

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN - Managua



Hospital Alemán Nicaragüense

**INFORME FINAL DE TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**

**Tema:** Factores asociados, manejo quirúrgico y complicaciones presentadas en los pacientes post quirúrgicos de úlcera péptica perforada ingresado en el HAN en el período enero 2012 - diciembre 2015.

**Autor:** Dr. Jorge Eduardo López Valdivia

Médico Residente de Cirugía General

**Tutor:** Dr. Alejandro Tardencilla Gutiérrez

Médico y Cirujano

Especialista en Cirugía General y Laparoscópica



## Contenido

<b>Resumen</b> .....	6
<b>Introducción</b> .....	8
<b>Objetivo General:</b> .....	10
<b>Planteamiento del Problema</b> .....	12
<b>Antecedentes</b> .....	13
<b>Marco Teórico</b> .....	14
<b>Diseño Metodológico</b> .....	25
<b>Resultados</b> .....	30
<b>Discusión de los Resultados</b> .....	38
<b>Conclusiones</b> .....	42
<b>Recomendaciones</b> .....	43
<b>Bibliografía</b> .....	46



## **Dedicatoria**

A Dios Padre por darme la fuerza para poder alcanzar una meta más en esta hermosa carrera.

A mi madre, por ser el pilar fundamental en mi vida y una fuente inagotable de inspiración, valor y apoyo.

A mi hermano y mi abuelita por ser personas que siempre han creído en mí y en mis habilidades.

A todos ellos infinitas gracias.



## **Agradecimiento**

Quisiera agradecer estos años de maravillosa labor en el hospital Alemán Nicaragüense a mis maestros, a todo el equipo de cirujanos del hospital que con su apoyo, experiencia y conocimientos me han encaminado en este bello arte, como es la práctica de la medicina y la cirugía para poder llevar alivio a los que necesitan de nuestros servicios.

A mis compañeros de residencia, que tengo ahora el honor de llamar amigos, que estuvieron a mi lado en las buenas y las malas, dando siempre palabras de ánimo ante las dificultades y reconocimiento ante los aciertos. Muchas gracias Karla, Thelma, Álvaro y Gabriel.



## **Opinión del tutor**

En los últimos años se ha dando toda una revolución en el tratamiento de la enfermedad ácido péptica, desde un enfoque quirúrgico para su curación, hasta el manejo medico con la introducción de los inhibidores de la bomba de protones y anti – H2. Sin embargo aún continua vigente el desafío que representa la presentación de los casos de úlceras perforadas tanto desde el punto de vista quirúrgico como de su seguimiento.

Considero que el presente trabajo nos da una panorámica del manejo de estos pacientes en el servicio de cirugía y vemos que existen aspectos en los que se puede mejorar, con el objetivo de brindar una mejor atención a los pacientes.

Con este trabajo se abren las puertas para investigaciones más profundas acerca del seguimiento post operatorio que se le puede brindar a esta población afectada y además buscar cómo crear un protocolo para el manejo de esta patología en nuestro servicio.

**Dr. Alejandro Tardencilla**

**Cirujano general y laparoscopista**

**Medico de Base del servicio de Cirugía General Hosp. Alemán  
Nicaragüense**



## Resumen

La enfermedad ulcerosa, tanto gástrica como duodenal, ha venido disminuyendo su incidencia en gran medida gracias a la introducción de los medicamentos anti-H2 y a los inhibidores de la bomba de protones. Sin embargo la incidencia de las complicaciones derivada de esta patología, sobre todo la perforación continúa siendo elevada y no se ha demostrado una disminución de la misma.

El presente trabajo pretende determinar los factores asociados, manejo quirúrgico y complicaciones de los pacientes con úlcera péptica perforada atendidos en el hospital Alemán – Nicaragüense en el período enero 2012 – diciembre 2015.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo de corte transversal y retrospectivo fueron incluidos todos los pacientes operados por úlcera péptica perforada, lo cual fue el criterio de inclusión, fundamentalmente las variables utilizadas en el estudio fueron: edad / sexo / procedencia / localización de la perforación / afecciones asociadas a la úlcera péptica / factores en la génesis de la úlcera péptica / toma de biopsia / uso de sonda nasogástrica / uso de antibiótico / días de ayuno / proceder quirúrgico empleado / estancia intrahospitalaria / complicaciones postoperatorias /

La información fue obtenida de una fuente primaria. (Expedientes). Las historias clínicas se seleccionaron acorde con la codificación internacional de entidades nosológicas, para la úlcera péptica complicada (perforada).

La información obtenida fue procesada en una base de datos creada en Epi Info 3.5.4 los datos se procesaron en el programa y Microsoft Excel 2015.

Durante el periodo evaluado un total de 26 pacientes presentaron úlcera péptica perforada, un 84,6% eran del sexo masculino. Como principales factores asociados se encontró ser consumidores de alcohol y tabaquismo en un 69,2 y 65,3% respectivamente.



De todos los pacientes atendidos en ese periodo, el 100% llegó por dolor abdominal un 88,4% presentó neumoperitoneo en las imágenes radiológicas. El 50% acudieron con más de 24 horas de evolución del dolor.

En relación a la estancia hospitalaria, 50% de los pacientes estuvieron entre 4 y 5 días en hospitalizados y el mismo porcentaje estuvo en ayuno durante 3 días.

La mayoría de los pacientes atendidos (76,9%) no presentó ninguna complicación. De los que presentaron complicaciones, la infección del sitio quirúrgico fue la más común.

Como consenso fundamental del presente trabajo se considera plantear el uso de la vagotomía y la piloroplastia como tratamiento definitivo, además de protocolizar el manejo de la enfermedad ulcerosa en esta unidad hospitalaria.



## Introducción

La úlcera péptica gastroduodenal afecta con frecuencia a población en edad laboral. La localización duodenal es más común que la gástrica y aparece más frecuente en pacientes menores de 40 años, no así la gástrica que se manifiesta en pacientes por encima de esta edad. (1,2)

A principios del siglo XX la enfermedad ácido péptica era considerada una enfermedad asociada con los hábitos alimentarios y el estrés. El tratamiento consistía sobre todo en hospitalización, reposo y dieta blanda libre de irritantes. Con la utilización de antiácidos y bloqueadores de productores de ácido disminuyó la frecuencia de complicaciones y de cirugía electiva para úlcera péptica, sin embargo, persistió la alta recurrencia de úlcera péptica. (4,5)

Con el descubrimiento del *Helicobacter pylori* por el patólogo J. Robin Warren y el gastroenterólogo Barry J. Marshall, y de la asociación de úlcera péptica y gastritis con esta bacteria, se inició una nueva discusión acerca de las posibles causas de la enfermedad. En 1994 se estableció una relación directa entre *Helicobacter pylori* y úlcera péptica. (6,7,8)

Actualmente el manejo de la úlcera péptica se enfoca en detección y erradicación del *Helicobacter pylori* y la cantidad de factores agresivos contra los defensivos de la mucosa gástrica, lo que genera una reducción notable de recurrencia de la enfermedad. La perforación como complicación se presenta en 2 a 10% de los pacientes con úlcera péptica, superada solo por la hemorragia que requiere tratamiento quirúrgico en 10 a 20% de los casos. La perforación de úlcera péptica se presenta con una mortalidad general de 10%, aunque algunos autores registran 1.3 a 20%. (9)

La úlcera péptica perforada es un síndrome peritoneal por perforación aguda a través de todos los planos de la pared del estómago o duodeno, dando lugar al escape libre del contenido gastrointestinal hacia la cavidad abdominal. Se produce de manera repentina y si no es tratada adecuadamente sigue un curso progresivo y típico hasta la muerte, que suele ocurrir a los dos o tres días de la perforación. (10,11)



Las localizaciones más frecuentes son en cara anterior de estómago (10-20 %) y duodeno (80-90 %) y menos frecuentes en curvatura mayor del estómago y porción superior de duodeno. Las úlceras de localización posterior generalmente penetran el páncreas o el hígado y cubiertas por estos órganos contiguos, pueden en ocasiones llegar a la perforación libre en la transcavidad de los epiplones.

Pese a la importante reducción experimentada en los últimos años en la incidencia de la úlcera gastroduodenal y la perforación como parte de las complicaciones, continúa siendo un problema complejo para el cirujano su tratamiento y evolución posoperatoria una vez recurrido al tratamiento quirúrgico.

Este trabajo propone caracterizar a pacientes atendidos por úlcera gastroduodenal perforada en el Hospital Alemán Nicaragüense, según:

- 1) Variables sociobiológicas,
- 2) Identificar las localizaciones más frecuentes de la úlcera péptica perforada
- 3) Principales hábitos tóxicos presentes en la población estudiada
- 4) Procedimiento quirúrgico empleados
- 5) Complicaciones inmediatas durante el período posoperatorio.



### **Objetivo General:**

- Determinar factores asociados, manejo quirúrgico y complicaciones presentadas en pacientes con úlcera péptica perforada.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir características generales de pacientes con úlcera péptica perforada.
2. Identificar hábitos tóxicos, farmacológicos así como patologías asociadas en pacientes con úlcera péptica perforada.
3. Mencionar hallazgos transoperatorios, técnica quirúrgica empleada así como el manejo post operatorio en pacientes con úlcera péptica perforada.
4. Describir complicaciones presentadas en pacientes con úlcera péptica perforada.



## **Justificación**

Como se sabe la enfermedad ulcerosa gastroduodenal es una enfermedad frecuente en la vida adulta y la perforación es la segunda complicación de este cuadro después del sangrado y que por lo general requiere un tratamiento quirúrgico de urgencia.

En las décadas de los ochenta y los noventa se estimaba que hasta un 35% de los ulcerosos presentaban complicaciones. A pesar de las mejoras en el conocimiento, manejo y tratamiento de esta enfermedad y del descenso global de la incidencia de la enfermedad ulcerosa péptica, el riesgo de complicaciones graves se mantiene inalterable, que se estima en torno a un 1-2% anual por paciente. Cabe destacar que la presencia de sintomatología ulcerosa previa no aumenta el riesgo de padecerlas. (14)

El diagnóstico precoz de una perforación ulcerosa es favorecido por la experiencia y conocimiento del cuadro clínico por el equipo tratante para lo cual, las radiografías de tórax o abdomen simple en posición de pie mantienen su plena vigencia, además un número importante de pacientes presentan dolor de inicio brusco, asociado a signos de irritación peritoneal. Esto no ha cambiado en el tiempo, observándose actualmente y en publicaciones anteriores. (15)

Es objetivo de este trabajo es caracterizar a la población atendida en nuestra unidad de salud que se presenta con esta complicación y describir los hallazgos trans operatorios de los mismos para tener una mejor comprensión acerca de la población afectada, así como de las principales complicaciones posoperatorias inmediatas que se presentan en estos pacientes. Consideramos que no existe un consenso general, ni protocolo a nivel de todas las instituciones de salud tanto públicas como privadas en cuanto al manejo de las úlceras pépticas complicadas.



