

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

REVISION DEL MANEJO QUIRURGICO DE ULCERA
PEPTICA PERFORADA CON PARCHES DE GRAHAM
EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

TRABAJO DE INVESTIGACION

PRESENTA:

DR. SIGIFREDO HARO ORDUÑO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS

DR ARTURO VAZQUEZ GARCIA

REGISTRO DE PROTOCOLO: **96.2007**

MEXICO D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA:

A mi madre quien con su ejemplo ha marcado el camino; con su incondicional apoyo y amor me ha dado fuerzas para cursarlo.

A mi padre a quien quisiera tener aun conmigo.

A toda mi gran familia.

A mis maestros que desinteresadamente me enseñaron y guiaron.

A mi buen amigo que vine a encontrar en estas tierras lejanas.

A mis compañeros residentes con los cuales compartí tantas inolvidables experiencias.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
OBJETIVO DEL ESTUDIO	4
MATERIAL Y METODOS	5
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	6
RESULTADOS	7
DISCUSION	11
CONCLUSION	13
REFERENCIAS	14

REVISION DEL MANEJO QUIRURGICO DE ULCERA PEPTICA PERFORADA CON PARCHES DE GRAHAM EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

RESUMEN

ANTECEDENTES: las complicaciones de la ulcera péptica que requieren cirugía han sido obstrucción al vaciamiento gástrico, sangrado, o perforación, con la introducción de inhibidores de bomba de protones, antagonistas H₂, y uso generalizado de endoscopia para control de sangrado ha disminuido drásticamente la necesidad de cirugía para las dos primeras ⁽¹⁾; no siendo así el caso para la perforación, la cual persiste siendo un reto con elevada morbilidad y mortalidad.

METODOS: se analizaron los expedientes de 22 pacientes a los cuales se les colocó parche de Graham como tratamiento para ulcera péptica perforada, recopilándose las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes, hallazgos en el transoperatorio, así como el resultado de el tratamiento.

RESULTADOS: Nuestros pacientes fueron de una edad considerablemente mayor que lo reportado en estudios similares (~20 años), estos mismos con mayor comorbilidad que lo reportado en otras series. La mayoría de los pacientes presentaron signos positivos en US, Radiografías o TAC sugestivos de patología abdominal aguda o víscera hueca perforada, aunque la frecuencia en que se apreció el signo clásico de aire libre en cavidad fue de (40.9%) en radiografías simples.

El tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro agudo para manejo quirúrgico fue de (+24hrs) en su mayoría (77%), el diagnóstico de certeza prequirúrgico fue de 59.04%; la mortalidad fue de 36.6%. La presencia de H. Pylori se determinó en 36% de los casos.

CONCLUSION: Los pacientes mayores de 75 años presentaron mayor mortalidad ($p=0.022$); así como aquellos que presentaron choque preoperatorio (50%) ($p 0.039$). No se identificó H. Pylori en 64% de los casos, por lo cual se recomienda realizarlo en todos los casos de ulcera péptica perforada.

SUMMARY

Background: the complications of the peptic ulcer disease that require surgery have been gastric outlet obstruction, bleeding or perforation; with the introduction of proton pump inhibitors, H2 antagonists, and wide spread use of endoscopic therapy for control of bleeding ulcers, the need for surgery has declined drastically for first two of these complications ⁽¹⁾; not being this the case for perforation which persists being a challenge with high morbidity and mortality.

Methods: the files of 22 patients were analyzed to whom a Graham patch was placed to treat a perforated peptic ulcer; variables were documented identifying the characteristics of the patients, surgical findings, and the results of this treatment.

RESULTS: Our patients were considerably older than those reported in similar studies (~20years), with higher comorbidity. Most of them presented positive signs in US, simple x-rays or CAT scans, although the frequency in which free air in the abdominal cavity was seen in standard x-ray was (40.9%).

In most cases the recognition of the need for emergency surgery took over 24hrs after symptoms started (77%), diagnostic precision was 59.04%; mortality was 36.6%. In the outpatient follow-up the presence of H. Pylori was determined in 36% of surviving patients.

CONCLUSIONS:

Patients older than 75 years had a higher mortality ($p=0.022$); as did those with preoperative shock (50%) ($P 0.039$). In 64% of the cases H. Pylori presence was not determined, we recommend as do similar studies determination in all cases of perforated peptic ulcer.

INTRODUCCION:

Las complicaciones de la enfermedad ácidopéptica que frecuentemente requerían tratamiento quirúrgico eran obstrucción al vaciamiento gástrico, sangrado y perforación. La frecuencia de tratamiento quirúrgico para las dos primeras complicaciones de enfermedad ácidopéptica ha disminuido consistentemente desde la introducción de los bloqueadores de los receptores H₂, bloqueadores de la bomba de protones y tratamiento endoscópico para sangrado, sin embargo la frecuencia de perforación de úlcera y subsecuente cirugía no a mostrado una similar disminución ⁽¹⁾; así mismo siendo en nuestro hospital una patología frecuente.

En este proyecto de investigación se estudiaron los resultados obtenidos con la colocación del parche de Graham como tratamiento quirúrgico para la úlcera péptica perforada, ya que se consideró como el de elección en estos pacientes por el poco tiempo quirúrgico, facilidad técnica, adecuado control de la fuga y peritonitis química que presentaron.

