

51 11209
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto de Seguridad y Servicio Social
para los Trabajadores del Estado
Hospital Regional General
"General Ignacio Zaragoza"

**MORBI-MORTALIDAD EN CIRUGIA GASTRICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
1988-1989**

T E S I S

Que para obtener la Especialidad en
CIRUGIA GENERAL
p r e s e n t a

DR. ALFREDO LUNA ANGEL

Asesor de Tesis Dr. Fernando Palacio Vélez



ISSSTE MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	8
JUSTIFICACION	9
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION	25
CONCLUSIONES	33
RESUMEN	34
BIBLIOGRAFIA	86

INTRODUCCION

La cirugía gástrica del tubo digestivo superior es tan variada en cuanto a procedimientos quirúrgicos como en etiología diversa.

La primera resección exitosa por cáncer gástrico fue hecha por Billroth en 1881. En esta operación, después de resecar el segmento pilórico del estómago y una primera porción del duodeno, Billroth cerró el lado de la curvatura mayor y luego anastomosó el extremo abierto del duodeno al sector de la neoboca correspondiente a la curvatura menor, usando sutura de seda. (1)

Desde entonces existe un número importante de variaciones al procedimiento original de las gastroduodenoanastomosis de Billroth: Pean (1879), Rydiger (1881), Kocher (1893), Von Haberer y Finney (1922-1923), Schoemaker (1911), Von Haberer (1922), Horsley (1928).

Billroth, el 15 de Enero de 1885, realizó la primera resección gástrica con cierre del muñón gástrico y gastroyeyunoanastomosis anterior.

La gastroyeyunoanastomosis clásica de Billroth fue modificada por sus contemporáneos: Kronlen (1888), Von Eiselberg (1889), Braun y Jaboulay (1892), Roux (1893), Hofmeister (1896), Finsterer (1914), Reichel (1908) y Polyá (1911), Hofmeister y Finsterer (1908), Balfour (1917), Moynihan (1923).

Las últimas modificaciones son las tres variantes de Tomoda (1950), junto con la "Y" de Roux modificada "19 de Tanner" y en 1963 la "B de Komei Nakayama". (2)

Una discusión de la piloroplastia debe incluir a la gastroenteroanastomosis, ya que ésta fue la primera operación descrita para drenaje gástrico. La gastroenteroanastomosis fue introducida por Wolfler, en 1881.

La piloroplastia fue originalmente realizada por Heinneke y descrita por su discípulo, Fronmuller, en 1886. Su operación consistió en una incisión longitudinal que interesaba a estómago distal, píloro y duodeno proximal. La apertura fue cerrada transversalmente.

Mikulicz, se opuso a la gastroenteroanastomosis porque este procedimiento no permitía el acceso a la enfermedad pilórica. Once meses más tarde describió una operación similar a la relatada por Fronmuller.

Otras modificaciones de la piloroplastia de Heinneke-Mikulicz, incluyen las de Richardson (1889), Judd (1922), Hrosley (1933), Moschel (1958), Wangensteen (1958), Aust y Ballinger (1966). Sin olvidar las gastroduodenostomosis de Jaboulay y Finney.

En 1956, Weimberg introduce una modificación significativa en la piloroplastia de Heinneke-Mikulicz, el utilizó sólo una capa de puntos sueltos.

La vagotomía abdominal fue realizada por Exner en 1911 por dolor abdominal y vómitos asociados por tabes dorsal.

En 1922, Latarjet publicó la utilización de la vagotomía, realizando una gastroyeyunoanastomosis complementaria en cada paciente para prevenir el estasis gástrico. Sin embargo esta intervención no fue ampliamente acep-

tada.

No satisfecho con la alta tasa de úlceras recurrentes después de la gastroenteroanastomosis y la morbimortalidad con la gastrectomía subtotal, Dragsted introdujo en 1943, la vagotomía troncular transtorácica. La frecuencia con la que se desarrollaba estasis y úlceras gástricas condujo a Dragsted a modificar su operación y realizar vagotomía transabdominal combinada, primero con gastroyeyuno y posteriormente con piloroplastía para facilitar el drenaje gástrico.

Finalmente, se desarrolló el concepto de denervar sólo la porción secretora de ácido del estómago y fue descrita por Griffith y Harkins en 1957, fue llevado a cabo por primera vez en pacientes por Hollie quien combinó a la operación con piloroplastía, pero más tarde, Johnston y Andrup en 1969 independientemente, realizaron la vagotomía de células parietales sin procedimiento de drenaje. (3)

Schalatter de Suiza realizó la primera gastrectomía total en 1897. Desde entonces, muchas descripciones de procedimientos para establecer la continuidad gastrointestinal después de una gastrectomía total han sido publicados. Las formas simples de reconstrucción más frecuentemente usados son esofagoyeyunoanastomosis, esofagoduodenoanastomosis y anastomosis en "Y" de Roux. (4)

Hoffman (1922), Steinberg (1949), Hunt y Basto (1950), Lahey, Lortat-Jacob, Lefevre, Goni-Moreno (1957) y Lawrence (1962).

En 1969, Masson e Ito introdujeron las derivaciones gástricas como un procedimiento nuevo para el tratamiento de la obesidad mórbida. Con la observación de que una resección gástrica subtotal con gastroyeyunoanastomosis tiene como resultado frecuentemente una importante pérdida de peso por la creación de un pequeño reservorio gástrico con vaciamiento gástrico retardado. (5)

Las indicaciones más frecuentes para cirugía del tubo digestivo superior son: enfermedad ácido-péptica y sus complicaciones, cáncer gástrico, al igual que algunos procedimientos complementarios y otras que ha continuación se describen.

ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA

En los últimos tres decenios se ha reducido la incidencia de la úlcera duodenal, así lo demuestran los estudios procedentes de diversas fuentes. Además de una menor frecuencia, los índices de hospitalización por úlcera duodenal también han disminuido notablemente. De 1970 a 1978 se redujeron en un 43%; esta reducción fue mayor en pacientes con úlcera duodenal no complicada, menor en aquellos con hemorragia y mínima en casos de perforación.

A diferencia de la úlcera duodenal, no ha disminuido la hospitalización y mortalidad por úlcera gástrica (6); el porcentaje de pacientes sobre los 60 años se ha incrementado en un 40% a 48% en la década de 1970 a 1980.

El uso de bloqueadores H_2 de Histamina ha sido más efectivo en úlceras -

duodenales que para las úlceras gástricas; la mortalidad de enfermedad ulcerosa péptica ha disminuido en años recientes en un 31% según reportes y esta disminución incluye ambas entidades nosológicas.

Es por ello el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa péptica y sus complicaciones ha evolucionado de manera importante en los últimos 55 años; desde las resecciones gástricas extensas y las inefectivas gastroyeyunoanastomosis, o las resecciones limitadas, hasta las vagotomías superselectivas altamente efectivas en algunos casos y libres de secuelas. (7)

Paradójicamente, ahora que contamos con operaciones más efectivas para reducir la secreción ácida y curar pacientes con úlceras duodenales no obstructivas intratables, estos tipos de úlcera han disminuido notablemente.

Aunque se desconocen las causas de la declinación en la frecuencia de las úlceras duodenales, se puede atribuir al uso difundido de los antagonistas de los receptores H_2 de Histamina en la década de los años 70's; sin embargo los cambios preceden a la introducción de la cimetidina en la clínica. Como explicación se han propuesto cambios en la exposición a factores ulcerógenos ambientales.

La menor cantidad de hospitalizaciones y muerte debida a enfermedad ulcerosa péptica, puede no sólo indicar una verdadera disminución en la frecuencia de la úlcera, sino también reflejar cambios en algunos aspectos como diagnóstico, efectividad en el tratamiento o el incremento de sus complicaciones. Algunos cambios similares no pueden comprobarse para la

Úlcera gástrica en la que la frecuencia y tasa de complicaciones ha cambiado muy poco en los últimos años. (8)

Actualmente las características observadas en los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico para las complicaciones de la úlcera duodenal son: su frecuencia es menor que en el pasado, los pacientes son más ancianos, con incremento de sus complicaciones médicas asociadas, lo que modifica en forma importante la morbi-mortalidad. (9)

GASTRECTOMIA TOTAL

Evolución y Tendencias Actuales.- La alta morbilidad y mortalidad asociada con la gastrectomía total en el pasado han determinado que este procedimiento parezca tedioso, peligroso y por lo tanto la resistencia demostrada por muchos cirujanos para llevarlo a cabo. Sin embargo, la literatura en últimos 30 años ha presentado un cambio interesante, inicialmente se indicó como medida casi heroica y paliativa para el tratamiento de formas avanzadas de adenocarcinoma gástrico, posteriormente de 1960 a 1977 se consideró como el tratamiento de elección en los pacientes con Síndrome de Zollinger Ellison, hasta la aparición de la cimetidina en 1977. Actualmente se ha documentado una disminución considerable en la morbilidad y mortalidad asociada con gastrectomía total; y las indicaciones actuales están dirigidas hacia el tratamiento de tumores gástricos en estadios más tempranos cuando esto es posible, y sangrados de origen gástrico que no prestan otra alternativa quirúrgica. (10)

Después de los resultados poco favorables con el reservorio gástrico, la-

mayoría de los cirujanos continúan usando una esofagoyeyunoanastomosis - con o sin enteroenteroanastomosis en "Y" de Roux. Los argumentos que favorecen este tipo de reconstrucción son: el tiempo quirúrgico es mínimo, y por lo tanto la morbimortalidad de los procedimientos extensos no se incrementa con los procedimientos de difícil reconstrucción.

CANCER GASTRICO

Después del avance en el diagnóstico, cuidados pre, trans y postoperato - rios y técnica quirúrgica los porcentajes de complicaciones de cirugía - gástrica para carcinoma, han permanecido virtualmente sin cambios durante las últimas dos décadas. La morbilidad de 20% a 40% y mortalidad hospita - laria de 10% a 33% son generalmente reportadas por autores occidentales, - las cuales contrastan con la mortalidad del 2% al 3% de las series japone - sas. (11)

JUSTIFICACION

El Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ya cumplió su X Aniversario de su fundación, es un Hospital de concentración, cuenta con una población derechohabiente estimada en 800,000 personas, que por sus características de localización en la zona oriente del Distrito Federal, su población es en general de nivel sociocultural bajo, no interesado por su salud, por lo que no se aplican los niveles de atención de Level y Clark éstos es: Prevención Primaria (promoción de la salud y protección específica), Prevención Secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno), y sólo se presta asistencia médica a la enfermedad ya establecida o a sus secuelas y complicaciones. Prevención Terciaria (limitación de la incapacidad y rehabilitación).

HIPOTESIS

La morbi-mortalidad en cirugía gástrica en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" es igual a la observada en otros hospitales de Tercer Nivel del Distrito Federal o a reportes nacionales o extranjeros.

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" se llevó a cabo durante un período de 18 meses comprendido entre el 10. de Marzo de 1988 al 31 de Agosto de 1989, el análisis de 53 casos o expedientes clínicos completos de un total de 64 intervenciones quirúrgicas sobre el tubo digestivo alto (estómago y duodeno) por diferentes causas.