### **Planteamiento del Problema**

¿Cuáles son los factores asociados y las complicaciones que se presenta en pacientes intervenidos quirúrgicamente por úlcera péptica perforada?



## **Antecedentes**

La enfermedad ulcerosa gastroduodenal ha sido ampliamente estudiada desde que fue descrita por Galeno hasta el primer reporte de úlcera péptica perforada en la hija del Rey Carlos I en 1670, en Inglaterra.

En México existe una guía para la práctica clínica de las úlceras pépticas complicadas donde menciona que el tabaquismo, la toma de AINEs y la infección por *Helicobacter Pylori* son factores asociados a la perforación. Además se expone que los principales datos clínicos de esta patología son el dolor abdominal alto y de inicio súbito, tipo transfictivo que se exagera con los movimientos, datos de irritación peritoneal y la presencia de choque y sepsis. (12)

Un trabajo realizado en Cuba en 2011 revela que predominó el grupo de edad de 51 a 60 años, la ocupación obrera y el sexo masculino fueron las características predominantes en los pacientes con úlceras pépticas perforadas. Las perforaciones duodenales fueron las más frecuentes. Además el tabaquismo, consumo de café y alcoholismo se consideraron los hábitos tóxicos predominantes en los pacientes. El proceder quirúrgico más empleado fue la sutura y epiploplastia. La sepsis de la herida quirúrgica y la peritonitis resultaron ser las complicaciones más frecuentes. (13)

En Nicaragua se realizó un trabajo monográfico en el Hospital Lenin Fonseca de 2006 a 2010, en donde se estudiaron a 44 pacientes con úlcera perforada, la mayoría del sexo masculino (79,8%), encontrando que se les realizó un tratamiento quirúrgico definitivo a un 13,6%, presentaron complicaciones un 33,3% de ellos y una mortalidad del 13,6%.



## Marco Teórico

Desde principios del siglo XX la enfermedad ácido péptica es considerada una enfermedad asociada con los hábitos alimentarios y el estrés. Hasta llegar a convertirse casi en un dato característico de la llamada vida civilizada, observándose cada día en mayor porcentaje, jugando su rol, el estrés, el tabaquismo intenso, el uso indiscriminado de la aspirina o AINES y la ingestión exagerada de alcohol. (1,3)

La úlcera péptica es una erosión de la mucosa que se profundiza más allá de la muscularis mucosae, causada por un desbalance entre los factores agresivos y defensivos.

Desde el punto de vista morfológico-histológico, la úlcera péptica es la solución de continuidad de la superficie de la mucosa gastroduodenal debido a la exposición al ácido y a la pepsina, que se extiende en profundidad hasta alcanzar o penetrar la muscularis mucosae. Desde una perspectiva clínica, una úlcera es la pérdida de la superficie de la mucosa, visible por endoscopia o radiología, que, además de tener una profundidad inequívoca o visible y una extensión mayor de 5 mm en diámetro, se acompaña de un conjunto de síntomas o signos que indican su presencia. (5)

La úlcera péptica gastroduodenal es una enfermedad que afecta con frecuencia a la población en edad laboral. La localización duodenal es más común que la gástrica y aparece más frecuente en pacientes menores de 40 años, no así la gástrica que se manifiesta en pacientes por encima de esta edad y sólo es superada por otra complicación muy frecuente como es el sangrado de tubo digestivo.

Con el descubrimiento del *Helicobacter pylori* por el patólogo J. Robín Warren y el gastroenterólogo Barry J. Marshall, y de la asociación de úlcera péptica y gastritis con esta bacteria, se inició una nueva discusión acerca de las posibles causas de la enfermedad. En 1994 se estableció una relación directa entre el *Helicobacter pylori* y la úlcera péptica. (6,8)



En México, nueve de cada 10 personas mayores de 50 años tiene serología positiva para *Helicobacter pylori*, de éstos 10% desarrolla sintomatología y 1% evoluciona a úlcera. (12)

La inhibición en la producción de ácido clorhídrico y la erradicación del *Helicobacter Pylori* (HP) cambiaron el tratamiento de la úlcera péptica no complicada. Hace 20 años era una típica enfermedad quirúrgica y ahora se cura con tratamiento médico, en más del 90% de los casos. Se puede afirmar que el conocimiento del HP ha justificado que a sus descubridores se les otorgara el premio Nobel de Medicina. (4)

Tanto la úlcera gástrica (UG) como la duodenal (UD) son enfermedades cuya incidencia ha disminuido debido a los bloqueantes H<sub>2</sub>, los inhibidores de la bomba de protones y el tratamiento del HP. Este germen ha cambiado la historia de la enfermedad.

Sin embargo la mayoría de sus complicaciones siguen teniendo indicación quirúrgica y aún con los tratamientos modernos se complican del 1 al 2% por año de seguimiento, pero cabe recordar que del 20% al 25% la UP inician su cuadro con una complicación.

Los factores más comunes como responsables de las complicaciones son:

- El creciente stress social y laboral.
- El consumo de AINES, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, cada vez más frecuente entre los ancianos.
- La automedicación hace crónicas algunas UP, que con un adecuado tratamiento médico, se hubieran curado en los períodos iniciales de la enfermedad.
- El aumento de internados en Unidades de Terapia Intensiva, que presentan complicaciones de una UP preexistente en el transcurso de una enfermedad grave (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, insuficiencia renal o hepática, quemaduras, Sepsis, síndrome de falla multiorgánica, etc.).
- La población con insuficiente cobertura médica, y por lo tanto subestudiadas y subtratadas.



La perforación como complicación se presenta en 2 a 10% de los pacientes con úlcera péptica, superada solo por la hemorragia que requiere tratamiento quirúrgico en 10 a 20% de los casos. La perforación de úlcera péptica se presenta con una mortalidad general de 10%, aunque algunos autores registran 1.3 a 20%. (7,9,)

### **Úlceras pépticas perforadas**

Cuando el proceso ulceroso penetra la totalidad de la pared del tubo digestivo se produce una solución de continuidad que puede comunicar el estómago o el duodeno con la cavidad peritoneal. Ésta es la complicación más grave de las posibles, ocurriendo hasta en un 5% de los pacientes ulcerosos, de los que hasta en un tercio de los casos es su primera manifestación de la enfermedad ulcerosa. Predomina en varones, localizándose en duodeno en torno a un 60% de las ocasiones, 20% en antro y 20% en cuerpo gástrico. La mortalidad no es despreciable, llegando en algunos estudios a 5-7 decesos por cada 100.000 habitantes. (9,16)

El número de intervenciones quirúrgicas por úlcera péptica perforado ha disminuido desde la introducción de los medicamentos antagonistas H<sub>2</sub> e inhibidores de la bomba de protones; aunque múltiples estudios demuestran que durante los últimos años el número de intervenciones quirúrgicas por úlcera péptica perforado permanece estable. (16)

### **Anatomía patológica**

La mayoría de las UG perforadas se ubican en la región antropilórica. Las de la curvatura mayor son tan excepcionales que implica un exhaustivo diagnóstico diferencial con un carcinoma. Las UD perforadas predominan en la primera porción y en la cara anterior y anterosuperior, las áreas más libres del duodeno.

### **Fisiopatología**



Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), y los esteroides en menor frecuencia, son un importante factor de perforación. La cocaína y otros estimulantes también tienen efectos agresivos sobre la mucosa.

El stress emotivo era considerado una de las principales causas de perforación, concepto en revisión, porque no se ha demostrado paralelismo entre las poblaciones que viven el ritmo de grandes ciudades y los que residen en áreas rurales, teóricamente con menos stress. (7,8)

## **Clasificación de la úlcera péptica perforada**

### **1 Según su clasificación topográfica**

1. Gástrica.
2. Duodenal.
3. Pilórica.

### **2 Según el sitio hacia donde ocurra la perforación.**

1. Libre, hacia la gran cavidad peritoneal.
2. En la transcavidad de los epiplones.
3. Sobre un órgano vecino (páncreas, hígado, colon, etc.).
4. Sufrir un proceso de tabicación.

## **Helicobacter pylori (HP)**

El HP está presente en el 95% de los pacientes con UD y en el 80% de los que padecen UG, pero su rol en la patogenia de la perforación no está confirmada, aunque Katkhouda y col. mostraron la presencia del HP entre el 83% y el 90% de las úlceras perforadas.

La evolución natural de una perforación que no se bloquea, es hacia una peritonitis difusa. La salida del contenido gastroduodenal irrita la serosa peritoneal provocando inicialmente una inflamación química, que luego se hace microbiana a pesar de que el líquido gastroduodenal tiene menor cantidad de gérmenes patógenos que el resto del tubo digestivo. (4,5)

En el 70% de UP perforadas los cultivos del líquido peritoneal son positivos, con predominio de cocos aerobios y los lactobacilos.

## **Historia clínica**



En el 70% de los perforados hay antecedentes de enfermedad ulcerosa o un diagnóstico conocido de UG o UD. El 30% restante se divide entre los que se perforan sin antecedentes y los que presentan síntomas de UP pocas semanas antes de la perforación.

El dolor de la perforación es muy intenso, de comienzo brusco y con predominio centro abdominal. Luego se hace continuo y se propaga al resto del abdomen con irradiación al tórax y a los hombros. La intensidad del dolor provoca sudoración, palidez y respiración superficial. La irritación peritoneal hace adoptar una posición antálgica con los muslos flexionados sobre el abdomen. En el transcurso de las horas se agrega, fiebre, hipotensión arterial, íleo y oliguria, pudiendo llegar a un fallo multiorgánica.

