



## Úlcera Péptica Perforada \*

A. GRANADOS, M. D. , G. PAEZ, M. D. , SCC.

**Palabras claves:** Úlcera péptica perforada, Abdomen agudo, Neumoperitoneo, Peritonitis, Cierre y epiploplastia, Vaguetomía, Cirugía "definitiva", Sepsis, Recidiva ulcerosa negativa.

*Se revisan los casos de úlcera péptica perforada intervenidos en la Clínica Palermo de Bogotá. Se analiza la frecuencia, sexo, edad y procedimientos quirúrgicos empleados. No se encuentran recidivas comprobadas en los casos controlados con simple cierre de la úlcera. La mortalidad es del 11% atribuida a factores de la edad y la sepsis y no a la técnica empleada.*

### INTRODUCCION

De la revisión de los casos de úlcera péptica perforada tratados en la Clínica Palermo de Bogotá durante los años comprendidos entre mayo de 1981 y abril de 1989, se confirma que después de la hemorragia, la perforación es la mayor causa de morbimortalidad de la úlcera péptica, y es la segunda causa de peritonitis difusa, siendo la primera la apendicitis perforada.

A pesar de que la úlcera péptica en la actualidad es menos frecuente, sus complicaciones han permanecido proporcionalmente iguales, observándose con mayor frecuencia en pacientes de edad.

Es pertinente anotar, que nuestro centro hospitalario es una entidad privada a la que acuden muchos cirujanos con criterios diferentes y, por lo tanto, con conductas quirúrgicas diversas.

### MATERIALES Y METODOS

Se revisaron un total de 44 casos. Se excluyeron tres de ellos que con cuadro clínico similar, y con diagnóstico preoperatorio de úlcera perforada, se demostró que se trataba de un carcinoma.

*Doctores: Alvaro Granados, Médico Residente; Guillermo Páez Roa, Cirujano Consultor, Clínica Palermo, Bogotá, Colombia.*

\* Trabajo presentado al XV Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía, agosto de 1989, Bogotá.

### FRECUENCIA Y EDAD

La distribución por sexos señala el 61% para los hombres y el 39% para el sexo femenino.

Las edades más frecuentemente encontradas fueron entre 40 y 70 años, con extremos en 15 y 93 años, con edad promedio de 51 años. El 23% de nuestros pacientes se encontraba por encima de 70 años, factor que es frecuentemente observado en la actualidad (Fig. 1).

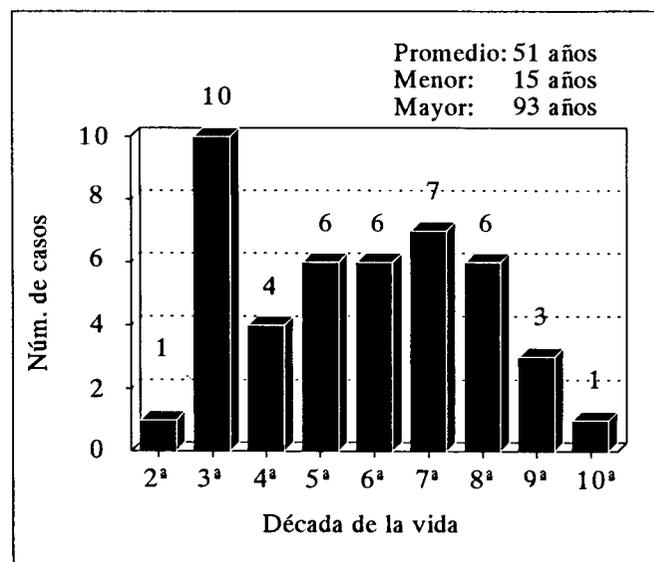


Fig. 1. Número de pacientes tratados por úlcera péptica perforada, agrupados según la edad,

### ANTECEDENTES

En el 38% de los casos, la úlcera perforada fue la primera manifestación de la enfermedad. El 62% restante, tenía antecedentes ulcerosos, y había recibido tratamiento previo, el 55%. El 7% presentaba historia de sangrado previo. Algunos pacientes tenían antecedentes de consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINES) (18%), y de cigarrillo o alcohol en porcentajes menores (Tabla 1).

