

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Guatemala, Centro América

ULCERA PEPTICA PERFORADA

Revisión de 16 años en el Hospital Roosevelt

TESIS

Presentada a la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de
San Carlos de Guatemala

por

LILIAN E. MORALES CAMPOS

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



CONTENIDO

I. INTRODUCCION	13
II. GENERALIDADES SOBRE ULCERA PEPTICA PERFORADA	15
III. MATERIAL Y METODOS	23
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSION	37
VI. CONCLUSIONES	45
VII. BIBLIOGRAFIA	47

I

INTRODUCCION

La enfermedad Péptica, continúa siendo actualmente un problema médico y quirúrgico, causa de mucha incapacidad y algunas veces de muerte, por sus complicaciones principalmente por perforación.

En los últimos años se han hecho observaciones importantes que nos pueden llevar al mejor conocimiento de la patogenia y tratamiento adecuado de los pacientes que sufren esta entidad patológica, pues en la mayoría de pacientes en quienes se hace un diagnóstico temprano de perforación de úlcera péptica y son intervenidos quirúrgicamente la mortalidad es baja.

Espero que este trabajo sea de algún beneficio para la mejor comprensión de este tipo de problemas médicos frecuentes y algunas veces mal comprendidos.

Aunque en él no se hallarán datos de recién aparición, pues en su mayoría comprende una síntesis de los diferentes puntos de vista, que deben tomarse en cuenta en el momento en que nos encontremos frente a un paciente con abdomen agudo; y la conducta terapéutica que hemos de tomar en los primeros momentos que en ocasiones será salvadora.

Al elaborar mi tesis sobre este tema, lo hice tomando en cuenta que es un tipo de problema en el que debe estar bien empapado no sólo el cirujano sino también el médico general, que muchas veces es el requerido para afrontar esta clase de problemas y en los cuales la realización de un diagnóstico temprano es decisivo para el futuro de los pacientes.

II

GENERALIDADES SOBRE ULCERA PEPTICA PERFORADA

PERFORACION: Indica una comunicación libre entre el intestino y la cavidad peritoneal y por lo común ocurre durante el período de activación de la úlcera (10).

Por lo común, las úlceras perforadas se localizan en la pared anterior del duodeno, pero se les encuentra ya sea en la pared anterior o en la posterior del estómago (10). La perforación constituye la complicación más grave de la úlcera péptica, y la causa más frecuente de muerte, 1 a 2% de todas las úlceras se perforan, las perforaciones agudas son de ocho a diez veces más frecuentes en la úlcera duodenal que en las gástricas. Las perforaciones piloroduodenales son más frecuentes que las gástricas; esta complicación ocurre a todas las edades pero especialmente en grupos de edad avanzada. Las úlceras suelen hallarse en la pared anterior del duodeno no protegidas por estructuras vecinas, las úlceras de la pared posterior tienden a penetrar en lugar de perforarse y su extensión queda limitada por órganos sólidos adyacentes (12).

El comienzo puede ocurrir después de un período de tensión nerviosa, intensa, vómitos, tos, esfuerzos al defecar, un golpe sobre el abdomen o cualquier actividad enérgica (12).

La úlcera duodenal, la gástrica, la de boca anastomótica y el carcinoma del estómago en este orden de frecuencia pueden perforarse (10). La perforación puede ser pequeña y

cerrar en breve tiempo pero generalmente es de gran tamaño y se acompaña de hemorragia. El volumen de líquido que pasa a la cavidad peritoneal es mayor en las úlceras gástricas y de Boca anastomótica que en las lesiones de duodeno. El grado de escape y contaminación peritoneal es mayor cuando la perforación se hace con el estómago lleno (11).

MANIFESTACIONES CLINICAS: La brusca salida del contenido gástrico e intestinal irritante produce de inmediato una peritonitis química. Los síntomas comienzan especialmente con dolor intenso de agonía en el epigastrio, que se extiende rápidamente a todo el abdomen, el paciente permanece casi inmóvil porque el menor movimiento produce dolor. La respiración es de tipo costal y superficial, el diafragma está inmovilizado, los músculos abdominales se mantienen rígidos, las rodillas están flexionadas y las manos puestas sobre el abdomen para evitar el menor movimiento. El dolor quizá se propague a uno o ambos hombros irradiado del diafragma innervado por los nervios frénicos. La perforación de una úlcera gástrica puede causar dolor referido a la parte anterior de tórax y por detrás de la zona interescapular. Por gravedad el contenido gastrointestinal se ha escapado y va a parar al canal paracólico derecho y produce dolor en el cuadrante abdominal derecho inferior (12).

EXAMEN FISICO: Los principales signos que se encuentran son los siguientes: Abdomen rígido, tenso, como madera; los ruidos peristálticos están disminuidos o no son audibles a consecuencia de Ileo Paralítico. La matidez hepática ha desaparecido por interposición de aire intraperitoneal libre entre el hígado y la pared torácica abdominal; este dato no merece gran confianza en pacientes con distensión de colon o enfisema Pulmonar. Hay dolor al examen rectal si el jugo gástrico irritante ha emigrado hacia el fondo de saco. En plazo de 6 a 12 horas la irritación química del peritoneo parietal va seguida de Peritonitis bacteriana, la temperatura se eleva, la respiración

se hace más rápida y superficial y aparece malestar y síntomas tóxicos de peritonitis generalizada. La muerte ocurre en plazo de 2 a 5 días (12).