El propósito de este proyecto de investigación fue identificar específicamente los factores de riesgo de mal pronóstico que presentaron los pacientes a los que se les colocó parche de Graham; los hallazgos quirúrgicos, identificándose el sitio y tamaño de la perforación de la úlcera, así como la morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

La perforación de úlcera péptica con el subsecuente abdomen agudo por peritonitis sigue siendo un reto frecuente al que nos enfrentamos en nuestro hospital; nos planteamos como hipótesis que los pacientes que son tratados con la colocación de parche de Graham como manejo para la perforación de úlcera péptica reciben un adecuado tratamiento; con una morbilidad/mortalidad comparable con la de otros grandes centros hospitalarios. Así mismo el identificar factores de riesgo de mal pronóstico, sitio y tamaño de perforación, el identificar aquellas variables que puedan ser modificadas y crear sugerencias que permitan el mejor abordaje diagnóstico y terapéutico para nuestros pacientes.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes de pacientes que se presentaron en el servicio de urgencias o en camas de nuestro hospital con abdomen agudo secundario a ulcera peptica perforada y fueron intervenidos de manera urgente manejándoseles con la colocación de parche de Graham desde 1 de junio del 2004 a 1 de 2006. Dentro de las variables mas importantes identificadas en esta serie están: características demográficas, tabaquismo y etilismo, uso de crónico de AINES y de IBP, patología comorbida incluyendo diagnostico endoscopico previo de ulcera, duración del cuadro agudo, utilización de auxiliares de diagnostico como radiografías simples, ultrasonido y tomografía, tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro agudo hasta tratamiento quirúrgico, sitio y tamaño de perforación, peritonitis, morbilidad y mortalidad incluyendo las reintervenciones; y determinación de presencia de Helicobacter pylori postoperatoriamente.

Recabándose los resultados en hojas de recolección y concentrándose en hojas de cálculo se procesó la información. Mediante el programa "Excel" se calcularon los porcentajes y promedios mas significativos, desviaciones estándar; para el análisis estadístico de variables utilizándose "Statistica 6.0" con determinación de P con prueba exacta de Fisher.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS ANEXA:

HOJA ANEXA "RECOLECCION DE DATOS"

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____

SEXO _____ EDAD _____

PATOLOGIA COMORBIDA

HAS DM NEUMOPATIA CARDIOPATIA

OTROS. _____

EPIGASTRALGIA URENTE

USO DE IBP

SI NO TIEMPO _____

SI NO

USO CRONICO DE AINES SI NO

dx previo de ULCERA SI NO

TABAQUISMO

ETILISMO

SI NO TIEMPO _____

SI NO TIEMPO _____

SHOCK SI NO

FECHA

P.A. _____ ingreso UA _____

Ingreso QX _____

fecha de QX _____

TIEMPO PARA QX (desde inicio de PA)

- 12 HRS 12-24 HRS 24-48 HRS + 48 HRS

RX estudios previos sugestivos

AIRE LIBRE

TRAGO DE HIDROSOLUBLE FUGA

US LIQUIDO L.

TAC

RX NO SUGESTIVOS

Sito de ulceración:

duodenal

prepilorica

otro

Tamaño - 1 cm

= + 1cm

EXTENSION DE CONTAMINACION:

SIN

PERITONITIS QUIMICA

LOCAL

GENERALIZADA

PERITONITIS / PUS

LOCAL

GENERALIZADA.