El cuestionario empleado analizó en forma retrospectiva los siguientes criterios: sexo, edad, estancia hospitalaria, diagnóstico pre y postoperatorio, operación proyectada y realizada, complicaciones médicas y quirúrgicas trans y postoperatorias; así como la mortalidad en casos de cirugía electiva y de urgencia.

Se excluyeron procedimientos de cirugía menor sólo o acompañados a otras intervenciones y se eliminaron 11 pacientes por no encontrarse completos o disponibles sus expedientes.

El estudio se basa por lo tanto en la experiencia de 18 meses, con un grupo estudiado de 53 pacientes. Utilizándose para su análisis estadístico medidas de tendencia central y χ^2 (chi cuadrada).

RESULTADOS

De un total de 2433 intervenciones quirúrgicas de todas las especialidades, comprendidas en el período descrito, se analizaron 53 cirugías sobre estómago y duodeno lo que nos da una frecuencia de cirugía gastro-duodenal de 2.63%.

De los 53 casos estudiados, se operaron por cirugía gástrica 30 pacientes del sexo masculino (53.6%) y 23 pacientes del sexo femenino (43.3%) con una relación hombre-mujer de 1.3-1; con un rango de edad que va de los 27 a los 91 años.

La estancia hospitalaria global fue de 3 a 70 días con un promedio de 10 días.

Predominó la cirugía electiva en 30 pacientes (56.6%) sobre la cirugía de urgencia en 23 pacientes (43.3%). Este estudio mostró una mortalidad global en 13.2% (7 pacientes) y una morbilidad global del 15.8% (8 pacientes).

El resultado del análisis estadístico es χ^2 igual a p mayor de 0.02 y p menor de 0.01 (aplicación de la prueba entre dos o más cifras observadas, sin que haya previamente cifras esperadas teóricas).

CIRUGIA ELECTIVA

La cirugía electiva se realizó en 30 pacientes, 16 pacientes del sexo masculino (53.3) y 14 pacientes del sexo femenino (46.6%), presentando una -

relación hom-re-mujer de 1.14 a 1; con edad que va de los 27 a los 91 años y promedio de 52 años; la estancia hospitalaria fue de 7 a 45 días con un promedio de 10 días.

El diagnóstico preoperatorio tuvo una certeza en 26 pacientes (86.6) y sólo una falla diagnóstica en 4 pacientes (13.3).

INDICACIONES QUIRURGICAS

1o.- Úlcera duodenal intratable, con estenosis y asociada con hernia hiatal en 14 pacientes (46.5%).

2o.- Adenocarcinoma gástrico etapa IC-II con 6 pacientes, al igual que la esofagitis péptica Grado III-IV con 6 pacientes lo cual representa el 19.9% para cada uno.

3o.- Úlcera gástrica no complicada con 4 pacientes que equivale al 13.3% (Cuadro I-II).

El tipo de cirugía gástrica electiva realizada más frecuentemente fue el siguiente:

El primer grupo incluye:

Vagotomía troncular bilateral más hemigastrectomía y reconstrucción gástrica tipo Billroth II en 5 pacientes que representa el 16.6% (VTB+HG-BII).

Vagotomía troncular bilateral y piloroplastia en 4 pacientes, que representa el 13.3% (VTB+P).

Vagotomía altamente selectiva más funduplicación tipo Nissen en 2 pacientes representando el 6.6% (VAS+NISSEN).

Vagotomía troncular bilateral, piloroplastia y hemifunduplicación tipo - Guarner en 3 pacientes lo que representa el 16.6% (VTB+P+GUARNER).

Estos cuatro procedimientos fueron los más frecuentes y representa el 46.5% del total de operaciones en cirugía electiva.

En el segundo grupo se efectuaron:

Funduplicación tipo Nissen, vagotomía troncular bilateral y piloroplastia con 6 pacientes representando el 20% (NISSEN+VTB+P).

Y el tercer grupo:

Gastrectomía subtotal ampliada en 5 pacientes con el 16.6% (GSTA).

Los restantes procedimientos representan sólo el 17.3% (5 pacientes) los cuales no tienen significancia estadística. El criterio quirúrgico sólo varió en un 20% (6pacientes) con respecto al preoperatorio.

COMPLICACIONES

Las complicaciones transoperatorias se efectuaron en 2 pacientes (6.6%) y fueron: esplenectomía incidental en 1 paciente y lesión puntiforme del cólon en otro (procedimiento antirreflujo más vagotomía y piloroplastia y gastrectomía subtotal ampliada con colecistectomía respectivamente).

La morbilidad por cirugía electiva fue del 10% (3pacientes), dentro de éstas las complicaciones médicas más frecuentes se presentan en 3 pacientes y fueron: cor pulmonale crónico y cardiopatía mixta en un paciente; STDA- y sepsis en uno más y sepsis y acidosis metabólica en otro paciente. Las complicaciones quirúrgicas también se presentaron en un 10% (3pacientes)- y fueron: absceso abdominal por dehiscencia parcial de un paciente con esofagoyunoanastomosis, fístula biliar en otro paciente con gastrectomía subtotal ampliada y síndrome de asa aferente en otro.

La resolución de las complicaciones quirúrgicas que ameritaron reintervención sólo es del 6.6% (2 pacientes), en éstos se efectuó: lavado y drenaje de cavidad con parche seroso en una esofagoyunoanastomosis, y conversión de un Billroth II en "Y" de Roux en el otro.

Se presentó una mortalidad para cirugía electiva del 6.6% (2 pacientes), - una por gastrectomía subtotal ampliada y otro por gastrectomía subtotal - (Cuadro III).