Se han descrito tres fases clínicas de la perforación:

**Primera fase:** En las primeras dos horas aparece un dolor abdominal súbito, difuso o localizado en el epigastrio o hipocondrio derecho, “en puñalada”, pudiendo irradiarse de forma transfixiva a la espalda o a los hombros (más frecuente el derecho, por irritación del nervio frénico). En ocasiones la instauración del dolor puede provocar un síncope. También se asocian taquicardia y frialdad distal. Estos síntomas son producidos por el paso del contenido ácido gástrico al peritoneo y la liberación de mediadores vasoactivos.

**Segunda fase:** En una segunda fase, entre las 2-12 horas, el dolor disminuye ligeramente, dando la impresión de falsa mejoría. El dolor es generalizado, empeorando con los movimientos, provocando signos de peritonismo (signo de Blumberg positivo) con rigidez abdominal. El paciente suele adoptar el decúbito supino, plenamente estirado, con escasos movimientos y respiración superficial para evitar cualquier maniobra que aumente el dolor. En ocasiones la percusión sobre el hígado puede ser timpánica. La auscultación demuestra una disminución marcada y progresiva de los movimientos intestinales, llegando a la



ausencia de éstos. Al tacto rectal el peritoneo pélvico está irritado debido al depósito de líquido inflamatorio intraperitoneal.

**Tercera fase:** A partir de las 12 horas de evolución aumenta la distensión abdominal, aunque el dolor y rigidez pueden ser menos evidentes. Puede apreciarse febrícula y signos de shock hipovolémico por la aparición de un tercer espacio. (8,12,15)

### **Examen físico**

La palidez de la piel y las mucosas, la taquicardia y la hipotensión, son signos frecuentes. A la inspección, escasa o nula movilidad con los movimientos de la respiración.

La palpación tanto la superficial como la profunda es dolorosa. Existe gran contractura muscular, vientre en tabla.

La percusión puede poner de manifiesto la desaparición de la matidez hepática que tiene gran valor diagnóstico (signo de Jaubert). Los tactos vaginales o rectales o ambos, son muy dolorosos; se pueden encontrar los fondos de sacos muy abombados.

### **DIAGNÓSTICO**

#### **Antecedentes**

- Paciente ulceroso conocido.
- Trastornos dispépticos compatibles con un síndrome ulceroso.
- Ingestión de medicamentos capaces de provocar úlcera, tales como: corticoides, fenilbutazona, salicilatos, reserpina, antiinflamatorios no esteroideos, etc.
- Es posible que no existan.

#### **Exámenes de laboratorio**

- ✓ BHC
- ✓ Glicemia
- ✓ Ionograma



✓ Gasometría.

### **Estudios de Imagen**

Estudio radiológico: es el examen fundamental para el diagnóstico. La placa simple en posición de pie con visualización completa del diafragma, muestra la imagen del neumoperitoneo. Cuando por el estado del paciente no se puede realizar en esta posición se realiza en posición de Pancoast. Cuando la placa es negativa no mostrando por tanto neumoperitoneo y el cuadro clínico es característico de este proceso, se podrán usar medios que pongan en evidencia el neumoperitoneo; para ello se pasará una sonda nasogástrica por la que se inyectaran 300ml a 500ml de aire, que al salir por la perforación, se hará visible el neumoperitoneo en nuevos estudios radiológicos. (12,13,15)

La ausencia de neumoperitoneo en el examen radiológico no excluye la existencia de una úlcera perforada.

La punción abdominal o el lavado peritoneal facilitan el diagnóstico por constatación del contenido gástrico libre en la cavidad abdominal. Ambas deben realizarse con posterioridad al examen radiológico.

### **Diagnóstico diferencial**

Cuando no se evidencia neumoperitoneo, el diagnóstico diferencial es con otras patologías, que provocan síntomas similares a las perforaciones por UP. El descenso de líquido gastroduodenal por el espacio parietocólico puede provocar dolor en la fosa ilíaca derecha similar al de una apendicitis aguda.

En la colecistitis aguda litiásica son importantes los antecedentes de ingesta de colecistoquinéticos y el dolor predomina en el hipocondrio derecho. Las ecografías son indispensables buscando la presencia de cálculos o alteraciones de la pared vesicular.

En la pancreatitis aguda, cobran importancia los antecedentes de patología biliar o copiosa ingesta de alcohol. El dolor inicial puede ser similar a una UP perforada y cuando se extiende en barra o cinturón es más característico de la pancreatitis.



La ecografía y tomografía axial computadorizada (TAC), son de rutina cuando se sospecha patología pancreática. La amilasemia no es un indicador confiable, porque también puede estar elevada en una úlcera perforada.

En la diverticulitis colónica perforada, predomina el dolor en la fosa ilíaca izquierda y la TAC suele mostrar la enfermedad diverticular.

La ruptura de un aneurisma de la aorta abdominal en las primeras horas puede simular una úlcera perforada. Si el dolor se irradia a la zona lumbar, con abolición de los pulsos periféricos o imágenes que muestran el aneurisma, el diagnóstico es más sencillo. La trombosis mesentérica suele comenzar con dolor cólico, distensión abdominal, deterioro del sensorio y livideces en los miembros inferiores. En la radiografía directa, la presencia de aire en la pared del intestino delgado, es un signo importante.

La anexitis, el aborto séptico y el embarazo ectópico, son tres patologías que pueden cursar con dolor abdominal difuso. La ecografía es indispensable ante la sospecha de abdomen agudo ginecológico.

Otras enfermedades no abdominales pueden comenzar con intenso dolor epigástrico: neumonía, neumotórax, IAM, pericarditis (intoxicaciones, diabetes, etc.). (13,16)

## **Tratamiento**

Las medidas iniciales en la UP perforada son las comunes a todas las perforaciones viscerales. Internación urgente en un medio con posibilidades de laboratorio, imágenes, terapia intensiva y eventual cirugía. Reposición de líquidos y administración de analgésicos si se ha confirmado el diagnóstico. Sonda nasogástrica para disminuir el derrame del contenido gastroduodenal al peritoneo y para evacuar el estómago ante una eventual cirugía de urgencia.

Antibióticos desde que se hace el diagnóstico, los más utilizados son la asociación de cefalosporinas de primera generación con aminoglucósidos. En



caso de shock, se agrega la colocación de una vía central, sonda vesical e internación en una unidad de cuidados intensivos.

### **Tratamiento médico**

En pacientes con absoluta contraindicación quirúrgica estas medidas iniciales pueden continuar como único tratamiento.

Taylor lo aplicó en la 2ª Guerra Mundial cuando no tenían posibilidad de cirugía de urgencia, y obtuvo inesperados buenos resultados. Posteriormente se lo aplicó en la práctica médica y en un trabajo randomizado se comparó el tratamiento médico (tipo Taylor) con el cierre quirúrgico, sin diferencias en la morbilidad ni la mortalidad, pero la estadía hospitalaria fue mayor en el grupo con tratamiento médico. Una observación de interés fue que el tratamiento médico fracasó en el 67% de los mayores de 70 años y fue efectivo en el 100% de los menores de 40 años. (8)

Como resumen, en la actualidad quedan dos indicaciones para el tratamiento no quirúrgico

1. Pacientes en la etapa final de la vida por otras patologías irreversibles
2. Altísimo riesgo operatorio.

### **Tratamiento quirúrgico**

En principio toda perforación es de tratamiento quirúrgico de urgencia con tres objetivos: cultivo del líquido peritoneal, lavado de la cavidad y cierre de la perforación.

El procedimiento clásico para el cierre de la perforación es por laparotomía, haciendo puntos transparietales de material reabsorbible y omentoplastia.

En las UG se hace biopsia de los bordes por la eventualidad de un carcinoma perforado, pero también se hace en las UD para identificar un posible HP.

Desde la difusión de la laparoscopia el cierre por laparotomía quedaría reservado a pacientes:



- a) Con operaciones abdominales previas que sugieren adherencias peritoneales.
- b) En perforaciones con abundante sangrado simultáneo.
- c) Con comorbilidades cardiacas o pulmonares que contraindican un neumoperitoneo.

En la actualidad el ideal es el tratamiento laparoscópico, pero necesita de un equipo quirúrgico con experiencia y disponibilidad de laparoscopia para la urgencia. Tiene las ventajas de un menor índice de infecciones de la pared abdominal, beneficios cosméticos y disminución del dolor.

La técnica del cierre de la UP perforada es la misma que para la laparotomía. El índice de conversión varía entre 0% y 29%, siendo más alta en pacientes que se operaron en shock. Las causas más frecuentes de conversión, son dificultad en identificar el lugar de la perforación y el tamaño de la úlcera.

El tratamiento combinado endoscópico y laparoscópico es una alternativa en estudio. Consiste en la ubicación de la perforación por vía endoscópica, seguido del cierre, omentoplastia y lavado de la cavidad por laparoscopia. En las últimas décadas por los progresos en el tratamiento médico de las UP, pocos cirujanos están entrenados en operaciones gástricas electivas.

### **Complicaciones**

Una vez tratado el cuadro agudo y aún con una adecuada cobertura antibiótica, pueden desarrollarse abscesos subfrénicos, pelvianos o entre las asas intestinales. En un meta-análisis el cierre por laparoscopia presentó un mayor índice de abscesos y de filtración de la sutura atribuido a deficiencias en el lavado de la cavidad peritoneal o a la curva de aprendizaje.

### **Morbimortalidad**

El pronóstico de un enfermo con UP perforada depende de múltiples factores:

- 1) Presión sistólica menor de 100 mm Hg al ingreso
- 2) Retraso en la consulta mayor de 24 horas



- 3) Comorbilidades - ASA III o IV
- 4) Edad mayor de 70 años

La edad es un factor inalterable y las comorbilidades pueden ser modificadas. Pero el médico es responsable de un diagnóstico rápido, el cirujano de un buen entrenamiento y de la elección de una táctica adecuada a cada caso en particular.

El APACHE II como evaluación de pronóstico permitió dividir los perforados en alto y bajo grado de riesgo según el puntaje fuera mayor o menor de 5. Cuando el puntaje tuvo una media mayor de 5 fueron más los fallecidos que los curados.

En el clásico puntaje de Boey, se asigna un punto a cada uno de los siguientes parámetros:

- 1) Presión sistólica es menor de 80 mm de Hg.
- 2) Comorbilidades
- 3) Demora en el diagnóstico mayor de 24 horas.

Con puntaje de 0 la mortalidad fue del 1,5%, con puntaje de 1, 14,4%, con 2, 32,1% y con puntaje de 3 fue del 100%.

