

ULCUS PÉPTICO PERFORADO. REVISIÓN DE 102 CASOS EN EL HOSPITAL DR. "DOMINGO LUCIANI"

VENTURA, NAKARY*
RAMÍREZ, WILLMARY**
TORRES, ANTONIO**
OTTOLINO, PABLO***

RESUMEN

Objetivo: Determinar los aspectos epidemiológicos y el tratamiento quirúrgico en los pacientes con ulcus péptico perforado atendidos en el Departamento de Cirugía General del Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, realizado en el período correspondiente de julio de 1989 a julio de 2007, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por ulcus péptico perforado.

Resultados: Un total de 102 pacientes fueron intervenidos por ulcus péptico perforado, en su mayoría hombres (90%), con edad promedio de 40 años. El principal síntoma fue el dolor. Los pacientes acudieron en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas. Los antecedentes más importantes fueron el hábito tabáquico y alcohólico (62 % y 56 %). La localización más frecuente de la úlcera fue prepilórica (64%). La técnica de reparación quirúrgica más empleada fue la rafia de la úlcera más parche de epiplón (44%). La morbilidad fue de 27,5% y la mortalidad de 5%.

Conclusiones: El ulcus péptico perforado se presenta con mayor frecuencia en hombres fumadores. La reparación quirúrgica con rafia y parche de epiplón es segura.

Palabras clave: Úlcera péptica, Perforación, Complicaciones, Tratamiento

ABSTRACT

PERFORATED PEPTIC ULCER. A REVIEW OF 102 CASES AT THE HOSPITAL DOMINGO LUCIANI. CARACAS.

Objective: To determine the epidemiologic aspects as well as the surgical treatment of patients with perforated peptic ulcer, taken care of at Surgical Department of the Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

Patients and method: This is a retrospective, transversal, descriptive and observational study carried out between July 1989 and July 2007, through the review of clinical records of the patients surgically treated for perforated peptic ulcer.

Results: A total of 102 patients were treated, most of them male (90%), with a mean age of 40 years. Pain was the most common symptom. Patients seen during the first 24 hours from the beginning of symptoms. A history of smoking and alcoholism were common (62 % and 56 % respectively). Prepyloric location of ulcer was present in 64 % of the patients. Primary closure and omental patch was the most frequent surgical technique used (44 %). Morbidity was 27,5 %, and mortality 5 %.

Conclusions: Perforated peptic ulcer has a high incidence in male smokers. Primary closure with omental patch seems to be a safe procedure.

Key words: Peptic ulcer, Perforation, Complications, Treatment

La incidencia de úlcera péptica perforada es de alrededor de 7 a 10 casos por 100.000 habitantes por año. La perforación afecta a alrededor de un 7% de los pacientes internados por esta enfermedad y es su primera manifestación en cerca de un 2% de los que presentan úlcera duodenal. Se estima que después del diagnóstico de úlcera duodenal, la incidencia de perforación anual durante los primeros 10 años es del 0,3 %⁽¹⁾.

* Residente de 3º año Cirugía General. Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas

** Residente de 2º año Cirugía General. Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

*** MSVC. Adjunto de Cirugía General, Servicio de Cirugía I, Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

El número de intervenciones quirúrgicas por ulcus péptico perforado ha disminuido desde la introducción de los medicamentos antagonistas H₂ e inhibidores de la bomba de protones; múltiples estudios demuestran que durante los últimos años el número de intervenciones quirúrgicas por ulcus péptico perforado permanece estable. Se ha aceptado que del 4 al 5 % de los ulcus pépticos se perforan durante su evolución, y que estas úlceras tienen una alta tasa de mortalidad (10%), dependiendo entre otros factores del momento de su presentación y del procedimiento quirúrgico⁽²⁻³⁾.

