

11209
40
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza

ULCERA GASTRICA BENIGNA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el titulo de

CIRUJANO GENERAL

presenta

DR. LUCIO HINOJOSA MENDEZ

Asesor: DR. JESUS ARENAS OSUNA



IMSS

México, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

C O N T E N I D O

	<i>PAG.</i>
INTRODUCCION	1
FISIOPATOLOGIA	2
CUADRO CLINICO	7
METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO	8
INDICACIONES DEL MANEJO QUIRURGICO	9
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSION	11
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFIA	18
GRAFICAS	23

INTRODUCCION:

Brinton, en 1957 comunicó por vez primera la presencia de enfermedad ácido péptica en 234 pacientes

La frecuencia de la úlcera gástrica perforada ha permanecido sin cambios; 2.5 por 100 000 habitantes.

Varios factores contribuyen en la presentación de la úlcera, raramente se presenta antes de los 40 años, alcanza su máxima frecuencia de los 55 a los 65 años ^{2.6.9} en Dinamarca, es igual en hombres y mujeres²⁸. Otros autores la encuentran predominando en el sexo femenino de 2:1 con el masculino.^{4.9}

En general se estima que la presentación, de nuevos casos de úlcera gástrica, en forma anual es de 5 por 100 000 habitantes⁶. La reciente disminución reportada de la úlcera gástrica puede, estar relacionado a la mayor ingesta de grasas poliinsaturadas, que sirven de precursor de ácido araquidónico y prostaglandinas A y E¹ agentes estos que protegen la mucosa y además aceleran la cicatrización de la úlcera.

La úlcera gástrica puede presentarse en cualquier sitio del estómago, aunque la localización más frecuente es en la curvatura menor ^{1.2.6.7.9} es benigna y crónica.

La presentación aguda, se debe a una lesión limitada a la mucosa y submucosa, ya que en la forma crónica la lesión abarca hasta la cubierta muscular del estómago.²

Las úlceras se clasifican en los siguientes tipos:

TIPO I:

La úlcera ocurre en el cuerpo del estómago y van asociadas a otra enfermedad úlceroosa, como ser duodenal o prepilórica.

TIPO II:

La úlcera esta en el cuerpo del estómago y van asociados, a úlcera cicatrizada o activa en el duodeno.

TIPO III:

La úlcera se presenta en la región prepilórica y su fisiopatología es similar a la úlcera duodenal^{1,2,6}.

Surge la hipótesis de otro tipo de úlcera:

TIPO IV:

Estas úlceras se localizan en la porción proximal del estómago cerca del cardias⁶. Encontrándose una fuerte asociación con personas del grupo sanguíneo O⁶.

FISIOPATOLOGIA

Existen varios factores que participan en la formación de la úlcera gástrica:

DEFECTO EN LA MOTILIDAD: Un defecto en la fuerza de contracción del esfínter pilórico sería el primer evento. esta disfunción permite un mayor reflujo del contenido duodenal al estómago, sin embargo es de mencionar que este defecto motor no es el más importante.^{1,2,6}

REFLEJO DUODENOGASTRICO: De ácido, bilis, lisolecitinas y secreciones pancreáticas, que son potencialmente dañinas para la mucosa gástrica, al lesionar la barrera mucosa, aumentando la permeabilidad a la difusión del ion hidrógeno.^{1.2.6.}

GASTRITIS: Este mecanismo no es bien conocido, puede ser secundario a una disminución del tono pilórico con aumento del reflujo duodenogástrico.

Es controversial en la actualidad, si la gastritis es el evento que precede a la úlcera, ya que frecuentemente se encuentra asociación con la úlcera gástrica.^{1.2.3.4.6}

BARRERA DE MUCOSA GASTRICA: La integridad celular es un importante factor, cubierto por el moco gástrico.

