

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

101  
2oj-



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Hospital de Especialidades del Centro Médico  
"La Raza"

Instituto Mexicano del Seguro Social

"ULCERA PEPTICA PERFORADA  
EXPERIENCIA HOSPITAL GENERAL  
CENTRO MEDICO LA RAZA"

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALIDAD EN  
CIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A :

DRA. MINERVA VEGA PAZ

ASESOR DE TESIS:

Dra. Graciela Zermeño Gómez



IMSS

México, D. F. TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1992



## **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.

I.	INTRODUCCION .....	1
II.	JUSTIFICACION .....	4
III.	OBJETIVO GENERAL .....	5
III.1	OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	5
IV.	MARCO TEORICO .....	6
IV.1	ANTECEDENTES HISTORICOS .....	6
IV.2	INCIDENCIA .....	7
IV.3	ETIOLOGIA .....	8
IV.4	SEXO .....	9
IV.5	EDAD .....	10
IV.6	OCUPACION .....	11
IV.7	ESTACION .....	11
IV.8	GEOGRAFIA .....	12
IV.9	PATOLOGIA .....	13
IV.9.1	TIPOS DE PERFORACION .....	13
IV.9.2	FISIOPATOLOGIA DE LA LESION PERITONEAL .....	15
IV.10	MANIFESTACIONES CLINICAS .....	17
IV.11	DIAGNOSTICO .....	20
IV.12.1	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	21
IV.13	TRATAMIENTO .....	22
IV.14	COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS .....	27
IV.15	PRONOSTICO .....	27
V.	MATERIAL Y METODO .....	28
VI.	RESULTADOS .....	29

VI.1	INCIDENCIA .....	29
VI.2	SEXO .....	29
VI.3	EDAD .....	29
VI.4	FACTORES COEXISTENTES .....	33
VI.4.1	ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD AC. PEPTICA ...	33
VI.4.2	TABAQUISMO .....	33
VI.4.3	ALCOHOLISMO .....	33
VI.4.4	INGESTA DE MEDICAMENTOS DEL TIPO "AINE" .	33
VI.4.5	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA .	38
VI.4.6	DIABETES MELLITUS .....	38
VI.4.7	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA .....	38
VI.4.8	CARDIOPATIA .....	38
VI.4.9	NEUMOPATIA .....	38
VI.4.10	NEFROPATIA .....	40
VI.4.11	CRECIMIENTO PROSTATICO .....	40
VI.5	MANIFESTACIONES CLINICAS .....	41
VI.5.1	EVOLUCION DEL CUADRO SIMTOMATICO .....	41
VI.5.2	SINTOMAS Y SIGNOS .....	41
VI.6	DIAGNOSTICO .....	49
VI.6.1	METODOS DIAGNOSTICOS .....	49
VI.6.2	CERTEZA DIAGNOSTICA .....	49
VI.7	HALLAZGOS QUIRURGICOS .....	51
VI.7.1	TOPOGRAFIA ULCEROSA .....	51
VI.8	TRATAMIENTO QUIRURGICO .....	56
VI.9	TRATAMIENTO MEDICO .....	59

<b>VI.10</b>	<b>MORBIMORTALIDAD .....</b>	<b>60</b>
<b>VI.10.1</b>	<b>MORBILIDAD POSTOPERATORIA .....</b>	<b>62</b>
<b>VI.10.2</b>	<b>MORTALIDAD POSTOPERATORIA .....</b>	<b>64</b>
<b>VI.11</b>	<b>ESTANCIA HOSPITALARIA .....</b>	<b>64</b>
<b>VII.</b>	<b>DISCUSION .....</b>	<b>66</b>
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>71</b>
<b>IX.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUCCION.

La perforación complica la Úlcera péptica en aproximadamente la mitad de pacientes ulcerosos, casi la misma frecuencia que para la hemorragia. La mayoría de las Úlceras perforadas están situadas en la cara anterior del estómago, aunque ocasionalmente las Úlceras gástricas perforan hacia la retrocavidad de los epiplones. La tasa de mortalidad de 15% se correlaciona con el aumento de la edad, sexo femenino y perforaciones gástricas. El diagnóstico pasa inadvertido en 5% de pacientes, la mayor parte de los cuales fallecen. (1)

El pronto reconocimiento del cuadro es de fundamental importancia, ya que sólo con el diagnóstico y tratamiento tempranos es posible reducir la mortalidad aún relativamente elevada. Por alguna razón no totalmente reconocida, la base de la Úlcera se rompe bruscamente de lo que resulta que el contenido del estómago, del duodeno o del yeyuno escapa hacia la cavidad peritoneal, iniciando una serie de acontecimientos que, si no son correctamente manejados, pueden conducir a una peritonitis bacteriana generalizada y a la muerte del paciente. (2)

Aunque las complicaciones graves de la enfermedad ulcerosa péptica se han hecho menos frecuentes en los últimos 5 a 10 años, el cierre quirúrgico de la Úlcera duodenal perforada continúa siendo una medida útil y salvadora. En los últimos años se ha tendido a combinar el cierre de la Úlcera con alguna forma de interrupción de los nervios vagos y a veces con una vagotomía más resección. (3)

Las úlceras de cara anterior tienden a perforarse en lugar de sangrar debido a la ausencia de vísceras protectoras y de vasos sanguíneos importantes sobre su superficie. En menos de 10%, el sangrado agudo de una úlcera posterior "bescuena" complica a la perforación anterior, asociación que implica una tasa elevada de mortalidad.

Los cultivos iniciales muestran ausencia de bacterias o un leve desarrollo de estreptococos o enterococos. (1)

A veces, especialmente si el estómago está relativamente vacío, la perforación puede quedar bloqueada y el peritoneo puede afrontar la contaminación ocurriendo entonces recuperación espontánea. En ocasiones, la perforación puede quedar aislada de la cavidad peritoneal y formarse un absceso localizado en la trascavidad de los epiplones, en los espacios subfrénicos o en la región paracólica derecha. (2)

La gravedad de la enfermedad y la posibilidad de muerte están en relación directa con el periodo entre la perforación y el cierre quirúrgico. (1)

En los pacientes de alto riesgo, en particular los que se presentan con sepsis, shock o peritonitis generalizada, y en los que han sido tratados con grandes dosis de corticosteroides por enfermedad intercurrente, la operación más sencilla es la mejor. Del mismo modo, en los ancianos, en los que no se tenían síntomas antes de la perforación y en los que tienen la perforación desde más de 24 horas a 36, la operación más racional es una sutura simple con un pedículo de epiplón.

Las úlceras grandes, crónicas e induradas, en especial cuando la perforación es mayor de 5 mm de diámetro, tienen gran incidencia de nueva perforación y estenosis y requieren una operación coadyuvante para la úlcera, además de un cierre con parche o en lugar de él.

Los pacientes con las siguientes entidades requieren una operación definitiva para la úlcera:

1. Úlcera gástrica perforada
2. Combinación de Úlcera gástrica y duodenal, una de las cuales se ha perforado
3. Perforación con síntomas preexistentes de Úlcera crónica
4. Obstrucción y perforación coexistentes
5. Hemorragia y perforación coexistentes
6. Operación anterior por Úlcera duodenal perforada

Varios cirujanos preconizaron la vagotomía gástrica proximal y duodenorrafia con un parche epiploico para la úlcera duodenal perforada en pacientes cuyo estado general y rasgos físicos permitan hacer esta maniobra. Aquí la advertencia es descartar una obstrucción duodenal porque -- entonces la operación sería insatisfactoria. Si se elige una vagotomía selectiva o troncular con piloroplastia, se debe escindir la úlcera al -- hacer la piloroplastia. (3)



**II. JUSTIFICACION.**

En vista de la trascendencia que tiene el estudio y tratamiento quirúrgico de la Úlcera péptica perforada en nuestra institución y en el país por su relativa alta morbilidad y alto costo por estancia hospitalaria prolongada, considera que es situación suficiente para llevar a cabo una revisión retrospectiva de los expedientes de pacientes con esta patología que fueron atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital General, Centro Médico La Raza en el periodo comprendido del 1o. de junio de 1989 al 31 de diciembre de 1991; con la finalidad de conocer la incidencia actual, las características clínicas, así como lo oportuno de su tratamiento y los resultados respectivos.

### III. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo del presente estudio es analizar la incidencia de la Úlcera Péptica Perforada, los factores coexistentes que de alguna forma aumentan la morbimortalidad, la topografía más frecuente de la Úlcera, lo certero y oportuno de su diagnóstico, el tipo de reparación quirúrgica de urgencia y los resultados respectivos.

#### III.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- A) Con respecto al manejo quirúrgico integral; considerar los -- criterios para la elección del procedimiento y los resultados en función de la morbilidad y mortalidad perioperatoria.
- B) Determinar si la conducta de manejo en el Hospital General -- CHR, es la más adecuada.

