



Úlcera Péptica Perforada

Tratamiento Laparoscópico

N. ZUNDEL, MD, SCC; J. ESCALLON, MD, SCC, FACS (CAN); J. M. SALAZAR, MD, SCC; Y. GUZMAN, ENF. LIC.

Palabras claves: Úlcera péptica perforada, Epiploplastia laparoscópica, Sutura laparoscópica, Lavado y drenaje peritoneal.

Se presentan los casos clínicos de 2 pacientes con diagnóstico de úlcera péptica perforada, a quienes se les practicó sutura, epiploplastia, lavado y drenaje de la cavidad abdominal por laparoscopia, en la Fundación Santafé de Bogotá, que evolucionaron satisfactoriamente en el postoperatorio.

Este nuevo enfoque, primera experiencia en Colombia, constituye otra estrategia disponible para el tratamiento de los pacientes con una de las complicaciones de la enfermedad acidopéptica, que generalmente requiere el concurso del cirujano general para su corrección. Se revisa además la literatura disponible sobre este tema, en el que la técnica quirúrgica utilizada haya sido mínimamente invasora (laparoscópica).

MATERIAL Y METODOS

El primer caso corresponde a un hombre de 36 años, quien consultó al servicio de Urgencias de la institución (FSFB), por un cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo picada, ubicado en el hemiabdomen superior, asociado a náuseas y vómito en una oportunidad. Un año antes se le había hecho el diagnóstico de hernia hiatal y úlcera duodenal, pero no recibió entonces ningún tipo de tratamiento.

El examen físico mostró un paciente hemodinámicamente estable (TA de 20/70 mmHg, Fc de 68', Fr de 20') e hidratado; la auscultación cardiopulmonar era normal; en el abdomen los RSI's eran positivos, se encontraban signos de irritación peritoneal con "abdomen en tabla".

Se hizo impresión diagnóstica de abdomen agudo. El cuadro hemático mostró leucocitosis con neutrofilia, y la química sanguínea (glicemia, nitrogenados, amilasa) era normal. La radiografía simple de tórax y abdomen evidenció

neumoperitoneo, lo que sugirió el diagnóstico de úlcera péptica perforada (Fig. 1). Se inició el tratamiento con líquidos endovenosos y antibioticoterapia.

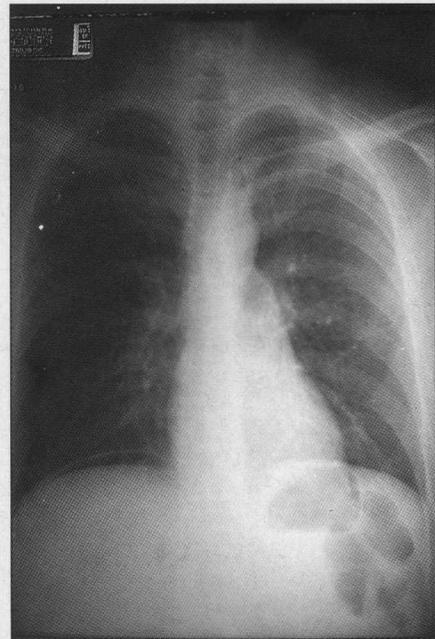


Fig. 1. Neumoperitoneo en hipocondrio derecho como evidencia de viscera hueca perforada.

La laparoscopia por la técnica convencional, visualizó una úlcera perforada prepilórica de 8 mm de diámetro en la cara anterior, con membranas fibrinopurulentas en los espacios subhepático y subfrénico derecho, junto con líquido libre (500 mL) en la gotera parietocólica derecha, del que se tomó una muestra para Gram y cultivo (Fig. 2 y 3).