La etiología de la mayoría de las perforaciones ulcerosas se desconoce. El uso actual de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) ha mostrado un incremento de 6 a 8 veces para perforación ulcerosa^(4,5). El rol de la infección por *Helicobacter pylori* en la úlcera perforada es incierto⁽⁶⁾. Sin embargo, se han reportado las prevalencias del hábito tabáquico de 84 a 86% en los pacientes con úlcera duodenal perforada, y los fumadores tienen una mortalidad por úlcera péptica tres veces más alta que los no fumadores^(7,8). No se ha demostrado una asociación positiva entre úlceras pépticas y la ingesta de alcohol^(8,9). Al contrario, tres estudios han reportado un efecto protector de la ingesta moderada de alcohol^(10,11).

En la era de la cirugía abierta, se han identificado tres factores pronósticos (shock preoperatorio, perforación por más de 24 horas, enfermedades médicas asociadas) en los pacientes con úlcera péptica perforada⁽¹²⁾. Con la introducción de las técnicas de reparación por laparoscopia en el tratamiento del ulcus péptico perforado en 1990, varios estudios retrospectivos y prospectivos se han publicado^(13,14). Es importante clasificar a los pacientes en grupos de riesgo comparando las técnicas laparoscópica y convencional⁽¹⁵⁾.

Es nuestro objetivo con este estudio determinar los aspectos epidemiológicos y el tratamiento quirúrgico realizado en los pacientes con ulcus péptico perforado en el Hospital Dr. "Domingo Luciani" en los últimos 8 años.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional; realizado en el Hospital Dr. "Domingo Luciani". La muestra estuvo comprendida por todos los pacientes que egresaron con diagnóstico de ulcus péptico perforado del hospital Dr. Domingo Luciani desde julio 1989 hasta julio 2007. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por ulcus péptico perforado en el Hospital Dr. Domingo Luciani en el período mencionado, en el Departamento de Historias Médicas de este centro.

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución por edad y sexo de los pacientes con intervención quirúrgica por ulcus péptico perforado, 1989-2007

Edad (Años)	Masculino	Femenino
<20	8	1
21-30	16	1
31-40	27	1
41-50	25	2
51-60	9	3
61-70	4	1
> 71	3	1
Total	92	10

Se encontraron 102 casos intervenidos quirúrgicamente por presentar ulcus péptico perforado, de los cuales el 90% (92) fueron hombres y 10% mujeres (10), predominantemente con edades comprendidas entre 31 y 50 años (53%) siendo el promedio de edad fue de 40 años.

Tabla 2

Relación entre los síntomas y las horas de evolución de los pacientes con intervención quirúrgica por ulcus péptico perforado, 1989-2007

Síntomas	Horas				Total
	0-24	25-48	49-72	>73	
Dolor	84	7	3	8	102
Vómitos	31	3	2	3	39
Náuseas	12	2	1	3	18
Pirosis	1	4	1	1	7
Fiebre			1	2	3
Escalofríos	1			2	3
Hematemesis	2			3	5
Lipotimia	1			1	2

El síntoma más frecuente encontrado fue el dolor el 82% (84 casos), seguido de vómitos 30% (31 casos) y náuseas 12% (12 casos).

Tabla 3

Horas de evolución desde el inicio de la enfermedad actual hasta la intervención quirúrgica de los pacientes con ulcus péptico perforado, 1989-2007	
Horas de evolución	Pacientes
0-24	84
25-48	7
49-72	3
>73	8
Total	102

En cuanto al momento de consulta, se determinó en su mayoría durante las primeras 24 horas 82%, seguido de 7% entre 24 y 48 horas y 11% en más de 48 horas.

Tabla 4

Pacientes con intervención quirúrgica por ulcus péptico perforado, 1989-2007	
Antecedente	Pacientes
Hábito tabáquico	63
Hábito alcohólico	57
Consumo drogas ilícitas	7
Enfermedad úlcero péptica	32
Hemorragia digestiva superior	12
Consumo de AINES	15
Cirugía por ulcus péptico perforado	5
HTA	8
Asma	6
Otras	12

Del total de los pacientes, el 62 % eran fumadores y el 56% con hábito alcohólico; sólo el 7% refirió consumo de drogas ilí-

cas. El consumo de AINES se observó en el 15%. El 31% de los casos presentaba antecedente de enfermedad úlcero péptica, 12 pacientes con episodios de hemorragia digestiva superior antigua y 5 % tenían cirugía previa por ulcus péptico perforado. Menos frecuentes fueron la hipertensión arterial, asma, EBOC, entre otras.