#### IV. MARCO TEORICO.

##### IV.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

A mediados del siglo XIX la perforación era una complicación rara. en 1857, Brinton sólo pudo recolectar 234 casos publicados. Durante los cien años siguientes se produjo un progresivo incremento en su frecuencia pero la evidencia indica que desde alrededor de 1955 su incidencia se encuentra en firme declinación. Illingworth y col. (1964) demostraron que en Glasgow, entre 1924 y 1944, el incremento fue de más de cinco veces y que una elevación similar se observó en otras grandes ciudades de Gran Bretaña durante ese mismo periodo. Estudios realizados por Weir -- (1960) en el noreste de Escocia y por Meckay (1966) en el oeste de esa región demostraron que alrededor de 1953 se alcanzó la máxima incidencia, luego la declinación ha sido firme. Esto fue confirmado recientemente -- por Dark y MacArthur (1983) quienes informaron que en el sudoeste de Escocia la incidencia cayó de 21.6 por 100,000 habitantes durante el periodo 1946-1965 a 14.6 por 100,000 habitantes durante 1975-1980. También -- observaron que la perforación se ha tornado más común en mujeres. La caída total en la incidencia se debió absolutamente a una reducción en el número de perforaciones en la región piloro-duodenal en hombres. (2)

#### IV. 2 INCIDENCIA.

Es difícil evaluar el riesgo de perforación de una úlcera péptica. En una revisión de 32,439 casos de úlceras gastroduodenales, DeBekey encontró 4,410 perforaciones, una incidencia del 13.3%. Haeger (1929) comprobó que la perforación ocurrió en el 18.7% de un total de 9,475 casos de úlcera péptica. Sin embargo, la mayoría de las estadísticas se basan en la proporción de úlceras pépticas que se perforan en pacientes atendidos o internados en instituciones hospitalarias. Si se considera el gran número de pacientes ulcerosos tratados fuera del hospital, es probable que la incidencia de perforación de la úlcera péptica sea considerablemente inferior a la señalada.

La incidencia de úlceras gástricas perforadas ha permanecido sin modificaciones, en alrededor de 2.5 por 100,000 habitantes. Una revisión de úlceras duodenales perforadas en la región de Seattle, realizada por Smith en 1977, demostró una declinación, durante la década precedente, del 35% tanto en perforaciones como en toda la cirugía de la úlcera duodenal. Muchos otros artículos también informan acerca de una declinación de la incidencia de ulceración péptica en los Estados Unidos, que comenzó alrededor de 1953.

La razón de esta declinación en la incidencia de úlcera péptica perforada no se conoce totalmente. Smith señala que esa reducción ciertamente desafía la idea de que la úlcera duodenal se debe principalmente a la tensión o stress de la vida urbana, ya que éste no ha disminuído en los últimos años. (2)

La introducción de bloqueadores  $H_2$  no ha decrementado la inciden-

- cia de complicaciones severas de la úlcera péptica requiriendo cirugía de urgencia, indicando que estas drogas probablemente no influyen la mortalidad de la enfermedad ulcerosa péptica. (4)

La incidencia de las complicaciones ulcerosas no ha cambiado de 1974-1984, con una incidencia para perforación ulcerosa de 4-10/100,000 - por año y de sangrado ulceroso de 5-10/100,000 por año. (4)

Sin embargo los antagonistas  $H_2$  dramáticamente han reducido la incidencia de tratamiento quirúrgico electivo. (5, 6, 7).

#### IV. 3 ETIOLOGIA.

Stewart y Wineer, en 1942, presentaron evidencia convincente acerca de la relación que existe entre la ansiedad inducida por el stress y la perforación de úlcera péptica. Comprobaron una incidencia enormemente aumentada de úlcera péptica perforada en Londres, entre septiembre y octubre de 1940, que corresponde a la época de los ataques aéreos intensivos. Illingworth concluyó que la ansiedad con relación a la guerra, el trabajo excesivo y la subnutrición podían explicar los hallazgos similares.

Hinchey y col. (1970), tras un estudio del síndrome de úlcera por stress agudo, postularon que el principal factor era una disminución en la eficiencia de los mecanismos que protegen las mucosas gástrica y duodenal de la acción del ácido. Los fármacos que se asocian con la producción de ulceración péptica, como la fenilbutazona, la indometacina, la aspirina y los corticosteroides, actúan de modo similar dañando los mecanismos protectores de la mucosa.

Smedley y col. (1989) confirman la asociación de AINE y complica-

- ción de úlcera péptica en pacientes mayores de 65 años y particularmente susceptibles de la mucosa gástrica por los efectos de tales drogas. (2, 8)

Se reconocen como factores de riesgo para perforación ulcerosa al tabaquismo, alcoholismo, drogas ulcerogénicas. (9)

El antagonista del receptor  $H_2$ , la cimetidina, ha sido aclamado por su éxito en el tratamiento de la úlcera péptica y se señalaron pocos efectos secundarios. Sin embargo, en 1977, Wallace y col. informaron acerca de tres casos de perforación de úlceras pépticas crónicas - (una gástrica y dos duodenales) posiblemente como consecuencia de la interrupción brusca del tratamiento farmacológico, ya que los tres ocurrieron dentro de los 10 días de suspendida la cimetidina. Estas perforaciones pueden deberse al incremento del ácido por rebote. Sin embargo, en los estudios realizados hasta ahora no se han encontrado evidencias consistentes acerca de la existencia de rebote (Wallace y col., - 1977).

Se ha publicado por lo menos un caso de perforación de una úlcera duodenal crónica estando el paciente recibiendo cimetidina bajo supervisión médica (Ellis y col., 1977). (2)

#### IV. 4 SEXO.

La perforación de la úlcera péptica es más común en el hombre que en la mujer. No obstante, indudablemente ha ocurrido una reducción gradual de la relación hombre:mujer, posiblemente debido a que cada vez más la mujer toma responsabilidades y ocupaciones tradicionalmente asociadas

- con el hombre. Por otra parte, en los últimos años una proporción -- más elevada de mujeres se han tornado fumadoras inveteradas. En Escocia la relación hombre:mujer en 1953 era de 19:1, en 1966 de 6:1 y en 1973 -- de 4:1. Si bien la perforación de la úlcera duodenal es más común en am- -- bos sexos, la perforación de la úlcera gástrica es más común en la mujer.

Se reporta en Suecia una relación hombre:mujer de 4.2 a 1.5:1, (Gus- -- tavasson y col., 1989). (2,6)

#### IV. 5 EDAD.

Hasta 1940, un 75% de las perforaciones de úlceras pépticas ocu- -- rrian entre la tercera y quinta décadas de la vida. Desde entonces el -- porcentaje de perforaciones que ocurren en la sexta, séptima y octava -- década es cada vez mayor. Las úlceras gástricas son más comunes en per- -- sonas de edad avanzada y el porcentaje de población anciana en las Is- -- las Británicas explica en parte la elevada incidencia de úlcera gástri- -- ca perforada que se observa en la actualidad en comparación con la dé- -- cada de 1950. Se señala mayor mortalidad en relación con la edad, y e- -- xiste acuerdo general en todas las series publicadas de que la mortali- -- dad en pacientes mayores de 65 años sigue siendo desconcertadamente e- -- levada, reportándose de hasta 31%. (2, 10, 11, 12, 13).

También puede ocurrir perforación en el periodo neonatal y durante -- la niñez. Reams y col. (1963) informaron la mortalidad del 57% de un -- total de 39 recién nacidos con perforaciones.

La perforación de úlceras pépticas durante el embarazo es extrema- -- damente rara y cuando ocurre es inusual que la madre y el niño sobrevi- --

- van. El diagnóstico temprano, la reanimación con líquidos intravenosos y la sutura simple de la perforación, seguido del parto vaginal del feto, ofrecen la mejor esperanza para la supervivencia de la madre y del niño. (2)

#### IV. 6 OCUPACION.

Por lo común se afirma que la perforación tiene más probabilidades de ocurrir en aquellos que realizan trabajos manuales pesados y que el levantamiento de pesos o el ejercicio intenso, al incrementar la presión intraabdominal, precipitan la perforación en el paciente que sufre de úlcera péptica. Strong y Spencer (1950), en una serie recolectada de 1,349 casos, encontraron que el 29% de los pacientes eran fumadores inveterados y el 10% alcoholistas. (2)

#### IV. 7 ESTACION.

Muchos investigadores han tratado de demostrar que existe un incremento en los síntomas ulcerosos y en el número de perforaciones en el invierno. Aparentemente la mayor incidencia ocurre cuando la presión atmosférica es alta y la temperatura baja (Bothe y col., 1975). (2)



#### IV. 8 GEOGRAFIA.

Existen enormes variaciones en la incidencia de perforación en diversas partes del mundo, pero es particularmente común en la civilización occidental y prácticamente desconocida entre las poblaciones más primitivas como la bantú en Sudáfrica. Cuando las personas primitivas pasan a vivir y a trabajar en áreas de la civilización occidental y adoptan sus dietas y hábitos sociales, las probabilidades de que desarrollen úlcera péptica y perforación son más altas. (2)

#### IV. 9 PATOLOGIA.

La perforación aguda puede ocurrir en úlceras duodenales agudas o crónicas, mientras que todas las úlceras gástricas que se perforan son del tipo crónica.

##### IV. 9.1 TIPOS DE PERFORACION.

- A) AGUDA. La úlcera se perfora y la cavidad peritoneal general se inunda con contenido gástrico o duodenal. Esta es, en mucho, la presentación más común.
- B) SUBAGUDA. Sólo un área circunscrita de la cavidad peritoneal resulta contaminada por el escape; es lo denominada úlcera péptica filtrante.
- C) CRONICA. Cuando la úlcera se perfora pero el área bloqueada por adherencias o por vísceras como el páncreas, hígado, colon o el epiploón -- (o cuando una úlcera gástrica se perfora en la trascavidad de los epiploones estando el sitio de escape bloqueado), puede formarse un absceso -- crónico lo cual se asocia a considerable confusión diagnóstica.

Las úlceras pépticas que se perforan comunicando con la cavidad peritoneal general están situadas en la pared anterior o anterosuperior - del duodeno o sobre la curvatura menor del estómago.

Kozell y Meyer (1962) encontraron en la operación o autopsia de casos de úlcera duodenal perforada que el sitio de la perforación estaba - en la pared anterior en el 92%, en la pared posterior en el 2% y en la - unión piloroduodenal o alrededor de ella (clasificadas como úlceras duodenales) en el 6%. (2)

El tamaño de la perforación en las úlceras duodenales varía de 3 mm a más de 1 cm de diámetro, y en las úlceras gástricas puede ser aún mayor.

La úlcera indurada situada en la curvatura mayor es probablemente maligna y requiere medidas radicales, toda vez que sea posible.