CIRUGIA DE URGENCIA

La cirugía de urgencia se efectuó en 23 pacientes (43.3%), 14 pacientes - del sexo masculino (60.8%) y 9 pacientes del sexo femenino (39.3%), con - una relación hombre-mujer de 1.5 a 1; con un rango de edad que va de los- 33 a los 89 años y promedio de 52 años. La estancia hospitalaria fue de- 3 a 70 días con un promedio de 16.1 días.

El diagnóstico clínico preoperatorio y endoscópico sólo tiene una certeza en 20 pacientes (86.9%) y falla diagnóstica en 4 pacientes (13.04%).

INDICACIONES QUIRURGICAS

1o.- Sangrado del tubo digestivo alto (STDA) en 9 pacientes que representa el 39.1%.

2o.- Ulcera péptica perforada en 4 pacientes con sólo el 17.3%.

3o.- Ulcera péptica sangrante al igual que el abdomen agudo con 2 pacientes, lo que representa el 8.69% respectivamente (Cuadro IV-V).

El tipo de cirugía gástrica de urgencia más frecuente es el siguiente:

1o.- Parche de Graham en 9 pacientes lo que representa el 39.1% (PG).

2o.- Gastrotomía con sutura hemostática en 8 pacientes lo que representa un 34.7% (GASTROSTOMIA+SH).

3o.- Vagotomía troncular con piloroplastia y sutura hemostática, en sólo 2 pacientes con un 8.6% (VTB+P+SH) (Cuadro VI).

Los restantes procedimientos representan sólo el 17.6% (4 pacientes).

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones transoperatorias fueron:

Del orden médico: hipovolemia en 4 pacientes, lo que nos da una frecuencia del 17.3%; y las quirúrgicas se presentaron en 2 pacientes representando el

8.69%; uno con laceración hepática Grado II y otro con lesión esplénica y esplenectomía incidental.

La morbilidad postoperatoria médica y quirúrgica fue del 26.08% y 13.04% respectivamente. Las primeras fueron en 5 pacientes y cada uno presentó dos o más órganos afectados y son: en el primer paciente presentó desnutrición de III Grado, SIRPA, sepsis, IRA y D.M. Tipo I; el segundo paciente cursó con desequilibrio H/E e hipovolemia; el tercero SIRPA y falla de bomba; el cuarto tuvo STDA y leucemia granulocítica, y el último cardiopatía mixta, EPOC e IRC.

Las complicaciones quirúrgicas se presentaron en 3 pacientes, cada uno con una complicación como mínimo: el primero con fístula gástrica, perforación gástrica y hemorragia postoperatoria; el segundo desarrollo síndrome de asa aferente y el último dehiscencia de parche de Graham.

El tratamiento de las complicaciones quirúrgicas que ameritaron reintervención, fue en 3 pacientes, representando el 21.73%. El primer paciente requirió más de una reintervención: cierre de perforación gástrica en tres planos con gastroyeyunoanastomosis y yeyunostomía, cierre de perforación gástrica en tres planos con sonda de Foley y gastroyeyunoanastomosis retrocólica y procedimiento de Mikulicz. En el segundo paciente se realizó lisis de adherencias y conversión de Billroth II en "Y" de Roux. En el último paciente se efectuó conversión de vagotomía troncular bilateral y piloroplastía en Billroth II.

La mortalidad por cirugía gástrica de urgencia en el Hospital Regional -

"Gral. Ignacio Zaragoza" es del 21.73% (5 pacientes), dos de ellos postoperados de parche de Graham (Úlcera duodenal perforada); dos pacientes con gastrostomía y sutura hemostática, que representa al igual que los anteriores el 8.6% (postoperado de Úlcera gastroduodenal sangrante y muñón-gástrico sangrante Billroth II antiguo), y por último un paciente postoperado de gastrectomía subtotal por Úlcera gástrica Tipo IV igual al 4.3%.

Cada uno de los cinco pacientes presentó de una a tres enfermedades asociadas siendo las siguientes: en el primero, D.M. Tipo II, osteoartritis, desnutrición III; el segundo presentaba artritis reumatoide, HAS y cardiopatía aterosclerótica y EPOC; y el tercero tenía leucemia granulocítica, osteoartritis postoperado de prostatectomía; el cuarto con HAS, hipotiroidismo y obesidad exógena; y el último paciente presentaba insuficiencia cardíaca, SIRPA y falla de bomba.

CUADRO I

INDICACIONES EN CIRUGIA GASTRICA ELECTIVA H. R. "G.I.Z." 1988 - 1989

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	PACIENTES	PORCENTAJE
ULCERA DUODENAL + H. H.	6	20.0%
ULCERA DUODENAL + ESTENOSIS P.	4	13.3%
CA. DE ESTOMAGO	4	13.3%
ULCERA GASTRICA	4	13.3%
ULCERA DUODENAL	3	10.0%
ESOFAGO DE BARRET	3	10.0%
ESOFAGITIS PEPTICA III	2	6.6%
ESOFAGITIS PEPTICA IV	1	3.3%
ESTENOSIS PILORICA + H. H.	1	3.3%
DUODENITIS SEVERA	1	3.3%
OBESIDAD MORBIDA	1	3.3%
T O T A L	30	99.7%

I.S.S.S.T.E.

