

# Indicación de tratamiento quirúrgico definitivo en pacientes operados por úlcera gastroduodenal perforada

Milton Mendoza Blanco, Luis Avila Moreno, Graciela Lamura Anselmi,  
Eva Morales Camacho, Joseph Abitbol Bennaroch.

Servicio de Cirugía N° 3, Hospital "Miguel Pérez Carreño", Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas

## RESUMEN

*Doscientos pacientes operados por úlcera gastroduodenal perforada, fueron seguidos de 1 a 11 años. Varones (9 a 1), sin antecedentes 81%, con perforaciones peri o yuxtapiilóricas 73%, sin síntomas post operatorios 66%, sólo ameritaron cirugía definitiva 20% (3 veces menos que antes de 1978). Incremento de la morbimortalidad coexistiendo con enfermedades de base, shock, más de 24 horas de evolución o edad mayor de 70 años durante la urgencia. Uso de los blanqueadores H<sub>2</sub> y fisiopatología distintas, los hace diferentes actualmente en cuanto a su indicación de cirugía definitiva. Esta fue necesaria mayoritariamente (65%), en quienes presentaban sintomatología previa a la perforación o continuaron con ella, o hubo evidencias endoscópicas de actividad úlcero-péptica en los 14 meses siguientes a la cirugía de urgencia. Antrectomía con vagotomía troncular o selectiva han demostrado en el tiempo ser las operaciones definitivas con más alto índice de curación (más del 85%).*

**Palabras claves:** Tratamiento quirúrgico definitivo úlcera gastroduodenal perforada

## INTRODUCCION

El trabajo pretende demostrar las indicaciones en forma precisa tienen los operados por úlcera gastroduodenal perforada, para practicar operación definitiva en base al seguimiento efectuado a 200 casos tratados en 10 años, en el Hospital "Miguel Pérez Carreño" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, los cuales fueron controlados por servicios de gastroenterología y la consulta externa de cirugía; su falta de asistencia a ella, su respuesta al tratamiento médico ulterior, la nuevas crisis o la ausencia de manifestaciones clínicas, así como la necesidad de practicar cirugía definitiva al tiempo

(Meses o años), haberles efectuado la gastrorrafia o duodenorrafia de emergencia, estableciendo un análisis comparativo con las indicaciones de nuestro anterior estudio a comienzos de los años setenta (14).

## METODOS

Doscientos pacientes operados de urgencia por úlcera gastroduodenal perforada, durante los años 1979 a 1989, fueron seguidos en su evolución hasta diciembre de 1990 (1 a 11 años), con el propósito de observar si el comportamiento de esta complicación una vez solucionada la urgencia, ameritaba siempre una indicación de cirugía electiva definitiva; en cuántos de ellos existían manifestaciones clínicas de enfermedad ulcerosa gastroduodenal previas a la crisis perforativa, o persistieron o reaparecieron durante los meses o años siguientes, así como nuevas complicaciones surgidas que ameritaron el llevar a cabo nuevamente una intervención y en cuáles y cuántos de ellos permanecieron con síntomas menores controlados médicamente o simplemente sin síntomas. Una revisión actualizada de referencias bibliográficas, se aportan para establecer conclusiones.

## RESULTADOS

Varones 184 (92%) y sólo 16 (18%) mujeres; comprendidos entre los 14 y 97 años (36 años de edad como promedio), pero la mayoría entre los 19 y 30 años (44%). En ciento cuarenta y seis (73%), la úlcera perforada está descrita como de localización yuxta o peripilórica duodenal 40 casos (20%) y antro o cuerpo gástrico en 7% (14 casos).

Solamente 36 pacientes (18%) referían antecedentes de manifestaciones clínicas de enfermedad ulcerosa gastroduodenal antes de la perforación; 29 de ellos pirosis, 2 regurgitaciones ácidas frecuentes, uno había sangrado y a cuatro, estudiados endoscópicamente o por radiología por gastroenterólogos, se les había diagnosticado previamente la enfermedad, pero 164 (82%), no referían haber presentado síntoma alguno hasta el día de la perforación.