Al examen radiológico del abdomen demuestra presencia de aire libre por debajo de uno o ambos hemidiafragmas, o dentro de la cavidad peritoneal. Si la perforación ha permitido un escape considerable, es posible percutir y demostrar con estudio radiológico una bolsa de aire en relación al hígado. Para ambos exámenes es necesario colocar al paciente en una posición en la que el aire se desplace y pueda descubrirse por arriba de la vísceras sólidas. La observación de aire libre bajo el hemidiafragma izquierdo sugiere úlcera péptica perforada. Las áreas subdiafragmáticas se estudian mejor por estudio radiológico de tórax y abdomen. En más del 75% de los pacientes es posible demostrar aire libre en la cavidad peritoneal mediante técnicas adecuadas (11).

El número de leucocitos se aumenta por arriba de 10,000 a 15,000 x mm³ o más. La Amilasa Sérica puede aumentar moderadamente por absorción de líquido que contiene enzimas pancreáticas a través de los linfáticos peritoneales. El aumento de la Amilasa Sérica no es tanto como en el caso de la Pancreatitis o sea menos de 300 u x mm³ pero la interpretación puede resultar difícil por la coexistencia de una pancreatitis aguda (11).

El absceso subfrénico puede resultar manifiesto de 4 a 10 días después de la perforación y se descubre clínicamente por un aumento brusco de la temperatura y frecuencia del pulso seguido de un cuadro séptico, dolor en un lado de la parte del vientre, tórax y un hombro, hipo y tos por irritación del diafragma, pleura y pulmón vecinos. El examen radiológico puede demostrar derrame pleural. El número de leucocitos aumenta de 15,000 a 20,000 x mm³ predominando los polimorfonucleares. Las causas principales de muerte por úlcera péptica perforada además de la peritonitis son la infección pulmonar y los abscesos abdominales (12).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Durante las primeras 6 a 12 horas los síntomas pueden confundirse con los de Pancreatitis Aguda, Colecistitis y Obstrucción Intestinal de Asa Cerrada. Después de 6 horas más a menudo se puede confundir con la Apendicitis Aguda, porque en esa etapa el dolor intenso y la rigidez abdominal pueden haber sido substituidos por dolor localizado acompañado de hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho, aunque en esta enfermedad el comienzo del dolor es menor, súbito, puede desplazarse desde el epigastrio hasta el cuadrante inferior derecho. La rigidez abdominal es menos intensa y localizada y la posturación es mínima.

Además debe distinguirse de Diverticulitis de Colon, Cólico Renal, Infarto de Miocardio, Neumonía, Pleurecía diafragmática, Neumotórax espontáneo, Trombosis Mesentérica (12).

TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA PERFORADA. (10)

La perforación de una úlcera péptica perforada, es una emergencia quirúrgica. La terapéutica no quirúrgica es sólo para los pacientes en quienes el cierre de la perforación ya se ha efectuado y que tienen mejoría acentuada desde el momento en que fueron vistos por primera vez. El tratamiento no operatorio consiste principalmente en la succión gástrica continua, cuidadosa para asegurar el vaciado completo del estómago, adecuada administración de líquidos y sedación (8).

Aunque los cultivos de la cavidad peritoneal suelen ser negativos cuando se hace temprano el tratamiento, la invasión bacteriana secundaria se añade a peritonitis química y entonces están indicados los antibióticos. La mayor objeción a este tipo de tratamiento son los abscesos intraabdominales y subfrénicos, que son más frecuentes que después del tratamiento quirúrgico. Este tratamiento de sostén ha sido adopta-

do por algunos cirujanos que lo aplican a pacientes que llegan al médico cuando ya ha pasado algún tiempo después de la perforación y cuyos síntomas en lugar de perforación son de peritonitis.

El tratamiento de elección es el quirúrgico el cual consiste en: Cierre sencillo de la perforación que es una intervención satisfactoria para la solución del problema inmediato. Hay que inspeccionar la cara antero-superior de la primera porción de duodeno mediante una abertura moderada porque en este lugar es donde se localizan más del 90% de las perforaciones. Como ha sugerido Graham, el método mejor consiste en suturar una porción de Epiplón sobre el defecto; para ello se puede disponer fácilmente del apéndice epiploico duodenocólico situado junto a la curva inferior del duodeno, entre éste y la flexura hepática. Este se coloca sobre la perforación y se fija con puntos finos. La utilidad de éste apéndice epiploico para cerrar perforaciones y proteger la sutura del muñón del duodeno ha hecho que se le dé el nombre de "Epiplón Providencial". Esta medida no tiende a causar estenosis, como podría suceder si se cerrara suturando la perforación y no hay peligro de dehiscencia con salida secundaria del contenido intestinal. En pacientes seleccionados puede efectuarse el tratamiento definitivo, no sólo para corregir el problema de la perforación sino también la diátesis ulcerosa. La resección parece haber sido la intervención estandar pero en años recientes se ha recomendado efectuar Vagotomía y Píloroplastia (11).

Hay divergencia de opiniones respecto a si debe hacerse el tratamiento simple o definitivo de la úlcera perforada. Como las úlceras gástricas siempre son difíciles de tratar y hay peligro de que la úlcera sea maligna, conviene efectuar resección en los pacientes que tienen úlcera gástrica perforada con estado general aceptable y sin peritonitis franca. Para casos de úlcera duodenal algunos cirujanos aconsejan el cierre sencillo arguyendo que el problema principal es la peritonitis. Otros sugieren el tratamiento definitivo casi sistemáticamente y sólo proceder al cierre simple de la perforación en

pacientes cuya perforación ha ocurrido con mucha anterioridad o tienen edad avanzada o demasiado riesgo quirúrgico (3, 11).