**Tabla 1.** Antecedentes a la perforación.

Antecedentes	%
Sin antecedentes ulcerosos	38
Con antecedentes ulcerosos	62
Con tratamiento previo	55
Con hemorragia anterior	7
Uso previo de antiinflamatorios	18

El tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta el momento de la consulta fue muy variable (Tabla 2).

**Tabla 2.** Lapso transcurrido desde los primeros síntomas hasta el momento de la consulta.

Tiempo de evolución	%
Menos de 12 horas	55
Entre 12 y 24 horas	25
Entre 1 y 3 días	18
Más de 3 días	2

Se ha relacionado el tiempo de evolución de la perforación, con el proceso infeccioso peritoneal, de tal manera que con un tiempo mayor se establece una peritonitis franca que aumenta el riesgo quirúrgico. Sin embargo, se ha observado en algunos pacientes en el momento de la cirugía, que el epiplón había sellado espontáneamente la perforación.

## DIAGNOSTICO

El cuadro clínico clásico se caracteriza por dolor epigástrico intenso y brusco. Clínicamente constituye una de las sintomatologías abdominales más severas y agudas. En el 66% de los pacientes se observó defensa abdominal generalizada, con "abdomen en tabla" y ausencia de ruidos intestinales. Este cuadro está en relación con el derrame inicial de jugo gástrico en la cavidad peritoneal en la cual produce severa irritación, y posteriormente se instala el proceso de peritonitis séptica.

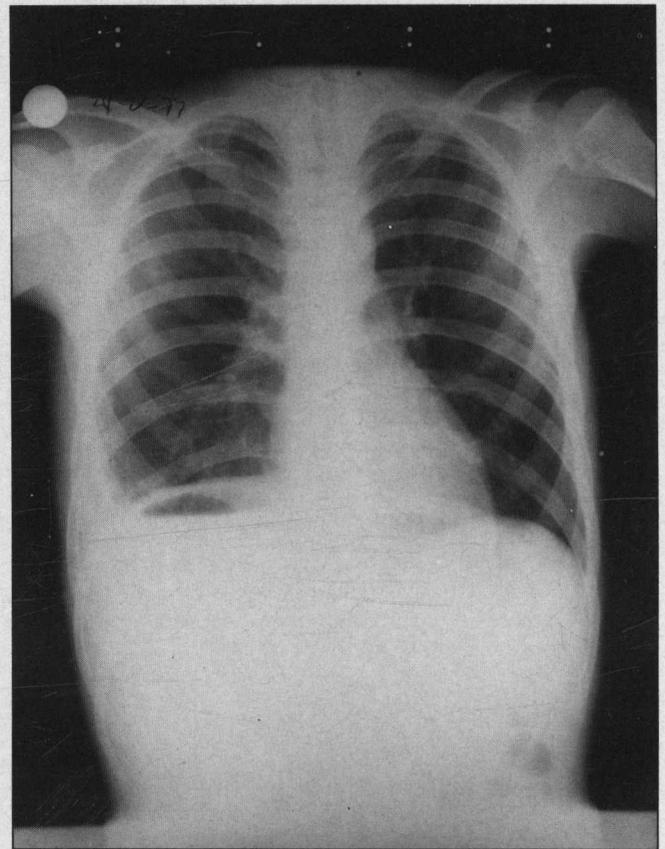
El 8% tenía síntomas inespecíficos, que hicieron necesaria su investigación con métodos paraclínicos. Entre éstos, el examen rutinario más frecuente fue el cuadro hemático. Se encontró leucocitosis en el 57%. Llama la atención que en el 11%, contrariamente, se encontró leucopenia.