Normalmente la mucosa gástrica es resistente a la difusión del ion hidrógeno. ^{1.4.6}

PROSTAGLANDINAS: Son de mucha importancia en especial las prostaglandinas A y E, en la citoprotección de la mucosa gástrica, además de restaurar la proliferación celular y promover la cicatrización de las úlceras.^{9.10.11.12}

La ausencia de ciertas prostaglandinas endógenas puede causar daño y ulceración de la mucosa gástrica.⁶

Se había cuestionado el efecto citoprotector de las prostaglandina E₂ En pacientes con insuficiencia renal pero

se demostró, que la insuficiencia renal no influye, en la formación de prostaglandinas en la mucosa gástrica.¹³

FLUJO SANGUINEO DE LA MUCOSA GÁSTRICA: El flujo sanguíneo de la mucosa y submucosa es diferente, en la curvatura mayor y menor y en otras áreas del estómago.^{1.6}

La disminución del flujo sanguíneo de la mucosa gástrica se continua con aparición de la úlcera gástrica.¹⁴

Los antiácidos al incrementar la síntesis de prostaglandinas, incrementan el flujo sanguíneo con lo que resulta el efecto citoprotector de la mucosa gástrica.¹¹

BICARBONATO Y MUCUS: La disminución de la secreción de moco, fué encontrado en pacientes con gastritis, condición asociada a la úlcera gástrica.⁶

El moco es la primera línea de defensa de la pared gástrica.³

La estimulación de la secreción de esta aumenta el flujo sanguíneo de la mucosa, y disminuye el volumen de las células mucosas.¹⁵

La pérdida de partículas de alto peso molecular del mucus gástrico de pacientes con gastritis y úlceras, se debe a la acción mucolítica de una proteasa extracelular producida por el *helicobacter pylori*, pero también es el resultado de los efectos desestabilizadores

del sistema carbonato/bicarbonato que se genera en la superficie mucosa.¹⁶

ACIDO Y PEPSINA: La presencia de estos es condición indispensable, para la aparición de las úlceras gástricas.²

La disminución de la secreción ácida que se observo en pacientes con úlcera, en el cuerpo del estómago es secundario, a la disminución de células secretoras de ácido. ^{3.e}

Se demostro que la supresión noctura de ácido es efectiva en la cicatrización de las úlceras gástricas.¹⁷

FREDISPOSICION ANATOMICA: La úlcera gástrica ocurre con mayor frecuencia en la curvatura menor.

Lo que puede ser producido, por contracciones desordenadas debajo de la mucosa, haciendo a esta más sensible a la ulceración.

Toda úlcera se presenta en la zona cercana de la unión de las células de la mucosa antral con la parietal. ^{1.2.6}

DROGAS ANTIINFLAMATORIAS NO ESTEROIDEAS: De los más frecuentemente asociados a sangrado gástrico, estan el diclofenac, el naproxen, la indometacina y el piroxican.

La ingesta de éste último es más común en los jóvenes¹⁸ inhiben la proliferación de las células e inducen lesión de la mucosa y ulceración.

El mecanismo de acción es la eliminación de la ciclooxigenasa, que es la clave en la síntesis de prostaglandinas A y E, que protegen la mucosa gástrica.^{1.12.19}

CONSUMO DE CIGARRILLO. El hábito del cigarro esta fuertemente relacionado con la úlcera gástrica entre los japoneses.²⁸

Aunque para otros autores no fué un factor importante en la producción de la úlcera gástrica.^{6.10}

EL DEFECTO DE LA FUNCION VENTILATORIA: Esto es atribuido fuertemente a los fumadores crónicos.^{6.20}

STRESS PSICOLOGICO: La úlcera por stress ocurre después de un trauma severo.

El factor de riesgo para el sangrado por la úlcera es especialmente el choque séptico.^{6.21.27}

FACTORES GEOGRAFICOS: Se demostró la propensión a presentar úlcera gátrica en trabajadores italianos, que migraron comparado con la población general.

Para esto probablemente influye la interacción, entre el stress emocional, bajos ingresos económicos, cambio, trabajo manual, hábito del cigarro, e ingesta de drogas antiinflamatorias.^{6.26}

AGENTES INFECCIOSOS: Se han encontrado virus y bacterias en la mucosa gástrica de pacientes con úlcera.⁶

Además se reporta sangrado y úlcera producida por parásitos strongiloides.²⁴

Se ha postulado que el citomegalovirus tiene participación en la patogénesis de las lesiones de la mucosa gástrica.²⁵

La presencia del campilobacter pylori, induce cambios en el jugo gástrico, por un incremento de la hexocinasa en el moco gástrico.²³ Se reportaron los diferentes efectos que tiene el helicobacter pylori en el antro y la mucosa del cuerpo gástrico, posiblemente por el amonio generado por el mismo helicobacter pylori.²²