Harkins (9), divide el tratamiento de la Úlcera Perforada en tres procedimientos con sus indicaciones especiales cada una:

I. Cierre simple por sutura de la perforación

Para enfermos que no presentarán ningún otro síntoma de úlcera después del cierre primario de la perforación.

II. Resección gástrica subtotal primaria

Llenan los requisitos para una resección primaria con Vagotomía y Antrectomía los siguientes:

- a) Historia de síntomas de más de un año.
- b) Presencia de una úlcera péptica diagnosticada.
- c) Fracaso de un tratamiento médico o duda a cerca de la cooperación del enfermo para seguir este tratamiento. (alcohólicos).
- d) Historia de perforación previa.
- e) Perforación de una gran úlcera Callosa.
- f) Úlceras pépticas múltiples.
- g) Perforación con hemorragia concomitante o previa.
- h) Perforación ocurrida menos de 12 horas.
- i) Úlcera gástrica perforada con el temor que desarrolle carcinoma gástrico.
- j) Perforación de una úlcera acompañada de obstrucción pilórica antigua.

III. Tratamiento Conservador o Médico por Perforación

Para enfermos que pueden volver a tener síntomas ligeros o moderados después del cierre simple de la perforación,

pero en los cuales no está indicada la resección en el momento de la exploración. En la actualidad en los casos en que parece indicada la resección curativa de úlcera, se utiliza Vagotomía combinada con Píloroplastia de Heineke-Miculicz (9).

III

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio fue realizado en el Hospital Roosevelt revisando los libros de sala de operaciones, comprendidos entre los años de 1959 a 1975 inclusive, lo que hace un total de 16 años, tomando en cuenta el diagnóstico post-operatorio, tipo de operación efectuada así como el número de registro clínico; encontrando de esta manera un total de 55 casos, de los cuales sólo se revisaron 37 papeletas clínicas ya que el resto no fue posible revisarlas.

Asimismo se revisaron 12,000 protocolos en el Archivo del Departamento de Patología, comprendidos entre los mismos años, tomado en cuenta los hallazgos macroscópicos de necropsia y el número de registro clínico, encontrando 9 casos haciendo con los anteriormente descritos un total de 46. Con los datos así obtenidos se solicitaron las papeletas al Archivo General del Hospital.

Al llevar a cabo la revisión de las mismas se tomaron en cuenta los siguiente parámetros:

- 1 Edad
- 2 Raza
- 3 Sexo
- 4 Origen
- 5 Tiempo de hospitalización
- 6 Duración de síntomas antes de la operación o muerte

- 7 Antecedentes
- 8 Signos y síntomas
- 9 Métodos de diagnóstico (Rx, Laboratorio, etcétera)
- 10 Antibióticos
- 11 Tipo de operación
- 12 Hallazgos operatorios
- 13 Complicaciones Post-operatorias
- 14 Impresión clínica de ingreso
- 15 Diagnóstico clínico definitivo
- 16 Mortalidad
- 17 Hallazgos post-morten.

IV

RESULTADOS

Se exponen a continuación los datos debidamente tabulados del análisis de 46 casos de Úlcera Péptica Perforada, diagnosticados 37 por cirugía y 9 por necropsia.

CUADRO No. 1

INCIDENCIA DE CASOS POR AÑO

<i>Años</i>	<i>No. de casos</i>	<i>%</i>
1959	0	0.00
1960	0	0.00
1961	1	2.20
1962	1	2.20
1963	4	8.70
1964	1	2.20
1965	6	13.02
1966	8	17.36
1967	5	10.85
1968	1	2.20
1969	2	4.34
1970	5	10.85
1971	0	0.00
1972	3	6.51
1973	3	6.51
1974	2	4.34
1975	4	8.70
TOTAL	46	100.00

Como se demuestra en el cuadro anterior, la mayor incidencia de casos se presentó en el año de 1966, con 8 casos, lo que equivale a 17.36%, siguiéndole en orden de frecuencia, 1965, con 6 casos, 13.2%.

NOTA: Es de hacer notar que este dato es relativo, pues los casos encontrados en los libros de sala de operaciones fueron en total 55, de los cuales sólo fue posible revisar 37.

CUADRO No. 2

EDAD

Edad	No. de casos	%
12.....21	0	0.00
22.....31	6	13.02
32.....41	12	26.04
42.....51	6	13.02
52.....61	6	13.02
62.....71	9	19.68
72.....81	6	13.02
82.....91	1	2.20
TOTAL	46	100.00

En el presente estudio se encontró que la edad menor fue de 22 años y la mayor de 86 años; el mayor número de casos estuvo comprendido en el intervalo de 32 a 41 años y fueron 12 casos (26.04%).

CUADRO No. 3

SEXO

Sexo	No. de casos	%
MASCULINO	39	85.00
FEMENINO	7	15.00
TOTAL	46	100.00

El mayor número de casos correspondió al sexo masculino con un 85% (39 casos) y 15% al sexo femenino.

CUADRO No. 4

RAZA

Raza	No. de casos	%
LADINOS	45	97.83
INDIGENAS	1	2.17
TOTAL	46	100.00

Como se puede ver en este cuadro, el 97.83% correspondió a los ladinos y 2.17% a los indígenas; es de hacer notar que este dato no es de mucha fiabilidad porque en la mayoría de los casos se toma en cuenta la forma en que van vestidos y no las características raciales.