TIEMPO QX -1HRS

1-2HRS

2-3HRS

+3 HRS

FUGA SI NO

ABSCESO RESIDUAL SI NO

OTRA

CX _____

PUNCION SI NO

REOPERACION

SI NO

MORTALIDAD SI NO

EIH _____

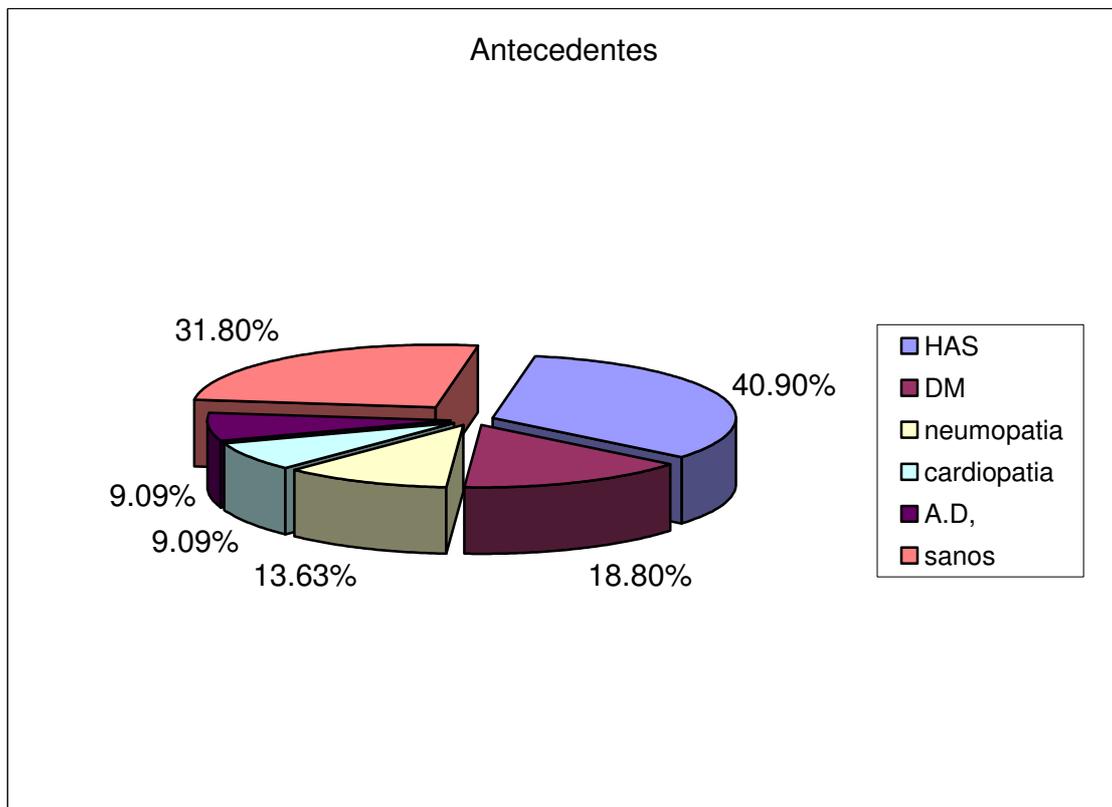
SEGUIMIENTO

HP: SI NO NO ESTUDIO OTRA QX SI NO

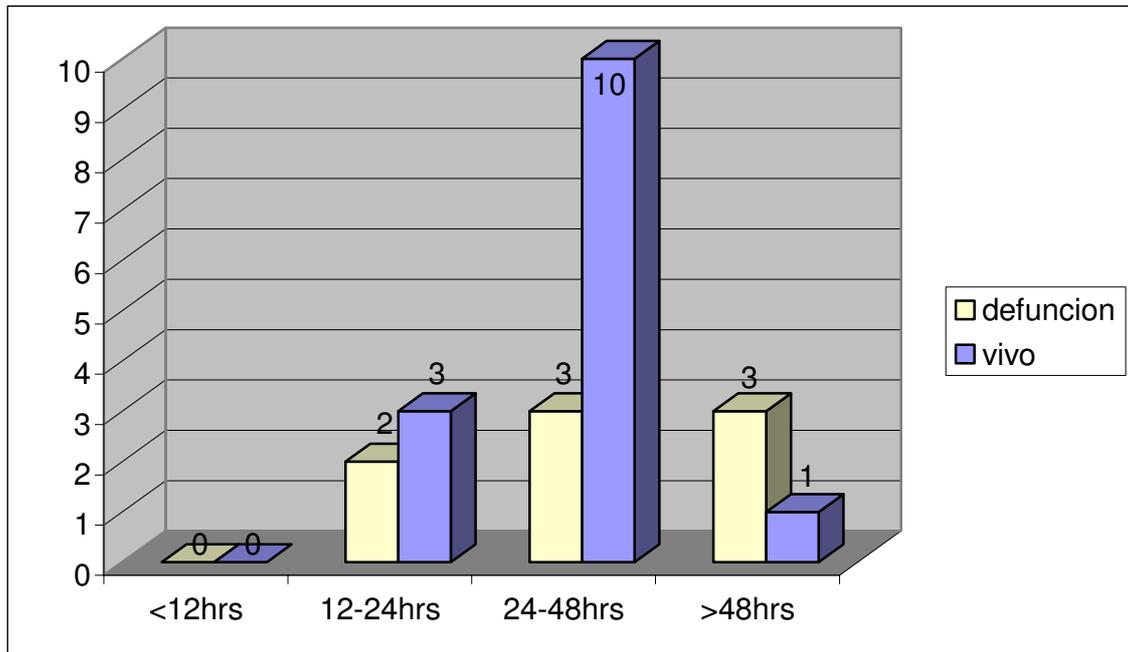
RESULTADOS

El estudio comprendió la revisión de un total de 22 casos de pacientes valorados por nuestro servicio en servicio de urgencias o internados en diferentes servicios en nuestro hospital a los cuales se les opero y colocó parche de Graham como tratamiento para ulcera peptica perforada. 8 pacientes de sexo femenino y 14 masculino relación 1.75: 1. Con rangos de edad de 40 a 92 años, siendo el promedio general 73.2 ± 14.4 .

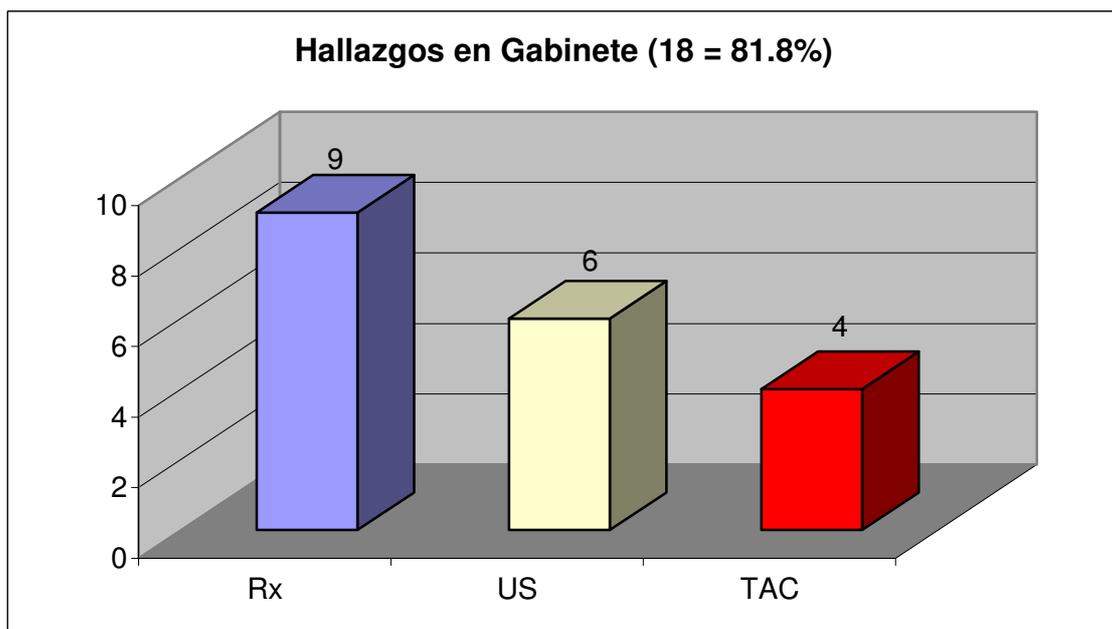
Como antecedentes de importancia se identifico hipertensión en 9, diabetes mellitus en 4, cardiopatías en 3, y neumopatía en 2 casos, 2 más refirieron artritis degenerativa. 3 uso habitual de inhibidores de bomba de protones, 4 uso crónico de AINES, 1 diagnostico previo endoscopico de ulcera peptica. 8 de ellos tabaquismo importante, 4 con etilismo por largo tiempo (+15A) frecuentemente llegando a la embriaguez.