Se describen ejemplos de perforaciones múltiples pero son extremadamente raras.

Cuanto más grande la perforación y cuantos más años tenga el paciente, mayor es la morbimortalidad.

La perforación es un proceso que ocurre rápidamente, incluso en úlceras crónicas y se debe a la súbita necrosis de una porción sin soporte del piso de la úlcera, probablemente a causa de un trastorno de irrigación por endarteritis. Inmediatamente después de que se produce la perforación, y como resultado de la acción irritante del contenido gástrico o duodenal, se desarrolla una peritonitis química. Hamilton y Harbrecht (1967) y Kincannon y col. (1963) demostraron que el líquido que escapa es habitualmente estéril y, además, que los cultivos efectuados a partir de material obtenido durante la operación incluso después de 24 horas, son frecuentemente negativos. (2, 7, 9, 13)

#### IV. 9.2 FISIOPATOLOGIA DE LA LESION PERITONEAL.

La respuesta inflamatoria por peritonitis bacteriana o química genera una rápida movilización de grandes cantidades de líquido extracelular, proteínas plasmáticas y leucocitos hacia la cavidad abdominal y el espacio areolar laxo que está entre las vísceras y las membranas peritoneales. Debido a la gran extensión del peritoneo (casi  $2m^2$ ) este secuestro de líquido extracelular con frecuencia alcanza tal magnitud que origina serias consecuencias sobre la hemodinamia. (2)

La contaminación masiva y continua de la cavidad peritoneal como ocurre en la perforación de la cara anterior de una úlcera duodenal, en la perforación del colon por un carcinoma obstructivo o en un desgarro traumático del intestino delgado, origina la diseminación de las bacterias en toda la cavidad peritoneal. El peristaltismo y la posición de un paciente postrado favorecen la diseminación intraabdominal de los contaminantes; ello permite que el líquido infectado llegue inclusive a espacios más distantes por escurrimiento. El área subfrénica se contamina al drenarse las bacterias hacia este espacio potencial normalmente cerrado, debido a la presión negativa que origina el diafragma durante la espiración.

El peritoneo responde a este inoculo bacteriano exudando hacia la cavidad peritoneal un líquido que contiene opsoninas, polimorfonucleares y macrófagos. La fagocitosis y la destrucción real de las bacterias puede ocurrir en la cavidad peritoneal libre.

Un importante mecanismo de defensa peritoneal radica en la capacidad de la circulación linfática regional para absorber bacterias. Un complejo rico en vasos linfáticos atraviesa por debajo del mesotelio dia-

- **fragmático** . Las aberturas en la cubierta mesotelial conectan la cavidad peritoneal con estos linfáticos y permiten eliminar bacterias del peritoneo con tal rapidez que las bacterias aparecerán en la linfa diafragmática a los seis minutos de la contaminación. Las bacterias son filtradas por los ganglios linfáticos torácicos y a veces pueden pasar hacia la circulación sistémica para morir en las células reticuloendoteliales del hígado o el bazo.

El peritoneo exuda grandes cantidades de fibrina en el líquido peritoneal. La actividad fibrinolítica del mesotelio se reduce en la peritonitis y favorece la formación de una malla de adherencias fibrinosas entre las asas del intestino y la superficie peritoneal adyacente parietal.

El "guardián del abdomen", el epiplón mayor, emigra hacia el área de la inflamación en la cavidad peritoneal y ayuda a sellar las filtraciones de las perforaciones.

El fleo que se establece con rapidez luego de la peritonitis, es una ayuda adicional para contener la infección.

#### IV. 10 MANIFESTACIONES CLINICAS.

**PERFORACION AGUDA.** En el diagnóstico de perforación aguda la historia de Úlcera péptica no es necesariamente de importancia. Sólo un 50% de los pacientes con perforación de una Úlcera refiere historia de - síntomas sugestivos de Úlcera péptica crónica cuando son interrogados - durante el episodio agudo. Sin embargo, un cuidadoso interrogatorio después de la recuperación incrementa esa cifra al 70%; el 15% de los pacientes da una historia de sintomatología durante 1 o 2 semanas antes de - la perforación; el 15% restante no refiere ningún tipo de antecedentes - ulcerosos. En nuestra serie únicamente el 30% presentó el antecedente de Enfermedad Ulcerosa Péptica. Un 25% de los pacientes con perforaciones - agudas ha sangrado, pero afortunadamente la catástrofe combinada de perforación y hemorragia masiva es raro; se observa en menos del 2% de los casos.

Si bien la ingesta voluminosa, el examen radiológico con papilla - de bario, el esfuerzo, la tos, el ejercicio intenso o el traumatismo epigástrico son factores que pueden precipitar la perforación, ésta tiene las mismas probabilidades de producirse estando el paciente en reposo o incluso dormido.

Desde el momento de la perforación, el curso clínico puede dividirse en tres etapas, cada una de duración variable; cuando la perforación es libre hacia la cavidad peritoneal:

- 1) primera, irritación peritoneal
- 2) segunda, reacción peritoneal
- 3) tercera, peritonitis bacteriana

El cuadro clínico de una perforación libre es habitualmente inconfundible. El paciente a menudo puede recordar el momento real de la perforación claramente. El enfermo es súbitamente sacudido por un dolor agudo intenso, en el abdomen superior, que rápidamente se torna generalizado. En algunos casos en los que la perforación es pequeña y el escape mínimo, el dolor puede ser localizado, y tiende a sentirse en el lado derecho del epigastrio cuando la úlcera es duodenal y a la izquierda cuando es gástrica. En ocasiones, el dolor inicial se siente sólo en el tórax. El dolor en el hombro, si existe, refleja irritación diafragmática. El dolor en espalda es raro.

La reacción general consiste en una peritonitis química causada por enzimas pancreáticas, bilis o ácido. La reacción peritoneal diluye estos irritantes con un exudado delgado, y como resultado, los síntomas del paciente pueden mejorar temporalmente antes de que progresen a peritonitis bacteriana.

El paciente se nota con mucho sufrimiento, yace quieto con las rodillas pegadas al abdomen, respirando superficialmente para reducir lo más posible el movimiento abdominal. En un inicio no hay fiebre. Los músculos abdominales están rígidos debido a espasmo intenso involuntario. La hiperestesia epigástrica puede no ser tan marcada como se espera, debido a que la rigidez de madera de la pared abdominal protege a los vísceras abdominales de la mano exploradora. El aire que haya escapado del estómago puede penetrar el espacio entre el hígado y la pared abdominal y, a la percusión, la matidez normal sobre el hígado estará ausente y habrá timpanismo. Los sonidos peristálticos están reducidos o no existen. Si hay retardo en el tratamiento permitiéndose que siga escapando aire hacia la cavidad peritoneal, esto puede conducir a distensión abdominal y timpanismo difuso.

En casi la tercera parte de pacientes, la presentación de este cuadro no es tan espectacular. Ocurrirán grados menores de choque con hallazgos abdominales mínimos si el escurrimiento es pequeño o sellado con rapidez. Una perforación duodenal pequeña puede dejar filtrar líquido con lentitud, el cual se escurre por la hendidura peritoneal intestinal, provocando dolor y rigidez muscular en el cuadrante inferior derecho que simula apendicitis aguda.

Las perforaciones pueden estar selladas por epipilón o por el hígado con el desarrollo tardío de un absceso subhepático o subdiafragmático.  
(1, 2, 9, 11, 12, 14, 15)



#### IV. 11 DIAGNOSTICO.

En el 95% de los casos el diagnóstico ofrece escasas dificultades. Sin embargo, la existencia de patología concomitante puede ser causa de confusión. (2, 10, 14)

A) LABORATORIO: Una leucocitosis leve en la gamma de 12,000/ml. es común durante las primeras etapas. Después de 12-24 horas, ésta puede ascender a 20,000/ml. o más si no ha habido tratamiento o éste ha sido inadecuado.

La elevación ligera que ocurre en la cifra de amilasa sérica en algunos pacientes quizá es provocada por la absorción de enzimas de la secreción duodenal dentro de la cavidad peritoneal. La medición directa de líquido obtenida por paracentesis puede demostrar cifras muy elevadas de amilasa.

B) RADIOLOGIA: Las radiografías simples de abdomen revelan aire libre en 85% de los pacientes. Las radiografías deberán ser tomadas con el paciente en posición supina y en posición erecta. Una radiografía en decúbito lateral izquierdo puede constituir una forma más práctica de mostrar el aire libre en el paciente muy molesto que no tolera la posición erecta. Si los hallazgos son dudosos, pueden insuflarse 400 ml. de aire en el estómago a través de una sonda nasogástrica y repetir las radiografías. Puede realizarse una SEGO urgente si hay duda; el bario es el material de elección.

Se ha encontrado que la sonografía es altamente sensitiva en los casos de pequeña acumulación de aire libre en cavidad. (2, 13, 14, 16)

#### IV. 12.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

##### A) ENFERMEDADES AGUDAS MEDICAS

Estas comprenden las enfermedades torácicas agudas, la pleuresia-diafragmática aguda, neumonía lobular, pericarditis aguda, infarto agudo del miocardio, intoxicación alimentaria, crisis gástrica de la tases, meningitis, estado preceptivo del herpes zoster, gastritis aguda y la porfiria aguda.

##### B) ENFERMEDADES AGUDAS QUIRURGICAS

Estas comprenden la apendicitis aguda, pancreatitis aguda, obstrucción intestinal aguda, colecistitis aguda, trombosis mesentérica, ruptura de un embarazo ectópico, peritonitis aguda de cualquier otra causa, ruptura espontánea del esófago, ruptura de un aneurisma aórtico y un aneurisma aórtico disecante. (2)

**IV. 13 TRATAMIENTO.**

Cuando se considere el diagnóstico de úlcera péptica perforada se pasará una SNG y se vaciará el estómago reduciendo la contaminación de la cavidad peritoneal.