En el 65% de los casos se practicó radiografía simple de abdomen y se observó que el 93% de los casos estudiados presentaba neumoperitoneo (Fig. 2). Este hallazgo prác-

ticamente confirma la perforación, y cuando no se encuentra, los errores de diagnóstico son más frecuentes (Tabla 3).

**Tabla 3.** Hallazgos de laboratorio y de Rx con sus respectivos porcentajes de positividad.

Hallazgos de Lab. y Rx.	%
Leucocitosis	57
Leucopenia	11
C. H. Normal	32
Valor Hematócrito < 33%	4
Neumoperitoneo	93

**Fig. 2.** Radiografía toracoabdominal simple

## TRATAMIENTO

En esta serie las úlceras perforadas se localizan así: en el duodeno, el 80% de los casos; el 2% en nivel pilórico, y el resto en el estómago. Sin embargo, estas localizaciones anotadas no son muy precisas, ya que las úlceras pilóricas con formación de plastrón que compromete la zona muy cercana al píloro, son difíciles de localizar con exactitud.

Se ha considerado la úlcera perforada como una urgencia quirúrgica. El cuadro abdominal es tan agudo que obliga a la intervención aun sin el diagnóstico previo; la pancreatitis aguda, la apendicitis, o el infarto mesentérico son las patologías con las cuales se confunde frecuentemente.

No se empleó el tratamiento médico en ningún caso de esta serie.

El cierre de la úlcera con epiploplastia se realizó en 30 casos, lo que constituye el 66% del total. En el resto se practicaron diversos procedimientos denominados "definitivos", que corrigen la etiopatogenia ulcerosa y, por lo tanto, el índice de recidiva es muy bajo (Tabla 4).

**Tabla 4.** Procedimientos empleados para el tratamiento de la úlcera perforada.

Procedimiento	%
1 - Cierre y epiploplastia	66
2 - Cirugía definitiva	
Vagotomía proximal y cierre	9
Vagotomía troncular y piloroplastia	11
Vagotomía troncular + Bilroth I	2
Vagotomía troncular + Bilroth II	12

La intervención más simple es el cierre de la úlcera, usado exitosamente desde 1894 (1) y el dilema se presenta entre practicar esta operación o efectuar cirugía definitiva.

Cuando la úlcera perforada se halló en el estómago y no se hizo resección, se practicó biopsia de la misma.

No hubo un criterio unificado sobre el uso de antibióticos. Se emplearon solos o asociados, cubriendo un amplio espectro que incluía los anaerobios.

Los diversos criterios de los cirujanos hicieron que existiera una gran diversidad de preferencias. Los más frecuentemente usados fueron: clindamicina con aminoglucósido en el 18%; cefalosporinas de 3ª generación en un 23%; penicilina cristalina a altas dosis asociada con cloranfenicol o con aminoglucósidos, en un 32%. Se usaron frecuentemente asociaciones de metronidazol con gentamicina o cefalosporinas de primera generación.

**RESULTADOS**

El 82% de los casos evolucionaron satisfactoriamente; 7% presentaron complicaciones, de los cuales llama la atención 1 caso con dificultad respiratoria del adulto tratado en

la U C I y con evolución posterior satisfactoria. El resto fueron complicaciones menores.

Para establecer el resultado a largo plazo, se hizo un control telefónico en el 65.9% de los pacientes. La estadística de las técnicas empleadas en estos casos controlados se resume así: a 25 pacientes se les practicó cierre con epiploplastia; a 4, cirugía "definitiva"; a 2, gastrectomía y a 2 más, cierre con vagotomía supraselectiva.

Llama la atención que ninguno de estos pacientes, cuya gran mayoría fue sometida a cierre (90%), requirió nuevamente tratamiento quirúrgico, y que las recidivas prácticamente no existieron. Únicamente en 8 casos se apreciaron síntomas menores que fueron calmados con el uso esporádico de antiácidos.

Se presentaron 5 casos de mortalidad que representan el 11%. Consideramos esta cifra alta, más aún tratándose de pacientes privados en los que habitualmente la consulta se hace más frecuente y en quienes las condiciones generales son mejores.