La presencia o ausencia del helicobacter pylori, no es influenciado por la edad, sexo, o el consumo de tabaco o la ingesta de analgésicos.³⁴

CUADRO CLINICO

El dolor abdominal que se presenta de 1 a 3 hrs posterior a la ingesta de los alimentos, se explica porque el ácido al bañar al cráter ulceroso irrita nervios en la base de la úlcera, y las contracciones gástricas que pasan por el área de la úlcera producen dolor⁵ este síntoma se reporta que se presenta hasta en el 94% de los pacientes ulcerosos¹ Otros refieren que sería una manifestación poco común.⁴

Los vómitos y las náuseas son manifestaciones de la obstrucción del canal pilórico siendo también raros.⁶

La melena es más frecuente que la hematemesis en el paciente ulceroso ambos raramente se hacen presentes.^{4,6}

La pérdida de peso que se presenta, sería secundario a la disminución del apetito.⁴

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO

Es de todos conocido que el diagnóstico objetivo de la úlcera gástrica, se logra con la endoscopia y la radiología.

Con el avance de los endoscopios modernos hoy en día es posible, la toma de biopsia endoscópica y la obtención directa del material para examen citológico mediante cepillado, tiene una sensibilidad del 60-70% en el diagnóstico.^{1,31}

Sin embargo la práctica de varias biopsias de la lesión de estómago, es imperfecta en distinguir entre cáncer y úlcera benigna.

El 4% de las úlceras benignas por endoscopia, histológicamente son malignas en exámenes repetidos.¹ Otros autores reportan que sería del 3-7%.⁶

Las radiografías simples de abdomen son importantes para el diagnóstico en los casos de urgencia como es la perforación. Las radiografías con simple contraste, deberían ser consideradas obsoletas en el diagnóstico de enfermedad ulcerosa.¹

El estudio de doble contraste, realizados por radiólogos experimentados es comparable con la endoscopia en el diagnóstico de

precisión.²⁹

Tiene el inconveniente de no permitir la toma de biopsia o cepillado para el examen citológico, que es el orden a seguir para determinar si se trata de una úlcera gástrica o un carcinoma ulcerado.¹

Toda úlcera gástrica que fué diagnosticada por SEGD tiene indicación para la realización de un examen endoscópico.⁶

Queda la pregunta que procedimiento diagnóstico debería ser utilizado. Esto depende en gran parte de la habilidad y experiencia del personal disponible.¹

Por lo que los dos procedimientos la endoscopia y la radiología se consideran complementarios.¹

INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se encuentran bien definidas e incluye; el sangrado que se presenta en el 20% de los pacientes.^{1,4,6}

La perforación observada en el 7-10% de los casos⁶ la retención gástrica en el 2%^{1,6}

La penetración se identifica en el 20% durante la cirugía. Y finalmente la falta de respuesta al manejo médico.⁴

MATERIAL Y METODOS

Con el objeto de conocer la frecuencia y el manejo de la úlcera gástrica, en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Médico " La Raza ". Se decidió efectuar un

estudio retrospectivo de 1986 a 1990, se revisaron expedientes de pacientes ingresados con este diagnóstico. De ellos se analizó edad, sexo, cuadro clínico, metodología de diagnóstico, tipos de procedimientos quirúrgicos efectuados y la morbimortalidad.

RESULTADOS

El total de pacientes ingresados en el servicio de cirugía general del HECHIR con diagnóstico de úlcera gástrica durante cinco años fueron 99, de ellos 54 (55%) correspondieron al sexo masculino y 45 (45%) al sexo femenino. el rango de edad fué de 21 a 96 años, con media de 59.1 años. Como se ve en la gráfica 1.

Del total de pacientes, 86 (87%) fueron intervenidos quirúrgicamente. 21 (21%) en forma urgente, y 65 (66%) en cirugía electiva. Como se aprecia en la gráfica 6.

Los síntomas y signos más frecuentemente presentados fueron el dolor abdominal, la melena, hematemesis, pérdida de peso y los vómitos. Como se observa en la gráfica 2.

Para el diagnóstico se utilizó la endoscopia haciendo el diagnóstico de úlcera en el 59% de los pacientes, la SEGD hizo el diagnóstico en el 35%, se tomaron biopsias solo en el 54% como se muestra en la gráfica 3.