Se obtienen muestras de sangre para realizar estudios de laboratorio y se inicia una infusión de antibióticos (por ejemplo, cefazolina, cefoxitina). Si el estado general del paciente es precario debido al retardo en el tratamiento, la reanimación con líquidos deberá preceder a las medidas diagnósticas.

El método más simple: la laparotomía y el cierre mediante puntos de sutura de la perforación, resuelve el problema inmediato pero no tiene efecto definitivo sobre la úlcera. Durante muchos años fue el tratamiento estándar para todos los enfermos, aunque en la década pasada ha sido desafiado abiertamente. Por lo general, el cierre consiste en obtener firmemente el orificio con epipión (cierre de Graham-Steele) en vez de suturar los dos bordes. Debe aspirarse todo el líquido de la cavidad peritoneal, pero no está indicado efectuar un drenaje. Es rara una segunda perforación en el periodo postoperatorio inmediato.

Alrededor de las tres cuartas partes de los enfermos cuya perforación constituye la culminación de los antecedentes de síntomas crónicos continúan teniendo úlcera clínicamente grave después del cierre simple con puntos de sutura. El reconocimiento de este hecho ha conducido gradualmente a un tratamiento más extenso, que involucra una operación definitiva para la úlcera. El mejor método es una vagotomía de células parietales además de cerrar la perforación, pero en algunos casos la vagotomía truncal y piloroplastia o incluso vagotomía y gastrectomía parcial

- son alternativas razonables. Si existe estado de choque, otra enfermedad concurrente grave o peritonitis purulenta, no debe intentarse una operación definitiva. (1, 2, 12)

En una serie de 185 pacientes en Louisiana, 1988; se refiere una mortalidad para pacientes tratados bajo cirugía del 18% y para los tratados de forma conservadora del 95%. Así mismo la mortalidad registrada para los tratados con cirugía definitiva fue del 11.3% y para los tratados con cirugía no definitiva del 22.9%. Además de que los pacientes -- tratados con cirugía no definitiva requirieron de reoperación en el -- 25.7% de los casos. (14)

Sin embargo en otras series, se afirma una baja morbimortalidad -- para el cierre simple con parche omental o la excisión de la úlcera -- gástrica perforada en comparación a la cirugía más amplia. (9)

Se reportaron complicaciones menores en el cierre de la úlcera y -- de la vagotomía proximal gástrica de 7.3% y de 10.8% respectivamente, -- sin embargo, al seguimiento de 3 años, existió una recurrencia del 36.6% y 10.6% para el cierre y la vagotomía proximal gástrica, respectivas -- ( $p=0.001$ ). (17, 18, 19, 20)

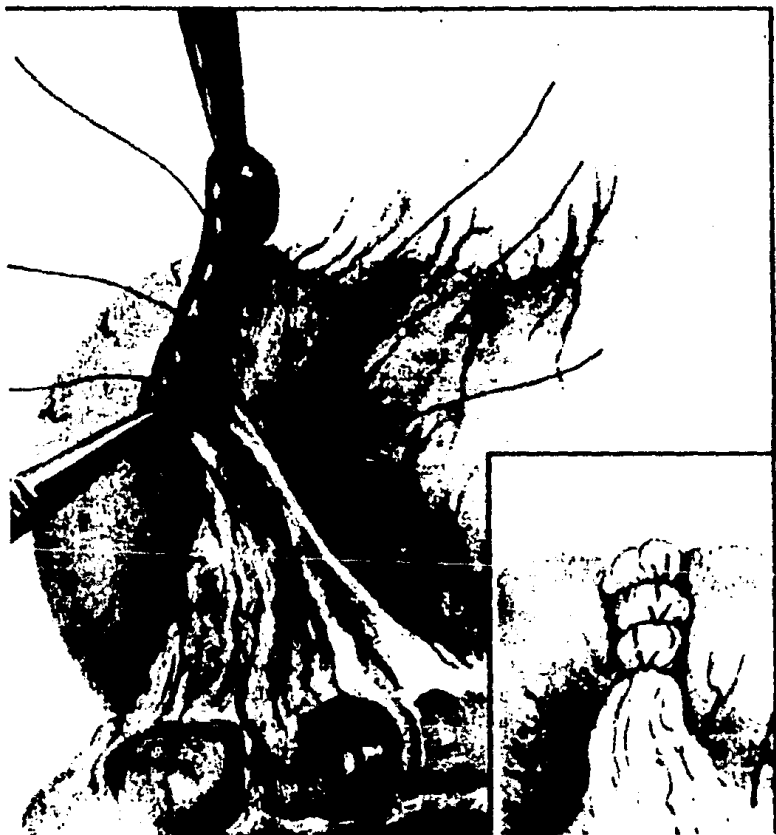
Se sugiere desconexión gástrica en el manejo de Úlcera duodenal -- gigante perforada. (21)

En los pacientes sometidos a sutura simple por Úlcera perforada -- no se ha demostrado incremento en la incidencia de cáncer; sin embargo, el alto riesgo se ha observado en hombres sometidos a gastrectomía sub-total con reconstrucción Billroth II, incrementándose 3.2 veces más el riesgo después de 25 años. (22)

El tratamiento no operatorio consiste en succión gástrica continua y la administración de antibióticos en dosis altas. Aunque esto ha demostrado que constituye una terapéutica eficaz con una tasa baja de mortalidad, va acompañada por una frecuencia significativa de abscesos subfrénicos y peritoneales con mayor morbilidad que el cierre de la perforación. Por esta razón, sólo se emplea para ciertos pacientes con gran riesgo o en aquellos que son vistos ya muy tarde con peritonitis extensa y toxemia. Aún en pacientes con enfermedad avanzada, la intervención quirúrgica constituye el mejor tratamiento si el estado del paciente lo permite. (1, 2, 24, 25)



Perforación aguda de una úlcera duodenal. Obsérvese el método de exposición.  
Aspiración del líquido presente en el espacio subhepático derecho.



Úlcera duodenal perforada. Sutura simple mediante la técnica de Roscoe Graham.

IV. 14 COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS.

- 1) Peritonitis Generalizada
- 2) Abscesos intraperitoneales
- 3) Infección de la herida
- 4) Fístulas gástricas y duodenales
- 5) Atelectasia pulmonar e infecciones respiratorias
- 6) Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar

IV. 15 PRONOSTICO.

Aproximadamente 15% de los pacientes con úlcera perforada fallecen y aproximadamente la tercera parte de éstos no tienen diagnóstico antes de la intervención quirúrgica. La tasa de mortalidad de las úlceras perforadas diagnosticadas lo más pronto posible es baja. El retardo en el tratamiento, necesidad, y enfermedades generales asociadas como padecimientos cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, artropatías por la -- ingesta de AINE (se encontraron como factores de alto riesgo para la morbilidad en la úlcera péptica perforada, aunque son independientes -- de ésta) ocasionan la mayor parte de las muertes.

Se reporta una mortalidad de hasta 24% en pacientes mayores de 60 años no tratados quirúrgicamente. (1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 25)



## V. MATERIAL Y MÉTODOS.

1) **Pacientes estudiados.** El presente estudio es un análisis retrospectivo de 41 pacientes, entre el 10. de junio de 1979 y el 31 de diciembre de 1981, por perforación de úlcera péptica. El grupo está compuesto de 27 mujeres (66.3%) y 14 hombres -- (33.6%) respectivamente con una edad promedio de 42 años (rango de 24 a 71 años).

En todos ellos se comprobó la úlcera péptica perforada, la cual se trató quirúrgicamente de forma urgente.

2) **MÉTODOS.** Se confeccionó una ficha especialmente diseñada para el presente estudio, donde se variaron todos los datos de cada paciente. Un total de 26 variables fueron analizadas.

3) **Seguimiento.** Cada paciente fue controlado por su médico tratante intrahospitalariamente hasta ser egresado de forma satisfactoria.

ESTA TESIS DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**VI. RESULTADOS.**

**VI. 1 INCIDENCIA.**

Durante el periodo comprendido entre el 1o. de junio de 1989 y el 31 de diciembre de 1991 se determinó un número global de cirugías en el Servicio de Cirugía General del Hospital General GMR de 4,326. De las cuales 47 (1.08%) fueron para Enfermedad Ulcerosa Péptica. De éstas, 26 (0.60%) correspondieron a cirugía electiva y 21 (0.48%) a cirugía de urgencia para Úlcera péptica perforada.

**VI. 2 SEXO.**

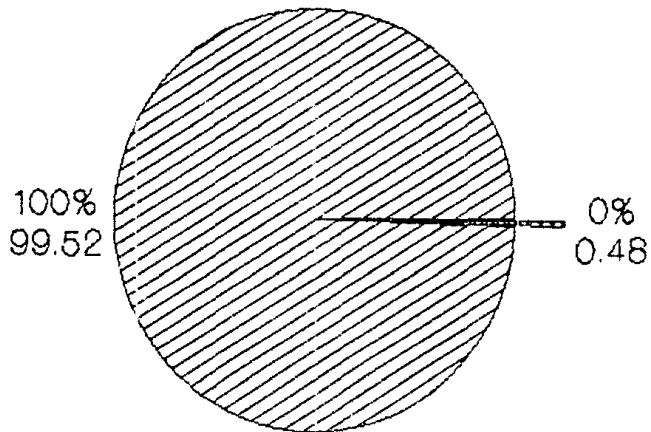
De los 21 pacientes de la serie, 14 fueron hombres y 7 mujeres, - lo que corresponde a un 66,6% y 33,3% respectivamente; con una relación aproximada hombre:mujer de 2:1.

**VI. 3 EDAD.**

La edad de los pacientes estudiados tuvo un rango de 24 a 90 años con una media global de 62 años. En lo concerniente a la distribución por décadas de la vida se encontró que de los 60 a los 70 años existió la máxima concentración, correspondiendo a un 52% de pacientes.