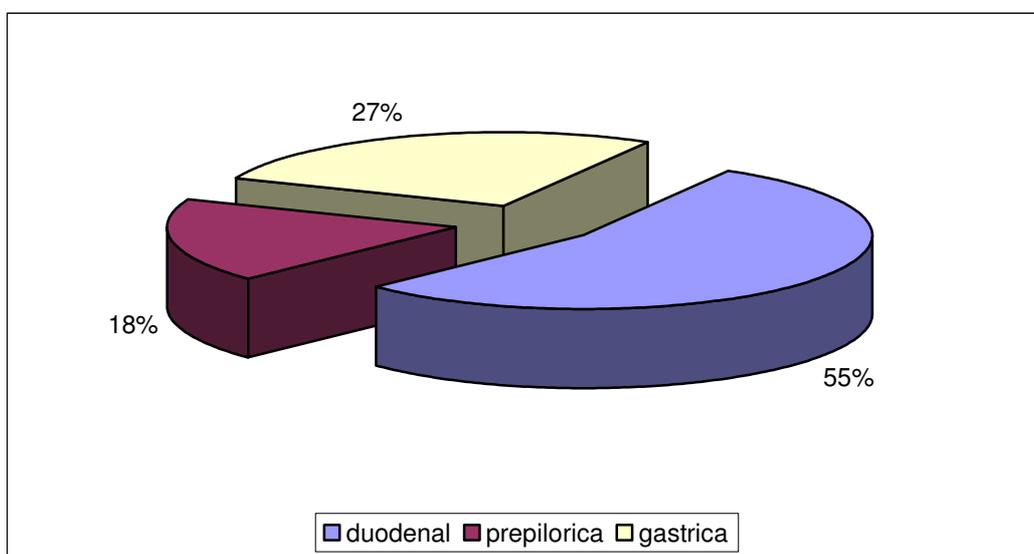
El tiempo transcurrido para recibir tratamiento quirúrgico fue de 12-24 hrs., en 5 casos (22.7%), 24-48hrs en 13 y de +48 hrs. en 1 de los casos después del inicio de sintomatología.



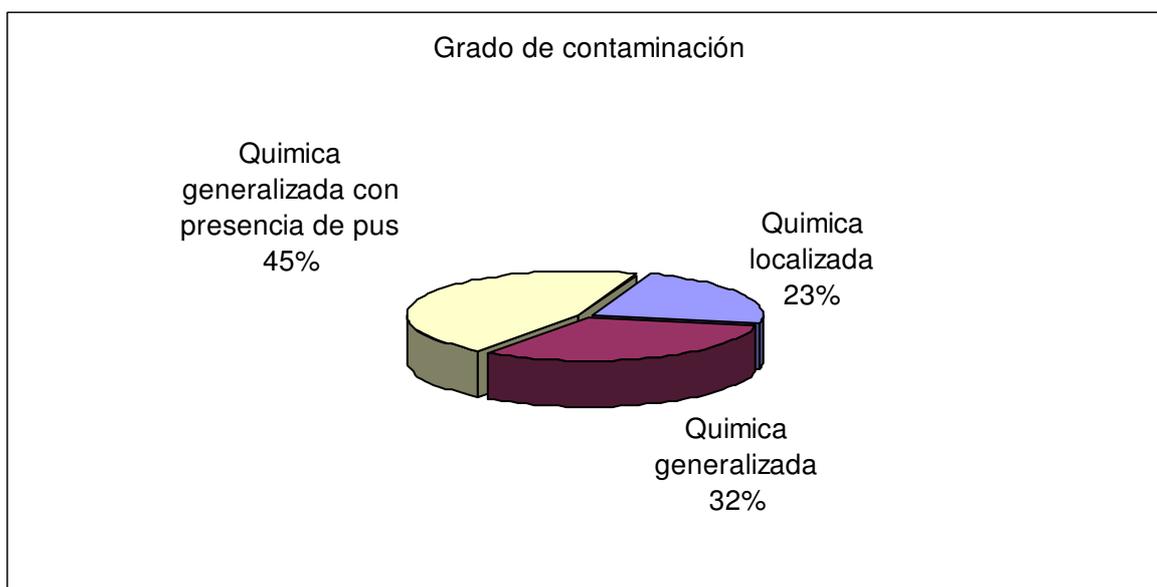
En 18 de los casos (81.8%) se presentaron hallazgos sugestivos en estudios de Gabinete que sugerían la necesidad de tratamiento quirúrgico. En 9 casos (40.9%) el hallazgo principal fue aire libre subdiafragmatico en radiografías simples. En aquellos en que no se identifico aire libre fueron los hallazgos en US abdominal o TAC correlacionados con la clínica los que apoyaron la decisión de manejo quirúrgico de urgencia.