A 184 se les practicó gastrorrafia o duodenorrafia con epiploplastia (procedimiento de Roscoe-Graham) (92%) y a 16 (8%), otros procedimientos además de la rafia durante la urgencia; en cuatro, vagotomía superselectiva, en otros cuatro vagotomía troncular con piloroplastia y en ocho antrectomía + vagotomía troncular. Un paciente murió (0,5%), correspondiendo al de 97 años.

**Seguimiento:** Ciento seis (53%) controlados por consulta externa de gastroenterología y cirugía no presentaron síntomas atribuibles a enfermedad ulcerosa gastroduodenal durante los siguientes cinco años, 94 de ellos y de 6 a 11 años, doce. El tratamiento con bloqueadores  $H_2$  (desde 1978) se empleó en 143 (72%) en su mayoría con cimetidina, y en menor proporción con ranitidina o amotidina. En sesenta y seis (33%), se presentaron síntomas; pirosis en cuarenta y siete, sangrado en seis, y evidencias endoscópicas de actividad ulcerosa con deformidad de bulbo duodenal o estenosis, en trece.

De estos sesenta y seis pacientes con clínica evidente, el tratamiento médico con bloqueador  $H_2$ , dieta, antiácidos, sedantes etc., logró controlar las diferentes crisis en 26. Pero cuarenta debieron ser operados (20%), por persistir las manifestaciones clínicas y la reactivación de la lesión suturada o presencia de nuevas lesiones, deformidad bulbar, estenosis o más sangrados, sin respuesta al tratamiento médico. Treinta y ocho de los cuarenta operados (95%) presentaban antecedentes de gastroduodenitis o enfermedad ulcerosa antes de la perforación y continuaron con manifestaciones clínicas después; sólo 2 de los que ameritaron operación (15%) no refirieron antecedentes gastroduodenales antes de perforarse, pero sí después de la intervención de urgencia. La antrectomía con vagotomía troncular fue el tratamiento quirúrgico aplicado y curó la lesión en 35 casos; en cinco, la vagotomía suprarselectiva fue llevada a cabo.

Veintiocho (14%) no siguieron control alguno después del mes de la intervención de urgencia.

## DISCUSION

La incidencia de úlcera gastroduodenal no ha variado en el tiempo y continúa presentándose a pesar del progreso del tratamiento médico con bloqueadores  $H_2$  con la misma frecuencia nacional internacional (1,4,6,10,14); este aporte terapéutico e aplicado en nuestra nación desde 1978, sí produjo un cambio definitivo en la indicación de operaciones electivas por úlcera gastroduodenal no complicada (1,4,6,7,10), pues más del 70% de estas úlceras curan con tratamiento médico (4). En nuestra experiencia, los pacientes que sufrieron úlcera gastroduodenal perforada atendidos entre 1971 a 1974 al 60% le fue indicada y practicada cirugía definitiva (14), mientras que solamente en el 20% (cuarenta casos), de nuestra serie de 1979 a 1989. Estos resultados coinciden con lo expresado en la literatura nacional e internacional donde encuentran reducidas a la mitad la indicación de cirugía definitiva: entre el 33 y 65% (50%) de los que sufrieron perforación antes de 1978 (8,12) a 26% después de 1978 (9).

Hemos encontrado diferencias notables entre los pacientes que sufren crónicamente de enfermedad ulcerosa gastroduodenal y aquellos que se perforan; así en cuanto a sexo el 65% varones y 35% mujeres en la úlcera crónica, contrastan con el 92% de varones en las perforadas (4,14); presencia de sintomatología atribuible al proceso ulceroso (dolor epigástrico, pirosis, regurgitaciones ácidas), en más del 90% de los pacientes con enfermedad crónica (4), contra apenas 18% a 43% en los que se perforaron (9); por otra parte hasta la localización es diferente, pues en nuestras series nacionales la úlcera perforada estaba localizada en las inmediaciones del píloro en el 73% mientras en la enfermedad ulcerosa crónica, es duodenal en casi esa misma proporción (72%) (4-13).

