

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca* Emergency surgical treatment of perforated peptic ulcer. Experience of a regional hospital

Drs. JEAN MICHEL BUTTE B.¹, BRUNO DAGNINO U.¹, ALVARO TAPIA V.¹, JORGE LLANOS L.¹

¹Servicio de Cirugía, Hospital Regional. Talca. Chile

RESUMEN

La perforación de una úlcera péptica corresponde a una infrecuente y siempre grave complicación de la enfermedad ulcerosa. El tratamiento quirúrgico es la terapia de elección. Se operaron 22 pacientes (21 hombres) con una edad promedio de 50 años. Tres enfermos tenían el diagnóstico de úlcera péptica previo a la emergencia actual. El síntoma más frecuente de consulta fue el dolor epigástrico de inicio súbito en 21 (95,4%) pacientes. El diagnóstico se realizó con radiografía de tórax de pie o de abdomen simple en 11 enfermos. Se realizó sutura simple de la úlcera en 12 (54,5%) pacientes, sutura más epiploplastía en 7 (31,8%) y resección gástrica en tres enfermos (13,6%). Siete (31,8%) pacientes presentaron complicaciones post operatorias, de los cuales fallecieron 2 (9,1%) como consecuencia de la sepsis asociada. Se realizó un seguimiento endoscópico a 9 pacientes (45%) sobrevivientes al episodio agudo. En 5 de ellos se demostró que la úlcera péptica aun permanecía activa. A dos de estos últimos pacientes se les realizó, en forma electiva una cirugía resectiva definitiva. Se concluye que la perforación de una úlcera péptica corresponde a un cuadro grave, que se asocia a una morbilidad y mortalidad significativa. El tratamiento quirúrgico local es la terapia de elección para el episodio agudo, sin embargo este no es definitivo y no evita la recidiva.

PALABRAS CLAVE: **Úlcera péptica perforada, tratamiento quirúrgico.**

SUMMARY

Background: Peptic ulcer perforation is an uncommon by devastating complication that requires emergency surgical treatment. *Aim:* To review the results of surgical treatment of peptic ulcer perforation in a Chilean Regional Hospital. *Material and Methods:* Retrospective review of medical records of 22 patients (age range 21-88 years, 21 males) operated for a perforated peptic ulcer, between 1995 and 2000. *Results:* The most common presentation symptom was acute epigastric pain in 21 patients. The diagnosis was done with a plain abdominal X ray obtained in the standing position, in 11 patients. A simple suture of the ulcer was done in 12 patients, suture plus epiploplasty in seven and gastric resection in three. Seven patients (32%) had postoperative complications and two (9%) died as a consequence of an associated septic

*Recibido el 28 de Abril de 2006 y aceptado para publicación el 25 de Julio de 2006.

Correspondencia: Dr. Jorge Llanos L.

1 Norte 1990. Talca, Chile.

Fax: 56-71-209387

email: jllanos@ctcinternet.cl

process. An endoscopic follow up was done in nine patients and in two, the peptic ulcer remained active. These two patients were subjected to an elective excisional surgery. *Conclusions:* Local surgical correction of peptic ulcer perforation is the emergency treatment of choice but does not avoid ulcer relapse.

KEY WORDS: *Peptic ulcer, perforation, surgical treatment.*

INTRODUCCION

La perforación de una úlcera péptica se presenta en 1 a 6% de los pacientes ulcerosos durante el curso de su enfermedad¹ y a pesar de la tendencia hacia la disminución de la enfermedad ulcerosa en los últimos años, esta complicación se ha mantenido constante². Constituye siempre una entidad grave, que no esta exenta de mortalidad, siendo esta secundaria al fenómeno séptico en la mayoría de los enfermos³.

El diagnóstico clínico precoz habitualmente es favorecido por la experiencia del grupo quirúrgico tratante y para lo cual, las radiografías de tórax o abdomen simple en posición de pie mantienen su plena vigencia¹.

La terapia de elección es la cirugía⁴. Sin embargo, el tratamiento médico ha sido utilizado en algunos casos seleccionados^{1,5,6}.