CUADRO No. 5

ORIGEN

Departamento	No. de casos	%
GUATEMALA	17	37.00
SANTA ROSA	5	11.00
CHIMALTENANGO	3	6.51
JUTIAPA	3	6.51
ESCUINTLA	2	4.30
QUEZALTENANGO	2	4.30
SOLOLA	1	2.17
TOTONICAPAN	1	2.17
ALTA VERAPAZ	1	2.17
PETEN	1	2.17
SUCHITEPEQUEZ	1	2.17
QUICHE	1	2.17
IZABAL	1	2.17
RETALHULEU	1	2.17
BAJA VERAPAZ	1	2.17

Continúa

SAN MARCOS	1	2.17
MEXICO	1	2.17
COSTA RICA	1	2.17
EL SALVADOR	1	2.17
NO REFERIDO	1	2.17
TOTAL	46	100.00

CUADRO No. 6

SINTOMAS (Motivo de consulta)

M. de consulta	No. de casos	%
DOLOR EPIGASTRICO	26	56.50
DOLOR ABDOMINAL DIFUSO	16	34.72
NAUSEA	15	32.55
VOMITOS	14	30.38
FLATULENCIA	10	21.70
MELENA O ENTERORRAGIA	5	10.85
HEMATEMESIS	5	10.85
DIARREA	3	6.51
PIROSIS	3	6.51
ANOREXIA	2	4.34
PIROSIS	2	4.34
ESTRENIMIENTO	1	2.17

El principal motivo de consulta por el que los pacientes consultaron a la Emergencia del Hospital, fue dolor epigástrico (56.50%), siguiendo en orden de frecuencia el dolor abdominal difuso (34.72%). En la mayoría de los casos consultaron por más de dos síntomas.

CUADRO No. 7

SIGNOS ABDOMINALES

Signos abdominales	No. de casos	%
HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL	28	60.76
RUIDOS INTESTINALES DISMINUIDOS	19	41.23
DEFENSA MUSCULAR	19	41.23
RUIDOS INTESTINALES AUSENTES	17	34.72
DISTENSION ABDOMINAL	13	28.21
SIGNO DE REBOTE POSITIVO	12	26.04
ABDOMEN EN TABLA	10	21.70
DISMINUCION DE LA MATIDEZ HEPATICA	8	17.36
TIMPANISMO	3	6.51
NO REFERIDO	3	6.51

Al efectuar el examen físico, el hallazgo que predominó fue Hipersensibilidad Abdominal (60.76%) seguido de Ruidos intestinales disminuidos (41.23%) y Defensa Muscular con el mismo porcentaje.

CUADRO No. 8

ANTECEDENTES

Antecedentes	No. de casos	%
DOLOR EPIGASTRICO	20	43.40
PIROSIS	19	41.23
FLATULENCIA	8	17.23
VOMITOS POST-PANDRIALES	7	15.19
MELENA	5	10.85
ESTRENIMIENTO	4	8.68
NAUSEA	4	8.68
PERDIDA DE PESO	4	8.68
ALCOHOLISMO	3	6.51
ANOREXIA	3	6.51
HEMATEMESIS	3	6.51
INTOLERANCIA A COMIDAS		

Continúa

IRRITANTES	3	6.51
DOLOR ABDOMINAL DIFUSO	2	4.34
METEORISMO	1	2.17
DIARREA FRECUENTE	1	2.17
ULCERA PEPTICA PERFORADA PREVIA	1	2.17
NO REFERIDOS	6	13.02

Como se puede observar en este cuadro, el Dolor Epigástrico que en la mayoría de los casos se aliviaba con el uso de alcalinos, fue el antecedente con mayor frecuencia referido por los pacientes, con un porcentaje de 43.40%, siguiéndole en orden decreciente Pirois con 41.23% (19 casos) y Flatulencia, 17.36% en 8 casos.

Unicamente en un paciente se encontró como antecedente Ulcera Péptica Perforada previa.

CUADRO No. 9

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Días	No. de casos	%
0.....5	8	17.36
6.....10	14	30.40
11.....15	9	19.53
16.....20	5	11.00
21.....25	1	2.17
más de 25 días	9	19.53
TOTAL	46	100.00

La mayoría de pacientes tuvo un período de hospitalización comprendido entre 6 y 10 días en 14 casos, lo que equivale a 30.38%.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS
HEMATOLOGIA

CUADRO No. 10

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION

mm/hora	No. de casos	%
0.....20	13	28.00
21.....40	3	6.50
41.....50	6	13.00
más de 50	3	6.50
No se efectuó	21	46.00
TOTAL	46	100.00

En los pacientes en quienes se efectuó este examen que fue en 54.56% (25 casos), en 13 casos que correspondería a un 52% de los exámenes practicados, el resultado estuvo entre límites normales.

CUADRO No. 11

HEMOGLOBINA

Gramos de Hb.	No. de casos	%
menos de4 g.	3	6.50
4.....10 g.	9	19.50
11.....15 g.	28	61.00
16.....20 g.	1	2.17
No referido	5	10.83
TOTAL	46	100.00

En la mayoría de los casos el resultado de este examen fue normal, siendo el menor dato 2g. en el que se diagnosticó Anemia Hipocrómica Microcítica por frote periférico y el mayor fue 16.3.