Igualmente el comportamiento de los pacientes perforados que no tenían sintomatología, ni antecedentes previos de ingesta de agentes agresores gastroduodenales, raramente presentaron manifestaciones clínicas durante el seguimiento, mientras aquellos que tenían antecedentes, requirieron hasta en un 61% operación definitiva (8-13).

Todo esto unido a un mejor recurso terapéutico médico actual con el uso de cimetidina en la mayoría de nuestros pacientes y en menor proporción, la ranitidina, famotidina, y el omeprazol, sin duda han contribuido a disminuir la indicación de cirugía

definitiva en relación a los trabajos anteriores a 1978 (1,5-5-10).

**Perforación:** (Técnica Operatoria)

La mayoría de los autores coinciden en que la rafia de la perforación con epiploplastia, es la intervención de menor morbimortalidad y eficiencia comprobada a través del tiempo, para solucionar la urgencia (3,5,9,10,14,15), aun cuando Ceneviva y col. (3), no encuentran modificaciones de morbimortalidad realizando simultáneamente vagotomía troncular con la rafia y ausencia de síntomas (Visick I) 87%, en seguimiento de 7 años, contra 29% (Visick I) a quienes se le practicó solo rafia. La presencia de factores de riesgo (coexistencia de enfermedades médicas mayores, shock preoperatorio y más de de 24 horas de perforado) sí representan del 10%, 45% y 100% de morbilidad si uno, dos o tres de ellos se encontraban presentes durante la operación de urgencia, independiente del procedimiento efectuado (2,9,11), así como un incremento en la mortalidad en los mayores de 70, años dos veces y media más (34% contra 14%), (11).

**CONCLUSIONES**

1) Los pacientes que presentaron úlcera gastroduodenal perforada se diferencian de aquellos con enfermedad ulcero-péptica crónica en su incidencia por sexo (9 a 1 contra 2 a 1 en varones); antecedentes de manifestaciones clínicas de gastroduodenitis o enfermedad ulcerosa diagnosticada en el 18% contra casi el 100%; localización peripilórica 73% contra un 72% de localización duodenal; y carencia de síntomas en 2 de cada 3 después del accidente perforativo, que no son sino expresión de una fisiopatología distinta a la de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal crónica (1,4,6,10,14).

2) Independientemente del procedimiento quirúrgico efectuado, la morbimortalidad de los perforados durante la urgencia se encuentra cuando: hay coexistencia de enfermedad de base, shock o más de 24 horas de evolución, o si es mayor de 70 años de edad (2,3,9,11).

3) El uso de los bloqueadores de los receptores H<sup>2</sup> no ha contribuido a descender la incidencia de pacientes que sufren el problema perforativo, pero sí ha contribuido al descenso en 3 veces (60% al

20%), la indicación de cirugía definitiva (1,5-10,12)

4) Esta indicación debe basarse en la persistencia de manifestaciones clínicas o evidencias endoscópicas de actividad ulcerosa, durante los 14 meses siguientes a la perforación a pesar del tratamiento médico (15,16).

5) Hay una probabilidad considerablemente mayor de indicación de cirugía definitiva en aquellos perforados con antecedentes de manifestaciones clínicas de enfermedad gastroduodenal previas a la perforación (2 de cada 3), en relación a aquellos que no la presentaron (1 de cada 20) (8-13,15,16).

6) Debe ofrecérseles una solución definitiva en la intervención electiva y en este sentido la resección antral con vagotomía troncular o selectiva, nos ha demostrado a través del tiempo su solidez al lograr más del 85% de curación (4).

