

Morbimortalidad por úlcera péptica perforada en cinco años **Morbidity and mortality due to perforated peptic ulcer in five years**

Margis Núñez Calatayud (1), Armando Rivero León (2), Marlene Borroto Guevara (3), Constantino Echemendía Méndez (4), Dr. José Antonio Hernández Livén (5), Alberto Rivero León (6).

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de 37 expedientes clínicos, pertenecientes a pacientes con el diagnóstico de úlcera péptica perforada confirmada en el transoperatorio en el período de enero de 1995 a diciembre del 2000, en el Hospital General Provincial Docente de Morón "Capitán Roberto Rodríguez F." Se analizan la edad y sexo en que predominó, relación de esta entidad y los hábitos tóxicos, localización de la perforación y sexo, la técnica quirúrgica empleada y la mortalidad.

Palabras clave: ULCERA PEPTICA/mortalidad, ULCERA PEPTICA/epidemiología (1) Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica.

- (2) Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor.
- (3) Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación.
- (4) Especialista de Primer Grado en Cirugía General.
- (5) Residente de Primer Año de Cirugía General
- (6) Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

INTRODUCCION

La úlcera péptica perforada representa el 10% de todas las hospitalizaciones relacionadas con la úlcera péptica, y se produce en 7 a 10 pacientes por 100 mil por año. Aunque esta urgencia puede presentarse a cualquier edad (1).

Durante el transcurso de la primera mitad del siglo XX, la úlcera péptica era extremadamente común en Estados Unidos. Continúa siéndolo en países subdesarrollados, pero su frecuencia ha declinado bastante desde 1950 en los países industrializados. Las úlceras duodenales perforadas se producían fundamentalmente en jóvenes, pero se hicieron más frecuentes en varones de la edad madura después de la segunda guerra mundial, aunque la frecuencia de la úlcera ha disminuido en Estados Unidos y el Reino Unido, el número de pacientes con úlcera perforada y hemorrágica ha sido constante o ha declinado ligeramente, excepto en ancianos en quienes su frecuencia ha aumentado (2).

Casos de úlcera gástrica perforada (1) y ulcus duodenal perforada (3) se comunicaron por primera vez en 1727 y 1746, respectivamente.

Muchos años después, las úlceras gástricas excedían en número a las duodenales, y se presentaron predominantemente en mujeres. En 1834, Brinton comunicó que las úlceras perforadas en la extremidad pilórica eran de 3 a 4 veces mayor en el varón que en la mujer (4), aunque se suponía que las úlceras gástricas eran 2 veces más comunes en ellos, quizás la dificultad para hacer la distribución entre las úlceras duodenales y gástricas cerca del píloro fue la causa de esta discrepancia. White pensó que el predominio de las úlceras gástricas se debía a un diagnóstico excesivo en mujeres jóvenes que se presentaban con hemorragia gástrica (5).

El primer cierre satisfactorio de una úlcera gástrica perforada fue en 1892 (6), y el de una úlcera duodenal en 1894 (7). También en 1894 (8), se recomendó usar epiplón para llenar las úlceras gástricas perforadas grandes difíciles de cerrar.

Esto precedió a una recomendación similar de Graham en 1838 (9). A finales del siglo XIX, otros métodos para el tratamiento de úlceras duodenales perforadas incluyeron pilorectomía, piloroplastia y antrectomía.

En su tesis, Frommüller describió la piloroplastia realizada por primera vez por Heineke. También comentó que el tratamiento no quirúrgico de las úlceras perforadas descrito por Leube era equivalente a la eutanasia (10). Este punto de vista puede haber favorecido el uso de cirugía definitiva que se aplicó ampliamente hasta 1938, cuando Graham popularizó el cierre simple (11).

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para conocer el comportamiento de la úlcera péptica perforada en el servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez F." de Morón entre los años 1995 y 2000.

El universo quedó constituido por los expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico clínico de úlcera péptica perforada en el Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez F." de Morón en el período antes mencionado.

La muestra estuvo conformada por los pacientes operados de úlcera perforada en este período. Se recolectaron los datos de los expedientes clínicos según el método de encuestas, para lo cual de acuerdo a los objetivos propuestos se confeccionó un cuestionario de datos primarios. La técnica de procesamiento de datos fue manual y se culmina con la revisión y computación de los mismos.

Se utilizó como medida de resumen de la información, la proporción (%).

Los resultados se expresan a través de tablas los que se analizan individualmente y luego en conjunto para dar respuesta a los objetivos propuestos. Se confeccionó un informe final.

RESULTADOS Y DISCUSION

Como podemos apreciar en la tabla #1 el grupo de edad más afectado fue el de 31-40 años y el sexo más comprometido el masculino para un 29,80% respectivamente.