Tabla 5

Ubicación de la lesión ulcerosa de los pacientes con intervención quirúrgica por ulcus péptico perforado, 1989-2007	
Ubicación	Pacientes
Prepilórica	65
Antro gástrico	15
1a. porción de duodeno	11
Cuerpo gástrico	8
Cara posterior del bulbo duodenal	3

La ubicación más frecuente de la úlcera fue prepilórica (64%), entre otras localizaciones se encontraron en el antro (14%) y en la primera porción duodenal (11%).

Tabla 6

Técnica quirúrgica aplicada a los pacientes ingresados con ulcus péptico perforado, 1989-2007	
Técnica quirúrgica	Pacientes
Rafia simple	12
Rafia de la úlcera + parche de epiplón	45
Vagotomía troncular + piloroplastia	26
Rafia de úlcera + piloroplastia + vagotomía troncular	4
Bilroth II + vagotomía troncular	8
Bilroth I + vagotomía troncular	6
Vagotomía troncular laparoscópica + piloroplastia asistida	1

A la totalidad de los pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico. El procedimiento más frecuente fue la resección de los bordes de la úlcera con posterior rafia más colocación de parche de epiplón (44%), seguido por la vagotomía troncular más piloroplastia en 25 %. Procedimientos como Bilroth I y II más vago-

tomía se realizaron en 14 pacientes. Un caso reportado de reparación laparoscópica.

Tabla 7

Complicaciones postoperatorias de los pacientes con intervención quirúrgica por úlcus péptico perforado, 1989-2007

Complicación	Pacientes
Infección herida quirúrgica	12
Infección respiratoria baja	8
Recidiva EUP	5
Evisceración	1
Absceso intraabdominal	2

Se presentaron complicaciones postoperatorias en el 27,5 % (28 casos) de los pacientes, la más frecuente fue la infección de herida quirúrgica en 12 pacientes (43%), infección respiratoria baja en 8 (29%). De los casos revisados se encontraron 5 recidivas de la enfermedad úlcero péptica, las cuales ameritaron tratamiento quirúrgico definitivo. Se reportaron 5 muertes durante el postoperatorio (5%).

DISCUSIÓN

Aunque en la última década se ha observado una disminución de la patología ulcerosa^(16,17), la perforación de una úlcera péptica se mantiene como una complicación vigente⁽¹⁸⁾. Nogueira y col describen 210 pacientes en 10 años⁽¹⁹⁾, Irvin 284 pacientes en 6 años⁽²⁰⁾ y Lee y col 436 pacientes en 9 años⁽²¹⁾. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos registrados 102 pacientes en un período de 18 años una incidencia significativamente menor que el resto de los estudios comparados.

El promedio de edad fue de 40 años, diez años aproximadamente por debajo de lo reportado por Gil y col⁽³⁾ con 53 años y 51.5 años reportado por Lee y col⁽²¹⁾. La relación hombres/mujeres fue de 9:1, similares a los reportados por Koc y col en 2007, donde describieron una relación de Hombres/Mujeres de 8:1.5⁽²²⁾.

El síntoma más frecuente encontrado fue el dolor el 82% (84 casos) y vómitos 30% (31 casos). En un estudio realizado en el año 2007 por el Dr. Butte⁽²³⁾ igualmente se demostró que el síntoma más frecuente al ingreso al hospital fue dolor epigástrico de inicio súbito en 21 pacientes (95,4%).

En un estudio de Neves⁽²⁴⁾ en 1997, se describe 96 casos en

los que el tiempo de inicio de los síntomas hasta la intervención quirúrgica fue durante las primeras 24 horas con 77%, 24 y 48 horas 17% y más de 48 horas en 16%. Igual que en nuestro estudio, se evidencia que el paciente acudió al centro hospitalario en su mayoría durante las primeras 24 horas 82%, seguido de 7% entre 24 y 48 horas y 11% en más de 48 horas.