La localización de la úlcera encontrado en los pacientes de nuestra revisión es como sigue: antro, curvatura menor, cuerpo

gástrico, curvatura mayor, antro y pilóro como se puede ver en la gráfica 4.

La indicación del manejo quirúrgico en orden decreciente fué: sangrado, adenocarcinoma ulcerado, falta de respuesta al manejo médico apreciándose esto en la gráfica 5.

Las cirugías de urgencia fueron 21, las electivas 65 con las técnicas que se nombran en las gráficas 6,7 y 8.

La morbimortalidad fué del 22% y del 2% respectivamente representados en la gráfica 9 y 10.

DISCUSION

La úlcera gástrica benigna se localiza con mayor frecuencia en la curvatura menor, es de presentación mayor en la mujer que en el varón, en relación de 2:1 esto durante la 5^a y 6^a década de la vida, su patogenia no es claramente conocida, postulándose que son varios los factores que participan en la presentación.

Nosotros encontramos en nuestra revisión como se ve en la gráfica 1 que la distribución por sexo es ligeramente mayor en el masculino en relación con el femenino.

Lo que difiere con lo mencionado por Schwartz, Sleisenger, Gutiérrez, Bonnvie. 4.6.2.30

La edad de presentación encontrada esta de acuerdo con lo mencionado por Yamada, Maingot, Schwartz, Sleisenger.1.2.4

La localización más frecuentemente mencionado por la literatura es a nivel de la curvatura menor, 1.2.3.4.6.7.8 lo que no esta de acuerdo con lo encontrado en nuestros pacientes, donde se presento en mayor porcentaje a nivel de antro como se observa en grafica 4.

El cuadro clinico, entre los sintomas y signos encontrados en los pacientes el dolor se presenta en un porcentaje menor, que lo reportado por Yamada¹ Y muy elevado comparado con lo reportado por Schwartz⁴ que menciona que es de presentación poco común.

La melena se presentó con mayor frecuencia que la hematemesis siendo los signos más constantes, lo que no concuerda con lo referido por Schwartz⁴ que menciona que son raros.

También los vómitos se presentaron con gran frecuencia entre nuestros pacientes lo que difiere con lo mencionado por Sleisenger⁶ que menciona que es rara su presentación en pacientes con úlcera gástrica.

Podemos decir que la presentación clinica, fue similar aunque con variaciones en el porcentaje de presentación como se puede apreciar en la gráfica 2.

Entre los métodos de diagnóstico se tiene la clinica, el estudio endoscopico y radiológico como lo menciona Yamada, Sleisenger, Bockus.^{1.3.6}

El porcentaje de lo diagnosticado por la endoscopia en nuestra

revisión fue menor que lo reportado por Patersen³¹ como se ve en la gráfica 3.

Radiologicamente se menciona que los cambios morfologicos y funcionales, en la salida a través del pilóro del estómago dependen del efecto que la úlcera en la musculatura pilórica como lo menciona Lu Schulze³²

Los métodos utilizados en nuestros pacientes para el diagnóstico han sido similares a los mencionados.

Las indicaciones del manejo quirúrgico de nuestros pacientes, fueron similares a lo que se reporta aunque con pequeñas variaciones en el porcentaje, en relación a lo informado por Yamada, Maignot, Slesenger.1.2.6

De los pacientes sometidos a cirugía de Urgencia por úlcera gástrica perforada, la técnica quirúrgica empleada fue el parche de Graham, como se ve en gráfica 7. Lo que es similar a lo mencionado en la literatuta.2.4.5.33

Este procedimiento a pesar de la sencillez y rapidez con que se efectua se acompaña de una mortalidad del 2%, que estaría en relación directa con las malas condiciones generales, y la edad de los pacientes como lo menciona Nyhus, Maignot y John.2.5.33

Otra técnica fue en pacientes con sangrado activo, abordarla por gastrotomía con hemostacia del vaso sangrante, tal y como lo sugiere

Maignot, Nyhus, Jhon y Sleisenger^{2.5.6.33} la indicación de esta es la de prevenir la exanguineación del paciente.