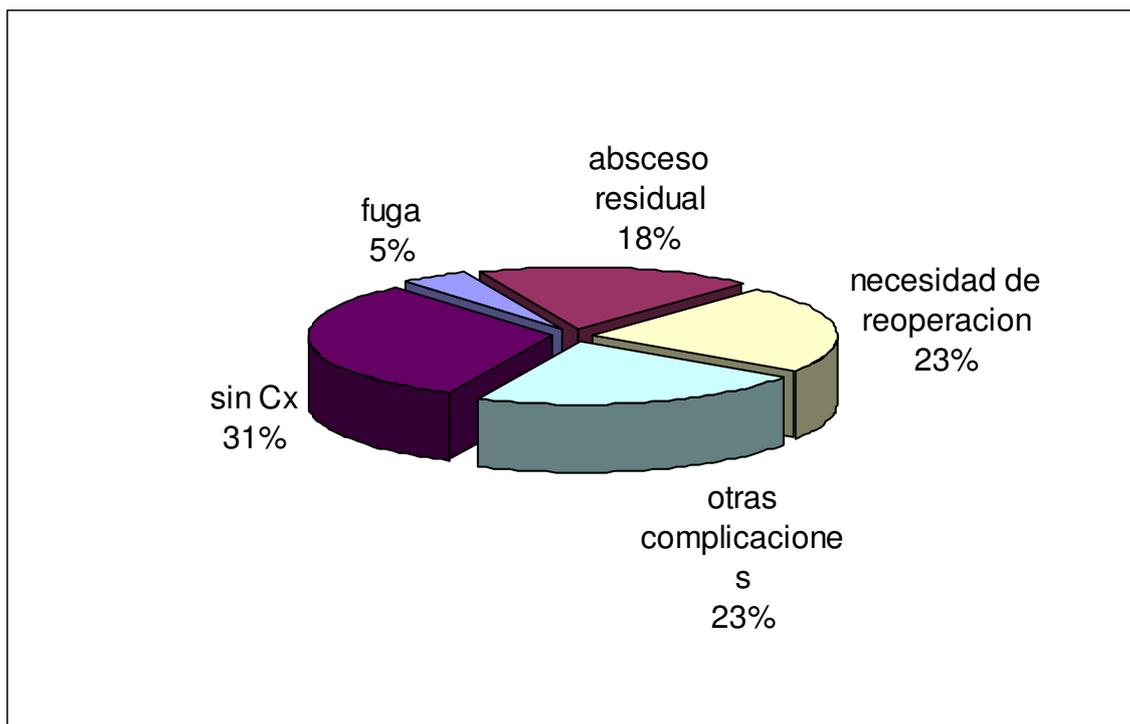
El 50% de los pacientes que presentaron choque preoperatorio fallecieron esta variable siendo estadísticamente significativa ($p=0.039$); de igual manera en un total de 4 pacientes transcurrieron mas de 48 hrs. para la decisión de tratamiento y realización del acto quirúrgico, 3 de ellos falleciendo aunque no siendo estadísticamente significativo ($p=0.11$), la precisión diagnóstica fue de 59.04% correspondiendo a 13 casos, el resto ingreso a cirugía con el diagnóstico de abdomen agudo. Los sitios de perforación fueron duodenal en 12 casos, prepilórica en 4 casos, gástrica en 6 casos, variando el tamaño de perforación: $<1\text{cm}$ en 18 casos (81.8%), $\geq 1\text{ cm}$. en 4 de los casos (18.1%) No siendo significativo el resultado de acuerdo a el tamaño de la perforación.



Se encontró contaminación local química en 5, química generalizada en 7, química generalizada con presencia de pus en 10.