Los antecedentes personales más frecuentes fueron los tabáquicos y alcohólicos, seguido de antecedente de enfermedad úlcero péptica, Bak Andersen⁽²⁵⁾ en un artículo publicado en el año 2000, describe que en su estudio de 214 pacientes 107 poseen hábitos alcohólicos positivos y que los pacientes fumadores tienen un riesgo elevado: 3.5 veces que los no fumadores de presentar úlcus péptico perforado, También Svanes en su estudio en 1997, reporta que fumar aumenta el riesgo de perforación de la úlcera péptica 10 veces y que es altamente significativo el efecto de altas dosis, con resultados de perforación similares para hombres y mujeres⁽²⁶⁾.

La ubicación más frecuente de la úlcera fue prepilórica (64%), entre otras localizaciones se encontraron en el antro (14%) y en la primera porción duodenal (11%). En el estudio de Neves⁽²⁴⁾ en 1997, se contraponen esta frecuencia, ya que en primer lugar se describe la perforación duodenal (48%), seguido de la perforación la cara anterior gástrica (13%). Igualmente en el estudio de Lee 2001, se demuestra que la perforación duodenal es la más común 79%⁽²¹⁾.

En nuestro trabajo se determinó que en el Hospital Dr. Domingo Luciani se realizó en mayor porcentaje la rafia gástrica más parche de epiplón (44%) y en segundo lugar la vagotomía troncular más piloroplastia con o sin parche de epiplón 25 %; en el estudio de Neves, 1997, el procedimiento más realizado (51%) igualmente fue la rafia más parche de epiplón⁽²⁴⁾, a diferencia del estudio publicado por Gil⁽³⁾, donde el procedimiento más realizado fue la vagotomía troncular más piloroplastia seguido de la rafia simple de la úlcera. La rafia de la úlcera con colocación de parche de epiplón en comparación con la técnica definitiva (antrectomía), puede obedecer a factores tales como inexperiencia del cirujano y a la eficacia del tratamiento médico actual para la enfermedad úlcero péptica.

En otro estudio publicado por Ates en 2007 donde se compara la rafia simple por laparoscopia y la rafia más parche de epiplón por vía abierta, se determinó que no hubo diferencia significativa entre una y otra técnica, y que el procedimiento laparoscópico en buenas manos es de mucha utilidad⁽²⁷⁾.

Lee, en su estudio publica un total de 22% de complicacio-

nes⁽³⁾, Gil 1998, reporta 17% de complicaciones en su estudio. Porcentajes inferiores a los encontrados en nuestro centro donde se encontraron 33 % de complicaciones.

Con respecto a las complicaciones más frecuentes, se evidenció de primero la infección de la herida quirúrgica (44%) seguido de la infección respiratoria baja siendo un 10% del total de las complicaciones. En el estudio de Lee, se encontró como complicación más frecuente la infección respiratoria en 9% igual que el shock séptico en 9%⁽³⁾.

La mortalidad fue de 5 %, menor que la reportada por Lee (7,8%) y Neves (13,5%).