En resumen, la mortalidad en las perforaciones de UP tanto para cirugía abierta como con laparoscópica sigue siendo elevada y varía entre el 4,8% y el 10,2%.

### **Evolución alejada**

Existe consenso en que la infección por HP favorece la recurrencia de toda UP por lo tanto su erradicación es fundamental. Con HP positivo la recidiva ulcerosa después de un cierre simple fue del 38%, incluyendo casos de sangrado y de reperfusión, con la necesidad de una nueva cirugía en un 30%. Erradicando el HP, las recidivas alejadas se redujeron al 4,8%.



En un seguimiento a 5 años de 190 cierres simples de UP perforadas, en la Universidad de Buenos Aires, en el período 1971-1977 la tasa de reoperaciones fue de 41% y 0 entre 1992-1998.

No hay dudas que los inhibidores de la bomba de protones y a la erradicación del HP, apoya el cierre simple como técnica de elección, siendo la más utilizada en los servicios de cirugía de urgencia.

### **COMPLICACIONES POSOPERATORIAS TEMPRANAS EN PACIENTES CON ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA**

<b>COMPLICACIONES POSOPERATORIAS</b>	<b>FRECUENCIA %</b>
Sin complicaciones	33.3
Evisceración	6.7
Infección de herida quirúrgica	10.0
Complicaciones respiratorias	13.3
Complicaciones cardiacas	3.3
Absceso residual	3.3
Complicación cardiaca + complicación respiratoria	6.7
Sepsis abdominal	16.7
Complicaciones renales	6.7
<b>Total</b>	<b>100</b>

#### **Diseño Metodológico**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal y retrospectivo en pacientes ingresados con el diagnóstico de úlcera péptica perforada, en el Hospital Alemán Nicaragüense, en el período comprendido desde enero de 2012 hasta diciembre de 2015.

**Universo de estudio:** Pacientes operados por úlcera péptica perforada.

**Criterios de inclusión:**



Pacientes operados con el diagnóstico de úlcera péptica perforada.  
Pacientes cuyo diagnóstico fue confirmado durante el acto quirúrgico

**Criterios de exclusión:** Pacientes de los cuales no se pudo obtener todos los datos

Las variables utilizadas en el estudio fueron: edad / sexo / procedencia / localización de la perforación / afecciones asociadas a la úlcera péptica / factores en la génesis de la úlcera péptica / toma de biopsia / uso de sonda nasogástrica / uso de antibiótico / días de ayuno / proceder quirúrgico empleado / estancia intrahospitalaria / complicaciones postoperatorias /

La información fue obtenida de una fuente primaria. Se seleccionaron de los expedientes del archivo clínico del Hospital Alemán Nicaragüense. Las historias clínicas se seleccionaron acorde con la codificación internacional de entidades nosológicas, en su libro de códigos, para la úlcera péptica complicada (perforada).

Como instrumento de recolección de datos se confeccionó una hoja de vaciamiento, donde fueron plasmados los datos recogidos de las historias clínicas.

La información obtenida fue procesada en una base de datos creada en Epi Info 3.5.4 dónde se sacaron las frecuencias de todas las variables que estábamos estudiando, así como su porcentaje. Una vez obtenidas estos datos se procesaron en el programa y Microsoft Excel 2015 de donde se sacaron todas las gráficas que se presentaran.



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	VALOR
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el día del procedimiento	Según registro
SEXO	Características fenotípicas que distinguen al ser humano.	Masculino Femenino
COMORBILIDADES	Enfermedades crónicas asociadas.	Según registro
TABAQUISMO	Consumo regular de sustancias derivadas del tabaco	SI NO
ALCOHOLISMO	Consumo regular de alcohol	SI NO
USO DE AINES	Consumo regular de AINES	SI NO
USO DE DROGAS	Consumo regular de alguna droga	SI NO
HISTORIA DE ENFERMEDAD ÁCIDO- PÉPTICA	Antecedente de Enfermedad ácido-péptica	SI NO
TRATAMIENTO PARA ENFERMEDAD ÁCIDO-PÉPTICA	Antecedentes de uso de medicamentos antiácidos	SI NO
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Período transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta ser evaluado en Emergencia.	< 12 horas > 12 horas >24 horas
CLINICA DE LOS PACIENTES	Signos y síntomas de los pacientes durante el examen físico	Según registro



CLASIFICACIÓN DE LA ÚLCERA	DE	Tipo según la clasificación de Johnson.	I II III IV V
USO DE ANTIBIOTICOS	DE	Prescripción de antibiótico en el posoperatorio	SI NO
USO DE SONDA NASOGASTRICA		Colocación de sonda nasogástrica en el posoperatorio	SI NO
TÉCNICA QUIRÚRGICA		Nombre del procedimiento realizado según nomenclatura de la Cirugía Gástrica	Según registro
REINTERVENCIÓN		Nuevo procedimiento necesario por los hallazgos de la primera cirugía	SI No
COMPLICACIÓN		Evolución tórpida después del procedimiento.	SI NO
TIPO DE COMPLICACIÓN		Evento específico ocurrido	Según registro
DIAS EN NPO		Días de ayuno en el posquirúrgico	Según registro
ESTANCIA HOSPITALARIA		Días transcurridos desde el ingreso hasta el egreso hospitalario del paciente.	<3días 4días 5días 6días 7 días o mas



TIPO DE EGRESO	Condición del paciente al retirarse de la unidad hospitalaria.	Alta Defunción Traslado Abandono
MORTALIDAD	Porcentaje de pacientes fallecidos en el grupo de estudio.	Porcentaje de fallecidos en la muestra.



## Resultados

Se observa en la tabla N° 1 correspondiente al género de la población estudiada que la mayor parte corresponde al sexo masculino con un 84,6% y únicamente 4 mujeres, que equivale al 15,4%.

**Tabla N° 1: Sexo de la población.**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hombre</b>	22	84,6%
<b>Mujer</b>	4	15,4%
<b>Total</b>	26	100%

N:26

En cuanto a la procedencia de la población, mostrada en la tabla N°2, se observa que la mayoría es urbana con 19 personas que equivale a 73,1% y las de origen rural son 7 personas, que equivale a 26,9%.

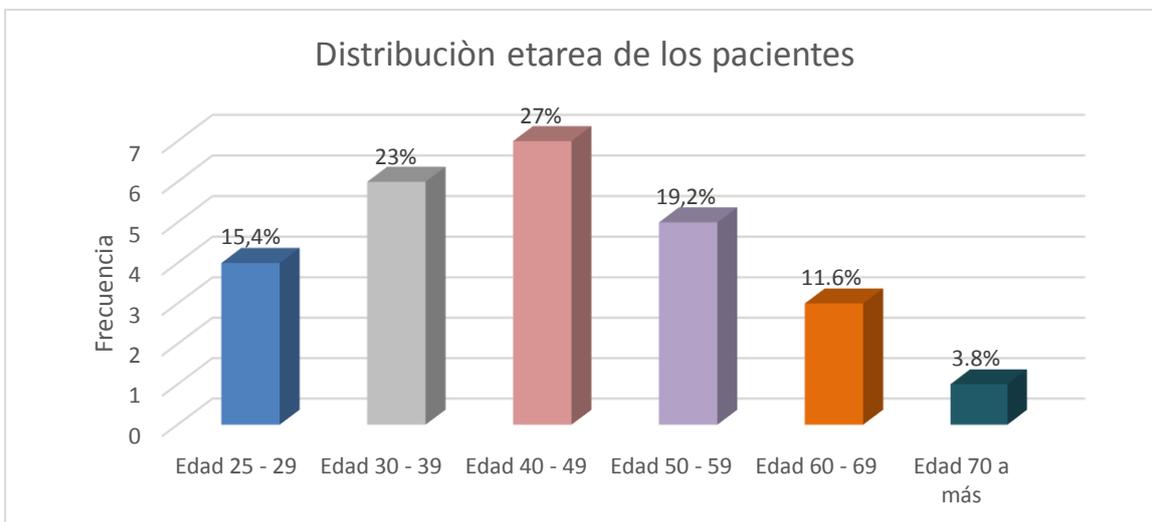
**Tabla N°2. Procedencia de la población.**

<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Urbano</b>	19	73,1%
<b>Rural</b>	7	26,9%
<b>Total</b>	26	100%