NOV. 89

CUADRO II

INDICACIONES EN CIRUGIA GASTRICA ELECTIVA H. R. "G. I. Z." 1988 - 1989		
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO (+)	PACIENTES	PORCENTAJE
CA DE ESTOMAGO	2	6.6%
LINFOMA GASTRICO	1	3.3%
QUISTE DE CABEZA DE PANCREAS	1	3.3%
T O T A L	4	13.2%

(+) FALLA EN EL Dx. PREOPERATORIO 13.2%

CUADRO III

CIRUGIA GASTRICA ELECTIVA MAS FRECUENTE EN EL H. R. "G.I.Z." 1988 - 1989

CIRUGIA REALIZADA	PACIENTES	PORCENTAJE
NISSEN + VTB + P	6	20.0%
GSTA	5	16.6%
VTB + HG - B II	5	16.6%
VTB + P	4	13.3%
GUARNER + VTB + P	3	10.0%
NISSEN + VAS	2	6.6%
BIOPSIA + VEYUNOSTOMIA	1	3.3%
MASSON	1	3.3%
GTA + EYA + YR	1	3.3%
GYA	1	3.3%
GYA + DRENAJE PANCREATICO	1	3.3%
T O T A L	30	99.6%

I.S.S.S.T.E.

NOV. 89

CUADRO IV

INDICACIONES EN CIRUGIA GASTRICA DE URGENCIA EN EL H.R. "G.I.Z." 1988-1989

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE INGRESO	PACIENTES	PORCENTAJE
STDA	9	39.1%
ULCERA PEPTICA PERFORADA	4	17.3%
COLECISTITIS AGUDA	2	8.6%
ULCERA GASTRICA SANGRANTE	2	8.6%
ABDOMEN AGUDO	2	8.6%
HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN	1	4.3%
PERFORACION VISCERA HUECA	1	4.3%
ULCERA DUODENAL SANGRANTE	1	4.3%
TROMBOSIS MESENTERICA	1	4.3%
T O T A L	23	99.4%

I.S.S.S.T.E.

NOV. 89

CUADRO V

INDICACIONES PARA CIRUGIA GASTRICA DE URGENCIA EN EL H.R. "G.I.Z." 88-89

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO (+)	PACIENTES	PORCENTAJE
ULCERA GASTRICA SANGRANTE	9	39.1%
ULCERA GASTRICA PERFORADA	7	30.4%
ULCERA DUODENAL PERFORADA	5	21.7%
ULCERA DUODENAL SANGRANTE	1	4.3%
HERIDA PENETRANTE DE ESTOMAGO	1	4.3%
T O T A L	23	99.8%

(+) FALLA EN EL Dx PREOPERATORIO 13.04%

CUADRO VI

CIRUGIA GASTRICA DE URGENCIA MAS FRECUENTE EN EL H.R. "G.I.Z." 1988-1989

CIRUGIA REALIZADA	PACIENTES	PORCENTAJE
PARCHE DE GRAHAM	9	39.3%
GASTROTOMIA + S. H.	8	34.7%
VTB + P + S. H.	2	8.6%
VTB + A - B II	1	4.3%
CIERRE PRIMARIO	1	4.3%
GST - B II	1	4.3%
GP - B I	1	4.3%
T O T A L	23	99.8%

I.S.S.S.T.E.

NOV. 89

DISCUSION

Las indicaciones en cirugía en los pacientes con enfermedad ácido-péptica son hoy en día las mismas que en el pasado.

Las indicaciones para operar a un paciente no es por la presencia de la úlcera en sí, sino por sus complicaciones. (12)

En el manejo de cualquier patología dada, un tratamiento, con frecuencia sobresale como el mejor según el cual deben medirse todos los otros en términos de seguridad y efectividad.

ULCERA DUODENAL

La enfermedad ácido péptica no es la excepción; lo que se trata es una persona, no una úlcera. Si queremos el mejor tratamiento, debemos considerar al paciente como un individuo y no sólo como el poseedor de un defecto en la mucosa duodenal. Por lo que deben de tomarse en cuenta muchos factores: edad, estado general de salud, nutrición, toxicomanías, actividad, personalidad, urgencia o electividad.

Durante la selección del tratamiento quirúrgico para la úlcera duodenal, siempre se deben considerar los siguientes factores: mortalidad quirúrgica y morbilidad postoperatoria, incidencia de úlcera después de 5 a 10 años, efectos secundarios de la operación, consecuencias metabólicas a largo plazo, facilidad o dificultad de una segunda operación, incidencia de carcinoma después de 15 a 30 años y capacidad del cirujano.

El análisis de los factores por el cirujano para seleccionar al paciente y de los factores para seleccionar el tratamiento darán por resultado una terapéutica óptima.

VAGOTOMIA Y ANTRECTOMIA

Es el mejor procedimiento ya que posee el menor índice de úlcera recurrente, que es alrededor del 2% y está sólo indicado en pacientes jóvenes - quienes sí pueden tolerar el procedimiento quirúrgico mayor y fácilmente se reincorporarán a su actividad productiva.

VAGOTOMIA TRONCULAR Y UN PROCEDIMIENTO DE DRENAJE

La segunda opción por su escasa mortalidad del 1% en cirujanos bien entrenados y con una recurrencia del 10%, está indicada en pacientes quienes no pueden tolerar un procedimiento quirúrgico mayor, por lo que es ideal en pacientes mayores y no en jóvenes, ya que tendrían un importante número de secuelas por ablación del esfínter pilórico.

La selección de la vagotomía de células parietales por los reportes iniciales de sólo una recurrencia del 2% y una mortalidad de 0% en algunos casos parecería ser la mejor opción, y está libre de secuelas. Sin embargo tiene la desventaja en la actualidad de una alta recurrencia que varía grandemente del 12% al 30%, requiriendo mucha experiencia para su realización indicándose en pacientes jóvenes de complexión delgada y con úlcera duodenal no complicada. (13).