CUADRO No. 12
GLOBULOS BLANCOS

G.B x mm ³	No de casos	%
Menos de 10,000 x mm	15	32.55
10,000 a 20,000 "	20	43.40
más de 20,000 "	5	11.00
No referido	6	13.05
TOTAL	46	100.00

En 25 pacientes el recuento de glóbulos blancos fue por arriba de 10,000 x mm. El mayor número que se encontró fue de 34,000 en un paciente.

En contraposición con el estudio realizado por Wangeensteen (5) donde el 80% de los casos estudiados el recuento de glóbulos blancos fue normal.

CUADRO No. 13
IMAGEN RADIOLOGICA

Imagen Radiológica	No. de casos	%
GAS LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL O HEMIDIAFRAGMAS	27	58.7
DISTENSION DE ASAS INTESTINALES	17	36.89
AUMENTO DE LIQUIDO INTRAPERITONEAL	14	30.33
DISTENSION GASEOSA DE ESTOMAGO	5	10.85
IMAGEN DE VIDRIO DESPULIDO	5	10.85
BORRAMIENTO DE PSOAS	2	4.34
NO REFERIDO	6	13.02

Si analizamos el presente cuadro encontraremos que de los 40 pacientes en quienes se efectuó examen radiológico (87.4), la mayoría o sea 27 casos (58.7) presentaron aire

libre en la cavidad peritoneal; en hemidiafragmas, hallazgo similar al encontrado por Kurzweg (8) y Wangeensteen (5).

CUADRO No. 14
ANTIBIOTOCOTERAPIA

Antibiótico	No. de casos	%
PENICILINA	32	47.74
ESTREPTOMICINA	20	43.40
CLORANFENICOL	14	30.38
AMPICILINA	5	10.85
TETRACICLINA	4	8.68
ERITROMICINA	1	2.17
NO USADOS	9	19.53

Como explicación al cuadro anterior se puede decir que en la mayoría de los casos estudiados se usó una asociación de penicilina y estreptomicina en 16 casos, lo que corresponde a un 34.72%; en 9 oportunidades se usó penicilina más cloranfenicol, lo que hace un 19.5% y en el resto se usó más de dos antibióticos que pueden ser uno de los anteriormente descritos y otros más de los que se mencionan en dicho cuadro.

CUADRO No. 15
TIPO DE OPERACION

Tipo de operación	No. de casos	%
CIERRE PRIMARIO MAS PARCHE DE EPIPLON	26	70.29
BILLROTH II	5	13.51
BILLROTH I	2	5.40
CIERRE PRIMARIO MAS PARCHE DE EPIPLON MAS GASTROSTOMIA	2	5.40
TIPO STAMM	1	2.70
BILLROTH II TIPO POLYA	1	2.70
RESECCION EN CUÑA	1	2.70
TOTAL	37	100.00

Como se demuestra en el cuadro anterior, el procedimiento quirúrgico más utilizado como tratamiento primario fue Cierre Simple de la perforación más parches de epiplón en un 75.69% (28 casos). En dos de estos procedimientos se efectuó además Gastrostomía tipo Stamm.

CUADRO No. 16
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Complicaciones	No. de casos	%
BRONCONEUMONIA	3	8.13
ABSCESO PELVICO	2	5.40
ABSCESO SUBFRENICO	1	2.70
FISTULA ENTEROCUTANEA	1	2.70
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	1	2.70
ATELCTASIA DE LOBULO MEDIO	1	2.70
NO REFERIDO	28	75.67
TOTAL	37	100.00

Como se demuestra en este cuadro, en la mayoría de los casos no se encontró referencia de complicación y entre los 9 pacientes que presentaron complicación post-operatoria, la más frecuente fue Bronconeumonía en 3 pacientes (33.3%).

En el estudio efectuado por Wangeensteen (5) la principal complicación post-operatoria fue absceso intraabdominal y en segundo lugar Neumonía.

CUADRO No. 17
LOCALIZACION DE LA ULCERA

Gástrica	No. de casos	%	Duodenal	No. de casos	%
CURVATURA MENOR	10		PRIMERA PORCION	11	
C. ANT. DE PILORO	8		CARA POSTERIOR	1	
CARA ANTERIOR	6		TOTAL	12	
ANTRO PILORICO	2				
CUERPO	1				
FONDO	1				
PILORO DUODENAL	1				
C. POST DE PILORO	1				
CURVATURA MAYOR	1				
NO SE ESPECIFICO					
LUGAR	3				
TOTAL	34	73.9			26.1

En el presente cuadro se puede observar, que el hallazgo predominante en cuanto a la localización de la úlcera fue para la Gástrica, con 34 casos que equivale a un 73.9%.

CUADRO No. 18
MORTALIDAD OPERATORIA

	No. de casos	%
OPERADOS	37	100.00
FALLECIDOS	8	21.60

Como se puede observar en el presente cuadro, la mortalidad operatoria fue bastante alta en comparación con estudios efectuados por otros autores, como el estudio de Booth y colaboradores (7) quienes reportan una mortalidad de 2.9%, en el estudio de Wangeensteen (5) la mortalidad operatoria fue de 5.8%. El incremento en la mortalidad operatoria

en este estudio puede deberse en gran parte a que la edad en la mayoría de estos pacientes estuvo comprendida entre 61 y 80 años o sea que eran pacientes de alto riesgo.