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

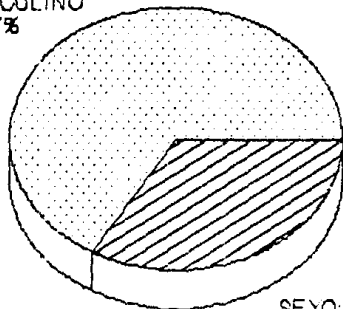
## INCIDENCIA EN H.G. CMR



CIRUGIA GENERAL

# ULCERA PEPTICA PERFORADA INCIDENCIA EN H.G. CMR

SEXO: MASCULINO  
66.6 67%

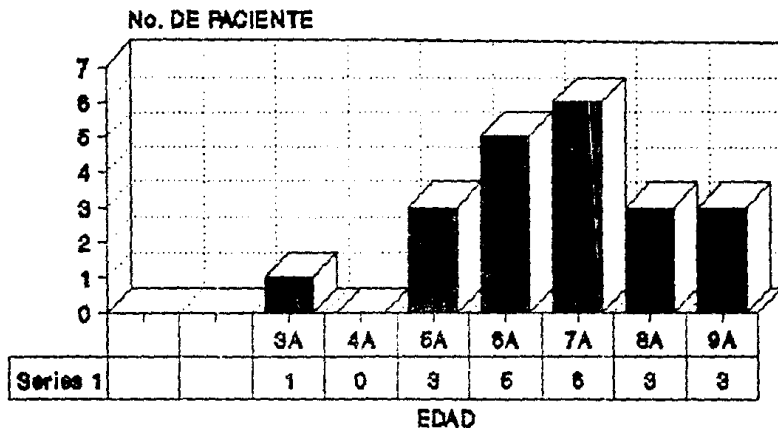


SEXO: FEMENINO  
33.3 33%

**RELACION: 2:1**

# CIRUGIA GENERAL

## ULCERA PEPTICA PERFORADA



Series 1

RANGO- 24 A 90 AÑOS

MEDIA-82 AÑOS

#### VI. 4. FACTORES COEXISTENTES.

Se refieren a los antecedentes de importancia presentes en los pacientes estudiados en esta serie para el padecimiento actual.

También se muestran algunos antecedentes, aunque no directos a enfermedad Ulcerosa Péptica, de alguna forma contribuyeron al aumento de la morbilidad y mortalidad.

##### VI. 4.1 ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA.

Se encontró en 8 pacientes, corresponde al 38% del total.

##### VI. 4.2 TABAQUISMO.

Se encontró en 8 pacientes, corresponde al 38%.

##### VI. 4.3 ALCOHOLISMO.

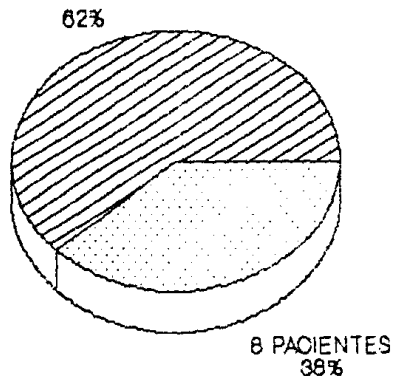
Se encontró en 9 pacientes, corresponde al 42.8% .

##### VI. 4.4 INGESTA DE MEDICAMENTOS DEL TIPO "ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES" (AINE).

Se encontró en un sólo paciente, correspondiente al 4.7%.

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

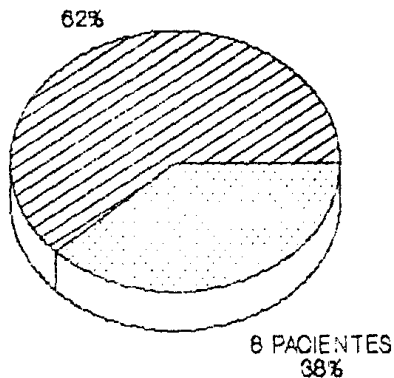
## FACTORES COEXISTENTES



**ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD AC. PEPTICA**

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## FACTORES COEXISTENTES

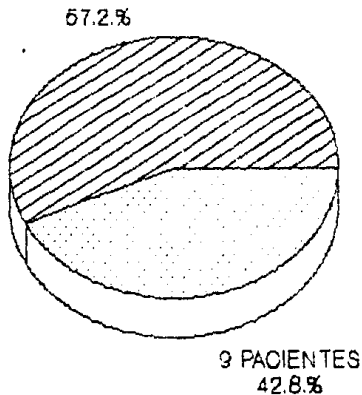


**TABAQUISMO**



# ULCERA PEPTICA PERFORADA

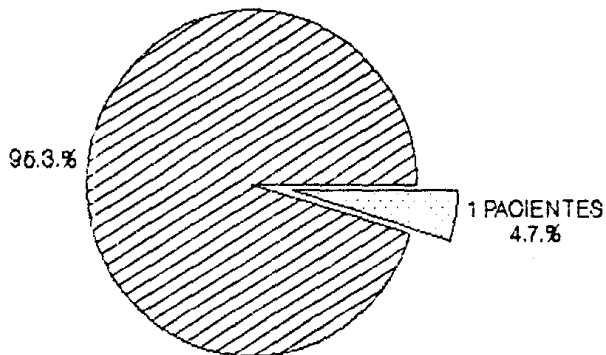
## FACTORES COEXISTENTES



**ALCOHOLISMO**

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## FACTORES COEXISTENTES



INGESTA DE FARMACOS TIPO "AINE"

**VI. 4.5 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA "EPOC".**

Se encontró en 3 pacientes, correspondiente al 14.2% del global.

**VI. 4.6 DIABETES MELLITUS.**

Se encontró en 4 pacientes, correspondiendo al 19%.

**VI. 4.7 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.**

Se encontró en 2 pacientes, correspondiente al 9.5%.

**VI. 4.8 CARDIOPATÍA.**

Se encontró en 2 pacientes, correspondiente al 9.5% del global; - uno con cardiopatía mixta y bloqueo A/V y el otro con cardiopatía isquémica.

**VI. 4.9 NEUMOPATÍA.**

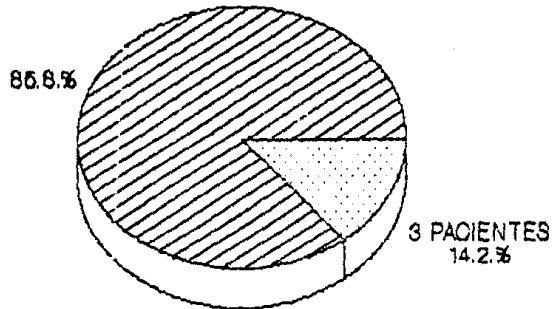
Se reportó un caso, correspondiente al 4.7%; se refiere de tipo - Restrictivo, al parecer Silicosis.

Un caso de COR PULMONALE, correspondiente al 4.7%.

Un paciente con secuelas de TB Pulmonar, corresponde al 4.7%.

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## FACTORES COEXISTENTES



E.P.O.C.

**VI. 4.10 NEFROPATIA.**

Un caso, correspondiente al 4.7%; fue de tipo inespecífico. El paciente cursaba con IRC, lo cual se agridió.

**VI. 4.11 Un caso aislado de CRECIMIENTO PROSTATICO, correspondiente al 4.7%.**

## VI. 5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

### VI. 5.1 EVOLUCION DEL CUADRO SINTOMÁTICO.

Letuvo comprendido en un rango de 19 hrs. a 30 días, con una media de 7 días.

### VI. 5.2 SINTOMAS Y SIGNOS.

- Dolor .....	21 pacientes (100%)
Difuso .....	18 pacientes (47.6%)
Transfictivo en epigastrio .....	3 pacientes (38%)
Cólico en HCD .....	3 pacientes (14.2%)
- Vómitos .....	9 pacientes (42.8%)
- Náuseas .....	5 pacientes (23.8%)
- Incapacidad para canalizar gases y/o evacuar ..	5 pacientes (23.8%)
- Melena .....	4 pacientes (19%)
- Polipnea .....	3 pacientes (14.2%)
- Hematemesis .....	2 pacientes (9.5%)

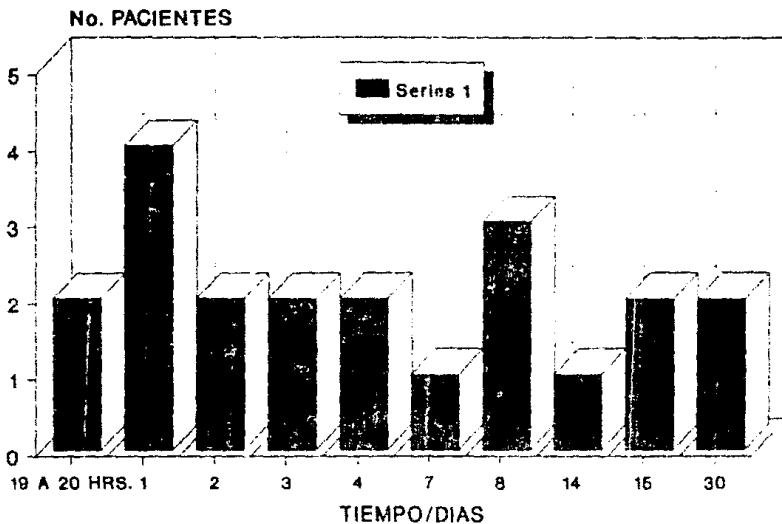
- Anorexia .....	1 paciente (4.7%)
- Pérdida de peso .....	1 paciente (4.7%)
- Escalofríos .....	1 paciente (4.7%)
- Cefalea .....	1 paciente (4.7%)