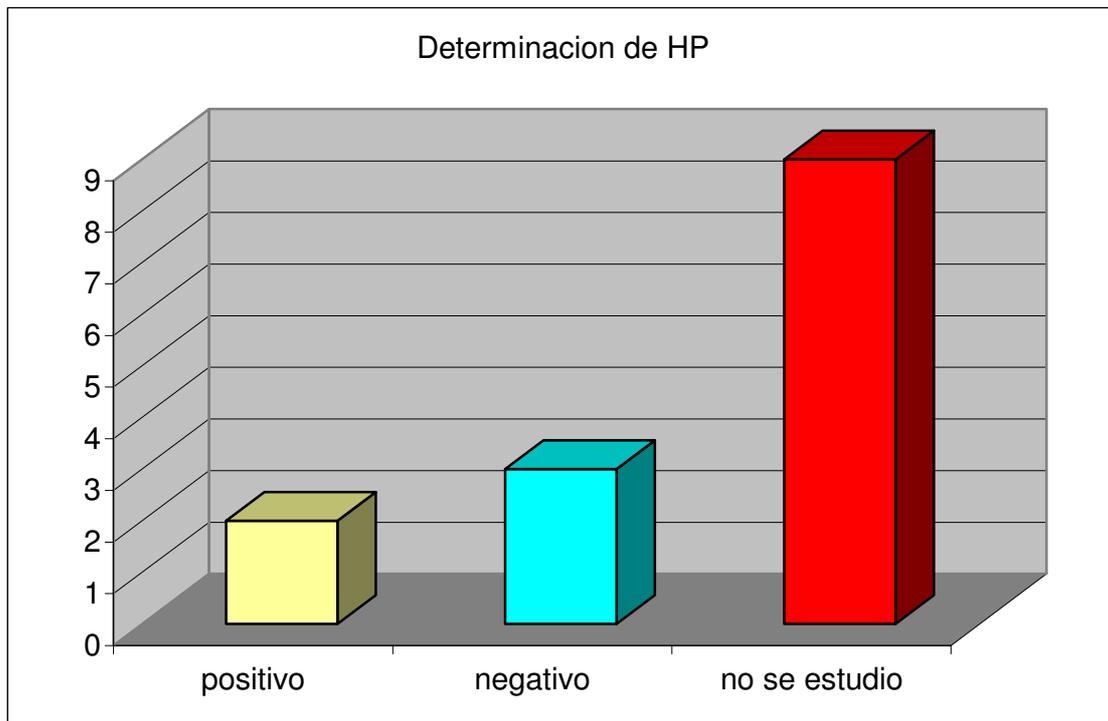


El tiempo quirúrgico fue de 1-2hrs en 16 casos, 2-3 hrs. en 5 casos, +3hrs en 1 caso. Dentro de las complicaciones postoperatorias cabe mencionar que solo se presento fuga en 1 caso (4.54%), absceso residual 4 (18.1%), de estos 3 sobrevivieron y solo 1 de ellos requirió de reoperación por esta causa.



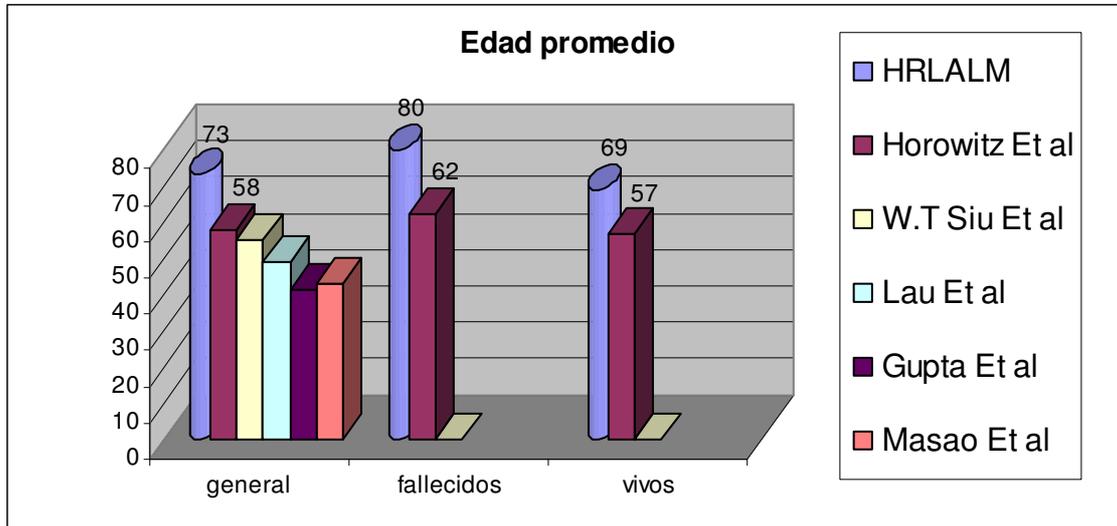
La mortalidad en nuestra revisión fue de 8 pacientes (36.6%), cabe mencionarse que en 4 de los que fallecieron: uno de ellos presento evisceración y subsecuente reoperación en lapso de 10 días, otro mas absceso residual, persistencia de sepsis abdominal requiriendo de reoperación, uno mas trombosis mesentérica completa al momento de cirugía inicial el cual se dejo únicamente en observación y soporte básico y un cuarto paciente diagnosticándose neumonía nosocomial en servicio de medicina critica. Excluyendo pacientes que fallecieron los días estancia intrahospitalaria variaron en un rango de 5 a 17 días promedio de 12.07 ± 4.23 .

El seguimiento en consulta externa fue de 2 a 6 meses, solo a 36% de ellos realizándoseles estudios de endoscopia para determinación de Helicobacter Pylori.