NOTA: Es de hacer notar que este dato es relativo, pues los casos encontrados en los libros de sala de Operaciones fueron un total de 55, de los cuales sólo fue posible revisar 37.

CUADRO No. 19
MORTALIDAD OPERATORIA SEGUN EDAD

Edad	No. de casos	%
50.....60	1	12.50
61.....70	3	37.50
71.....80	3	37.50
81.....90	1	12.50
TOTAL	8	100.00

La menor edad en los pacientes que fueron operados y fallecieron fue 53 años y la mayor edad fue 86 años. El mayor número de casos (6) estuvo comprendido entre 61 y 80 años, lo que correspondió a un 75%.

V DISCUSION

El presente trabajo se llevó a cabo haciendo un estudio retrospectivo de 46 casos con diagnóstico de Úlcera Péptica perforada, el cual se comprobó en 37 casos por intervención quirúrgica y en 9 casos el hallazgo fue por autopsia. Encontrándose que el promedio de edad en la mayoría de los casos estuvo comprendido entre 32 y 41 años; el paciente menor fue de 22 años y el mayor de 86 años; en lo que se refiere al sexo, se encontraron 39 hombres y 7 mujeres; dato similar fue encontrado en estudios efectuados por Wangeensteen y colaboradores y otros autores extranjeros (3, 4, 5).

De los 37 pacientes que fueron operados (80%), el método inicial de tratamiento fue Cierre Simple de la perforación más parche de Epiplón, que se llevó a cabo en 28 pacientes (75.6%).

Se efectuó tratamiento quirúrgico definitivo como tratamiento primario en los 9 pacientes restantes o sea un (24.4%).

La menor edad en los pacientes en quienes se efectuó Cierre Simple de la perforación más parche de Epiplón fue de 23 años y de 86 años el mayor y el mayor número de casos estuvo comprendido entre 31 y 40 años. En los pacientes en quienes se efectuó tratamiento quirúrgico definitivo, la menor edad fue de 22 años y la mayor de 64 años; el mayor número de casos estuvo comprendido entre 51 y 60 años.

De estos pacientes que fueron operados, 6 presentaron recidivas de Enfermedad Péptica activa; tres de ellos fueron tratados conservadoramente egresando en buen estado; en los otros tres pacientes se efectuó tratamiento quirúrgico definitivo, uno de ellos consultó al reingresar por Hematemesis y dolor epigástrico al año con 8 meses después de la primera consulta y se le efectuó Gastrectomía Billroth II y Vagotomía; el segundo fue un paciente de 33 años de edad que reconsultó por distensión abdominal, náusea y vómitos a los 3 meses, diagnosticándosele en esa oportunidad adenocarcinoma G II tipo Glandular, por lo que se le efectuó Gastrectomía tipo Billroth II con 85.90% de resección con Vagotomía y Esplenectomía, respecto a este caso la asociación de úlcera con carcinoma es raro, según Harol Broodman y colaboradores (6) la incidencia es de 0.1%, y sugieren que el tratamiento de esta asociación depende de la localización del carcinoma, si este ocurre en la parte distal del estómago, la Gastrectomía primaria constituye el tratamiento de elección para ambas enfermedades; si está en la parte proximal se necesita además Vagotomía, aunque ellos prefieren convertir el Cierre Simple de perforación de la úlcera a Píloroplastia y posteriormente el tratamiento para el carcinoma. El carcinoma gástrico parece ocurrir más frecuentemente en la porción proximal del estómago en presencia de úlcera duodenal, esta predilección puede estar relacionada con la separación de la mucosa y la submucosa del antro por el carcinoma (6).

El último de los pacientes que presentaron recidivas fue uno de 68 años de edad que reconsultó a los 5 años por Hematemesis, dolor epigástrico y se le efectuó gastrectomía Billroth II con 50% de resección. Análogo a esto Richard Rees y colaboradores (2) en 139 casos tuvieron un 40.9% que necesitó operación adicional más adelante por recidivas de Úlcera Péptica activa; ellos recomiendan que el procedimiento quirúrgico definitivo debe efectuarse 3 meses después de la perforación y que al momento de la misma debe efectuarse Cierre Simple a menos que haya complicación por hemorragia u obstrucción, demostrando en su estudio que no

hubo secuelas ni muerte en los pacientes en quienes hubo un intervalo electivo para la operación definitiva y que inicialmente fueron tratados por simple cierre de la perforación (2).

Respecto al método de tratamiento de la Úlcera Péptica perforada el más usado en este estudio fue Cierre Primario de la perforación más Parche de Epiplón, al igual que en muchos reportes de estudios extranjeros (1.3.4.). Tal es el caso de un estudio realizado por M. Mc. Donough y Foster (3) en 210 pacientes durante 10 años, de los cuales 144 fueron tratados por simple cierre con 61% de buenos resultados, pero a pesar de estos resultados ellos sugieren que la operación primaria definitiva es recomendada basándose en dos argumentos:

- a) Que las complicaciones operatorias pueden ocurrir con más frecuencia en pacientes después de Cierre Primario únicamente.
- b) Que la operación definitiva de emergencia en la Úlcera Péptica perforada está acompañada de una mortalidad no tan alta como al efectuar simple cierre.

Ellos sugieren una guía para el manejo de la Úlcera Péptica perforada:

1. NO OPERACION

- a) En presencia de shock.

2. CIERRE SIMPLE

- a) En la mayoría de mujeres.
- b) Cuando la historia de úlcera es menor de 3 meses.
- c) Cuando el paciente está bajo tratamiento con esteroides.
- d) Cuando el paciente es considerado de bajo riesgo.