La hemigastrectomía con gastro-yeyuno anastomosis es una buena opción, por los excelentes resultados que se obtienen, sin embargo como lo menciona Maignot, John^{2.33} en los casos de urgencia se debe actuar sobre la causa de la misma, y en un segundo tiempo se podrá preparar para cirugía definitiva.

Ya que la disección prolongada acrecienta el riesgo quirúrgico y la morbilidad.⁵

Otra de las técnicas empleadas en la cirugía de urgencia esta la vagotomía y la piloroplastia, esta tiene indicación para el manejo de la úlcera duodenal, y no haci en la úlcera gástrica tomando en cuenta que la fisiopatología de estas úlceras son diferentes.^{2.3.4.5}

En los pacientes sometidos a cirugía electiva, la técnica quirúrgica que más se efectuo es la hemigastrectomía con gastro-yeyuno anastomosis en Y de Roux, este es procedimiento efectivo sobre todo en la prevención de las úlceras recurrentes, y en prevenir el reflujo biliar, como lo menciona Maignot, Nyhus, Halglum.^{2.5.33.35}

Entre los pacientes con cáncer gástrico el procedimiento efectuado, con mayor frecuencia es la gastrectomía total con esófago-yeyuno anastomosis, que tiene mayores posibilidades de producir cura permanente, comparado con la gastrectomía subtotal como,

lo refiere Nyhus⁶ Aunque Guz y Col reporta desde Francia que estos dos procedimientos no son diferentes, en cuanto a su mortalidad³⁶

La vagotomía y piloroplastía se hizo en el 10% de los pacientes con cirugía electiva, se menciona que fué el mejor procedimiento, para el manejo de la úlcera duodenal sin embargo esto no es fisiológico, sino un procedimiento inespecifico según Maignot² ya que induce a un incremento del reflujo duodeno-gástrico en alrededor del 70% esto demostrado por centilleografía según Xynos.³⁷

La gastrectomía con reconstrucción en Billroth I se practico en el 5% de nuestros pacientes, como lo menciona Meignot, Nyhus. Esta es la más fisiológica, ya que la secreción ácida es reducida pero no eliminada. En nuestra casuistica este procedimiento se realizó en porcentaje bajo.

Como se muestra en la gráfica 8 hay otras técnicas menos frecuentemente efectuadas, algunas actualmente sin indicación para el manejo de la úlcera gástrica.

Una complicación en los pacientes sometidos a cirugía gástrica fue el incremento de riesgo de cáncer de colon y de pulmón .

Llegandose a la conclusión que esto esta influenciado por la dieta según Grant³⁸ demostrandose que el tipo de anastomosis no tiene relación.

Así Ane refiere que el hábito del tabaco es un factor importante que contribuye en la mortalidad de pacientes con cirugía por úlcera gástrica.³⁹

CONCLUSIONES

1. Los mecanismos básicos que hasta la actualidad se han postulado para la formación de la úlcera gástrica son: defecto en la motilidad, reflujo duodeno-gástrico, gastritis, barrera de mucosa gástrica, prostaglandinas, flujo sanguíneo de la mucosa gástrica, bicarbonato y mucus, ácido y pepsina, predisposición anatómica, drogas antiinflamatorias no esteroideas, consumo de cigarro, defecto en la función ventilatoria, stress, factores geográficos e infecciones.

2. Se presenta con mayor frecuencia entre la 5ª y la 6ª década de la vida, fue ligeramente mayor para el sexo masculino en relación con el femenino.

3. El síntoma predominante fue el dolor, mientras que la melena y la hematemesis son los signos más frecuentes.

4. El sitio de localización anatómica más frecuente de la úlcera gástrica fué en el antro, luego en la curvatura menor.

5. Es importante el examen endoscópico con toma de biopsia para descartar un proceso neoplásico.

6. Entre las técnicas quirúrgicas de urgencia: la más sencilla es la mejor, tomando en cuenta la edad y las condiciones generales del paciente.

7. La técnica más frecuentemente realizada en las cirugías electivas fué la hemigastrectomía con gastro-yeyuno-anastomosis en Y de Roux.