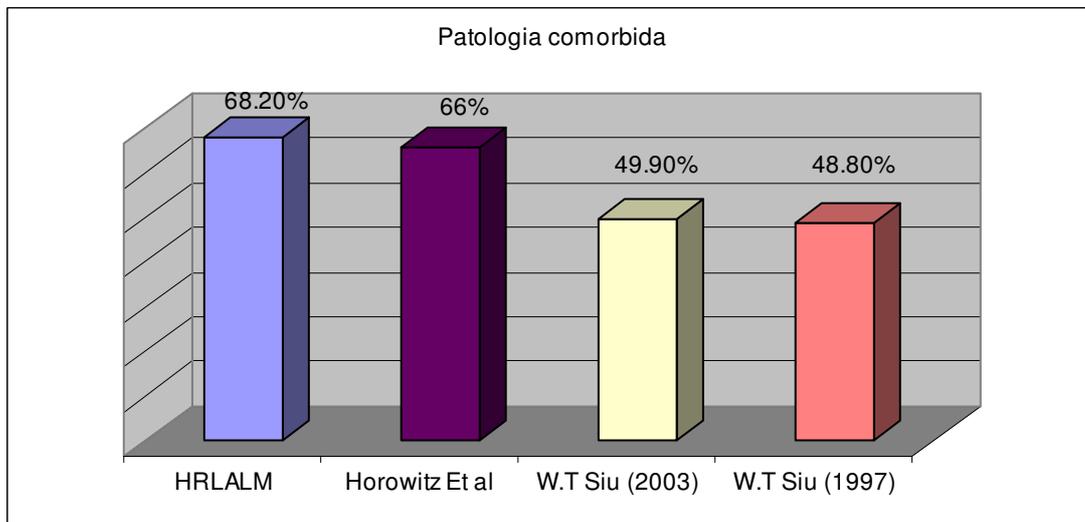


DISCUSION

Encontramos que los pacientes que ameritaron intervención de urgencia y colocación de parche de Graham en nuestro hospital fueron considerablemente mayores (~20A) que el promedio reportado en otros estudios de efectividad con esta técnica.

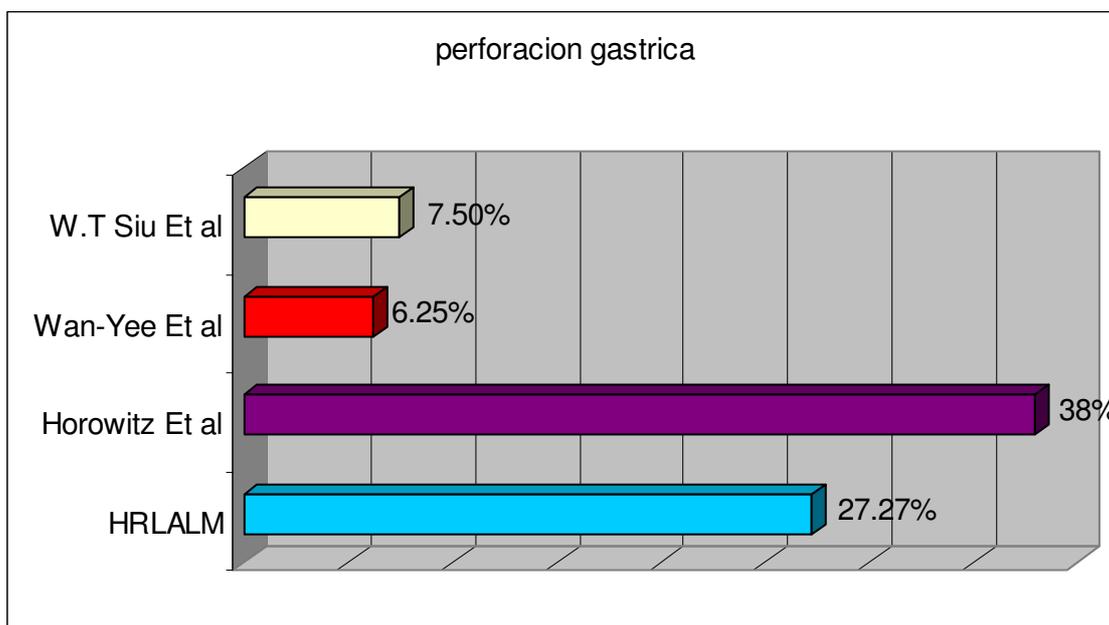


Así mismo nuestros pacientes presentaron un mayor porcentaje de patología comorbida (~12%).



La historia clínica sugestiva de enfermedad ácidopéptica como epigastralgia urente, uso de IBP o bloqueadores H₂, uso crónico de AINES con horario o diagnóstico previo de úlcera por endoscopia solo fue positiva en un máximo de 22.7 % (epigastralgia). El 81.8% de nuestros pacientes presentaron hallazgos en estudios de gabinete que junto con los datos clínicos apoyaban la decisión de intervención quirúrgica de urgencia; en 40.90% fue referido el aire libre en radiografías como el hallazgo principal, esto distando a lo que reporta la literatura clásica (máximo 15-30% de falsos negativos)^(9, 10).

La localización gástrica de la úlcera fue intermedia en nuestro estudio (27.27%) versus a 38%, 7.5%, 6.25% comparada con Horowitz Et al⁽¹⁾, W.T Siu Et al⁽⁵⁾, Wan-Yee Et al⁽⁴⁾, respectivamente.



Los resultados en cuanto a tamaño de la perforación y el tiempo quirúrgico requerido fueron similares a lo reportado en la literatura mundial.

La mortalidad fue mayor que la referida en otros artículos similares, siendo la cifra más cercana 23%⁽¹⁾.

En el seguimiento postoperatorio, solo se buscó la presencia de Helicobacter Pylori en 36% de los pacientes previo a su alta de seguimiento, siendo que Kate V Et al, recomienda la búsqueda y erradicación de ser necesario del H. Pylori en todos los pacientes con úlcera péptica complicada⁽⁷⁾; a ninguno de nuestros pacientes se les ofreció cirugía definitiva para prevenir recurrencia de enfermedad ulcerosa y sus complicaciones, en el pasado llegando a realizarse esta cirugía en tanto como un 27%⁽⁶⁾; en nuestros pacientes dado su mayor promedio de edad, la menor hipergastrinemia que tienen como factor causal y menor tolerancia a cirugía mayor, consideramos fue la decisión adecuada.