3. OPERACION DEFINITIVA

Cuando la condición del paciente sea estable y haya:

- a) Historia común o remota de hemorragia.
- b) Historia de obstrucción.
- c) Obstrucción que ocurre después del Cierre Simple.
- d) Historia de perforación previa.
- e) Problema técnico en el cierre.

En el estudio efectuado por Wangeensteen (5) la decisión para efectuar cirugía definitiva fue la buena salud del paciente y poco exudado purulento al momento de la operación, por lo tanto la principal contraindicación para efectuar tratamiento quirúrgico definitivo en ese estudio fue la extensa contaminación de la cavidad peritoneal.

Haciendo un breve comentario de los pacientes operados y que fallecieron en este estudio, se puede decir que 7 de ellos (88.5%) eran de sexo masculino y uno de sexo femenino (11.5%); la menor edad fue de 53 años y la mayor fue de 86 años; el mayor número de casos (6) estuvo comprendido entre 61 y 80 años (75%). En 7 de estos pacientes (85%) el tratamiento inicial fue Cierre Primario de la Perforación más Parche de Epiplón y en uno de este subgrupo, a los 7 días se le practicó Gastrectomía Billroth II tipo Hoffmeister antecólica con Antrectomía, por haber presentado hematemesis, distensión abdominal y ausencia de ruidos intestinales en el post-operatorio. En el resto o sea un caso (15%) se encontró como tratamiento primario Gastrectomía Billroth II con Vagotomía. De estos 8 pacientes, dos se encontraban en período post-operatorio por una patología diferente. Uno ellos en post-operatorio de Cistostomía por hipertrofia prostática y que al noveno día presentó cuadro compatible con abdomen agudo y el otro en post-operatorio de reparación de fractura de fémur y que al tercer día presentó cuadro

similar al anterior, por lo que fueron intervenidos quirúrgicamente, encontrando en el primero, úlcera perforada en curvatura mayor del estómago y, en el segundo, úlcera duodenal perforada inmediatamente después de píloro de 0.5 centímetros de diámetro. Del total de estos pacientes, dos presentaron Bronconeumonía en el post-operatorio y un tercero el diagnóstico post mortem fue Bronconeumonía y Enfisema Pulmonar.

Como antecedentes de importancia se encontró que un paciente había presentado perforación previa 6 años antes, y en otro historia de enfermedad péptica desde hacía 20 años.

Al hacer un análisis de los 9 casos cuyo hallazgo de perforación de úlcera péptica fue por Necropsia, se encontró que en 4 casos (44%) los pacientes ingresaron por una patología diferente, y durante su estancia en el hospital desarrollaron cuadro de abdomen agudo, falleciendo el mismo día en que presentaron dicha sintomatología; 3 de éstos se encontraban en período post-operatorio; uno en post-operatorio de OP. de Linton y Esplenopexia por várices esofágicas; otro en 7o. día post-op. de Colostomía en doble boca por perforación intestinal de tipo bacteriano que no se especificó y un tercero en post-op. de Píloroplastia y Vagotomía por úlceras agudas de Stress, encontrándose en la Necropsia Úlcera perforada de fondo gástrico en dos casos; úlcera duodenal en uno; y úlcera perforada en región pilórica en el otro.

En el resto de los pacientes o sea en cinco casos, tres de ellos ingresaron con impresión clínica de CA. gástrico ingresando moribundos a la Emergencia del Hospital con un tiempo de hospitalización comprendido entre cincuenta minutos y un día y el hallazgo post mortem fue perforación de úlcera péptica sin evidencia de malignidad. En los dos casos restantes el primero presentó cuadro clínico no sugestivo de perforación de úlcera péptica, pero en el estudio anatómo-patológico se encontró perforación de úlcera en la curvatura

menor del estómago, y en el segundo caso se tuvo la impresión clínica de: 1) Carcinoma gástrico. 2) Hemorragia gastrointestinal por úlceras sangrantes y que no fue explorado durante sus cuatro días de hospitalización por causas no referidas y el diagnóstico post mortem fue úlcera perforada en la curvatura menor del estómago.

COMENTARIO: En este estudio la mortalidad operatoria fue de 21%, lo que es bastante alta en relación a otros reportes de estudios efectuados por otros autores, como en el estudio de Booth y colaboradores (7) quienes reportan una mortalidad de 2.9%, en el estudio de Wangeensteen la mortalidad fue de 5.8% (5), M. Cohen (1) revela una mortalidad de 18.3% en su estudio de 852 casos, que en un 81% fueron tratados con simple cierre de la perforación. El incremento en la mortalidad operatoria se puede atribuir en gran parte a que la edad de estos pacientes estuvo comprendida entre 61 y 80 años, o sea que eran pacientes de alto riesgo, dato similar fue encontrado por Cohen (1). Además estos pacientes a su vez tenían otras enfermedades asociadas, tal es el de los pacientes que se encontraban en período post-operatorio por otra patología y que en su estancia en el hospital presentaron cuadro de abdomen agudo por úlcera péptica perforada.