La proporción de úlcera duodenal a úlcera gástrica perforada no ha cambiado. La proporción de varones: mujeres con úlcera péptica perforada ha disminuido, no obstante, la úlcera perforada aún es más común en los varones. La edad actual de máxima frecuencia de úlcera perforada es entre 40 y 49 años de edad (12). En nuestro estudio la casuística se presentó en un grupo de edad más joven. En la tabla #2 se aprecia la distribución de los pacientes según hábitos tóxicos donde aparecen el café, hábito de fumar y la ingestión de medicamentos, frecuentemente antiinflamatorios y salicilatos con un 43,24 y 21,63% respectivamente.

Los cambios demográficos entre los pacientes con ulcus péptico perforado han sido atribuidos, en gran parte por pruebas concentracionales, al mayor consumo de antiinflamatorios no esteroideos (1315). Collier y Pain especularon que las personas de edad avanzada, sobre todo mujeres que toman antiinflamatorios no esteroideos, están muy propensas a desarrollar úlceras pépticas (13). Un estudio comunicó que más del 80% de pacientes con ulcus pépticos perforados estaban tomando dichos medicamentos en ese tiempo (16) y otros autores comunicaron que 61 de 78 pacientes que murieron por úlcera péptica perforada, recibían estos fármacos (17).

En la tabla #3 se aprecia la distribución de los pacientes según medios diagnósticos empleados, donde la exploración clínica (examen físico) representa el más importante con un 64,86%, seguido del estudio radiológico del tórax (Rx antero-posterior de pie) con un 35,14%.

El diagnóstico de úlcera péptica perforada, seguido por la historia clínica y el examen físico, se apoya por la presencia de aire intraabdominal. Esto puede sospecharse por pérdida de la matidez hepática a la percusión y se confirma con la demostración de neumoperitoneo en una radiografía de tórax en posición erecta o en decúbito lateral izquierdo. El neumoperitoneo se puede demostrar en 60 a 85% de los pacientes (18). Esta es una prueba muy sensible; se afirma que pueden detectarse desde apenas 5 ml de aire más de lo ordinario por debajo del hemidiafragma derecho (19). Sin embargo, la ausencia de neumoperitoneo no excluye el diagnóstico de úlcera perforada. Se puede obtener apoyo para el

diagnóstico cuando se observa el gastrografin administrado oralmente en la cavidad abdominal durante el estudio radiológico.

La demostración de una úlcera por este procedimiento sin pruebas de extravasación de medios de contraste, en un paciente en quién se sospecha úlcera perforada, sugiere que la perforación se ha sellado. El diagnóstico puede pasar inadvertido, cuando los signos y síntomas se interpretan erróneamente como causados por Colecistitis aguda, Pancreatitis aguda, Diverticulitis aguda o Apendicitis aguda.

En la tabla #4 observamos la distribución de los pacientes según localización de la perforación y sexo, donde la úlcera duodenal perforada y el sexo masculino fueron los más representativos con un 67,56%. Las úlceras duodenales de ordinario (92%) se perforan a través de la pared anterior del bulbo duodenal hacia la cavidad peritoneal libre. Las úlceras duodenales gigantes (mayores de 2 cm) suelen ser posteriores, y el 10% se perforan (20). Un subgrupo pequeño pero importante (10%) de pacientes con ulcus duodenal perforado tienen hemorragia simultánea causadas por una úlcera que besa. Las delgadas paredes duodenales potencializan con mayor facilidad su perforación.

En la tabla #5 se observa la distribución de los pacientes según técnica quirúrgica empleada donde la sutura y epiploplastia constituyó la más utilizada por los cirujanos con un 75,67% seguida por la vaguectomía y piloroplastia con un 21,63%.

Muchos de los pacientes con úlcera duodenal perforada se tratan mediante cierre simple de la perforación o una operación primaria definitiva. La cirugía definitiva no sólo atiende al problema inmediato de la perforación, sino también proporciona protección contra la enfermedad ulcerosa posterior (21,22).

Se prefiere el cierre simple en todos los pacientes de alto riesgo quirúrgico, pero está demostrado claramente el beneficio de la cirugía definitiva en personas sin riesgo mayor (21).

La decisión de practicar cierre simple o cirugía definitiva debe basarse en la presencia o ausencia de factores de riesgos asociados, la edad es una contraindicación de la cirugía definitiva, las horas de evolución y la peritonitis establecida.

Tratamientos muy modernos son de gran relieve en países desarrollados como en Rusia, el profesor Grinberg y colaboradores (23) en una experiencia de 62 pacientes con úlcera duodenal perforada, en el período de Enero de 1998 a Mayo de 1999, practicaron videolaparoscopia con fines quirúrgicos mínimos realizando sutura del ulcus perforado y no se presentaron complicaciones, procedimientos similares fueron realizados en Francia por Kafih (24) en una serie de 44 pacientes donde se realizó sutura de la úlcera perforada en un paciente, 6 pacientes con vagotomía posterior y seromiectomía anterior, vagotomía troncular y piloroplastia en 24 pacientes, siendo necesario convertir en laparotomía a 13 pacientes, no existieron fallecidos ni casos con mediastinitis en esta investigación.