En nuestro servicio la principal indicación para tratamiento quirúrgico -

es la intratabilidad con un 23%, y la obstrucción al vaciamiento gástrico con el 16.3%. La mortalidad en cualquier forma de tratamiento quirúrgico es del 6.6%, coincidiendo con la literatura nacional o extranjera. Sólo la lesión esplénica y esplenectomía incidental se presentó en un 3.3% - coincidiendo con los reportes de sólo el 2%. (14, 15)

Los procedimientos quirúrgicos realizados en este estudio son: vagotomía-truncular más piloroplastia con un 13% y por último vagotomía truncular - más hemigastrectomía con reconstrucción Billroth II que representa el - 16.6% y el 29.6% del total de la cirugía electiva. Este procedimiento - quirúrgico coincide con un estudio previo realizado por Dr. Guajardo G. y Dr. Ayala M. (16) en donde reporta además una mortalidad del 6.1% en 31 - pacientes tanto en cirugía de urgencia como electiva.

En este estudio se corrobora que aunque ha disminuido la hospitalización de pacientes con úlcera duodenal, esta última debido a sus complicaciones como son hemorragia y perforación, sigue presentándose en un 8.6% y 24.6% respectivamente. Apoyando a lo anterior los reportes de la perforación - no sólo son del 10% como mencionan algunos sino hasta del 51% según otras estadísticas. (17)

Existe en esta investigación un predominio ligero sobre el sexo masculino y sobre la quinta década de la vida.

La tendencia en el manejo de la úlcera duodenal perforada sigue siendo y - estamos de acuerdo con los reportes nacionales y extranjeros en el cierre

simple; el cual se presentó en nuestro estudio en un 15.9% (4 pacientes)- y el 4.3% (1 paciente) con cirugía definitiva, tomándose como patrones de conducta una menor morbimortalidad con el cierre simple y sobretodo el hecho de tener una cavidad contaminada para efectuar procedimientos definitivos sin saber si existían factores de riesgo para este último.

La mortalidad encontrada en este estudio, por cierre simple es del 8.6% (2 pacientes), el paciente con cirugía definitiva ameritó reintervención quirúrgica por obstrucción del asa aferente y eferente. (18, 19)

Posteriormente si continúa el paciente con sintomatología como es lo más común, se valorará en forma integral y se realizará el tratamiento definitivo siempre en forma electiva, mediante gastrectomía parcial y reconstrucción gastrointestinal tipo Billroth I ó II.

El riesgo más importante es la operación de urgencia propiamente dicha - que tiene una mortalidad del 10% o sea 10 a 20 veces más que la mortalidad de la cirugía electiva.

En cambio el tratamiento de la úlcera duodenal con sangrado puede ser una opción la vagotomía troncular, piloroplastia y sutura hemostática, principalmente en paciente en estado crítico; ya que debe valorarse edad, nutrición, enfermedades asociadas y el grado de urgencia.

Esta se realizó en el 8.6% (2 pacientes). La mortalidad por úlcera duodenal sangrante es de 8.6% similar a la reportada por Larson. (20)

ULCERA GASTRICA

El tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica es mucho más evidente. -
Ya que el factor más importante es un defecto de la mucosa, la terapéutica quirúrgica consiste en extirpar el área afectada de estómago. Una resección gástrica parcial que elimine la mucosa ulcerada es suficiente para evitar la recurrencia en más de 95% de los casos, con anastomosis Billroth I ó II siempre acompañada de vagotomía, ya que esta anastomosis es una preparación ulcerogénica.

Existe un franco predominio de la úlcera gástrica sobre la quinta década de la vida sin importar el sexo; por lo que deberá descartarse malignidad como principal diagnóstico diferencial.

En este estudio sólo se efectuó cuatro gastrectomías subtotales con derivación gástrica tipo Billroth II por falla al tratamiento médico. La mortalidad por gastrectomía, del 80% resultó corresponder al 3.3% (1 paciente). (21)

La complicación transoperatoria más frecuente fue la lesión esplénica y esplenectomía incidental, y las causas de muerte postoperatoria más frecuentes fueron: sepsis, SIRPA, choque, IRA, infarto pulmonar y del miocardio.

Dado que los pacientes pasan de la quinta década de la vida, además con más de dos enfermedades asociadas e ingesta crónica de analgésicos no esteroideos, precipitando su ingreso hospitalario, éstos similar a los re -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

portes de Collier y Pain, siendo las enfermedades asociadas las principales causas de muerte. (22)

La mortalidad general por úlcera gástrica perforada es elevada de 10% a 40%, cifra más alta que la reportada por úlcera duodenal perforada que va del 0% al 10%. La elevada mortalidad por úlcera gástrica es un fiel reflejo de la mayor edad y la presencia más común de enfermedades generalizadas asociadas o coadyuvantes. Concidiendo la mortalidad por úlcera gástrica-perforada con los factores antes mencionados, siendo en este estudio de 4.3% (1 paciente). Por lo antes mencionado el tratamiento quirúrgico de urgencia de la úlcera gástrica perforada es el cierre simple y coincide con el criterio quirúrgico de un estudio previo en esta Unidad. En este estudio se realizó en 5 pacientes representando el 29.9% predominando sobre el tratamiento definitivo que sólo fue del 8.9% (2 pacientes).