Otro factor que pudo haber contribuido al alto porcentaje de mortalidad operatoria es que de los 37 casos hubo 27 úlceras gástricas y 10 duodenales y se ha demostrado que es mayor la mortalidad por úlcera gástrica que duodenal, tal como lo demuestra Richard Rees y Thorbjarnarson (4) en un estudio de 51 pacientes con perforación de úlcera gástrica con un 39.3% de mortalidad tratados en su mayoría con cierre simple de la perforación en ausencia de hemorragia u obstrucción, en contraposición a otro estudio realizado por ellos en pacientes con perforación de úlcera duodenal con una mortalidad de 8.9%.

En el caso de úlcera gástrica no recomiendan tratamiento no operatorio, pues en 11 pacientes tratados en esta

forma todos murieron. Recomiendan Cierre Simple de la perforación cuando: a) El paciente es joven; b) Cuando la úlcera es reciente. c) Historia de úlcera corta y en pacientes considerados de bajo riesgo por asociación con otras enfermedades, de lo contrario es preferible el tratamiento quirúrgico definitivo*

* Entiéndase por Tratamiento Quirúrgico Definitivo: Gastrectomía, Vagotomía-Antrectomía, etcétera, con sus indicaciones especiales según el caso.

VI

CONCLUSIONES

1. El promedio de edad en la mayoría de los casos estudiados estuvo comprendido entre 32 a 41 años. El paciente de menor edad fue 22 años y el mayor de 86 años.
2. El promedio de edad en la mayoría de los casos que *fueron operados* estuvo comprendido entre 61 y 80 años.
3. Su distribución en cuanto a sexo revela un notable predominio en el sexo masculino con un 85%.
4. El principal síntoma que motivó la consulta de los pacientes fue dolor epigástrico agudo en un 56.50%.
5. Los signos predominantes al examen físico fueron en orden decreciente: Hipersensibilidad abdominal (60.76%), ruidos abdominales disminuidos (41.23%), defensa muscular con el mismo porcentaje.
6. Al examen radiológico la mayoría de los casos reveló aire libre en la cavidad peritoneal o en hemidiafragmas (58.7%).
7. En lo que se refiere al uso de antibióticos en el mayor número de casos se usó la asociación de penicilina-estrep-tomicina.
8. El procedimiento quirúrgico más usado en el tratamiento de la Úlcera Péptica perforada fue el Cierre Simple de la perforación más Parche de Epiplón. (75.69%).

9. Complicaciones operatorias se presentaron en un 24%, siendo la más frecuente Bronconeumonía.
10. En lo que se refiere a localización de la úlcera, predominó la gástrica (73.9%) y duodenal (26.1%).
11. La mortalidad total fue de 36.9%, y la mortalidad operatoria fue de 21.60%.
12. El pronóstico varía conforme la edad y el diagnóstico temprano de la enfermedad y el tratamiento quirúrgico pronto.
13. La mayoría de pacientes procedían del departamento de Guatemala.

VII

BIBLIOGRAFIA

- (1) COHEN, M. M. "Treatment and mortality of perforated péptic ulcer: A survey of 852 cases". *Canadian Medical Asociation Journal*. 105: pp. 263-9 August, 7, 1971.
- (2) REES, J. R. et al. "Perforated duodenal ulcer". *The American Journal of Surgery*. 120: 775-9. Dic. 1970.
- (3) Mc., DONOUGH, J. M. et al. "Factors influencing prognosis in perforated peptic ulcer". *The American Journal of Surgery*. 123: 411-6. April. 1972.
- (4) REES, J. R. et al. "Perforated gastric ulcer". *The American Journal of Surgery*. 126: 93-7. Jul. 1973.
- (5) WANGEESTEEN, S. L. et al. "Perforated duodenal ulcer". *The American Journal of Surgery*. 123: 538-42. May. 1972.
- (6) BRODMAN, H. R. et al. "Perforated duodenal ulcer with coexistent gastric carcinoma". *Archives of Surgery*. 109: 554. Oct. 1974.
- (7) BOOTH, R. A. et al. "Mortality of perforated duodenal ulcer treated by simple suture". *British Journal of Surgery*. 58: 42-44. Jan. 71.
- (8) KURZWEG, E. T. "The management of perforated duodenal ulcer". *Surgery Gynecology Obstetrics*. 135: 365-8. Sep. 1972.
- (9) HARKINS, Henry et al. *Principios y práctica de Cirugía*. 4a. Ed. México, Editorial Interamericana, 1970, pp. 699-735.
- (10) HARRISON, Wintrobe y Thorn Adams Benneth. *Medicina Interna*. 4a. Ed. Editorial la Prensa Mexicana. México, 1973, pp. 1619-1632.

- (11) CRISTOPHER, et al. *Tratado de Patología Quirúrgica*. 9a. Ed. Editorial Interamericana. México. 1968. pp. 588-613.
- (12) CECIL-LOEB. *Medicina Interna*. 13a. Ed. México. Editorial Interamericana. 1972. Tomo II. pp. 1338-1343.
- (13) ROBINS, Stanley L. *Tratado de Patología*. 1a. Ed. México. Editorial Interamericana. 1968. pp. 754-759.
- (14) SILVERMAN, V. et al. "Surgical treatment of peptic ulcer". *Archives of Surgery*. 97: 84. 1968.
- (15) MAYNARD, A. et al. "Gastroduodenal perforation". *Archives of Surgery*. 97: 96, 1968.

Se terminó de imprimir el día 8 de septiembre de 1976, en la Editorial "José de Pineda Ibarra" del Ministerio de Educación, 35 calle final, zona 11, Las Charcas, República de Guatemala, América Central. Esta edición consta de 100 ejemplares en papel bond satinado de 80 gramos.