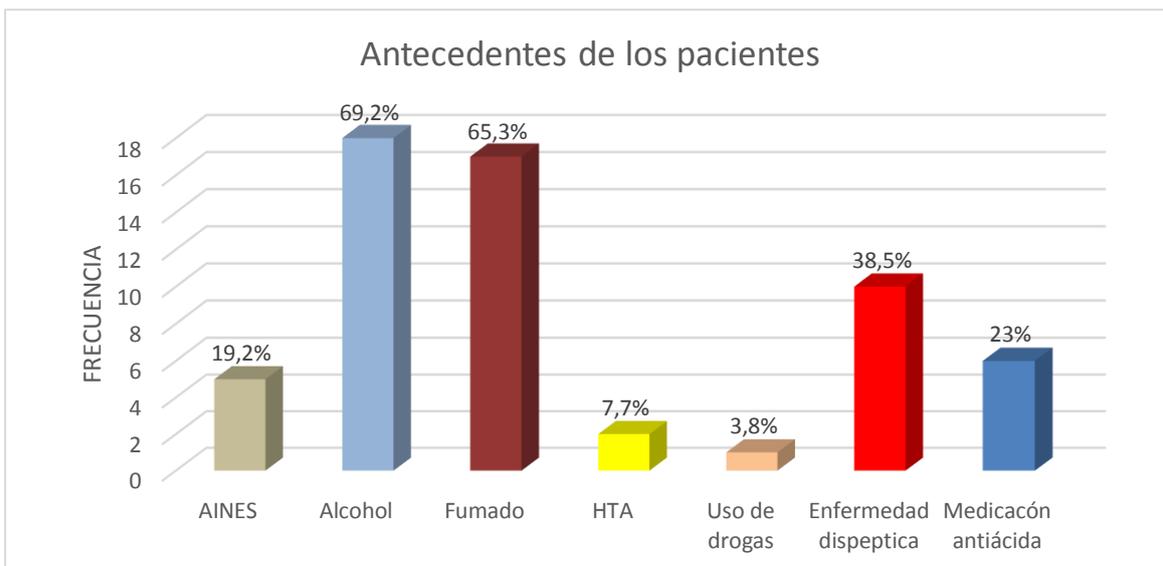
N:26



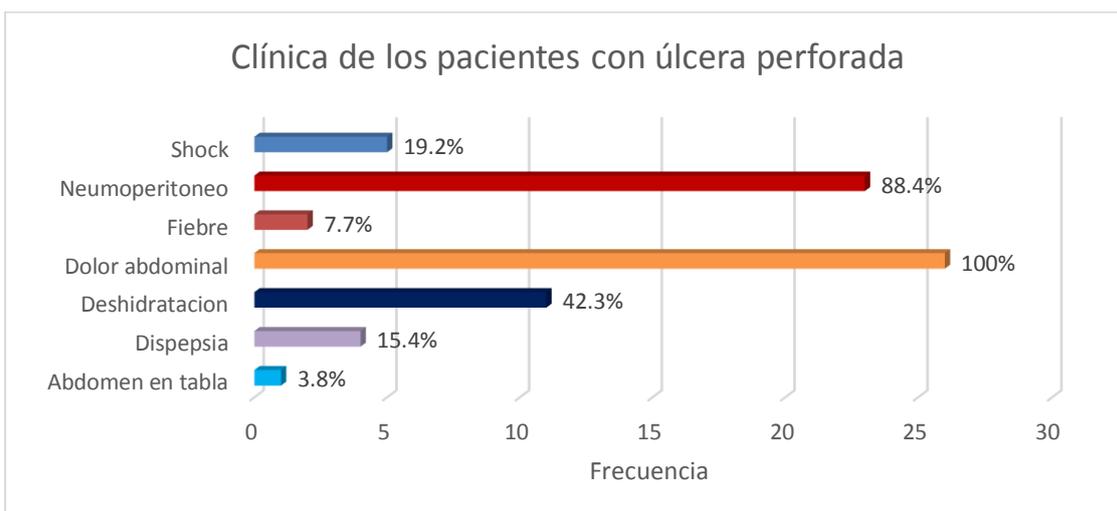
Se puede ver en el gráfico N° 1 donde se observan la distribución por edad de la población, que la mayoría de los pacientes son mayores de 40 años, representando el 61,6%. Sin embargo también vemos que más de un tercio se encuentran entre las edades de 25 a 39 años con 38.4%, es decir población joven padeciendo unas de las complicaciones de las úlceras pépticas.



La mayoría de la población refirió tener antecedentes de alcoholismo y fumado en un 69,2 y 65,3% respectivamente, según los datos mostrados en el gráfico 2. Casi un 20% mencionó tener antecedentes de toma de medicamentos tipo AINES. Las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, y el uso de drogas están presentes en 7,7 y 3,8% únicamente. En cuanto a los antecedentes de enfermedad ácido péptica esta se presentó en un 38,5% y el 23% de la población estudiada había utilizado medicación antiácida.

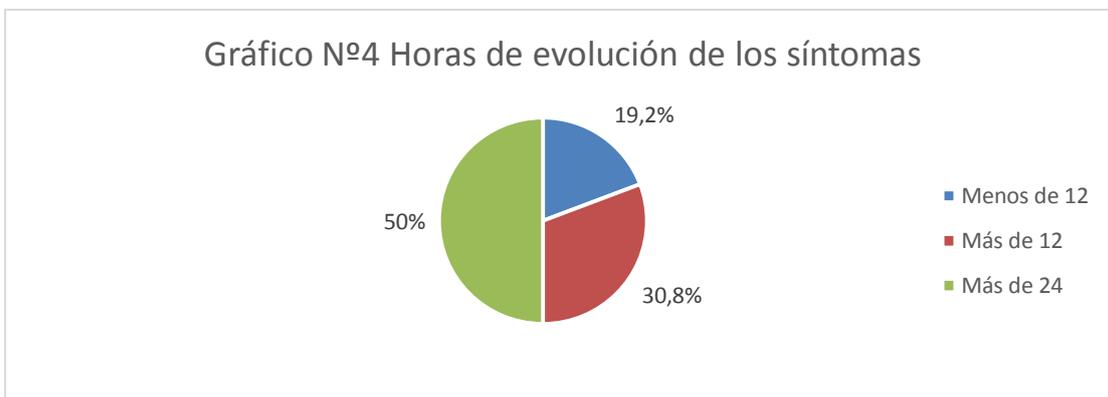


En el tercer gráfico se nos presenta la clínica de los pacientes con úlcera perforada atendidos en el hospital, donde el 100% llegó refiriendo dolor abdominal. Prácticamente la mitad de los pacientes presentaban algún grado de deshidratación, un 15,4% presentaban síntomas dispépticos (nauseas, vómitos, sensación de plenitud, dispepsia). Únicamente fue referido como abdomen en tabla, un dato franco de irritación peritoneal el 3,8%. Vemos además que no todos los pacientes presentaban neumoperitoneo al momento de su ingreso, estando presente en el 88,4% de los casos. Y que un 19,2% presentaban datos de shock.

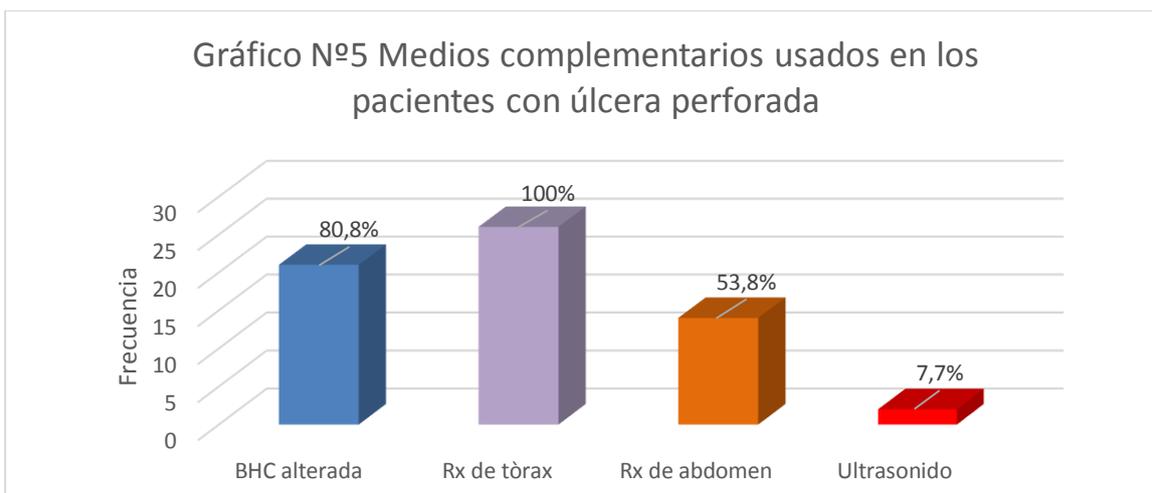




En el gráfico 4 se presentan las horas de evolución de los síntomas de los pacientes hasta su llegada al hospital. Vemos que el 50% de los pacientes tenía más de 24 horas de evolución de los síntomas y que un 30,8% tenía más de 12 horas. Además vemos que un 19,2% presentaba una úlcera gástrica perforada a pesar de contar con menos de 12 horas de evolución de los síntomas.

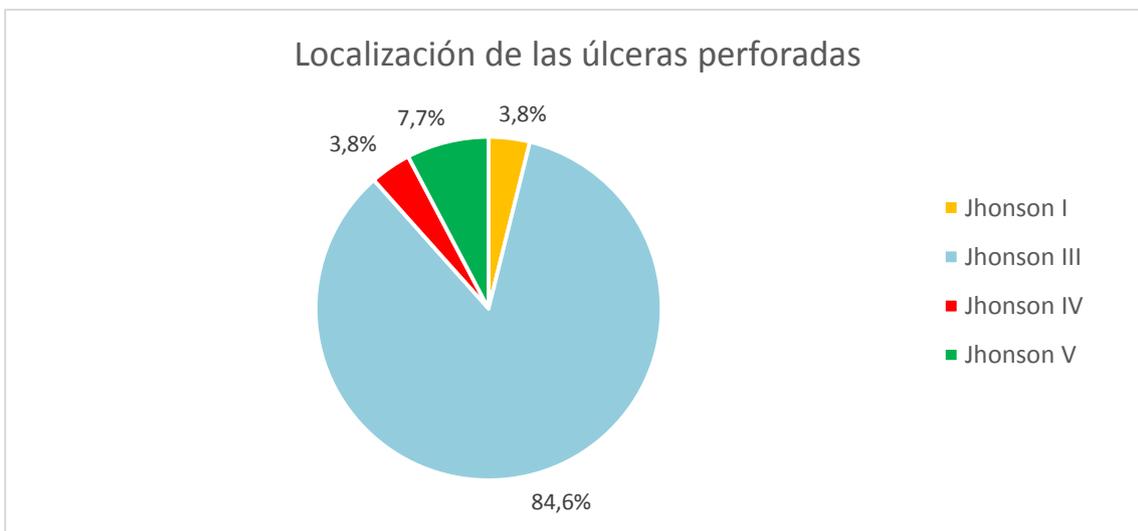


Este gráfico nos muestra los medios diagnósticos utilizados en estos pacientes. Vemos que al 100% se le envió una radiografía de tórax, y una radiografía de abdomen al 53,8%. Además un 80% de los pacientes presentaban una biometría hemática completa alterada, el resto tenía una BHC normal. Solamente al 7,7% de los pacientes se les practicó ultrasonido abdominal, esto se puede deber a que a la mayoría de los pacientes se les realizó el diagnóstico por la presencia de neumoperitoneo como vimos en una gráfica anterior.