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados inmediatos y la evolución a corto plazo del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron retrospectivamente los registros clínicos de 22 pacientes tratados entre enero de 1995 y diciembre de 2000 por una úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca. En cada paciente se evaluaron las características demográficas, el cuadro clínico, los antecedentes mórbidos y el estudio de imágenes. Además se registró la evolución previa y posterior a la cirugía, el tipo de cirugía practicada y los resultados inmediatos y tardíos posterior al alta.

Se consideró como complicación asociada a la cirugía a aquella que se produjo hasta 30 días posterior a esta.

RESULTADOS

La serie está formada por 22 pacientes, de los cuales sólo una es mujer, con una edad promedio de 50 años (21-88 años) (Tabla 1).

Tres pacientes (13,6%) tenían el diagnóstico endoscópico de úlcera péptica previo a su emergencia actual. Sólo uno de ellos había recibido tra-

tamiento médico satisfactorio antes de la perforación de su úlcera y los otros dos había sido tratados en forma parcial, porque abandonaron su terapia. En 10 enfermos (45,4%) el cuadro agudo de perforación constituyó el debut de la enfermedad. El resto refirió el antecedente de dolor epigástrico de tipo urente los días previos al episodio de perforación. Se observó que 9,9% de los pacientes tenían como antecedente la ingesta de alcohol previo a la crisis.

El síntoma más frecuente al ingreso al hospital fue dolor epigástrico de inicio súbito en 21 pacientes (95,4%). Dieciséis (72,7%) presentaron resistencia muscular y signos de irritación peritoneal. Dos pacientes presentaron íleo adinámico y otros dos, shock séptico.

Dos enfermos (9%) consultaron en el Servicio de Urgencia antes de 12 horas de iniciado el cuadro clínico, Nueve (40%) entre 12 y 24 horas y 8 (36,3%) después de 24 horas. En tres pacientes (13,6%) este dato no fue consignado.

Como estudio de imágenes preoperatorio se realizó una radiografía de tórax de pie o una simple de abdomen en 11 (50%) enfermos y una ecotomografía abdominal en tres pacientes (13,6%). Un paciente consultó por dolor abdominal de 20 días de evolución y melena; se le realizó una endoscopia digestiva alta como estudio inicial. En los otros enfermos no se realizó estudio imagenológico y se operaron con el diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo. En un enfermo sin dolor abdominal pero con shock séptico se realizó una radiografía de tórax y una de abdomen simple que revelaron la presencia de neumoperitoneo.

El tiempo de evolución intrahospitalario previo al acto quirúrgico fue menor a 6 horas en 12 pacien-

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD

Edad pacientes (años)	Hombres	Mujeres
20 a 30	1	
31 a 40	7	
41 a 50	5	
51 a 60	3	1
61 a 70	2	
71 a 80	2	
81 y más	1	

tes (54,5%), entre 6 y 12 horas en 6 (27,3%) y no se consignó en 4 enfermos (18,2%).

A todos los pacientes se les indicó la cirugía. Se realizó una sutura simple de la úlcera en 12 pacientes (54,5%), sutura más epiploplastia en 7 (31,8%) y resección gástrica en tres enfermos (13,6%).

La ubicación de la úlcera fue consignada en el protocolo operatorio en el 95% de los pacientes y se observó que en 20 pacientes (90,1%) estaba en el estómago y en 2 (9,9%) en el duodeno. En cuatro (18,2%) pacientes se ubicó en el cuerpo gástrico, en 10 (45,5%) fue prepilórica y en cinco (22,7%) pilórica. El tamaño promedio de la úlcera, consignado en el 68% de los casos, fue de 11 mm.

Se utilizó drenaje en 16 enfermos y su presencia no se asoció a complicaciones. La realimentación de cada enfermo se realizó luego de superar el íleo postoperatorio y después de la evaluación particular de cada uno de ellos.

Siete pacientes (31,8%) presentaron complicaciones post operatorias. El shock séptico y la neumonía fueron las más frecuentes y graves (Tabla 2). Además, un paciente presentó un síndrome de retención gástrica que se resolvió a la semana de evolución, otro cursó con una fístula de bajo débito, que se manejó en forma conservadora y cerró y a un paciente se le infectó la herida operatoria. Los enfermos tuvieron una estadía hospitalaria promedio de 12 (7-47) días.