CONCLUSIONES

Las pacientes con perforación de ulcera peptica en nuestro grupo fueron pacientes considerablemente mayores a lo reportado en literatura mundial, los mayores de 75 años presentando mayor mortalidad ($p=0.022$) y con mas patología comorbida. En la mayoría de los casos la historia clínica no presentaba antecedentes sugestivos de enfermedad ácidopéptica, el tabaquismo o etilismo no se consideraron variables importantes, el choque preoperatorio se correlacionó directamente con elevada mortalidad (50%) ($p 0.039$). En nuestro grupo la frecuencia de ulcera gástrica perforada concuerda con la distribución demográfica de la población estudiada, siendo su relación como sabemos directamente proporcional a la edad de los pacientes. Se evidenció claramente un seguimiento pobre de nuestros pacientes sólo en 36% buscándose la presencia de Helicobacter Pylory pese a su clara relación con la esta patología.

Basándonos en nuestros resultados sugerimos se tenga especial cuidado en la evaluación de los pacientes mayores de 75 años para su diagnostico y tratamiento oportuno incluyendo en el preoperatorio la prevención del desarrollo de shock. Así mismo la sistemática determinación y tratamiento de ser necesario del H. Pylori en el postoperatorio.

REFERENCIAS

- 1) All Perforated Ulcers Are Not Alike
HOROWITZ, KUKORA, AND RITCHIE
Ann. Surg. June 1989
- 2) Management of Complicated Peptic Ulcer Disease
Stephen W. Behrman, MD
ARCH SURG/VOL 140, FEB 2005
- 3) The management of large perforations of duodenal ulcers
Sanjay Gupta
BMC Surgery 2005, 5:15
- 4) A Randomized Study Comparing Laparoscopic Versus Open Repair of Perforated Peptic Ulcer Using Suture or Sutureless Technique
Wan-Yee Lau. Et al
ANNALS OF SURGERY Vol. 224, No. 2, 131-138
- 5) Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer A Randomized Controlled Trial
Wing T. Siu, Et al
ANNALS OF SURGERY
Vol. 235, No. 3, 313-31
- 6) Laparoscopic Omental Patch Repair for Perforated Peptic Ulcer
Masao Matsuda, Et al.
ANNALS OF SURGERY
Vol. 221, No. 3, 236-240
- 7) Effect of Helicobacter pylori eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer: retrospective and prospective randomized controlled studies.
Kate V Et al.
Br J Surg. 2001; 88(8):1054-8 (ISSN: 0007-1323)
- 8) Evaluation of a protocol for the non-operative management of perforated peptic ulcer
Marshall C. Et al.
Br J Surg. 1999; 86(1):131-4 (ISSN: 0007-1323)
- 9) Washington Manual de Cirugía 2da Edición
Department Of Surgery Washington University
Gerard M. Doherty Et al.
Capitulo 13. Pag 210.
- 10) Maingot's Abdominal Operations Tenth Edition
Seymour I. Schwartz, Harold Ellis Et al.
Chapter 30 Page 984.

BIBLIOGRAFIA.

1. Fogelhom R: Subarachnoid hemorrhage in Middle-Finland: Incidence, early prognosis and indications for neurosurgical treatment. *Stroke* 1981;12:296-301.
2. Ingall TJ, Whinnant JP, Wiebers do, O'Fallon WM: Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Complications and outcome in a hospital population. *Stroke* 1987;18:1061-1067.
3. Philips LH, Whinnant JP, O'Fallon M, Sudt TM: The unchanging pattern of subarachnoid hemorrhage in a community. *Neurology* 1980;29:1034-1040.
4. Jackobsen M, Enevoldsen E, Bierre P: Cerebral blood flow and metabolism following subarachnoid hemorrhage: cerebral oxygen uptake and global blood flow during the acute period in patients with hemorrhage subarachnoid. *Acta Neurol Scand* 1980;82:174-83
5. Sekhar LN, Heros RC: Origin, growth, and rupture of saccular aneurysms. A review. *Neurosurg* 8:248, 1981
6. Boterell EH, Loughheed WM, Scott JW, Vanderwater SL: Hypothermia and interruption of the carotid or carotid and vertebral circulation in the surgical management in the intracranial aneurysms. *J Neurosurg*. 1956;13:1-43
7. Guy J, McGrath BJ, Borel CO, Friedman AH, Warner DS: Perioperative management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Part 1. Operative management. *Anesth Analg* 1995;81:1060-72
8. Hunt WE, Hess RM: Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 1968;28:14-20
9. WFNS: World Federation of Neurological surgeons. Anonymous. Report of World Federation of Neurological surgeons Committee on a universal subarachnoid hemorrhage grading scale. *J Neurosurg* 1988;68:985-6
10. Fisher CM, Kistler JP, Davis JM: Relation of cerebral vasospasm to subarachnoid hemorrhage visualized by computerized tomographic scanning. *Neurosurgery* 1980;6:1-9.
11. Protocolo de tratamiento de la Hemorragia subaracnoidea. Servicios de Neurocirugía, UCI, Neuroradiología. Hosp. 12 de Octubre. España
12. Jennet B, Bond MR: Assessment of outcome after severe brain damage. A practical scale. *Lancet* 1975;1:480-484

13. Kassel NF, Torner JC, Haley C, Jane JJ, Admams HP, et al: The international Cooperative Study on the timing of aneurysm surgery. Part 2: Surgical results. *J Neurosurg* 1990;73:37-47.
14. Nibbelink DW, Torner JC, Henderson WC: Intracranial aneurysms and subarachnoid hemorrhage. A cooperative study: Antifibrinolytic therapy in recent onset subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1975;6:629-662.
15. Takaku A, Shindo K, Takaka S et al: Fluid and electrolyte disturbances in patients with intracranial aneurysm. *Surg Neurol* .11:3349, 1979.