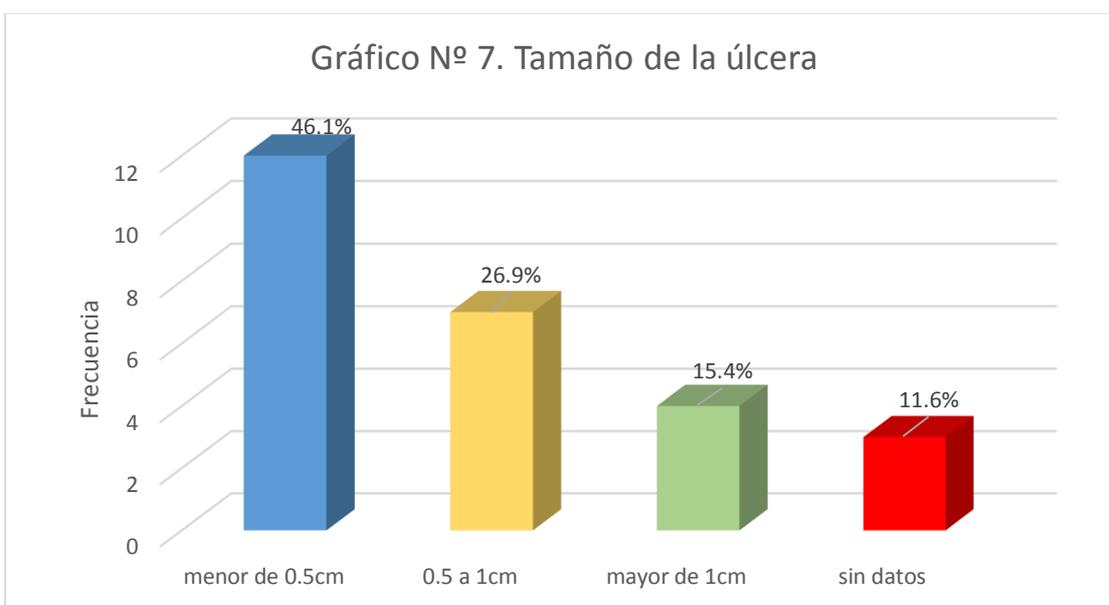




En el gráfico acerca de la localización de las úlceras perforadas, según la clasificación de Jhonson, se puede ver que el 84,6% se encontraban en la región prepilórica. No encontrando lesiones en la región del cuerpo, aunque si en el fondo y las asociadas al uso de AINES, las cuales también en su totalidad fueron prepilóricas.

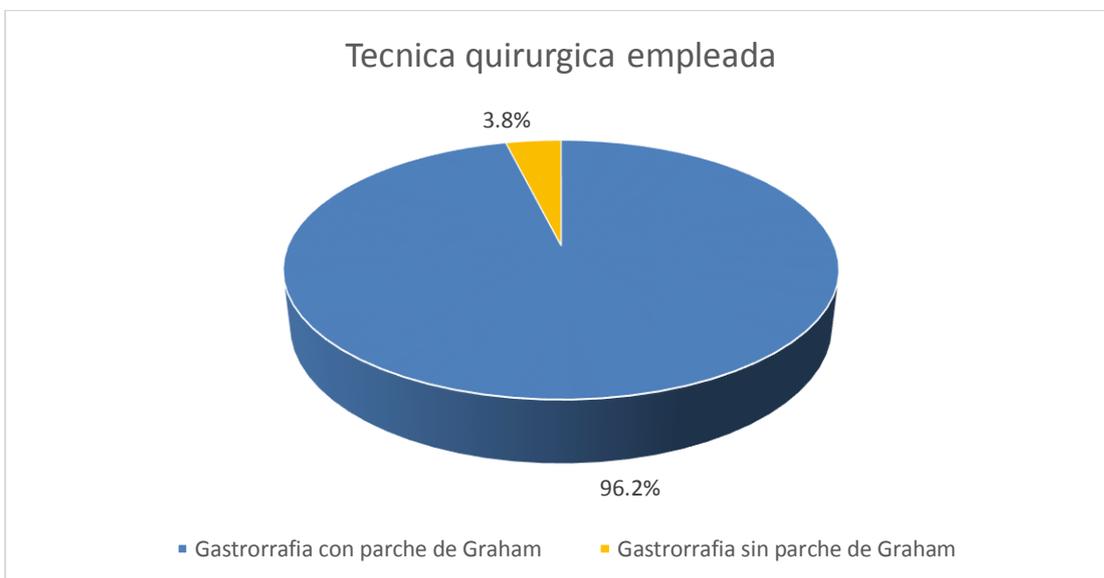


Vemos que el gráfico nos muestra el tamaño encontrado de la úlcera en el transoperatorio. El 46,1% era menor de 0.5cm, y el 26,9% entre 0.5 a 1cm. Y hasta un 11,6% no se plasmó el tamaño de la úlcera en la nota operatoria. Podemos decir además que la medida de la ulcera se realiza en todos los casos de forma subjetiva, ya que no se cuenta con una regla quirúrgica.

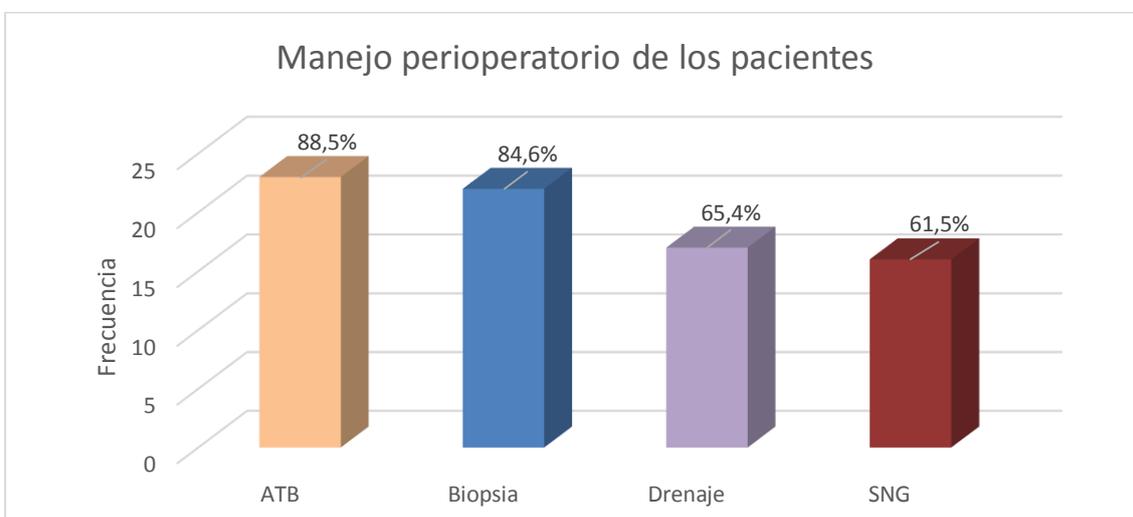




La gráfica número 8 nos muestra que al 100% de los pacientes se les realizó gastrorrafia, y de ellos al 96,2% se les colocó además un parche de epiplón sobre la sutura. Vemos entonces que a todos los pacientes estudiados en este período se les realizó un tratamiento quirúrgico no definitivo.

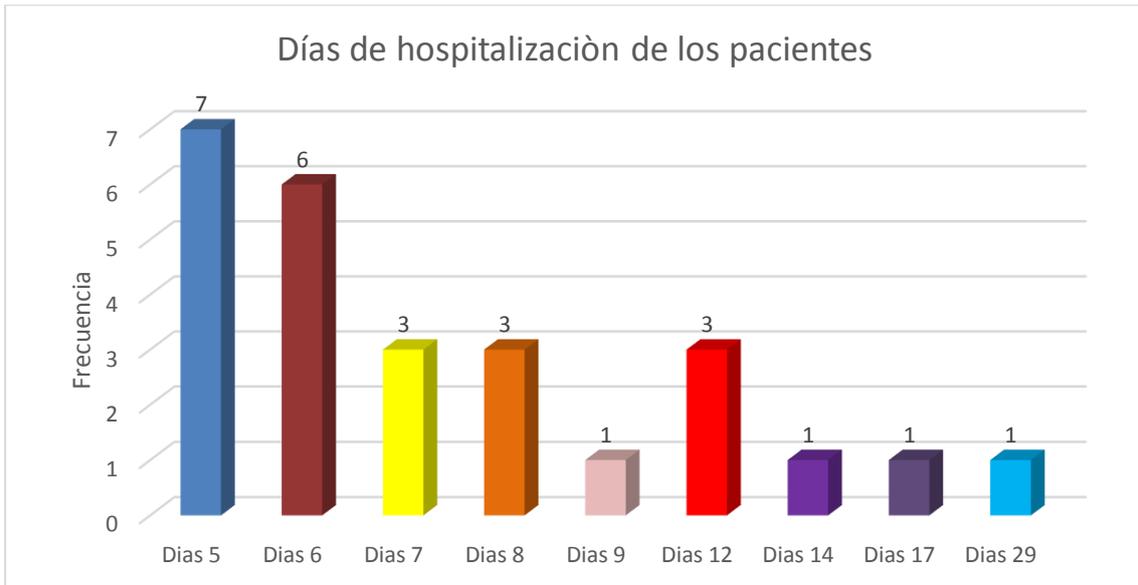


En el siguiente gráfico se nos muestra que el 88,5% de los pacientes recibieron terapia antibiótica luego de la cirugía, además que al 84,6% se les realizó toma de biopsia de los bordes de la úlcera. Podemos considerar que al resto o no se les tomó o no estaba consignado en el expediente clínico. A un 65,4% de los pacientes se les dejó drenaje de la cavidad tipo Penrose, y a un 61,5% de los pacientes se les dejó colocada una sonda nasogástrica. No pudimos encontrar en los expedientes las razones propias del uso o no tanto de la SNG como del uso de drenaje.

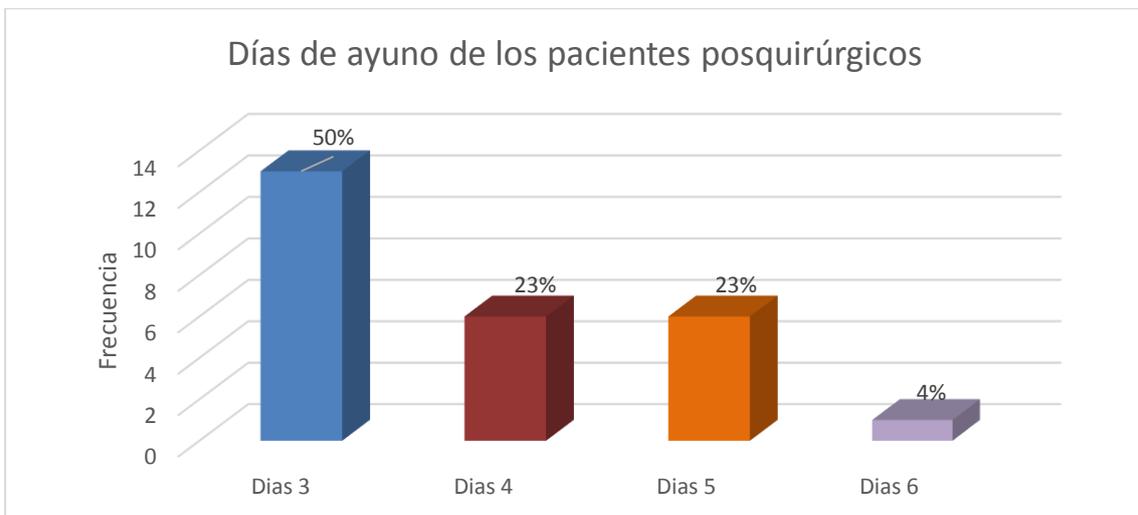




En el gráfico 10 se nos presenta los días de hospitalización de los pacientes y vemos que en su mayoría, representando el 50%, estuvieron entre 5 a 6 días. Entre 7 y 8 días encontramos a un 23% y el resto desde los 9 hasta los 29 días de hospitalización.