De todo esto se resume que el tratamiento tradicional de la úlcera duodenal perforada es el cierre quirúrgico, el lavado copioso de la cavidad peritoneal y el uso de cobertura de un antibiótico de espectro amplio. Las técnicas que se usan para efectuar el cierre incluyen aplicación, refuerzo o el uso de un parche epiploico libre o vascularizado utilizando puntos de sutura que al ser colocados no estrechen la luz del píloro (25,26). En nuestra casuística se cumplieron rigurosamente estos principios.

En lo que respecta a la mortalidad general (tabla #6) de un total de 37 pacientes tratados egresaron vivos el 91,90% y el 8,10% fallecieron.

En esta investigación se concluyó que el diagnóstico precoz, apoyo intensivo luego del tratamiento quirúrgico, el soporte de líquidos, nutricional y antimicrobiano son las premisas elementales para el éxito en el tratamiento de esta entidad.

La mortalidad por úlcera gastroduodenal perforada ha aumentado en ancianos, especialmente en el Reino Unido, Finlandia y Hong Kong (27-30), particularmente en mujeres mayores de 65 años (15,19), en nuestro país estas tasas han mostrado una disminución significativa dado al esfuerzo del gobierno revolucionario que invierte una gran cantidad de recursos en programas de salud encaminados a establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz.

CONCLUSIONES

1. El grupo de edad predominante fue el de 31-40 años con un 32,72%. Correspondiendo al sexo masculino.
2. El café y el cigarro fueron los hábitos tóxicos más representativos (43,24%).
3. El examen físico constituyó el elemento diagnóstico más importante con un 64,86%.
4. La úlcera duodenal perforada en el sexo masculino se presentó con un 67,56%.
5. La sutura y epiploplastia fue la técnica quirúrgica de elección en 75,67%.
6. Del total de pacientes operados egresó vivo el 91,90 %.

ABSTRACT

A retrospective study of 37 files belonging to patients diagnosed Perforated Peptic Ulcer was performed and confirmed in the transoperative period from January 1995 to December 2000, at the "Capitan's Roberto Rodríguez" General Provincial Teaching Hospital of Moron city. The prevailing age and sex, the relationship between this disease and the toxic habits, sites of the perforations and sex, the surgical technique used as well as the mortality rates have been analyzed.

Key words: PEPTIC ULCER/mortality, PEPTIC ULCER/epidemiology

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rawlinson CA. A preternatural perforation found in the upper part of the stomach, with symptoms it produced. *Phil-Trans R Soc Lond* 1927; 35:361-362. (reprinted: New York 1993).
2. Jordan Paul H, Morrow C. Úlcera péptica perforada. *Clin Quir NA* 2: 343-359; 1988.
3. Hambergeri GE. *Luxationibus et subluxationibus et Ruptura intestini (Derupture of Duodenal Intestini)*. Jenae: Lit Ritterianis; 1996.
4. Brinton W. On the pathology symptoms, and treatment of ulcers of the stomach. London: Churchill; 1988.
5. White WH. Are not some patients said to be afflicted with gastric ulcer really suffering from a different disease? *Lancet* 1997; 1: 1819-1820.
6. Krige H. Ein Fall von einem frei i die bauchhole perforirten magengeschwürer laparotomie: Naht der Perforationsstelle Heilung. *Berlin Klin Wochenscgr* 1992; 29: 1280-1284.
7. Dean HP. A case of perforation of a chronic ulcer of the duodenum successfully treated by excision. *Br Med J* 1997; 1: 1014-1015.
8. Bennett WH. A case of ruptured gastric ulcer successfully treated by immediate sutures. *Lancet* 1994; 2: 21-22.
9. Hollinshead JW, Smith RC, Gillett DJ. Parietal cell vagotomy: experience with 114 patients with prepyloric or duodenal ulcer. *World J Surg* 1992; 6: 596-602.
10. Fronmüller F. *Operation der Pylorussenose. Erlandgung der Diktorwürde der Median fakultät der Universität Erlangen*, 1996.
11. Graham RR. Technical surgical procedures for gastric and duodenal ulcer. *Surg Gynecol-Obstet* 1998; 66: 269-287.
12. Watkins RM, Dennison AR, Collin J. What has happened to perforate peptic ulcer. *Br J Surg* 1998; 71: 774-776.
13. Collier DSJ, Pain JA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and peptic ulcer perforation. *Gut* 1999; 26: 359-363.
14. Smedley FH, Hickish T. Non-esteroidal anti-inflammatory sdrugs and peptic ulcer perforation. *Gut* 1997; 27: 114.
15. Walt R, Katschinski B, Logan R. Rising frequency of ulcer perforation in elderly people in the United Kingdom. *Lancet* 1998; 1: 489-492.
16. Glarbory JT. Drug consumption before perforation of peptic ulcer. *Br J Surg* 1997; 64: 247-249.
17. Blower AL, Armstrong CP. (letter). *Lancet* 1996; 1: 971.