Todos los que fallecieron tenían más de 70 años; 2 casos de 78 y 85 años, murieron por fallas cardiorrespiratorias, al 3º y 4º día de practicada la intervención (un cierre y una gastrectomía, respectivamente). En los restantes, la mortalidad es atribuible a sepsis, habiendo sido reintervenidos por abscesos o peritonitis generalizada. No atribuimos a la técnica empleada los casos de mortalidad sino a complicaciones que son favorecidas por la edad de los pacientes (Tabla 5).

**Tabla 5.** Datos importantes de los 5 pacientes que murieron (11%) en el posoperatorio.

Edad años	Técnica empleada		Reoperación	Causas de muerte		Día
	Cierre VPP*	Gastrec.		Sepsis	Cardiov.	
73	X		X	X		8º
78	X				X	4º
73	X		X	X		9º
70		X	X	X		20º
84		X			X	3º

\* VPP: Vaguetomía proximal y piroloplastia

**DISCUSION**

En la presente revisión se demuestra la incidencia, síntomas, técnicas y resultados del tratamiento quirúrgico de la úlcera perforada en la Clínica Palermo de Bogotá.

El predominio del sexo masculino es una constante en todos los estudios, aunque nuestra proporción es menor

que la encontrada en otras estadísticas. La incidencia de edad y la proporción de pacientes cuyo primer síntoma fue la perforación, también están acordes con los hallazgos ya anotados por otros autores (1-4).

La seguridad del diagnóstico en general se confirma, como ya se anotó, con el neumoperitoneo evidenciado en la radiografía de abdomen simple (5). No se han empleado otros métodos para el diagnóstico diferencial y los exámenes de laboratorio comentados no tienen especificidad en cuanto a la lesión misma, sino que valoran el estado general del paciente.

Todos nuestros casos confirmados fueron tratados quirúrgicamente con los diversos procedimientos mencionados. El dilema actual consiste en practicar la técnica denominada "definitiva", que se asimila a las empleadas en cirugía electiva cuyos resultados son conocidos para cada una de ellas, o efectuar el cierre de la perforación, con una incidencia muy alta de recidiva.

Debemos tener en cuenta que el cierre de la úlcera se practicó en pacientes con un riesgo quirúrgico más alto, es decir, en los que está contraindicada la cirugía mayor, factor que incide en que el índice de mortalidad sea superior, a pesar de la simplicidad de la operación. En igual forma la mortalidad es muy alta en pacientes en quienes por su estado precario, no fue posible llevar a cirugía y se practicó tratamiento médico (13, 14). Existe también la conducta de mejorar las condiciones del paciente con tratamiento médico, observándolo por 12 horas; si el enfermo mejora, se continúa con este tratamiento. Los resultados son similares a los obtenidos con la cirugía (17).

Comprobamos que nuestros casos de mortalidad correspondían a pacientes de alto riesgo, todos por encima de 70 años de edad, y que las causas de la muerte obedecieron a fallas cardiorrespiratorias o a sepsis, y que la técnica quirúrgica empleada aparentemente no incidió en la mortalidad.

Paradójicamente los controles efectuados en nuestra serie (66%) no reflejan los conceptos clásicos en el sentido de que el cierre tiene un índice alto de recidiva. Ya anotamos

que ninguno de ellos presentó recurrencia, y no encontramos ningún caso de los operados con antecedente de perforación previa.

No debemos olvidar el uso actual de potentes drogas antiulcerosas que podrían incidir en una baja de la reincidencia de las perforaciones.

El cierre de la úlcera puede salvar la vida del paciente. La cirugía "definitiva" lo salva de la segunda operación y sus riesgos.

## CONCLUSIONES

Es frecuente encontrar úlcera perforada en hombres de edad avanzada. A pesar de que nuestros controles en pacientes en los que únicamente se practicó cierre fueron buenos, sin recidivas, aconsejamos que cuando el paciente esté en condiciones de practicarle una cirugía "definitiva", ésta debe efectuarse.