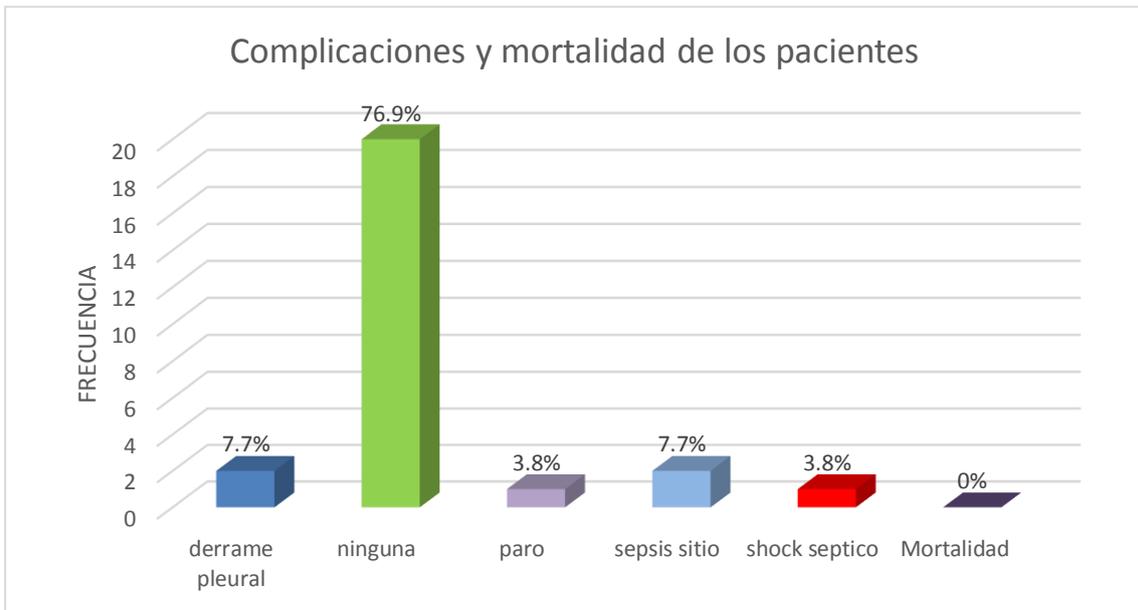


En la siguiente gráfica podemos observar los días de ayuno posquirúrgico de los pacientes, donde se observa que el 50% tuvieron 3 días en NPO, un 46% entre 4 y 5 días, y un 4% hasta 6 días en NPO. Según el expediente este último paciente se debió a la presencia de íleo posquirúrgico y desequilibrio hidroelectrolítico.





En este último gráfico se muestran las complicaciones encontradas en los pacientes operado de úlcera péptica perforada, donde la mayoría de ellos no presentaron ninguna complicación (76,8%). Un 7,7 % presentó infección del sitio quirúrgico y otro grupo similar derrame pleural. Un paciente presentó un paro cardiorrespiratorio el cual se logró revertir y otro presentó shock séptico el cual fue tratado exitosamente.





## Discusión de los Resultados

En este estudio se ve claramente un predominio del sexo masculino (84,6%) en los pacientes tratados por úlcera péptica perforada, lo que se corresponde con la literatura internacional. Creemos preciso citar el caso de un estudio cubano donde incluyen un total de 99 pacientes, de los cuales 90% eran del sexo masculino. Esto se ha justificado debido al mayor uso de sustancias tóxicas por la población masculina (alcohol y tabaco) y a que en general acuden de forma tardía a los centros asistenciales. (18)

En cuanto a la distribución de la población estudiada por su procedencia, no se encontró una revisión de este aspecto, pero ponemos inferir que se debe a la propia distribución de nuestra población donde observamos que un 73% es de procedencia urbana y a la gran cantidad de población rural que se atiende en este centro hospitalario donde obtenemos un 27%.

La distribución de los pacientes en cuanto a su edad se corresponde con la literatura internacional, en este estudio dos tercios de la población tiene más de 40 años y un tercio son menores de esta edad. En publicaciones importantes se puede ver que también la población de menos de 30 años representa aproximadamente el 20% de los casos, eso lo podemos relacionar con sus hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol y el tabaquismo.

En relación a los hábitos tóxicos y antecedentes personales encontramos que prácticamente el 70% presentaban antecedentes de alcoholismo y fumado, esto se corresponde con la literatura internacional en donde mencionan un número similar de pacientes que tienen este tipo de antecedentes. En los fumadores está comprobado que existe una disminución de la secreción pancreatobiliar de bicarbonato, que determina menor neutralización duodenal de ácido, además la nicotina aumenta el reflujo duodenogástrico, disminuye la síntesis de prostaglandinas y disminuye el riego sanguíneo a la mucosa intestinal. Un 19% refirió ser consumidor rutinario de AINEs, esto se asemeja a una publicación internacional donde se refiere un 10% de consumo crónico en pacientes con úlcera perforada (20)



En la sintomatología encontrada un 100% de pacientes se presentó por dolor abdominal y en los datos de imagen un 88% de ellos presentaba neumoperitoneo, esto es algo que también encontramos en la literatura consultada donde no todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente entraban con el diagnóstico de úlcera perforada a quirófano. Los datos de deshidratación que obtuvimos en el estudio también son similares a las publicaciones revisadas. Una cosa que no se corresponde con nuestro trabajo son los datos de irritación peritoneal franca que en este estudio se encuentra en un 3.8% y en otros estudios consultados lo encontramos hasta en un 50%, esto lo podemos explicar debido a las posibles diferencias para definir los datos de irritación peritoneal o a la falta de experiencia en su descripción por parte de los médicos en formación que son los que elaboran las historias clínicas al ingreso en nuestro medio. (22,23)

El tiempo consignado de evolución de los síntomas durante este estudio fue más de 24 horas en un 50%, y un 30,8% que tenían más de 12 horas de evolución. Se corresponde aproximadamente a la literatura internacional donde muchos de los pacientes acuden luego de las 24 horas de inicio de los síntomas, aunque en su mayoría acuden después de las 12 horas. Esto se puede deber a la idiosincrasia propia de nuestra población y al alto manejo con automedicación, por lo cual acuden con tardanza a los centros asistenciales.

En lo correspondiente a los medios complementarios utilizados en pacientes con úlcera perforada, vemos que al 100% se le realizó radiografía de tórax y a un 53,8% radiografía de abdomen, lo que se corresponde con la literatura internacional. Donde si encontramos diferencias es en el uso de otros medios diagnósticos como ultrasonido, en donde en un estudio para poner un ejemplo se le realizó a un 78% de los pacientes. Esta diferencia la podemos justificar debido a que durante mucho tiempo no se contó con la presencia de personal para la realización de ultrasonido de emergencia, sobre todo durante la noche y además que con la evidencia de neumoperitoneo en la radiografía se hacía el diagnóstico. (22)

La localización de la úlcera perforada en nuestro estudio el 84,6% se encontraban pre pilóricas, lo que se corresponde a los estudios consultados



donde se observan aproximadamente un 70% en esta ubicación, se considera que en esa área las fibras musculares del estómago se entrecruzan y forman una fuerte banda muscular que determinan un intenso esfuerzo cinético, así como el hecho de que esta zona recibe un menor suministro vascular, por lo que es una zona fisiológicamente propensa al desarrollo de úlceras y por ende a sus diferentes complicaciones. La ubicación en la curvatura menor se da en un 15 a 18% aproximadamente, sin embargo no fue en nuestro caso en donde se encontró únicamente en un 7.7%. El uso de AINES se asocia a la presencia de úlcera en aproximadamente un 20 a 30%, en nuestro estudio únicamente el 7.7% de los casos se asociaban al uso de estos medicamentos. (22,25)

En los estudios consultados no pudimos encontrar datos que nos revelen el uso rutinario de antibióticos en el post operatorio de los pacientes, aunque esta si está descrita en todas las literaturas quirúrgicas. En este estudio se observó su uso en el 88,5% de los casos, aunque a los pacientes que no se les administró desde su post quirúrgico si se prescribió posteriormente. En cuanto a la toma de biopsias está descrita como una práctica rutinaria para tratar de aclarar el origen de la úlcera, sobre todo en pacientes de mayor edad. En nuestro estudio se tomó biopsia en el 84,6% de los casos, aunque los resultados de las mismas nos estaban plasmados en los expedientes, algo que es muy importante ya que hasta un 16% de las perforaciones gástricas puede ser ocasionado por neoplasias.

El uso de drenaje en este tipo de casos es discutido, vemos que en nuestro estudio se utilizó en 65,4% sin embargo en otros estudios apreciamos que su uso rutinario no fue utilizado, mientras en otras literaturas se aboga por su uso ya que ayudaría a evidenciar de forma precoz la presencia de una fistula y a su tratamiento conservador. En nuestro caso no encontramos justificación para el uso o no del drenaje, al igual que el uso de las sondas nasogástricas, que como vemos se utilizó en este estudio en un 61,5%.