REFERENCIAS

1. Watkins RM, Dennison AR, Collin J. What has happened to perforated peptic ulcer? *Br J Surg* 1994; 71(10): 774-5
2. Kocer b, Surmeli S, Solak C, Unal B, Bozkurt B, Yildirim O, Dolapci M, Cengiz O. Factors affecting mortality in patients with peptic ulcer perforation. *J Gastroenterol Hepatol* 2007 Apr; 22(4): 565-70.
3. Gil, I; Deus, J; Guemes, D; Moreno, M.S; Palacin, R; Burdio, F; Torca, L.S. Perforated duodenal ulcer: results after emergency treatment. *Br J Surg - Supplement*. 85 Supplement 2:40-41, July 1998.
4. Rodríguez LAG, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994; 343: 769-72.
5. Henry D, Dobson A, Turner C. Variability in the risk of major gastrointestinal complications from non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology* 1993; 105: 1078-88.
6. Reinbach DH, Cruickshank G, McColl KEL. Acute perforated duodenal ulcer is not associated with helicobacter pylori infection. *Gut* 1993; 34: 1344-7
7. Smedley F, Hickish T, Taube M, Yale C, Leach R, Wastell C. Perforated duodenal ulcer and cigarette smoking. *J R Soc Med* 1988; 81: 92-4.
8. Doll R, Peto R, Wheatly K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-11.
9. Piper DW, McIntosh, JH, Grieg M, Shy M. Environmental factors and chronic gastric ulcer. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17:721-729.
10. Schubert TT, Bologna SD, Nensey Y, Schubert AB, Mascha EJ, Ma CK. Ulcer risk factors: interactions between helicobacter pylori, nonsteroidal use, and age. *Am J Med* 1993; 94:413-418.
11. Rosenstock SJ. Alcohol consumption and peptic ulcer disease. In: Rosenstock SJ, ed. *The Epidemiology of Peptic Ulcer Disease in a Danish County* (PhD thesis). Copenhagen: FADL Publishers, 1996; 135-148.
12. Boey J, Wong J, Ong GB. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. *Ann Surg*. 1982;195:265-269.
13. Johansson B, Hallerback B, Glise H, Johnsson E. Laparoscopic suture closure of perforated peptic ulcer. *Surg Endosc*. 1996;10:656-658.
14. Katkhouda N, Mavor E, Mason RJ, Campos GM, Soroushyari A, Berne TV. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: outcome and efficacy in 30 consecutive patients. *Arch Surg*. 1999;134:845-848.
15. Boey J, Choi SK, Poon A, Alagaratnam TT. Risk stratification in perforated duodenal ulcer: a prospective validation of predictive factors. *Ann Surg*. 1987;205:22-26.
16. Llanos J, Valdes E. Úlcera péptica perforada, resultados inmediatos y tardíos. *Rev Med Chil*. 1997; 115: 323-326.
17. Rizoli S, Neto A, Diorio A. Risk of complication in perforated duodenal ulcer operations according to the surgical technique employed. *Am Surg* 1993; 59; 312-314.
18. Christensen A, Bousfield R. Incidence of performed and bleeding peptic ulcers before and after the introduction of H2 receptor antagonists. *Ann Surg* 1988; 207:4-6
19. Nogueira C, Silva A, Nunes J. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality. *World J Surg* 2003, 27:782-787.
20. Irvin T. Mortality and perforated peptic ulcer: a case for risk stratification in elderly patients. *Br J Surg* 1989; 76; 215-218.
21. Lee F, Leung K, Lai B, Ng S, Dexter S, Lau W. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers. *Arch Surg*. 2001;136(1):90-94.
22. Koc M, Yoldas O, Kilic YA, Gocmen E, Ertan T, Dizen H, Tez M. Comparison and validation of scoring systems in a cohort of patients treated for perforated peptic ulcer. *Langenbecks Arch Surg* 2007 Sep; 392(5): 581-585.
23. Butte JM, Dagnino B, Tapia A, Llanos J. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca. *Rev Chil Cir*. 59(1): 16-21
24. Neves C, Ramos R, Costa F, Coutinho P, Conrado T. Perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1997, 84(2): 143
25. Bak Andersen, Inger, Jorgensen, Torben, Bonnevie. Smoking and alcohol intake as risk factors for bleeding and perforated peptic ulcers: A population-based cohort study. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc*. 2000, 11(4):434-439.
26. Svanes C, Soreide JA, Skartein A, Fevang BT, Bakke P, Vollset S. Smoking and ulcer perforation. *Gut* 1997, 41(2): 177-180
27. Ates M, Sevil S, Bakircioglu E, Colak C. Laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without omental patch versus conventional open repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2007; 17(5):615-9.