8. La mortalidad fué del 2% y correspondio a pacientes sometidos a cirugía de urgencia.

9. La morbilidad fué del 22% y se observo en cirugía electiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Yamada T., Alpers D., C., Powell D., Silverstein F. Textbook of Gastroenterology. 1991 1241-1330.
2. Schwartz S., Ellis H., Husser W., Gastric Ulcer., Maingot Abdominal Operations 1985 743-758.
3. Bockus H. Berk. Jack E. Gastroenterology Bockus 1985 443-486.
4. Schwartz I., Shires T., Frank C., Storer H. Gastric Disease Principles of Surgery 1985 1124-32.
5. Lloy M., Nyhus Baker R., Mastery of Surgery 1989 648-75, 722-30.
6. Sleisenger Marvin H., Gastrointestinal Disease pathophysiology, diagnosis, Management 1989
7. Gelfand D., Dale W., and Ott D., The location and size of gastric Ulcers: Radiologic and Endoscopic Evaluation., Am J. Radiol 1984., 145-55.
8. Cesenda A., Brahetto I., and Smok G., Type IV Gastric Ulcer., A new hypothesis. Surgery 1987: 101-61.
9. Gutierrez S C.; Arrubarrena A.V. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo 1988: 87-100.
10. Euler A.R., Popiela T., Tytgat N., Kulig J. Lookabaugh L., Pham D., A multiclinic trial evaluating arbaprostil (15 (R) 15. Methyl prostaglandin E 2) as a therapeutic agent for Gastric Ulcer. Gastroenterology 1989, 967-71.

11. Gasbarrini G., Andreoni P., Baraldine M., Bonvicini F., Cursaro Brochi. Protection of the Upper gastrointestinal mucosa. Int J. Clinic Pharmacol Res. 1990 10(3) 173-8.

12. Levi S., Goodlad RA., Lee CY Stamp G., Walport MJ Wright NA., Hodgson H. Inhibitory Effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on mucosal cell proliferation associated with gastric ulcer healing. Lancet 1990 oct 840-43.

13. Weiler H., Wiler C., Gerok W., Gastric mucosal prostaglandin E2 levels in gastric Non-ulcer and ulcer patients with chronic renal failure or without renal disease, and in healthy subjects. Neth J Med 1990 dec 37; 189-96.

14. Kamada T., Kawano S., Nobuhiro S., Gastric mucosal blood distribution and its changes in the healing process of gastric ulcer. Gastroenterology 1983; 1541.

15. Hogan D.L. Isemberg J., Gastroduodenal bicarbonate production; Med Intern 1988. 385-33.

16. Sidebotham R.L. Batten J.J., Rarin Q.N., Spencer J., Baron Breakdon. Of gastric mucosin presence of helicobacter pylori. J. Clin Pathol. 1991 44; 52-57.

17. Arthur J., McCullough D., Graham Knuff T., Lanza F., Levenson H. L., Lyon D., Sinar D., Smith L., Berman R., Root J., Woley W. Gastroenterology 1989 97; 860-66.

18. Laporte J.R., Carne X., Vidal X., Moreno V., Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Study on Upper gastrointestinal bleeding. Lancet. 1991 337; 860-66.

19. Swartz M.L., Cytotec. Gastroenterology. Nurs. 1990; 37-39.

20. Stermmmermann G.N., Marcus E.B. Buist A.S. and Maclean C.J. Relative Impact of smoking and Reduced Pulmonary function on Peptic Ulcer Risk. Gastroenterology 1989 96; 1419-24.

21. Hallund U., Stress Ulcer. Scand J. Gastroent. 1990; 27-33.

22. Kawano S., Tsujii M., Nagano K., Ogiwara T., Tanimura H., Hayahi N., Itto T., Sato N., Kamada T., Diffenest effect of helicobacter pylori on the human gastric antral and body mucosal intracellular mucin., Scand J. Gastroent. 1990 997-1003.

23. Andreica V., Suciu A., Dumitrascu D., Draghici A., Pascu O., Biochemical changes induced by helicobacter pylori in the gastric juice. Med. Int. 1990 28; 145-52.

24. DEES a., bETENBURG P., Umar H., Menon R., Verweij., J. Strongyloides stercoralis associated with a bleeding. Gastric ulcer. Gut. 1990 12; 1413-5.