18. Maull KI, Reath DB. Pneumogastrography in the diagnosis of perforated peptic ulcer. Am J Surg 1995; 148: 340-345.
19. Coleman JA. Perforation of peptic ulceration in the elderly. Age Ageing 1996; 9: 257-261.
20. Mulholland MW. Giant duodenal ulcer. Am J Surg 2000; 144: 330-31.
21. Boey J. Perforation in acute duodenal ulcers. Surg Gynecol-Obstet 1995; 155:193-196.
22. Sinclair-Geben AH. The late prognosis of perforated duodenal ulcers. Gut 1999; 3: 60-64.
23. Grinberg AA, Shapovaliants SG, Mudarisov RR. Video-laparoscopic suture of duodenal ulcers perforations. Khirurgiia (Mosk)2000; 5: 4-6.
24. Kafih M, Fekak H, el Idrissi A, Zerouali NO. Perforated duodenal ulcer: laparoscopic treatment of perforation and ulcerous disease. Ann Chir Apr2000; 125(3): 242-6.
25. Wysocki A, Biesiada Z, Beben P, Budzynski A. Perforated gastric ulcer. Dig Surg 2000; 17 (2): 132-7.
26. Sharma D, Saxena A, Rahman H, Raina VK, Kapoor JP. Free omental plug: a nostalgic look at an old and dependable technique for giant peptic perforations. Dig Surg 2000; 17 (3): 216-8.
27. Chou NH, Mok KT, Chang HT. Risk factors of mortality in perforated peptic ulcer. Eur J Surg Feb 2000; 166 (2): 149-53.
28. Koo J, Ngan K, Lam SK. Trends in hospital admissions, perforation and mortality of peptic ulcer in Hong Kong from 1990-1993. Gastroenterology 1993; 84: 1558-62.
29. Negre J. Perforated ulcer in elderly people. Lancet 1995; 2: 1118-19.
30. Susser M. Period effects, generation effects and age effects in peptic ulcer mortality. J Chronic Dis 1997; 35: 29-40.

ANEXO

TABLA #1. Distribución de pacientes según grupos de edad y sexo. Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández". Morón.

GRUPOS DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO	
	No	%	No	%
15 - 20	-	-	1	2,70
21 - 30	-	-	4	10,80
31 - 40	-	-	11	29,80
41 - 50	1	2,70	7	18,90
51 - 60	2	5,40	4	10,80
61 - 70	1	2,70	4	10,80
+ 71	-	-	2	5,40
TOTAL	4	10,80	33	89,20

Fuente: Historias clínicas.

TABLA #2: Distribución de pacientes según hábitos tóxicos.

HABITOS TOXICOS	No	%
CAFÉ Y CIGARRO	16	43,24
INGESTION MEDICAMENTOS.	8	21,63
ALCOHOL	8	21,63
CAFÉ	3	8,10
NO HABITOS TOXICOS	2	5,40
TOTAL	37	100.0

Fuente: Historias clínicas.

TABLA # 3. Distribución de pacientes según medios diagnósticos empleados.

MEDIOS DIAGNOSTICOS	No	%
EXPLORACION CLINICA	24	64,86
IMAGENOLOGIA (Rx DE TORAX DE PIE)	13	35,14
TOTAL	37	100,0

Fuente: Historias clínicas.

TABLA # 4. Distribución de pacientes según localización de la perforación y sexo.

LOCALIZACION	FEMENINO		MASCULINO	
	No	%	No	%
GASTRICA	2	5,40	7	18,92
DUODENAL	3	8,10	25	67,56
TOTAL	5	13,50	32	86,48

Fuente: Historias clínicas.

TABLA # 5. Distribución de pacientes según técnica quirúrgica empleada.

TECNICA QUIRURGICA	No	%
SUTURA Y EPIPLOPLASTIA.	28	75,67
VAGUECT.EXCERESIS + PILOROPLASTIA.	8	21,63
VAGUECTOMIA + ANTRECTOMIA.	1	2,70
TOTAL	37	100,0

Fuente: Historias clínicas.

TABLA # 6. Distribución de pacientes según mortalidad.

ESTADO AL EGRESO	No	%
VIVOS	34	91,90
FALLECIDOS	3	8,10
TOTAL	37	100,0

Fuente: Historias clínicas.