Las enfermedades asociadas en nuestro reporte coinciden de uno a cinco órganos enfermos con la mortalidad por sangrado del tubo digestivo alto secundario a úlcera gástrica y duodenal que es del 12.3% similar a la reportada por G. Larson que va del 10% al 20% (23)

El tratamiento para la úlcera gástrica sangrante en nuestra Unidad consiste en gastrectomía y sutura hemostática que se realizó en 8 pacientes, representando el 34.7%, ya que las condiciones críticas del paciente no permitían otra terapéutica. La mortalidad por STDA secundario a úlcera gástrica sangrante fue del 4.3% (1 paciente), a la que se le ofreció tratamiento quirúrgico definitivo con gastrectomía subtotal y derivación gástrica.

trica tipo Billroth II. Predominando el manejo más inocuo y efectivo para un paciente en estado crítico. (24)

La gastrectomía parcial del 50% al 60% con derivación gástrica Billroth I-II, siempre se efectuó en forma electiva, agregando a cualquier tipo de resección gástrica vagotomía troncular, después de una úlcera gástrica perforada o sangrante controlada con el criterio quirúrgico descrito en párrafos anteriores.

Nunca debe emplearse de urgencia porque la mortalidad quirúrgica del procedimiento se eleva del 15% al 50%.

ESOFAGITIS PEPTICA Y ULCERA DUODENAL

Llama la atención que la asociación entre úlcera duodenal y esofagitis péptica se presente como la segunda indicación más para cirugía gástrica electiva representando el 36.6%. El tipo de cirugía es vagotomía troncular y piloroplastía con un procedimiento antirreflujo en 9 pacientes (30%), incluso se manejó la vagotomía de células parietales con un procedimiento antirreflujo en 2 pacientes (6.6%).

Puede agregarse la vagotomía y un procedimiento de drenaje cuando se asocie con úlcera duodenal (14%) o en algunos casos con hipersecreción ácida demostrada por quimismo gástrico y como complemento del mecanismo antirreflujo para disminuir la fisiopatogenia de la esofagitis péptica y evitar que progrese a una estenosis esofágica o a un esófago de Barret que es una condición premaligna, la cual según reportes progresa o termina del -

10% al 14% hacia el adenocarcinoma del tercio distal de esófago o de la unión esofagogástrica. (25)

CARCINOMA GASTRICO

Como mencionamos anteriormente, ya que existe un franco predominio de la úlcera gástrica en la quinta década de la vida, tendremos la obligación de descartar al adenocarcinoma gástrico como primer diagnóstico diferencial. En este estudio se presentó en 5 pacientes en Etapa IC a los que se realizó gastrectomía subtotal ampliada representando el 16.6%, con una mortalidad del 3% (1 paciente) y una morbilidad similar a los reportes nacionales o extranjeros. Las complicaciones transoperatorias al igual que otros reportes es la lesión biliar (lesión puntiforme del colédoco en un paciente). Sólo a un paciente en Etapa III se le realizó biopsia y yeyunosostomía como medida paliativa. (26)

CONCLUSIONES

- 1o.- La frecuencia de cirugía gástrica en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" es del 2.63%; correspondiendo a la cirugía electiva el 56.6% y a la cirugía de urgencia el 43.4%.
- 2o.- Los padecimientos tributarios de cirugía gástrica más frecuentes en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" son de dos tipos: electiva y de urgencia; dentro de los primeros están: úlcera duodenal intractable, con estenosis y asociada con hernia hiatal representando el 46.6%. Adenocarcinoma gástrico Etapa IC-II que al igual que la esofagitis péptica Grado III-IV representa el 19.9% respectivamente. Y úlcera gástrica no complicada que equivale al 13.3%.
- 3o.- La morbimortalidad en cirugía gástrica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" es la siguiente: una mortalidad global del 13.2% y una morbilidad global del 15.8%. Correspondiendo a la cirugía electiva el 6.6% de mortalidad y una morbilidad del 10%. La cirugía de urgencia tiene una mortalidad del 21.73% y una morbilidad médica del 26.08% y quirúrgica del 13.04%.
- 4o.- Por lo tanto la morbimortalidad encontrada por cirugía gástrica en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" es similar a otras Unidades de Tercer Nivel de Atención Médica en el Distrito Federal, como el INNSZ y a reportes de literatura nacional y extranjera.

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo, transversal y abierto realizado del 1o. de Marzo de 1988 al 31 de Agosto de 1989 en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E., México, D. F., con base en 53 cirugías gástricas, se usaron medidas de tendencia central y χ^2 para el análisis estadístico. Lo que arroja una frecuencia de cirugía gástrica de 2.63% y una p mayor de 0.02 y menor de 0.01.

De los 53 casos estudiados por cirugía gástrica, 30 pacientes corresponden a cirugía electiva (56.6%) y 23 pacientes a cirugía de urgencia (43.3%). De los cuales 30 pacientes son masculinos (56.6%) y 23 pacientes son féminas (43.3%) con una relación hombre-mujer de 1.3-1, con un rango de edad que va de los 27-91 años y con promedio de 52 años, con una estancia-hospitalaria global de 3-70 días y con un promedio de 10 días. Se presentó una mortalidad global de 13.2% en 7 pacientes y una morbilidad global del 15% en 8 pacientes. Las principales indicaciones para cirugía gástrica electiva son las siguientes: Úlcera duodenal intratable, con estenosis y asociada con hernia hiatal en 14 pacientes (46.6%). En segundo lugar el adenocarcinoma gástrico EIC-EII con 6 pacientes representando el 19.9% al igual que la esofagitis péptica Grado III-IV con 6 pacientes siendo el 19.9%. Y por último la úlcera gástrica con 4 pacientes que equivale al 13.3%.

Las principales indicaciones para cirugía gástrica de urgencia son: úlcera gástrica sangrante en 9 pacientes con un 39.1%. Úlcera gástrica perforada

rada en 7 pacientes con un 30.4%. Úlcera duodenal perforada en 5 pacientes con un 21%. Úlcera duodenal sangrante en un paciente con un 4.3%, y por último un paciente con herida penetrante de abdomen (estómago).