Dos pacientes (9,1%) fallecieron producto del cuadro séptico secundario a la perforación de la úlcera. Los dos habían consultado luego de 24 horas de iniciado el cuadro clínico (4 y 20 días) y en ambos se había efectuado una cirugía resectiva. La decisión de realizar una cirugía resectiva se fundamentó en las características anatómicas, en la ubicación de la úlcera y en la decisión del cirujano de turno.

Sólo en 9 de los pacientes (45%) sobrevivientes al episodio agudo se ha practicado un seguimiento endoscópico. En 5 de ellos se demostró que la úlcera péptica aún permanecía activa. A dos de estos últimos pacientes se les realizó, en forma electiva, una cirugía resectiva definitiva.

DISCUSIÓN

Aunque en la última década se ha observado una disminución de la patología ulcerosa⁷⁻⁹, la perforación de una úlcera péptica se mantiene como una complicación vigente¹⁰. Nogueira y cols.¹¹ describen 210 pacientes en 10 años, Irvin¹² 284 pacientes en 6 años y Lee y cols.¹³ 436 pacientes en 9 años.

Tabla 2

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Complicación postoperatoria	n
Síndrome de Retención gástrica	1
Infección de la herida operatoria	1
Neumonía	2
Shock séptico	2
Fístula Biliar externa	1

La incidencia de esta complicación en este centro ha descendido en relación a lo reportado en un periodo similar de tiempo⁷. Así, entre 1981 y 1985 fueron atendidos por esta enfermedad 48 pacientes y durante el período que estamos analizando, se trataron sólo 22 pacientes. Una explicación a lo anterior podría ser la menor derivación desde otros centros quirúrgicos de la región, asociado a una probable disminución de la patología ulcerosa en nuestro medio al igual que en otros países. Sin embargo, es difícil confirmar la segunda afirmación, porque el número total de pacientes ulcerosos que han sido tratados en la provincia de Talca y en la séptima región no ha sido cuantificado en los períodos en que se ha realizado la evaluación de las series quirúrgicas.

Al igual que lo descrito por otros autores^{11,13} y observado antes⁷, la mayoría de los pacientes afectados por esta enfermedad son hombres, probablemente explicado porque la úlcera péptica se desarrolla mayoritariamente en el sexo masculino¹⁴. La relación hombre/mujer observada actualmente es de 21:1, cifra muy superior a la descrita a comienzos de la década de los 80', en que fue de 8,6:1⁷. Sin embargo, no existe una explicación clara para ello. La edad promedio de presentación de esta enfermedad es alrededor de los 50 años¹³, lo que también se observa actualmente y es levemente superior a lo advertido antes⁷.

Un importante número de pacientes presentan dolor epigástrico de tipo urente, previo a la perforación ulcerosa, pero no tienen el diagnóstico preciso de úlcera péptica^{1,7}. Esta situación también se observó en 9 pacientes (40,1%) de esta serie y es similar a lo señalado por Watkins¹⁵ e Irvin¹².

El diagnóstico precoz de una perforación ulcerosa es favorecido por la experiencia y conocimiento del cuadro clínico por el equipo tratante, y como ha señalado Korn¹, 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 la publicación anterior⁷.

Habitualmente, el diagnóstico clínico de una úlcera perforada, se apoya en una radiografía de tórax de pie, porque facilita la visualización del neumoperitoneo y tendría mejor rendimiento que la de abdomen simple¹. Este, sin embargo es de 65 a 75%¹⁶, por lo que la ausencia de algún hallazgo en la radiografía, no descarta esta enfermedad. En esta última serie la radiografía de tórax se realizó en 11 pacientes y en todos fue útil, ya que mostró la presencia de neumoperitoneo. Los otros enfermos se operaron con el diagnóstico de abdomen agudo y el diagnóstico se realizó durante la cirugía. La ecografía abdominal puede ser utilizada para descartar otras patologías, principalmente de origen biliar, pero en el diagnóstico propiamente tal de una úlcera perforada es de muy bajo rendimiento¹⁶. En este estudio se realizó con el fin de descartar alguna patología hepatobiliar. La utilización de la endoscopia digestiva alta como estudio inicial de una úlcera perforada no se recomienda porque el insuflar aire puede alterar la evolución clínica, situación observada en un enfermo de este estudio. En este paciente se indicó porque además del dolor epigástrico de 20 días de evolución, presentó melena; el examen, que permitió el diagnóstico de una úlcera péptica prepilórica perforada que estaba cubierta, probablemente produjo la abertura de ésta. La asociación entre una perforación de una úlcera péptica y una hemorragia digestiva alta es poco frecuente y aumenta la morbimortalidad¹⁷.