Cuando existe inflamación aguda con la perforación en la zona pilórica, una buena técnica "definitiva" es la vaguectomía con resección de la perforación practicando en esta zona la anastomosis con el yeyuno, es decir, una gastroduodeno-yeyunostomía laterolateral, que reseca la zona inflamatoria ulcerosa y aplica a manera de parche el asa yeyunal seleccionada para la anastomosis.

Por último, reiteramos que las causas de mortalidad están más relacionadas con la edad y lo avanzado del proceso infeccioso, que con la técnica quirúrgica empleada.

## ABSTRACT

*Cases of perforated peptic ulcer managed in the clinica Palermo of Bogotá, were reviewed. The frequency, sex, age and surgical procedures performed, were analyzed. No relapse was found when simple closure of the ulcer was done.*

*The mortality of 11% was due to factors related to age and sepsis and not to the surgical technique.*

## REFERENCIAS

- Jordan P H, Morrow Ch: Perforated peptic ulcer. *Surg Clin North Am* 1988; 68: 315
- Steiger E, Cooperman A: Consideraciones respecto al tratamiento de las úlceras pépticas perforadas. *Clín Quir Norte Am* 1976; 56: 1405
- Wangenstein S L, Wray R C, Golden G T: Perforated duodenal ulcer. *Am J Surg* 1972; 123: 538
- Caycedo R, Ospina J, Sánchez F: Úlcera péptica perforada. *Temas Escogidos de Gastroenterología* 1987; 24: 25
- Kirkpatrick J R, Bouwman D L: A logical solution to the perforated ulcer controversy. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 683
- Abaúza H: Úlcera Péptica Perforada. *Temas Escogidos de Gastroenterología* 1971; 14: 26
- Restrepo J, Cano F: Vagotomía supraselectiva en úlcera perforada. *Trib Méd* 1981 Jun; 63 (12): 38
- Burge H: Proximal gastric vagotomy without drainage for all benign gastric ulcers. *Controversy in Surgery*. BW Saunders Co. 1976; p 567
- Mulholland M, Debas H: Chronic duodenal and gastric ulcer. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 489

10. Boey J, Wong J: Perforated duodenal ulcers. World J Surg 1987; 11: 319
11. Hay J M et al: Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcer does not increase operative mortality: A prospective controlled trial. World J Surg 1988; 12: 705
12. Páez G: Resultados del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica. Temas Escogidos de Gastroenterología 1968; 12: 407
13. Stabile B E, Passaro E: Duodenal ulcer: a disease in evolution. Curr Probl Surgery 1984 Jan; 56
14. Donalson G A, Jarrett F: Perforated gastroduodenal ulcer disease at the Massachusetts General Hospital from 1952 to 1970. Am J Surg 1970; 120: 306
15. Páez G: Secuelas de la cirugía gástrica. Rev Col Cirug 1989; 4 (3): 172
16. Johnston D, Blackett R L: Recurrent peptic ulcers. World J Surg 1987; 11: 274
17. Crofts T J, et al: A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer. N Engl J Med 1989; 320: 970

## SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA



### XVII Congreso Nacional “Avances en Cirugía”

HOTEL TEQUENDAMA

14, 15, 16 y 17 de agosto de 1991

#### Conferencistas invitados

Doctor Luis Eduardo Cortés	Estados Unidos
Doctor Lemuel Herrera	Estados Unidos
Doctor Enrique Moreno	España
Doctor Raúl Praderi	Uruguay
Doctor Aurelio Rodríguez	Estados Unidos

Habrà presentación de “Trabajos Libres”. Quienes deseen participar en ellos, deberán enviar el respectivo resumen a la sede de la SOCIEDAD antes del 30 de mayo de 1991. Igualmente se realizarán “Almuerzos de Trabajo” con temas de interés para los asistentes. Informes e inscripción de trabajos: Calle 100 N° 14 – 63, Of. N° 502 – Tel: 257-4560 y Telefax 257-4501. Bogotá, D.E., Colombia.