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bardhan K, Hinchliffe R, Williamson F, Lyon C. Changing pattern of admissions and operations for duodenal ulcer. Br J Surg 1989;76:230-236.
2. Boey J, Choi S, Poon A, Alagaratnam T. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. Ann Surg 1987;205:22-26.
3. Ceneviva R, De Castro O, Castelfranchi P, Modena J, Santos R. Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer. Br J Surg 1986; 73:427-430.
4. Diez A, Calderon C, Marcano S. Tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal. Rev Venez Cirugía 1985;38:20-24.
5. Orury J, Hutchinson J, Mc. Kay A, Joffe S. Natural history of perforated duodenal ulcers treated by suture closure. Lancet 1978;2:749-750.
6. Elashoff J, Grossman M. Trends in hospital admissions and death rates for peptic ulcer in the United States from 1970 to 1978. Gastroenterol. 1980;78:280-285.
7. Fireberg H, Pearlman L. Surgical treatment of peptic ulcer in the United States. Lancet 1981;1:1305-1307.
8. Greco R, Cahow C. Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcer. 1974;127:109-114.
9. Hodnett R, Gonzalez F, Lee W, Nance F, Deboisblane R. The need for definitive therapy in the management of perforated gastric ulcers. Ann Surg 1989;209:36-39.
10. Horowitz J, Kukora J, Ritchie W. All perforated ulcers are not alike. Ann Surg 1989;209:693-697.
11. Irvin T. Mortality and perforated peptic ulcer a case for

## ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

- risk stratification in elderly patients. Br J Surg 1989; 76:215-218.
12. Jordan Ph Jr. Evolvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer. Surg Gynecol Obstet 1976;142:391-395.
  13. Jorgensen T. Drug consumption before perforation of peptic ulcer. Br J Surg 1977;64:347-349.
  14. Ponce L, Mendoza M, Martínez A, Kube R. La úlcera duodenal perforada. Análisis de tres años en el Hospital Miguel Pérez Carreño, Bol Soc Ven Crug 1975;29:71.
  15. Raimés S, Devlin H. Perforated duodenal ulcer. Br J Surg 1987;74:81-82.
  16. Sawyers J, Lynwood J, Mulherin J, Whitehead W, Mody B, Marsh J. Acute perforated duodenal ulcer. Arch Surg 1975;110:527-530.

### Recomendaciones interinas del Centro de Control de Enfermedades para el suplemento de ácido fólico a mujeres - Agosto 1991".

"MMWR. 1991;40:515

1.- Las mujeres que han tenido un embarazo cuyo resultado fue un niño o un feto con un defecto del tubo neural, deben ser aconsejadas acerca de los riesgos aumentados en subsiguientes embarazos y deben ser informadas de que un suplemento de ácido fólico puede substancialmente reducir esos riesgos.

2.- A las mujeres que han tenido un embarazo cuyo resultado fue un niño o un feto con defecto del tubo neural, debe aconsejarseles que consulten a su médico tan pronto como planifiquen un embarazo. A menos que haya contraindicaciones, debe indicárseles que tomen 4 miligramos diarios de ácido fólico desde el momento en el cual intenten quedar embarazadas. Deben tomar el suplemento por lo menos 4 semanas antes de la concepción y continuarlo durante los primeros 3 meses de gestación.

3.- La dosis de 4 mgs. diarios debe ser tomada solamente bajo la vigilancia de un médico. Existen tabletas que contienen 1 mg. de ácido fólico. La dosis de ácido fólico debe ser obtenida de pastillas que contengan solamente ácido fólico. Las preparaciones multivitamínicas que contienen ácido fólico

no deben ser usadas para alcanzar la dosis diaria de 4 mgs., porque también pueden alcanzarse niveles dañinos de vitaminas A y D. Los médicos deben estar enterados de la posibilidad de que altas dosis de ácido fólico pueden complicar el diagnóstico de deficiencia de vitamina B<sub>12</sub>. La anemia que resulta de la deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> puede ser evitada con altas dosis de ácido fólico, sin embargo, puede continuar el daño neurológico que resulta de la deficiencia de la vitamina B<sub>12</sub>.

4.- Estas recomendaciones son dadas solamente para mujeres que previamente han tenido un niño o feto con defecto del tubo neural; no están ideadas para: 1) mujeres que nunca han parido un niño o feto con defecto del tubo neural, 2) parientes de mujeres que han tenido un niño o feto con defectos del tubo neural, 3) mujeres que, ellas mismas, tienen una espina bífida, 4) mujeres que toman el anticonvulsivante ácido valproico - una causa conocida de espina bífida" (From the Centers for Disease Control. Leads from the morbidity and mortality weekly report (MMWR) JAMA 1991;266:1191).