- Peritonismo .....	14 pacientes (66.6%)
- Peristalsis disminuida o ausente .....	10 pacientes (47.6%)
- Taquicardia .....	7 pacientes (33.3%)
- Diaforesis .....	7 pacientes (33.3%)
- Deshidratación .....	6 pacientes (28.5%)
- Distensión Abdominal .....	5 pacientes (23.8%)
- Palidez de tegumentos .....	5 pacientes (23.8%)
- Timpanismo .....	3 pacientes (14.2%)
- Hipotensión .....	2 pacientes (9.5%)
- Acrocianosis .....	2 pacientes (9.5%)
- Fiebre .....	1 paciente (4.7%)
- Paracentesis (+) .....	1 paciente (4.7%)



# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## EVOLUCION DEL CUADRO SINTOMATICO



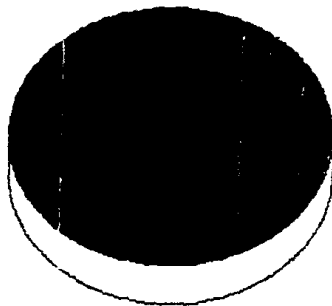
RANGO- 19HRS. A 30 DIAS

MEDIA- 7 DIAS

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

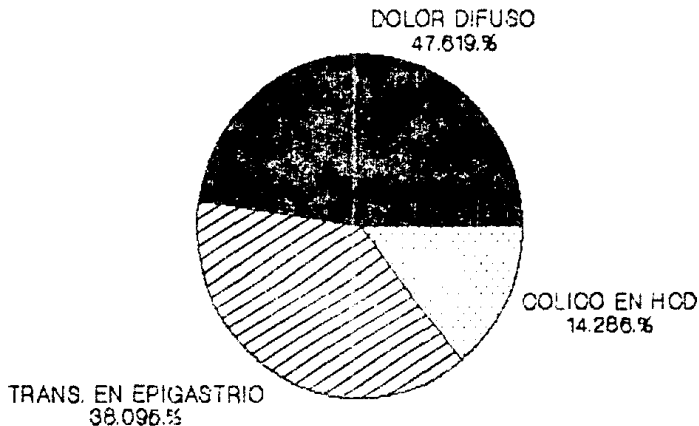
## SINTOMAS Y SIGNOS

DOLOR (21 PACIENTES)  
100.%



# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## SINTOMAS Y SIGNOS

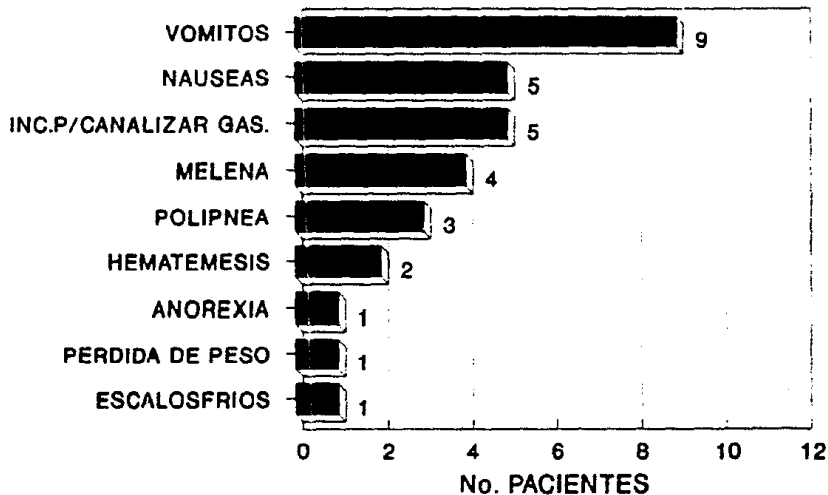


**DOLOR**

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## SINTOMAS

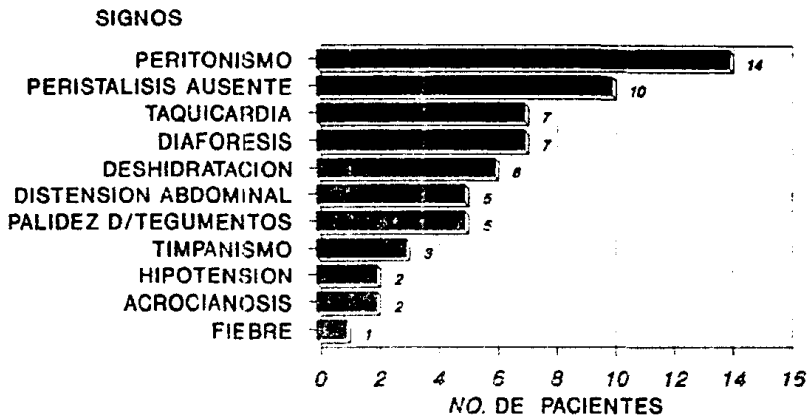
### SINTOMAS



DE UN TOTAL DE 21 PACIENTES

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## SIGNOS



## VI. 6 DIAGNOSTICO.

### VI. 6.1 METODOS DIAGNOSTICOS.

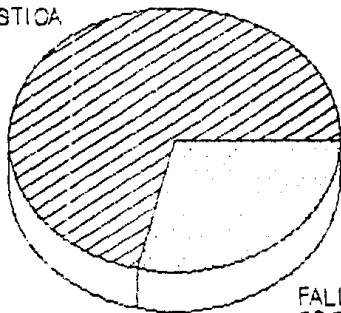
En cuanto a los métodos diagnósticos realizados a los pacientes de esta serie, ya sean de Laboratorio y/o Gabinete, no se pudo sacar un dato significativo desde el punto estadístico; ya que el reporte de los mismos no es formal; sin embargo, dentro de los más frecuentes, se encontró: leucocitosis y a los Rx, aire libre subdiafragmático en la mitad de los pacientes. Además de un reporte de USG de perforación de viscera hueca. Debido a que en la mayoría de los casos el diagnóstico de Abdomen Agudo se había establecido por clínica y la inminencia del tratamiento quirúrgico obvió el resto de estudios.

### VI. 6.2 CERTEZA DIAGNOSTICA.

Fue adecuada en 15 casos, lo que corresponde al 71.5%. Existiendo una falla en 6 casos, correspondiente al 28.5%. Sin embargo en todos los casos el diagnóstico establecido de quirúrgico fue correcto.

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

CERTEZA DIAGNOSTICA  
71.6%



FALLA  
28.6%

CIRUGIA GENERAL

## VI. 7 HALIAZGOS QUIRURGICOS.

## VI. 7.1 TOPOGRAFIA ULCEROSA.

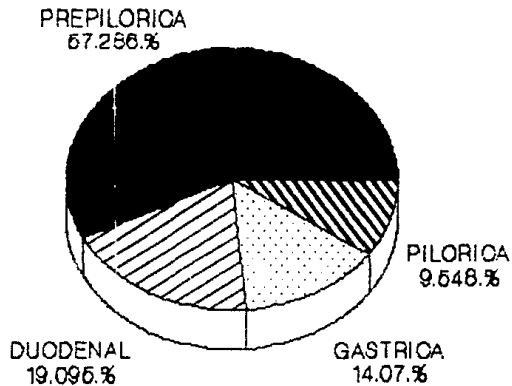
- Prepilórica .....	12 pacientes (57%)
- Duodenal .....	4 pacientes (19%)
- Gástrica .....	3 pacientes (14%)
Antro .....	2 pacientes
Cuerpo .....	1 paciente
- Pilórica .....	2 pacientes (9.5%)
++ ANTERIOR .....	21 pacientes (100%)

+++ DIAMETRO: rango de 3 mm a 2 cm., media de 10 mm.



# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## TOPOGRAFIA ULCEROSA

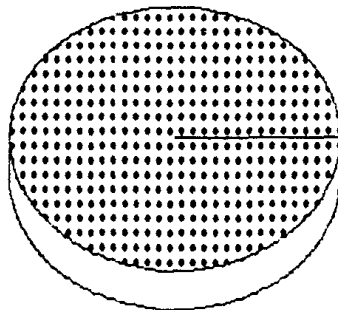


CIRUGIA GENERAL

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## CARA ANTERIOR

CARA ANTERIOR  
100.%



## VI. 7.2

Peritonitis Generalizada .....	18 pacientes (85.7%)
Sin peritonitis .....	2 pacientes (9.5%)
Absceso Intraabdominal .....	1 paciente (4.7%)

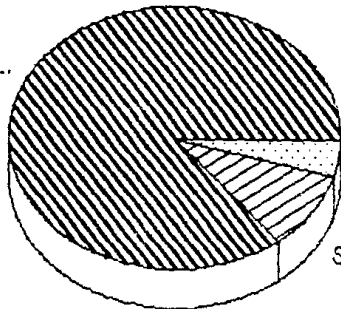
## VI. 7.3 BIOPSIA.

Se reporta la toma de ésta, sólo en 7 casos; todas las cuales --  
fueron negativas para Neoplasia. No es dato significativo.

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## HALLAZGOS QUIRURGICOS

PERITONITIS GENERAL.  
86.786.%



ABSCESO INTRAABDO  
4.705.%

SIN PERITONITIS  
9.51.%

CIRUGIA GENERAL

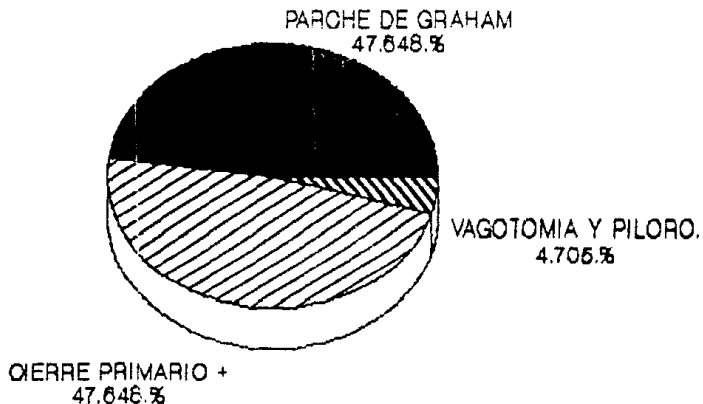
## VI. 8 TRATAMIENTO QUIRURGICO.