Llama la atención el consumo de alcohol previo al episodio de perforación en 9,9% de los enfermos. Esta asociación que ya ha sido descrita, no está totalmente demostrada¹⁸.

Se piensa que debido al dolor intenso del cuadro clínico, la consulta debería ser precoz en la Unidad de Emergencia. Sin embargo, ocho de los pacientes (36,4%) de este estudio consultaron luego de 24 horas de iniciado el cuadro clínico. Esta cifra corresponde al doble de lo observado previamente⁷ y no se tiene una explicación clara para esta situación, que es contraria a lo que lógicamente debería ocurrir a través de los años, por la mayor facilidad esperada a la atención médica.

El tratamiento siempre debe ser quirúrgico¹, a menos que exista alguna condición especial que lo contraindique. En estos casos seleccionados, el tratamiento médico se ha utilizado asociado a terapias muy bien protocolizadas, que permiten en cualquier momento acceder a una cirugía¹. Todos los enfermos de esta serie fueron operados. Como en todo cuadro de abdomen agudo la cirugía precoz mejoraría el pronóstico, pero en algunos enfermos se debe realizar una preparación preoperatoria en una unidad que suministre el apoyo hemodinámico ne-

cesario¹. La evolución preoperatoria fue menor de 12 horas, luego del ingreso al hospital y es similar a lo observado previamente⁷.

Durante la cirugía se advirtió que la mayoría de las úlceras se ubicaron en el estómago, a diferencia de lo observado en la serie previa⁷ y de lo señalado por otros autores¹. La relación de 7:2,5:1 entre una úlcera gástrica, pilórica y duodenal, es diferente a lo manifestado por Korn¹, quien señala una mayor frecuencia de úlceras duodenales. No hay una explicación precisa para el cambio observado en esta serie en relación al estudio previo⁷, pero podría ser secundario a un mayor uso de corticoides y antiinflamatorios no esteroideos¹¹ o a un mayor uso de bloqueadores de la secreción H2 o de la bomba de protones, permitiendo la disminución de la incidencia de las úlceras duodenales. Sin embargo sólo 4 enfermos presentaron una úlcera claramente gástrica, el resto de ellos tenía una lesión en la zona piloroduodenal, por lo que también podría existir un error al momento de describir la ubicación de la úlcera secundaria al edema del cuadro agudo, permitiendo el aumento de las úlceras gástricas, debido a una errónea identificación topográfica, como ya se ha descrito en la literatura⁷. Es importante destacar que en este centro, por razones de disponibilidad de insumos, no se indica de rutina la erradicación del *Helicobacter pylori* ni se han utilizado en forma rutinaria bloqueadores de la bomba de protones, por lo que estos factores no deberían influir en el cambio de la distribución de las úlceras pépticas.

En la actualidad, el objetivo del tratamiento de la perforación de una úlcera péptica ha cambiado. Hace 20 años, casi tan importante como la urgencia era el tratamiento definitivo¹⁹. Actualmente el uso de inhibidores H2 o de la bomba de protones y la erradicación del *Helicobacter pylori* han permitido disminuir la necesidad de una cirugía definitiva y por lo tanto la morbilidad y mortalidad de la cirugía de urgencia al evitar el tratamiento resectivo¹.