La morbimortalidad para cirugía electiva fue del 10% en 3 pacientes y 6.6% en dos pacientes respectivamente.

La morbimortalidad para cirugía de urgencia fue del 26.6% en 6 pacientes y del 21.7% en 5 pacientes.

En conclusión la morbimortalidad encontrada por cirugía gástrica en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" es similar a otras Unidades del Tercer Nivel de Atención Médica en el Distrito Federal como el INNSZ y a reportes de la literatura nacional y extranjera.

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

- 1.- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica: Ulceras Duodenal y Gástrica Crónica. Vol. 3-1987. 513-527.
- 2.- Hurtado Andrade Humberto: Úlcera Péptica: Un punto de Vista Quirúrgico. Rev. Gastroenterol. Méx. Vol. 51, No. 4, 1986.
- 3.- S. Aldrete Joaquín: Tratamiento Quirúrgico de la Úlcera Péptica. Cirujano General, Vol. 10, No. 4, 1988.
- 4.- Passaro E et al: Duodenal Ulcer: A disease in Evolution. Curr Probl. Surgery. 21:1, 1984.
- 5.- Sven Gustavsson et al: Gastrectomía Total en Enfermedades Benignas. Clin Qcas Nortea. Vol. 3-1987, 595.610.
- 6.- Asquat Viste et al: Postoperative Complications and Mortality after Surgery for Gastric Cancer. Ann Surg. January 1988. Pag. 7-13.
- 7.- Dib Kuri A. et al: Úlcera Péptica Duodenal Tratamiento Quirúrgico. Rev. Gastroenterol. Méx. Vol. 49, No. 3, 1984.
- 8.- Bordes Aznar J. et al: Úlcera Péptica Gástrica. Tratamiento Quirúrgico. Rev. Gastroenterol Méx. Vol. 49, No. 3, 1984.

- 9.- Spencer Payne W. et al: Esofagitis por Reflujo: Clin Qcas Nortea.
Vol. 3-1987. Pag. 967.
- 10.- Ilkka Saaen et al: Total Gastrectomy an Near-Total for Gastric Cancer
in Patient Over 70 Years of Age. Amer Jour Surg. Vol. 154, Sept.
1987, Pag. 269-270.
- 11.- Collier D.S. et al: Nosteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Peptic Ul-
cer Perforation. Gut 26: 359-363, 1985.
- 12.- Boey J. et al: Perforation in Acute Duodenal Ulcers. Surg. Ginecol
Obstet. 155: 193-196, 1982.
- 13.- Ceneviva R. et al: Simple Suture With o Without Proximal Gastric Vago-
tomy for Perforated Duodenal Ulcer. Br. J. Surgery. 73: 427-430, 1986.
- 14.- Drury N. K. et al: Natural History of Perforated Duodenal Ulcers Trea_
ted by Suture Closure. Lancet 2: 749-750, 1978.
- 15.- Jordan G. L. et al: Surgical Managamet of Perforated Peptic Ulcer. Ann
Surg. 179: 628-633-1979.
- 16.- Boey J. et al: Risk Atratification in Perforated Duodenal Ulcer: a Prog_
pective Validation of Predictive Factors. Ann Surg. 205: 22-26, 1987.
- 17.- Boey J. et al: Immediate Definitiva Surgery for Perforated Duodenal Ul
cers: a Prospective Controlled Trial. Ann Surg. 196: 338-344, 1982.

- 18.- Heuman R. et al: Perforate Duodenal Ulcer: Long Tern Results Following Simple Closure. Acta Chir Scand. 149: 77-81, 1983.
- 19.- Griffin et al. The Natural History of Perforated Duodenal Ulcer Treated by Suture Plication. Ann Surg. 183: 382-385, 1976.
- 20.- Reed R. C. et al: Gastric Outlet Obstruccion After Omentopexy for Perforated "Acute" and "Cronic" Duodenal Ulceration. Ann J. Surg. 130: 682-687, 1975.
- 21.- Jordan et al: Shuold it be Parietal Cell Vagotomy or Selective Vagotomy Antrectomy for Treatment of Duodenal Ulcer? a Progress Report. Ann Surg 205: 572-590, 1987.
- 22.- Jordan et al: Surgical Managament of Perforated Peptic Ulcer. Ann Surg. 179: 628-633, 1979.
- 23.- Jordan et al: Envolment of a New Tratment for Perforated Duodenal Ulcer. Surg. Ginecol. Obstet. 142: 391-395, 1976.
- 24.- Tomphiphat et al: Surgical Treatment of Perforated Duodenal Ulcer: a Prospective Trial Between Simple Closure and Definitive Surgery. Br J. Surg. 72: 370-372, 1987.
- 25.- Anderson et al: The Aarhus County Vagotomy Trial II: an Intern Report of Reduction in Acid Secretion and Ulcer Recurrencia Following Parietal Cell Vagotomy an Selective Gastric Vagotomy. World J. Surg. 2: 91-100, 1978.

- 26.- Choi et al: Proximal Gastric Vagotomy in Emergent Peptic Ulcer Perforation. : Surg. Ginecol Obstet 163: 531-535, 1986.
- 27.- Boey J. et al: Immediate Definite Surgery for Perforated Duodenal Ulcers: a Prospective Controlled Trial. Ann Surg. 196: 338-344, 1988.
- 28.- Johnston et al: Treatment of Peptic Ulcers and int Complications. Ra cen Advances in Surgery. Vol. 10 London 1980. 335-409.
- 29.- Thornbjomson et al: Perforated G-stric Ulcer. An J. Surg. 126: 93-97, 1977.