practicó vagotomía selectiva o superselectiva.
13. Existe aún cierta reserva por parte de algunos cirujanos para realizar vagotomía y piloroplastia como método definitivo en nuestro medio, concepto que está cambiando en la actualidad.

14. La vagotomía superselectiva con sellamiento es un método relativamente reciente y que aún no hay estudios a largo plazo para valorarlo completamente, aunque -- los reportes de la literatura son alentadores.

B I B L I O G R A F I A

1. Este siglo de oro de la Cirugía
Degenshein G.A.
Clin. Quir. N.A Vol. 5:933:1978
2. An early record of perforating duodenal ulcer; contributions to medical and Biological Research. Dedicated to Sir William Osler.
Molloch A
Paul B. Hoeber Vol. I pag.137 New York 1919 (ver ref.11)
3. A preternatural perforation found in the upper part of the stomach, with the symptoms it produced.
Rawlinson C
Philadelphia Trans. Roy. Soc. 35:361:1727;28 (ver ref.11)
4. Haller and some begone observations in pathology
Power D.A.
Hamberger citado en M. Rec. 122:415 1925
5. Saggio D'osservazioni e memorie sopra alcuni casi singolari riscontrati nell' esercizio della Medicina, e della anatomia pratica dal dottar.
Penada J.
Jacapo Penada, M.F ; Padona, 1793, Per appronazione, Chap. 3 pp. 33-56 (ver ref. 11)
6. Ulcères gastriques et duodénaux perforés
Neumann F.
J. Internat. de Chir. 2:383, 1937
7. Rupture of the stomach
Crampton J
Med. Chir. Tr. London 8:828; 1817 (ver ref. 11)
8. On ulcer of the stomach
Brinton W
Brit. and For. Med. Chir. Rev. 17:159, 1956 (ver ref. 11)
9. Perforating or corrosive ulcer of the duodenum
O'Hara H
Tr. Path. Soc. Philadelphia 6:37, 1875.
10. Mikulicz J. ; Die Chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs.
Zentralbl. f. Chir. 24:69:1897 (ver ref. 11)
11. Recent Advances in Surgery Acute perforated gastroduodenal ulceration. A statistical analysis and. review of the literature.
De Pakey M.E.
Surgery 8:852:1940

12. Braun, H; Ueber den verschluss eines perforierten magengeschwürs durch.
Netz, Zentralbl. F, Chir. 24:739, 1897 (ver ref. 11)
13. Desarrollo de la cirugía
Brieger G. H.
Tratado de Patología Quirúrgica D. Christopher 10 ed. V.1
14. El vago y las consecuencias de la vagotomía
Kennedy T
Clin. Med. N. A 1230 Nov. 1974
15. Estado actual de la vagotomía
Williams J. A
Truelove Problemas Gastroenterológicos pp. 85 1975
16. Keetley C.B; The surgery of non-malignant gastric ulcer and perforation.
Lancet 1:885;955 1902 (ver ref. 11)
17. Von Haberer, H; Behandlung der frei in die bauchhöhle perforierten Geschwüre des magens und Zwölffingerdarmes.
München. Med. Wchnschr, 82:1473, 1935 (ver ref. 11)
18. Finney J. T ; Perforating ulcer of the stomach
Ann. Surg. 32:1 1900 (ver ref. 11)
19. The role of definitive surgery in the management of perforated duodenal ulcer disease.
Kirkpatrick J. R M.D
Arch. Surg. 110: 1016 aug. 1975
20. Graham R.R ; The treatment of perforated duodenal ulcers
Surg. Gyn. Obst. 64:235 1937
21. Acute perforated duodenal ulcers
Desmond A.M
Maingot Abdominal operations 6a ed. 404
22. Acute perforated duodenal ulcer, an evaluation of surgical management
Sawyers J.L
Arch. Surg. 110: 527 may. 1975
23. Dragsted L. R; Physiologic principles involved in surgical treatment.
Ann. Surg. 102:563, 1935

24. The non surgical treatment of perforated peptic ulcer
Taylor H M.D
Gastroenterology 33:3:353 sep. 1957
25. Nonoperative treatment of perforated duodenal ulcer
Seeley S.F. MD
Postgrad. Med 10:359 1951
26. Partial gastrectomy in perforated peptic ulcers
Yudine E
Surg. Gyn. Obst. 1937
27. Ulcera péptica
Way L.W Richards V.
Dunphy J.E - Diagnostico y tratamiento quirúrgico 1976-
520
28. Ulcera péptica
Praxis Médica 4.315 Vol. IV 1975
29. Peptic ulcer
Sleisenger M.H
Harrison T.R Int. Med. 4a ed. 1588
30. Acute perforated peptic ulcer evaluation of 160 consecu-
tive patients treated by closure
Palumbo L.T Sharpe W.S.
Surgery 50:6:863 dic. 1961
31. General factors influencing the incidence and. mortality
of acute perforated gastroduodenal ulcers.
Kozoll D.D Meyer K.A
Surg. Gyn.Obst. 111:607 Nov. 1960
32. Vagotomy and pyloroplasty for acute perforated duodenal
ulcer
Pierandozzi J.S Hinshaw D.B
The Am J. Surg. 100:245 aug. 1960
33. Moynihan B: Duodenal ulcer
Philadelphia 1910, W.B. Saunders Company
34. Thompson H.L: Acute perforation of peptic ulcer (An eva-
luation of contributory and exciting causes).
Surg. Gyn. Obst. 64:863 1937
35. Powers H.W: Perforation of silent ulcer of the duodenum
from external trauma
Surg. Gyn. Obst. 40:84 1925

36. Judine S ; Etude sur les ulcers gastriques et duodénaux perforés
J. Internat de Chir. 4:219 1939
37. Perforated duodenal ulcer, long term follow up
Nemanich G. J Nicholoff D.M
Surgery 67:5:727 May 1970
38. An unusual complication of perforation of hiatal hernia into the pericardium
Caspi G et al.
Sem. Hop. Paris 53:31 sep- 1977
39. Pneumoperitoneum in perforated duodenal ulcer disease a further look
Lee P. W
Br. J. Clin Pract. 31(7-8) 108 aug 1977
40. Prognosis and treatment in acute perforated peptic ulcer
Gilmour J.
The Lancet 870 mayo 2 1953
41. Gastroduodenal perforation a report of 120 cases over a five and one half year period with consideration of the role of primary gastrectomy.
Maynard A. L Prigot A.
Ann. Surg. 153:2:261 Feb. 1961
42. Evolvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer
Jordan P.H Kerempai F. L
Surg. Gyn. and Obst. 142:391: march 1976
43. Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and suture plication
Sawyers J.L Herrington J.L
ANN. Surg. 185:6:656 June 1977
44. The natural history of the perforated duodenal ulcer treated by suture plication
Griffin G. E Organ C.H
ANN. Surg. 183:4:382 april 1976
45. Gastric outlet obstruction after omentopexy for perforated acute and chronic duodenal ulceration
Read R.C Thompson B.W
The Am. J Surg. 130:682 December 1975
46. Definitive emergency treatmen of perforated duodenal ulcer
Gray J. G Roberts A. K
Surg. Gyn. A Obst. 143:890 December 1976