La estancia intrahospitalaria fue entre 5 a 6 días en el 50% de los casos y otro 23% entre 7 y 8 días. Estos datos son similares a publicaciones internacionales en donde se observa que la variación de los días de estancia es debida, como es lógico pensar, a la respuesta del paciente a la cirugía, sus comorbilidades y



en algún grado por la experiencia del cirujano. Vemos en otros estudios que la estancia en promedio fue de hasta 12 días (19)

Nos corresponde discutir también la cantidad de días que los pacientes permanecen en ayuno por indicación médica, y aquí vemos que en nuestro estudio el 96% permaneció en NPO durante 3 a 5 días y un 4% hasta 6 días de NPO. Estos datos son totalmente distintos a lo encontrados en los estudios internacionales revisados, donde en todos ellos se aboga por un inicio temprano de la dieta del paciente una vez que se haya restablecido el tránsito intestinal, asegurado por una peristalsis adecuada. En la mayoría de los casos esta peristalsis se recuperaba entre las primeras 8 a 24 horas de la cirugía, donde se iniciaba una dieta líquida al paciente. Nos quede en este acápite entonces hacer una revisión del actuar en nuestro hospital y realizar estudios propios para avalar el inicio precoz de la dieta, con el objetivo de dar una mejor atención y calidad a nuestros pacientes.

Según lo documentado en la mayoría de las revisiones que se realizaron, las complicaciones que se puede derivar de esta cirugía de urgencias en realidad son pocas y se presentan en poca frecuencia, aunque no por ello esté exenta de mortalidad. En nuestro caso el 76,8% de los pacientes no presentaron ninguna complicación post quirúrgica, un 7,7% presentaron infecciones del sitio quirúrgico y otro grupo similar derrame pleural, este último no podríamos discutir a ciencia cierta su naturaleza, ya que no se encontró como parte de las complicaciones de ésta entidad en las revisiones realizadas. Se podría considerar que el proceso inflamatorio sistémico, secundario a la exposición de sustancias irritativas intra abdominales tenga un papel en este sentido. Para finalizar un paciente (3,8%) presentó paro cardiorrespiratorio el cual logró ser revertido en su momento y otro paciente shock séptico. No hubo mortalidad durante el período que duró el estudio,



## Conclusiones

1. El 84,6% de nuestra población eran hombres en su mayoría (73,1%) de procedencia rural, donde el 50% se encontraban entre las edades de 30 a 49 años.
2. El 69,2% eran consumidores rutinarios de alcohol y un 65,3% se identificó como fumadores.
3. El 38.5% tenían antecedentes de enfermedad ácido péptica y el 23% había sido tratados con medicación antiácida.
4. El 100% de los pacientes presentaban dolor abdominal y un 88.4% neumoperitoneo.
5. El 50% de los pacientes acudieron con más de 24 horas de evolución de los síntomas y la principal localización de la perforación fue a nivel pre pilórica (84,6%).
6. El 50% de los pacientes estuvieron hospitalizados entre 4 y 5 días.
7. El 50% además estuvo 3 días en ayuno en su pos quirúrgico.
8. El 76,9% no presentó ninguna complicación.



## Recomendaciones

- 1- Una mejor realización de las historia clínicas en este tipo de pacientes, así como tratar de indagar en sus hábitos tóxicos y/o uso de algún tipo de medicamento ulcerogénico para poder definir mejor la causa de su patología.
- 2- La realización de un estudio acerca de la implementación precoz de la dieta en este tipo de pacientes, con el fin de lograr un protocolo más uniforme para su tratamiento.
- 3- Protocolizar el manejo de la enfermedad ulcerosa en esta unidad hospitalaria, en dónde se dilucide las indicaciones para el uso de sondas nasogástricas, drenajes intra abdominales y el inicio de la vía oral en los pacientes post quirúrgicos.
- 4- Plantear la necesidad de un adecuado seguimiento por la consulta externa para poder ofertar tratamiento quirúrgico definitivo en los pacientes que sean candidatos.



## Encuesta

### Datos generales del paciente

Edad:

Sexo:

Procedencia Rural:\_\_\_\_\_ Urbano:\_\_\_\_\_

### Antecedentes del paciente

Fumado:\_\_\_\_\_

Alcohol:\_\_\_\_\_

AINES o ASA:\_\_\_\_\_

Glucocorticoides:\_\_\_\_\_

Obesidad:\_\_\_\_\_

Antecedentes de síntomas dispépticos:\_\_\_\_\_

Uso de medicamentos antiácidos:\_\_\_\_\_

Uso de Drogas:\_\_\_\_\_

Diabetes mellitus:\_\_\_\_\_

HTA:\_\_\_\_\_

Otra patología:\_\_\_\_\_

### Datos clínicos, de laboratorio e imagen:

Dolor abdominal:\_\_\_\_\_

Acidez:\_\_\_\_\_

Nauseas:\_\_\_\_\_

Abdomen en tabla:\_\_\_\_\_

Vómitos:\_\_\_\_\_

Neumoperitoneo:\_\_\_\_\_

Fiebre:\_\_\_\_\_

Peristalsis anormal (disminuido o

ausente):\_\_\_\_\_ Tacto rectal patológico:\_\_\_\_\_ Shock:\_\_\_\_\_

Deshidratación:\_\_\_\_\_

Horas de evolución de los síntomas hasta la cirugía:



## Complementarios

Radiografías de tórax:\_\_\_\_\_

Radiografía de abdomen:\_\_\_\_\_

Ultrasonido:\_\_\_\_\_

Biometría hemática alterada:\_\_\_\_\_

Hallazgos transoperatorios:

## Localización de la úlcera

Duodenal: Primera porción:\_\_\_\_\_

Segunda porción:\_\_\_\_\_

Gástrica: Jhonson tipo:\_\_\_\_\_

Técnica empleada para la reparación :\_\_\_\_\_

Biopsia:\_\_\_\_\_

Uso de ATB:\_\_\_\_\_

Drenaje:\_\_\_\_\_

Uso de sonda nasogástrica:

Días en NPO pos qx:

Complicaciones posquirúrgicas

Días de hospitalización:



## Bibliografía

1. Hardy, H. D. et al. Perforated peptic ulcer. An analysis of 206 consecutive cases with emphasis on pathophysiologic changes and deaths. *Ann Surg* 153, 911, 1961. 6
2. Burdette. W. J y Rasmussen, B. Perforated peptic ulcer. *Surgery* 53, 577, 1968.
3. Angel, R. T et al. A current evaluation of the problem of gastric ulcer. *Am J. Surg* 114, 730, 1976.
4. Montalvo-Javé EE, Montalvo-Arenas CE, Ortega-León LH, Pena Sánchez J, Valdés RA, Martínez GA, et al. Helicobacter pylori, patología gástrica y cirugía. Descubrimiento que mereció el Premio Nobel en Medicina 2005. *Cir Gen* 2009;31:115-124.
5. NIH Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease; Yamada T, Searle JG, Dennis Ahnen D, Aipers DH, Greenberg HB, Gray M, et al. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. *JAMA* 1994;272:65-69.
6. Ng EK, Lam YH, Sung JJ, Yung MY, To KF, Chan AC, et al. Eradication of Helicobacter pylori prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation. *Ann Surg* 2000;231:153-
7. Testini M, Portincasa P, Piccinni G, Lissidini G, Pellegrini F, Greco L. Significant factors associated with fatal outcome in emergency open surgery for perforated peptic ulcer. *World J Gastroenterol* 2003;9:2338-2340.
8. Soll AH. Peptic ulcer and its complications. En: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and*



- Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 6th ed. Philadelphia, PA: W.B Saunders; 1998. pp. 620-678.
9. Behrman SW. Management of complicated peptic ulcer disease. Arch Surg 2005;140:201-208.
  10. Miller AR, Farnell MB, Kelly KA, Gostout CJ, Benson JT. Impact of therapeutic endoscopy on the treatment of bleeding duodenal ulcers: 1980-1990. World J Surg 1995;19:89-95.
  11. Sacks H, Chalmers T, Blum AL, Berrier J, Pagano D. Endoscopic hemostasis: an effective therapy for bleeding peptic ulcers. JAMA 1990;264:494-499.
  12. Diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica complicada. Conceptos básicos, México: Secretaría de Salud. 2009.
  13. Revista Cubana de Medicina Militar 2011;40(1):12-21
  14. Schwartz, Principios de Cirugía. F. Charles Brudicardi et al. 9na Edición. Editoreal McGraw-Hill
  15. Spechler SJ. Peptic Ulcers. En: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, editors. Gastrointestinal and Liver Disease. 7th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2002. p. 747-72.
  16. Gunshefski L, Flancbaum L, Brolin RE, Frankel A. Changing patterns in perforated peptic ulcer disease. Am Surg. 1990;56:270-4.
  17. Munnangi S, Sonnenberg A. Time trends of physician visits and treatment patterns of peptic ulcer disease in the United States. Arch Intern Med 1997;175:1489-1494.
  18. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach patients with gastritis and peptic ulceration. Lancet 1984;1(8390):1311-1315.



19. Bejerano García Ramiro Julio. Perforación gastroduodenal por úlcera péptica: estudio de 99 pacientes operados. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2016 Feb 03] ; 46(3): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932007000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300006&lng=es).
20. Butte B Jean Michel, Dagnino U Bruno, Tapia V Alvaro, Llanos L Jorge. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca: Experience of a regional hospital. Rev Chil Cir [Internet]. 2007 Feb [citado 2016 Feb 03] ; 59( 1 ): 16-21. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000100005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000100005>.
21. GASTROPATÍA POR AINES: LESIÓN GÁSTRICA, INCIDENCIAS Y MECANISMOS M. L. Franco Gay Unidad del Dolor. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcay
22. Flores Miranda Enrique, Flores Delgado Enrique Adrián. Resultados del tratamiento de la úlcera péptica perforada. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Feb 03] ; 48(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932009000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200005&lng=es).
23. Alvarez Sintes Roberto, Adelquis Cruz Francisco, Alvarez Sintes Rogelio, Alvarez Castro Manuel R. Epidemiología de la úlcera péptica en siete consultorios del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1995 Jun [citado 2016 Feb 03] ; 11(3): 232-238. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251995000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000300004&lng=es).



24. Aguila Gómez Mauricio Vicente, Nava Cordero Karim. ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA ¿QUÉ CAMINO A SEGUIR?: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2015 [citado 2016 Feb 06] ; 21( 2 ): 54-59. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200009&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200009&lng=es).
25. MONTES TEVES, Pedro; SALAZAR VENTURA, Sonia; MONGE SALGADO, Eduardo. Cambios en la epidemiología de la Úlcera Péptica y su relación con la infección con Helicobacter Pylori. Hospital Daniel Carrión 2000-2005. **Rev. gastroenterol. Perú**, Lima, v. 27, n. 4, oct. 2007 . Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292007000400007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000400007&lng=es&nrm=iso). accedido en 06 feb. 2016.