Se practicó sutura, epiploplastia, lavado y drenaje de la cavidad abdominal por laparoscopia, sin complicaciones, con un tiempo quirúrgico de 90'. El Gram y el cultivo del líquido peritoneal no mostraron gérmenes; la sonda nasogástrica colocada en el transoperatorio fue retirada al

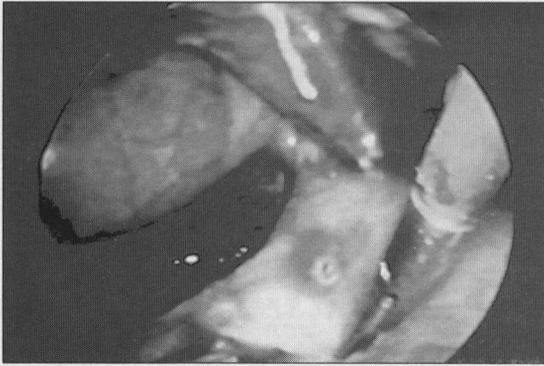


Fig. 2. *Úlcera prepilórica en la cara anterior.*



Fig. 3 *Membranas fibrinopurulentas en el espacio subhepático.*

segundo día del procedimiento, iniciándose la vía oral; fue dado de alta al quinto día postoperatorio. Un control endoscópico practicado 30 días después, mostró una cicatrización completa de la lesión ulcerosa (Fig. 4).

El segundo caso corresponde a una mujer de 19 años, con un cuadro de 16 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal, náuseas y vómito; previamente sana y sin antecedentes de importancia. Al examen físico se encontró moderadamente deshidratada, sin signos de dificultad respiratoria, afebril y taicárdica; la auscultación cardiopulmonar era normal y los hallazgos abdominales consistían en signos de irritación peritoneal y “abdomen en tabla”. La radiografía de tórax y abdomen evidenció neumoperitoneo, y se hizo diagnóstico de abdomen agudo secundario a úlcera péptica perforada; posterior a la rehidratación y al inicio de antibióticos, fue llevada a cirugía bajo la técnica laparoscópica; se encontró una úlcera duodenal perforada en la pared anterior en su primera porción, con presencia de 700 mL de líquido en el espacio de Moriseau y en la gotera parietocólica derecha, en el que no se cultivaron gérmenes.

Se realizó igualmente epiploplastia, lavado y drenaje de la cavidad; la evolución del caso no presentó complicaciones; un control endoscópico 1 mes después del procedimiento, mostró buena cicatrización de la lesión ulcerosa.

Técnica quirúrgica

Se practicó cada procedimiento bajo anestesia general con monitoría mediante oximetría de pulso y capnografía del gas espirado; se utilizó un equipo de laparoscopia marca Wolf, con un lente de 25 grados de proyección; se hicieron cuatro incisiones, una en el nivel umbilical para un trócar de 10 mm, mediante técnica abierta, a través del cual se realizó el neumoperitoneo y se introdujo la cámara; otra en el nivel subcostal izquierdo con línea claviclar media de 10 mm y dos subcostales derechas, cada una de 5 mm; estas tres últimas realizadas mediante punción percutánea bajo visión directa laparoscópica. Al finalizar los procedimientos se dejó una sonda nasogástrica para drenaje y se continuó el manejo antibiótico durante 3 días más.

Hay que recalcar la importancia de un adiestramiento adecuado para realizar de manera satisfactoria las suturas mediante la técnica laparoscópica, que en estos casos sostienen el epiplón en la zona de la perforación y, al igual que en la cirugía abierta, puede hacerse fijándolo previamente con la misma sutura o simplemente colocándolo y cerrando la lazada por encima (Figs. 5 y 6); además, es indispensable contar con el instrumental apropiado; preferiblemente se debe tener entre otros, dos portaguas, un separador y las suturas adecuadas.