En esta serie de 21 pacientes se utilizó tratamiento quirúrgico en todos los casos; con diversas técnicas. Los cuales se analizan en seguida.

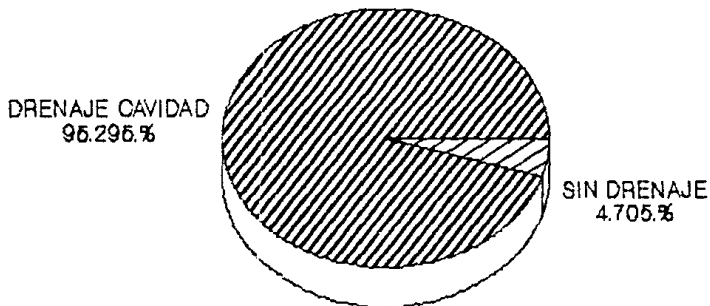
- PARCHE DE SERIAR .....	10 pacientes (47.6%)
- CIERRE 1o. + PARCHE EPILON .....	10 pacientes (47.6%)
- VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA .....	1 paciente (4.7%)
- YEJUNOSTOMIA .....	1 paciente (4.7%)
++ DRENAJE DE CAVIDAD .....	20 pacientes (95.2%)
++ SIN DRENAJE .....	1 paciente (4.7%)
+++ SUTURA DE PIEL .....	19 pacientes (90.4%)
+++ SIN SUTURA .....	2 pacientes (9.5%)

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## MANEJO QUIRURGICO



# ULCERA PEPTICA PERFORADA



## VI. 9 TRATAMIENTO MEDICO.

Todos los pacientes tuvieron reanimación con cristaloideos y a todos se instaló sonda nasogástrica, para succión posterior.

Todos se manejaron con antibioterapia, la cual se analiza posteriormente; además de bloqueadores  $H_2$ .

Se prescribieron también analgésicos y los medicamentos necesarios para cada paciente según lo requiriera.

### VI. 9.1 ANTIBIOTICOS.

- Asociación Metronidazol + Gentamicina .....	11 pacientes (52.5%)
- Cefotaxima .....	9 pacientes (42.8%)
- PSC (en triple esquema) .....	4 pacientes (19%)

### VI. 9.2 BLOQUEADORES $H_2$ .

- Ranitidina .....	19 pacientes (90.4%)
- Cimetidina .....	2 pacientes (9.5%)



**VI. 10 MORBIMORTALIDAD.**

Las complicaciones posteriores al manejo quirúrgico fueron diversas, encontrándose en ocasiones más de una complicación en un sólo paciente; y siendo estas en número mayor la causa de defunción en algunos de ellos.

En general encontramos una morbilidad global del 28.5%, lo que corresponde a complicaciones en 6 pacientes.

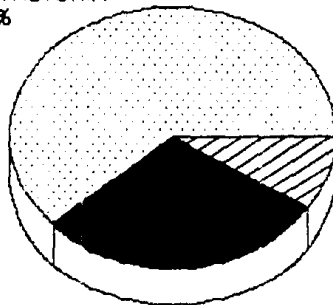
En cuanto a la mortalidad, se encontró en forma global del 9.5%, lo que correspondió a 2 pacientes.

Existió evolución satisfactoria en 13 pacientes, lo cual correspondió al 62%; sin embargo se reportó un caso (4.7%), que requirió de reoperación para cirugía definitiva por sintomatología persistente; a los 11 meses, de la cirugía previa.

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## MORBIMORTALIDAD

EVOL. SATISFACTORIA  
62.%



MORTALIDAD  
9.5%

MORBILIDAD  
28.5%

VI. 10.1 MORBILIDAD POSTOPERATORIA.

- Fístula Gástrica ..... 2 pacientes (9.5%)

En los 2 pacientes, se realizó cirugía con técnica de Pardo - de Graham, además de que en uno de ellos se realizó también yeyunostomía.

Uno de ellos se trató con NPT y el otro con Vivonex por la yeyunostomía.

- Abceso de Pared ..... 1 paciente (4.7%)

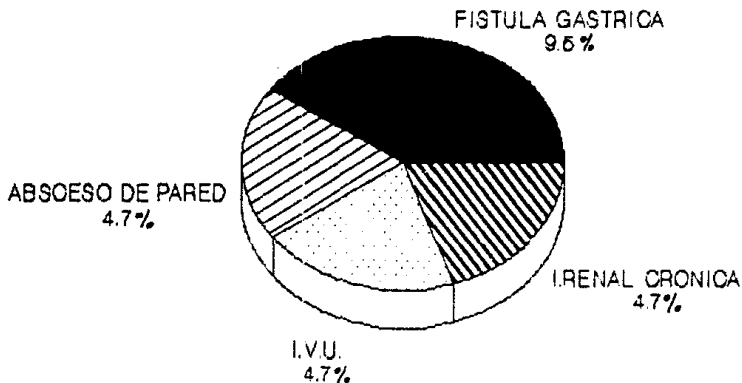
- Infección de Vías Urinarias ..... 1 paciente (4.7%)

- Insuficiencia Renal Crónica - Agudizada .. 1 paciente (4.7%)  
Tratado mediante hemodiálisis.

- Acidosis Metabólica persistente por descompensación de su --  
DM y datos de Bajo Gasto por Bloqueo A/V III ... 1 paciente (4.7%)

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## MORBILIDAD



CIRUGIA GENERAL

**VI. 10.2 CAUSAS DE MORTALIDAD POSTOPERATORIA.**

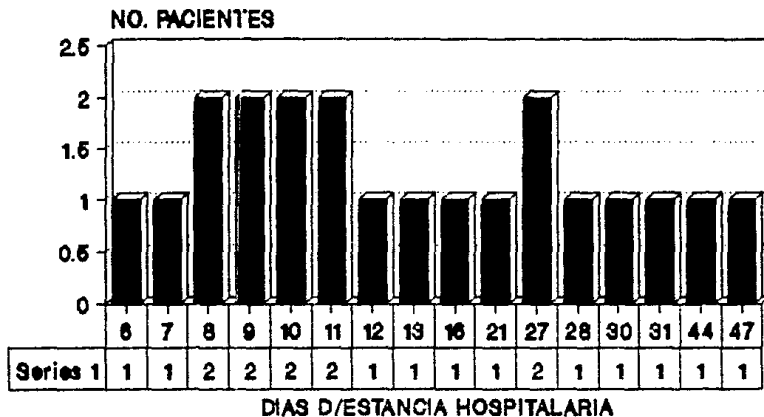
- EDEMA AGUDO PULMONAR ..... 1 paciente (4.7%)
  
- INSUFICIENCIA CARDIACA ..... 1 paciente (4.7%)

**VI. 11 ESTANCIA HOSPITALARIA.**

La hospitalización de los pacientes manejados en esta serie tuvo un rango de 6 a 47 días, con una media de 10 días.

# ULCERA PEPTICA PERFORADA

## ESTANCIA HOSPITALARIA



Series 1

RANGO= 6 A 47 DIAS MEDIA= 18 DIAS

## VII. DISCUSION.

### VII. 1 INCIDENCIA.

La incidencia que se reporta en este trabajo, sólo revela el porcentaje que ocupa entre todas las cirugías realizadas en el periodo establecido. Pues no existe una población definida para determinar la incidencia real de perforación de Úlcera péptica; ya que en nuestra Institución esta población, la que padece de Enfermedad Ulcerosa Péptica se atiende en los Servicios de Gastroenterología, - Medicina Interna y Cirugía; y ésta última sólo trata de predominio a los pacientes complicados.

El porcentaje encontrado de 1.08%, 0.60% y 0.40% para cirugía de - Enfermedad Ulcerosa Péptica, cirugía electiva y cirugía de urgencia; respectivamente; en términos generales es bajo. Sin embargo, no se encuentra una disminución en el número de pacientes perforados que en décadas pasadas.

En la población estudiada no se pudo determinar si algunos de ellos llevó un tratamiento adecuado con bloqueadores  $H_2$ .

### VII. 2 SEXO.

La relación H:M encontrada fue de 2:1, lo cual está acorde con lo reportado por la literatura.

### VII. 3 EDAD.

La media global encontrada fue de 62 años, lo que es paralelo a lo reportado en la literatura y que concuerda con la alta morbimortalidad.

### VII. 4 FACTORES COEXISTENTES.

Durante este estudio se comprobó que existió el antecedente de - Enfermedad Acido Péptica en el 38%, tabaquismo en el 38%, y alcoholismo en el 42.8%; siendo estos factores reconocidos como de alto riesgo para la perforación.

En cuanto a la ingesta de AINE, sólo se reportó en un paciente - (4.7%), dato que no puede tomarse como significativo, ya que no es creíble que sólo un paciente los ingiriera; dado su edad.

Los padecimientos asociados con aumento de la morbimortalidad en la úlcera péptica perforada reconocidos fueron: Diabetes Mellitus en el 19%, Cardiopatía en el 9.5%, Neumopatías en el 28.5% y Nefropatía en el 4.7%.

### VII. 5 EVOLUCION DEL CUADRO SINTOMATICO.

El rango encontrado fue de 19 hrs. a 30 días, con una media de 7 días; lo cual explica la alta morbimortalidad encontrada, la cual es mucho más elevada que lo reportado en la literatura. Además - que al reportar hasta 30 días de evolución, se puede demostrar en parte la falta de cultura médica del paciente y el retardo en el diagnóstico por parte de los médicos.