El tratamiento debe ser el cierre de la úlcera, que se puede facilitar con el uso de un parche de epiplón²⁰. La resección de la úlcera gástrica¹, puede aumentar la morbimortalidad del procedimiento, deformar el estómago y no ser útil para el estudio anatomopatológico por estar alterado el tejido, por el proceso inflamatorio. Por lo anterior y al igual que hace casi 20 años⁷, en este centro se prefiere que los pacientes se controlen endoscópicamente a las seis semanas de la cirugía. En esa oportunidad además se debe realizar la biopsia respectiva. Cuando la úlcera compromete al duodeno no hay controversia en no resecar algún segmento duodenal porque el cáncer de duodeno es de baja frecuencia.

Además del tratamiento antes señalado debe ser erradicado el *Helicobacter pylori*, porque su presencia se asocia en un 92% a la úlcera duodenal y en un 70% a la úlcera gástrica¹. El 30% restante de las úlceras gástricas se asocian al uso de antiinflamatorios no esteroideos¹, por lo que deben ser suspendidos. A pesar de los esfuerzos para erradicar el *Helicobacter pylori* en los pacientes ulcerosos atendidos en el hospital de Talca, razones de tipo económico no han permitido que esta conducta sea instaurada en forma rutinaria en todos los enfermos.

El porcentaje de complicaciones de esta serie es levemente menor a lo observado previamente⁷, y a lo señalado por Gunshefski y cols.²¹ y son fundamentalmente de tipo infecciosas.

Destaca que todavía existe mortalidad operatoria asociada a esta enfermedad, que aunque es más baja que lo reportado por otros autores^{12,21}, se asocia a consultas tardías en pacientes de edad avanzada³. De esta forma, podríamos señalar que aunque actualmente existe un mayor desarrollo de las unidades de cuidados intermedios e intensivos, la mortalidad de esta serie ha duplicado a lo observado hace 20 años (4,2%)⁷ y se ha relacionado en forma importante con la consulta tardía y la práctica de cirugías resectivas de urgencia. La decisión de realizar una cirugía resectiva de urgencia puede ser cuestionable y pareciera ser una conducta excesiva. Sin embargo, se ha debido a la deformidad que ha presentado el estómago después de la resección de la úlcera que es la consecuencia de la ubicación anatómica de la úlcera en el estómago. Además, en esta decisión incidió el criterio de cirujano de urgencia. So y cols.²² también observaron que en el grupo de enfermos resecados de urgencia existirían factores que condicionarían un peor pronóstico inmediato como la edad (mayor de 65 años) y la presencia de complicaciones cardíacas, pulmonares o anemia.

El drenaje en estos enfermos podría ser útil en el diagnóstico precoz y en el manejo de complicaciones postoperatorias, como se observó en el paciente con una fístula biliar externa.

La realimentación, como en toda cirugía abdominal, se inició en cada enfermo después de que en la evaluación particular se observara la restitución del tránsito intestinal.

En sólo 9 (45%) de los 20 pacientes, que han sobrevivido al episodio agudo se realizó un seguimiento endoscópico. La falta de control se debe probablemente a la ruralidad de los enfermos. La recurrencia observada en 5 de ellos, secundaria al tratamiento incompleto, confirma la necesidad del seguimiento y tratamiento programado. En la even-

tualidad de que la terapia médica no pueda completarse o existiera una secuela anatómica importante podría ser útil la cirugía resectiva en forma electiva, como se practicó con buenos resultados en dos pacientes, a pesar de que las cirugías electivas han disminuido en el tiempo.

Todos los pacientes fueron operados vía abierta. La vía laparoscópica realizada por personas entrenadas facilita la recuperación precoz y disminuye las complicaciones derivadas de la laparotomía. Sin embargo, no se asociaría a disminución de complicaciones sépticas intraabdominales.

En resumen, la perforación de una úlcera péptica se mantiene como una complicación grave de la patología ulcerosa, con una morbimortalidad significativa. La edad, forma de presentación clínica y métodos diagnósticos no han mostrado una variación en relación a la comunicación previa⁷. La consulta tardía se mantiene como un factor que aumenta las complicaciones postoperatorias. A diferencia de lo antes publicado⁷, en esta serie se observa una disminución del número de pacientes que sufren esta complicación, una mayor frecuencia en el sexo masculino y una diferencia en la ubicación de la úlcera.