25. Armar D.O., Dudmundsson G., Theodors A., Valtysson G., Sigfusson A., Jonaaori J.G.. Primary cytomegalovirus infection and Gastric ulcer in normal host. Sci 1991; 108-1

26. Leonardo A., Grisendi A., Della C.G., Ferrari A.M., Pulvirenti M. Peptic Ulcer in migrants prog. Med 1990 aug 81; 502-3.
27. Earnest D.L., Controlling P.H., The impact of newer agents on the critically ill paciente DICP 1990 24; 31-4.
28. Ostensen H., Gudmundsen T., Blz K., Burhol P and Bonnevie. The incidence of Gastric ulcer and duodenal ulcer. A prospective epidemiological study. Scand J. Gatsarent. 1985; 189
29. Brown P., Salmon P.R., Burwood R., Knox A.J., Flendinnen B., Read A.. The endoscopic, radiological and findings in chronic duodenal ulceration scand. J. Gastroent. 1978; 55-7.
30. Bonnevie O. The incidence of gastric ulcer in Copenhagen. Scand J. Gastroenterol 1975; 231.
31. Petersen H., Johannessen T., Kleveland P., Fgosne U., Dybdahl J.H., Waldum H.L. Do Ew Need to listen to patient. Tha predictive value of symptoms scand. J. Gast. 1988; 30-55.
32. Lu C C., Schulze-Delrieu K. Pyloric deformation from peptic disease radiographic evidence for incompetence rather than obstruction, diag. Dis Sci 1990 35; 1459-67.
33. John L., Sawyers M.D., Lester F., Williams MD., The surgical clinics of north american. The acute abdomen 1988 343-60.
34. Kang J.Y., We A., Helicobacter pylori and gastric acid output in peptic ulcer disease. Diag Dis Sci Jan 1991 5.

35. Haglund U., Jansson R., Lindhagen J., Primary Roux Y gastro-yeyunostomy Vs Gastroduodenostomy after antrectomy. A.M.J. Surg. 1990 159; 546-9.

36. Guz L., Hugier F., Blaunois and Flamant, Lacaine Paquet. Total Vs subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the antrum. Toulouse France 1989; 209-12.

37. Xynos E., Vassilakis J.S., Fountos A., Pechliiva Nides, and Karkavitsas N. Enterogastric reflux after various types of anti ulcer gastric surgery:Quantitation by 99 TC-Hida. Gastroent. 1991; 991-98.

38. Grant N., Stemmermann Abraham M., and Po-huang Chyou. Cancer incidence following subtotal gastrectomy. Gastroent. 1991; 711-15.

39. Anne C., Tersmatte., Offerhaus J., Francis Giardiello., Brand R., Termette K., Tytgat G.. and Vandenbrouke. Long-Term prognosis after partial gastrectomy for benign conditiones. Gastroent. 1991; 148-53.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA GASTRICA BENIGNA

SEXO	PACIENTES	%
MASCULINOS	54	55
FEMENINOS	45	45

EDAD	MAXIMA	MINIMA
	98a	21a

MEDIA DE 59.1 AÑOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA GASTRICA BENIGNA

CUADRO CLINICO

SIGNOS Y SINTOMAS	PACIENTES	%
DOLOR	82	83
MELENA	63	64
HEMATEMESIS	53	53
PERDIDA DE PESO	31	31
VOMITOS	22	22
PIROSIS	17	17
REGURGITACION	17	17
SENSACION DE PLENITUD	14	14
DISTENCION ABDOMINAL	12	12
NAUSEAS	8	9
DIAPHORESIS	6	7
ASTENIA	3	3
SINDROME ANEMICO	3	3
DISFAGIA	2	2
ADINAMIA	2	2
COLURIA	2	2
ACOLIA	2	2
ARTRALGIAS	1	1
MIALGIAS	1	1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA . GASTRICA BENIGNA

MODALIDAD DIAGNOSTICA

ESTUDIO	PACIENTES	%
ENDOSCOPIA	70	71
DIAGNOSTICO ULCERA	58	59
ADENOCARCINOMA	7	7
GASTRITIS	4	4
ESTENOSIS PILORICA	1	1
SERIE ESOFAGO-GASTRO-DUODENAL	48	48
DIAGNOSTICO ULCERA	35	35
EST. RETENCIONISTA	10	10
ADENOCARCINOMA	1	1
HERNIA HIATAL	1	1
NORMAL	1	1
BIOPSIA	54	54
DIAGNOSTICO ULCERA	18	18
ADENOCARCINOMA	22	22
GASTRITIS	13	13
LINFOMA	1	1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA GASTRICA BENIGNA