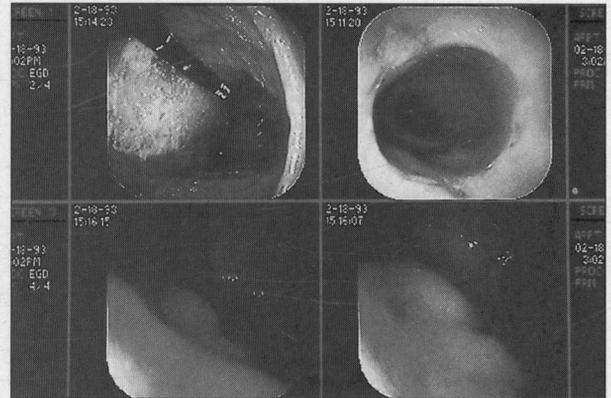


Fig. 4. *Claramente se ve cicatrizada la zona de la perforación. (Cortesía grupo CIGLA, Medellín).*

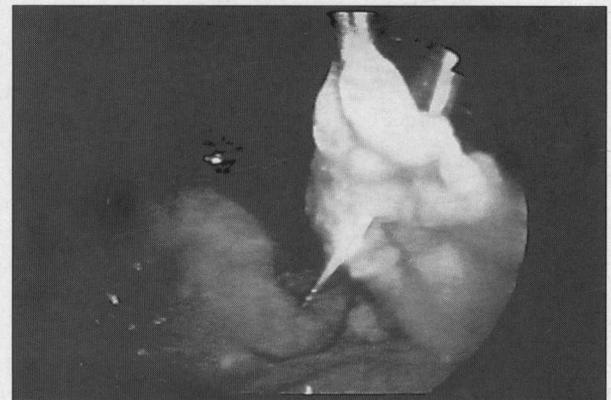


Fig. 5. *Sutura del epiplón antes de anudarse.*

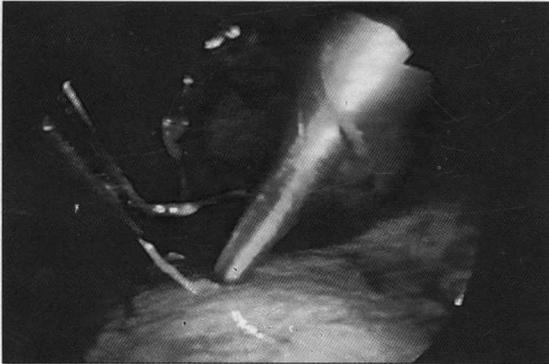


Fig. 6. El epiplón está siendo anudado por encima de la perforación, sin involucrarse en la sutura.

En la actualidad pensamos que todos los trócares para este tipo de procedimientos deben ser de 10 mm, ya que permiten una mayor versatilidad en el manejo de los diferentes instrumentos de disección, presentación y sutura contando, eso sí, con los reductores suficientes para un mejor desarrollo del acto quirúrgico.

DISCUSION

La úlcera péptica perforada, es una entidad conocida desde la antigüedad; el primer informe corresponde a los restos momificados de un hombre que habría muerto en el año 167 a. de C., al que se le evidenció una peritonitis secundaria a la lesión (al parecer este caso corresponde también a la primera evidencia de la enfermedad acidopéptica) (1); pero fue sólo hasta 1887 en que Mikulicz propuso el tratamiento quirúrgico de la enfermedad. En 1894 Dean realizó la primera rafia primaria de la perforación, junto con el lavado de la cavidad abdominal; en 1929 Cella y Jones la ejecutaron y, posteriormente, Grahám la popularizó en 1937 y propusieron la epiploplastia, manteniéndose esta técnica hasta la actualidad; Horseley (2) en la década de los 30's utilizó el taponamiento de la perforación con un parche pediculado de epiplón en las úlceras perforadas cuyo diámetro era mayor de 1 cm. Taylor (1951) publicó los primeros informes de pacientes con úlcera duodenal perforada tratados médicamente, con una mortalidad del 11%, mucho menor que la observada en los pacientes operados en esa época (3).

En la década de los 60's aparecen en la literatura mundial informes que favorecen la realización o no de procedimientos quirúrgicos adicionales (cirugía definitiva) en los pacientes con la enfermedad con esta complicación, discusión que se mantiene hasta nuestros días. Read en 1975 informa de la presencia de obstrucción duodenal después de las epiploplastias.