REFERENCIAS

1. Korn O, Csendes A. Úlcera gastroduodenal perforada. En: Guzmán S, Espinoza R. (eds). Abdomen Agudo. Ediciones Sociedad de Cirujanos de Chile, Santiago, 2000; 115-127.
2. Jordan P, Morrow C. Perforated peptic ulcer. Surg Clin North Am 1988; 68: 315-329.
3. Boey J, Choi S, Alagaratnam T, Poon A. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. A prospective validation of predictive factors. Ann Surg 1987; 205: 22-26.
4. Jordan P, Thornby J. Perforated pyloroduodenal ulcers. Long-term results with omental patch closure and parietal cell vagotomy. Ann Surg 1995; 221: 479-488.
5. Crofts T, Park K, Steele R, Chung S, Li A. A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer. N Eng J Med 1989; 320: 970-973.
6. Hernández G. Abdomen agudo y falla multiorgánica múltiple. En: Guzmán S, Espinoza R. (eds). Abdomen Agudo. Ediciones Sociedad de Cirujanos de Chile, Santiago, 2000; 378-389.
7. Llanos J, Valdés E, Cofre C, Gómez M. Úlcera péptica perforada, resultados inmediatos y tardíos. Rev Med Chile 1987; 115: 323-326.
8. Bardhanh K, Cust G, Hinchliffe R, Williamson F, Lyon C, Bose K. Changing pattern of admissions and operations for duodenal ulcer. Br J Surg 1989; 76: 230-236.
9. Rizoli S, Neto A, Diorio A, Moreira M, Mantovani M. Risk of complication in perforated duodenal ulcer

- operations according to the surgical technique employed. *Am Surg* 1993; 59: 312-314.
10. Christensen A, Bousfield R, Christiansen J. Incidence of perforated and bleeding peptic ulcers before and after the introduction of H2 receptor antagonists. *Ann Surg* 1988; 207: 4-6.
 11. Nogueira C, Silva A, Nunes J, Gomez A, Ferreira J, Matos E, *et al.* Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality. *World J Surg* 2003; 27: 782-787.
 12. IRVIN T. Mortality and perforated peptic ulcer: a case for risk stratification in elderly patients. *Br J Surg* 1989; 76: 215-218.
 13. Lee F, Leung K, Lai B, Man S, Dexter S, Lau W. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers. *Arch Surg* 2001; 136: 90-93.
 14. Conter R, Kauffman G. Benign gastric ulcer and stress gastritis. En: Cameron J (ed). *Current Surgical Therapy*. St. Louis, Missouri: Mosby, 2001; 77-80.
 15. Watkins R, Dennison A, Collin J. What has happened to perforated peptic ulcer? *Br J Surg* 1984; 71: 774-776.
 16. Ríos G, Varela C, Cruz F. Estudio imagenológico del abdomen agudo. En: Guzmán S, Espinoza R. (eds). *Abdomen Agudo*. Ediciones Sociedad de Cirujanos de Chile, Santiago, 2000; 84-97.
 17. Dasmahapatra K, Suval W, Machiedo G. Unsuspected perforation in bleeding duodenal ulcers. *Am Surg* 1987; 205: 22-26.
 18. Bak I, Jorgensen T, Bonnevie O, Gronbaek M, Sorensen T. Smoking and alcohol intake as risk factors for bleeding and perforated peptic ulcer: A population-based cohort study. *Epidemiology* 2000; 11: 434-439.
 19. Bennett K, Cannon J, Organ C. Is duodenal ulcer perforation best treated with vagotomy and pyloroplasty? *Am J Surg* 1985; 150: 743-747.
 20. Graham R. The treatment of perforated duodenal ulcers. *Surg Gynecol Obstet* 1937; 64: 235-238.
 21. Gunsheski L, Flancbaum L, Brolin R, Frankel A. Changing patterns in perforated peptic ulcer disease. *Am Surg* 1990; 56: 270-274.
 22. So J, Yam A, Cheah W, Kum C, Goh P. Risk factors related to operative mortality and morbidity in patients undergoing emergency gastrectomy. *Br J Surg* 2000; 87: 1702-1707.