LOCALIZACION ANATOMICA

SITIO	PACIENTES	%
ANTRO	42	42
CURVATURA MENOR	20	20
CUERPO GASTRICO	9	10
CURVATURA MAYOR	7	8
ANTRO Y PILORO	3	3
ANTRO Y DUODENO	3	3
NEO-BOCA ANASTOMOTICA	3	3
FONDO GASTRICO	2	2
CURVATURA MAYOR Y MENOR	2	2
ANTRO Y CUERPO	2	2
PILORO	2	2
CARDIAS	1	1
SE DESCONOCE	1	1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA GASTRICA BENIGNA

MANEJO QUIRURGICO

INDICACION	PACIENTES	%
SANGRADO	24	24
ADENO CA ULCERADO	20	20
FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO	17	17
ESTENOSIS PILORICA	13	13
PERFORACION	8	9
PERFORACION Y SANGRADO	4	4

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULECRA GASTRICA BENIGNA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS

	PACIENTES	
DE URGENCIA	21	21
ELECTIVOS	65	66
MANEJO MEDICO	13	13

GRAFICA 6

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA GASTRICA BENIGNA

CIRUGIA DE URGENCIA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	PACIENTES	%
PARCHE DE GRAHAN	6	6
GASTROTOMIA CON HEMOSTASIA DE VASO SANGRANTE	6	6
HEMIGASTRECTOMIA CON GASTRO-YEYUNO-ANASTOMOSIS EN Y DE ROUX	2	2
HEMIGASTRECTOMIA CON GASTRO-YEYUNO-ANASTOMOSIS EN OMEGA DE BRAUN	2	2
RESECCION EN CUNA	2	2
VAGOTOMIA TRONCULAR MAS PILO-PLASTIA.	1	1
GASTROSTOMIA MAS GASTRECTOMIA-PROXIMAL	1	1
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1	1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULECRA GASTRICA BENIGNA

CIRUGIA ELECTIVA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	PACIENTES	x
HEMIGASTRECTOMIA CON GASTRO-YEYUNO- ANASTOMOSIS EN Y DE ROUX	19	19
HEMIGASTRECTOMIA CON GASTRO-YEYUNO- ANASTOMOSIS EN OMEGA DE BRAUN	6	6
GASTRECTOMIA TOTAL CON ESOFAGO- YEYUNO-ANASTOMOSIS	12	12
VAGOTOMIA TRONCULAR MAS PILOROPLASTIA	10	10
HEMIGASTRECTOMIA CON GASTRODUODENO- ANASTOMOSIS	5	5
HEMIGASTRECTOMIA MAS VAGOTOMIA TRONCULAR CON GASTRO-YEYUNO-ANASTOMOSIS	3	3
GASTRO-YEYUNO-ANASTOMOSIS LATERO-LATERAL	3	3
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	3	3
ANTRECTOMIA MAS VAGOTOMIA TRONCULAR CON GASTRO-DUODENO-ANASTOMOSIS	1	1
VAGOTOMIA TRONCULAR MAS GASTRO-YEYUNO- ANASTOMOSIS	1	1
RESECCION EN CUNA	1	1
CIERRE DE PILARES, BELSEY MARK IV	1	1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA GASTRICA BENIGNA

MORBILIDAD

	PACIENTES	X
INFECCION HERIDA QUIRURGICA C.E.	7	7
FISTULA ENTERO-CUTANEA C.E.-C.U.	5	5
SANGRADO C.U.	4	4
ABSCESO RESIDUAL C.U.	2	2
NEUMONIA C.E.	2	2
EVENTRACION HERIDA QUIRURGICA C.E.	1	1
TROMBOFLEBITIS C.E.	1	1
	TOTAL	22

C.E. CIRUGIA ELECTIVA

C.U. CIRUGIA DE URGENCIA

HOSPITAL ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ULCERA GASTRICA BENIGNA

MORTALIDAD

CAUSA	PACIENTES	X
SANGRADO C. U.	2	2
		TOTAL 2

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA "

ULCERA GASTRICA BENIGNA



ULCERA GASTRICA BENIGNA