El primer informe de epiploplastia por laparoscopia corresponde a Mouret en 1990, donde presenta 5 casos de pacientes tratados con esta técnica, 4 de los cuales evolucionaron satisfactoriamente; el quinto, con historia de carcinoma laríngeo, cursó en el postoperatorio con choque

séptico y falleció 2 meses después por la enfermedad de base (4). Nathanson en el mismo año, describió 1 paciente tratado con esta técnica y Costalat en 1991 utilizó el ligamento redondo para el cierre de la lesión mediante laparoscopia; la serie más amplia corresponde a Kathouda y Mouiel en 1993, con un total de 25 pacientes, 4 de los cuales recibieron, además, un procedimiento (vagotomía troncular posterior y seromiotomía anterior), con buenos resultados hasta el momento (5).

Con el avance en el conocimiento de los eventos desencadenantes de la enfermedad acidopéptica y con el advenimiento de nuevos agentes farmacológicos cada vez más efectivos para su tratamiento, el papel del cirujano general en el tratamiento de los pacientes con esta entidad, se ha visto limitado a sus complicaciones, siendo la perforación y la obstrucción las más frecuentes indicaciones en las que se requiere su intervención.

En Colombia, el presente informe representa la primera experiencia con esta técnica para la úlcera péptica perforada y se considera que al igual que con las otras aplicaciones de la cirugía laparoscópica, exceptuando la enfermedad litiasica vesicular en la que ya mostró sus beneficios, será la prueba del tiempo la que dará la respuesta sobre su aplicación, eficacia y seguridad.

No se debe olvidar que aunque este es un procedimiento mínimamente invasor en el que el paciente se recupera en forma más rápida, se está trabajando en un terreno inflamado y contaminado donde la posibilidad de complicaciones (fístulas, filtraciones, etc.) no desaparece con la aplicación de la técnica y, por lo tanto, los principios de la cirugía convencional para este tipo de intervenciones se deben mantener.

Con la experiencia adquirida en el tratamiento de pacientes con enfermedad acidopéptica a través de la cirugía laparoscópica, en la que contamos en la actualidad con 12 casos, creemos poder tratar en lo sucesivo la perforación de la úlcera péptica con procedimientos definitivos como la vagotomía troncular posterior y seromiotomía o la vagotomía supraselectiva anterior, asociados a la epiploplastia por laparoscopia.

ABSTRACT

Two patients are reported with the diagnosis of perforated peptic ulcers who were submitted to laparoscopic surgery at the Fundacion Santafé de Bogotá. Plastic resection of the omentum, lavage and drainage of the abdominal cavity was performed with satisfactory post-operative evolution.

This new approach, first experience among Colombian surgeons constitutes a novel technique for the treatment of patients with complicated peptic disease that generally requires the concurrence of the general surgeon for its correction. A review of available literature about this topic is made in which the surgical technique used was minimally invasive (laparoscopic surgery).

REFERENCIAS

1. Jordan P: Surgery for Peptic Ulcer Disease. *Curr Probl Surg* 1991; 270-330
2. Stabile B, Passaro E: Surgery for Duodenal and Gastric Ulcer Disease. *Adv Surg* 1993; 275-306
3. Crofts T, Park K, Steele R et al: A Randomized Trial of Nonoperative Treatment for Perforated Peptic Ulcer. *N Engl J Med* 1989, 970-3
4. Mouret P, Francois Y, Vignal J et al: Laparoscopic Treatment of Perforated Peptic Ulcer. *Br J Surg* 1990; 1006
5. Kathouda N, Mouiel J: Laparoscopic Treatment of Peritonitis. In: Zucker K: *Surgical Laparoscopy Update*. 1993, pp. 287-300

Taller de Actualización en Urgencias Quirúrgicas

Primer Curso

LUGAR

Auditorio Los Fundadores de la Asociación Médica de los Andes

FECHA

18 y 19 de febrero de 1994

INFORMES

División de Educación
Teléfono: 2147421
Fundación Santa Fe de Bogotá

Calle 116 N° 9-02; Fax 2146668. Santafé de Bogotá, D.C., Colombia