## VII. 6 SINTOMAS Y SIGNOS.

Lo concerniente a éstos, es casi paralelo a lo reportado en otras series. Los hallazgos más frecuentes fueron: dolor abdominal en el 100%, vómitos en el 42.8%, náuseas en el 23.8%; peritonismo en el 66.6%, peritaisio disminuida o ausente en el 47.6%, taquicardia - en el 33.3%. Todos los cuales nos llevan al diagnóstico de Abdomen Agudo, pero que no son específicos de patología alguna, lo que aunado a un mal interrogatorio, o a una mala cooperación del paciente por su estado, se justifica un retraso en el diagnóstico y por tanto en el tratamiento.

De ahí que lo más importante es conocer el principio del padecimiento y sus antecedentes.

## VII. 7 METODOS DIAGNOSTICOS.

Los datos aportados de laboratorio y/o gabinete son coadyuvantes para el diagnóstico, pero el cuadro clínico y los antecedentes de éste siguen siendo el piloto.

El reporte aislado de USG de perforación de víscera hueca y lo revelado por la literatura, justifica solicitar este estudio en pacientes en los que se sospeche el diagnóstico, pero exista duda importante.

#### VII. 8 CERTEZA DIAGNOSTICA.

La encontrada en el estudio fue del 71.5%, la reportada por la literatura es del 95%. La falla encontrada es grande, la cual debe corregirse; se puede justificar ésta por la evolución prolongada del cuadro sintomático y por tanto el retraso en el diagnóstico y tratamiento.

#### VII. 9 HALLAZGOS QUIRURGICOS.

La topografía ulcerosa y el diámetro de la úlcera encontrados; corresponden a lo reportado en otras series; el alto porcentaje de peritonitis generalizada (85.7%) se entiende por lo prolongado del cuadro clínico.

Lo reportado en cuanto a la Biopsia, no es dato significativo que pueda tomarse en cuenta a discutir.

#### VII. 10 TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Se reporta manejo quirúrgico en el 100%, ninguno de los pacientes fue tratado de forma conservadora; sin embargo a pesar de lo connotado en la literatura sobre lo inadecuado del Cierre 1o. y Parche de Epilón; en el servicio se utilizó en el 50% de los casos. Lo cual es punto a discutir. Sólo se realizó cirugía definitiva en un paciente y desfuncionalización gástrica con yeyunostomía en un caso.

### VII. 11 TRATAMIENTO MEDICO.

Los antibióticos utilizados fueron los de elección. Además de la prescripción de bloqueadores  $H_2$  a todos los pacientes en el postoperatorio.

### VII. 12 MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

La encontrada en el estudio fue del 28.5%, superando a la reportada en la literatura, justificada por la edad del paciente, los factores coexistentes, la prolongado del cuadro clínico, el retraso en el diagnóstico y por tanto en el manejo.

En cuanto a la mortalidad, se encontró de 9.5% en relación al 15% o hasta el 24%, publicado en otras series (1,2, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 25); hablando ésto de que es adecuado el manejo postquirúrgico en estos pacientes.

### VII. 13 ESTANCIA HOSPITALARIA.

Se reportó un rango de 6 a 47 días, con una media de 18 días; lo cual puede catalogarse como hospitalización prolongada y significar ésto un alto costo para la Institución; y va de acuerdo al retraso en el diagnóstico y tratamiento.

### VIII. CONCLUSIONES.

- En cuanto al procedimiento quirúrgico de elección, pareciera ser el adecuado en estos casos; sin embargo al no existir el seguimiento de éstos, no puede saberse en que porcentaje existió recurrencia. Inclusive se reporta un caso de recurrencia a los once meses por sintomatología persistente. Lo cual nos lleva a la inquietud y necesidad de realizar cirugía definitiva. Además que la incidencia de perforación no se ha modificado en las últimas tres décadas, en vista probablemente que el tratamiento realizado no es el más adecuado.

- La conducta de manejo en Cirugía General del Hospital General CMR, para los pacientes con Úlcera péptica perforada en términos generales acorde a la morbimortalidad postquirúrgica se puede considerar adecuada; sin embargo, debería tomarse más en cuenta lo referido por la literatura en cuanto a cirugía definitiva y realizarla cuando fuese posible, evitando posteriormente un nuevo costo por recurrencia y la necesidad de ésta al paciente.

## IX. BIBLIOGRAFIA.

1. Lawrence W. Way. *Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos*. 5a. Edición. México. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1987.
2. Seymour I. Schwartz, Harold Ellis, Wendy Cowles Hubner. *Maingots Operaciones Abdominales*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana - S.A., 1986. TOMO I.
3. Lloyd M. Nyhus, Robert J. Baker. *El Dominio de la Cirugía: Mastery of Surgery*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana S.A., 1986. TOMO I.
4. Ambjorn Christensen, Richard Bousfield, John Christiansen. *Incidence of Perforated and Bleeding Peptic Ulcers before and after the - Introduction of H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists*. *Ann. Surg.* 1988 January; 207(1):4-6.  
(Glostrup Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark).
5. G. McEntee, et al.. *A District General Hospital Experience Of Surgical Treatment Of Gastric And Duodenal Ulcer From 1970 To 1982*. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1988 July; 167(1):53-60.  
(North Tees General Hospital, Stockton-on-Tees).
6. Gustavsson S, Nyren O. *Time trends in peptic ulcer surgery, 1956 to 1986; A nation-wide survey in Sweden*. *Ann-Surg* 1989; Dec. 210(6): - 704-9.  
(University Hospital, Uppsala, Sweden).
7. McConnell DB, Baba GC, Devereey CW. *Changes in surgical treatment of peptic ulcer disease within a veterans hospital in the 1970's and - the 1980's*. *Arch-Surg* 1989; Oct. 124(10):1164-7.  
(Veterans Affairs Medical Center, Portland).

8. Smedley F.H., Faube M, Leach R, Westell C. Non-steroidal antiinflammatory drug ingestion:retrospective study of 272 bleeding or perforated peptic ulcers. Postgrad-Med-J- 1989; Dec. 65 (770):892-5.  
(Westminster Hospital, London, UK).
9. William B. Turner, William M. Thompson, Erwin R. Thal. Perforated - Gastric Ulcers:A Plea for Management by Simple Closures. Arch Surg 1988 Aug; 123 (8):960-4.  
(University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas).
10. William B. Greiser, et al.. Factors Affecting Mortality in Patients Operated upon for Complications of Peptic Ulcer Disease. The American Surgeon 1989 January; 55 (1):7-11.  
(University of South Alabama, Mobile, Alabama).
11. Moshe Schein, et al.. APACHE II in Emergency Operations for Perforated Ulcers. The American Journal of Surgery 1990 March; 159:309-13.  
(Irhanesburg, South Africa).
12. Bodner B, Harrington M.E., Xin U. A multifactorial analysis of mortality and morbidity in perforated peptic ulcer disease. Surg-Gynecol-Obstet 1990; Oct. 171(4):315-20.  
(Elmhurst, New York).
13. Englund R, Fisher R. Survival following perforation of peptic ulcer. Aust-N-Z-J-Surg 1990; Oct. 60(10):795-800.  
(Kogarah, New South Wales).
14. Richard M. Hodnett, et al.. The Need for Definitive Therapy in the Management of Perforated Gastric Ulcers:Review of 202 cases. Ann. Surg. 1989 January; 209(1):36-9.  
(New Orleans, Louisiana).

15. Gunahefaki L, Flanckbaum L, Hrolin RE, Frankel A. Changing patterns in perforated peptic ulcer disease. *Ann-Surg.* 1990; Apr. 56(4): - 270-4.  
(New Brunswick).
16. Chang-Chien CS, et al.. Sonographic demonstration of free air in - perforated peptic ulcers:comparison of sonography with radiography. *JCU* 1989; Feb. 17(2):95-100.  
(Taiwan, Republic of China).
17. Gustavsson S. Peptic ulcer disease-trends in surgical management- in Sweden. *Scand-J-Gastroenterol Supple* 1988; 155:152-4.  
(University Hospital, Uppsala, Sweden).
18. Hay JM, Lecaime P, Kohlmann G, Fingerhurt A. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcer does not increase operative mortality:a prospective controlled trial. *World-J-Surg* 1988 Oct.; 12(5):705-9.
19. Thurston O.G. Perforated benign gastric ulcer:the case for simple closure. *Can-J-Surg* 1989 Mar; 32 (2):94-6.  
(University of Alberta, Edmonton, Alta).
20. J. Bowy, et al.. Proximal Gastric Vagotomy:The Preferred Operation for Perforations in Acute Duodenal Ulcer. *Ann. Surg.* 1988 August; 208(2):169-74.  
(Queen Mary Hospital, Hong Kong).
21. Clifford A. Cranford, et al.. Gastric Disconnection in the Management of Perforated Giant Duodenal Ulcer. *The American Journal of - Surgery* 1988 March; 155:439-42.  
(Emory University, Atlanta, Georgia).

22. C. Toftgaard. Gastric Cancer After Peptic Ulcer Surgery: A Historic Prospective Cohort Investigation. *Ann. Surg.* 1989 August; 210(2): 159-64.  
(Municipal Hospital, Aarhus, Denmark).
23. Hugnier M, Marc F, Houry S. Perforated peptic ulcer, Immediate results of therapeutic strategy, *Ann-Chir* 1991; 45 (5):408-13.  
(Hospital Tenon, Paris).
24. T.E.Keene, et al.. Conservative management of perforated duodenal ulcer. *British Journal of Surgery* 1988 June; 75:583-84.  
(Hospital General, Portlaoise, Ireland).
25. Bell AB, Thomas PA, Evans SJ. Operative mortality after perforated peptic ulcer. *Br-J-Surg* 1989; May 76(5):521-2.  
(Leytonstone, London, UK).