

Úlcera Gastroduodenal perforada

DR. OTTO VALVERDE ACOSTA*

DR. ALBERTO CARAZO GALLEGOS*

El presente estudio fue efectuado con los pacientes tratados quirúrgicamente por úlcera gastroduodenal perforada, en el Hospital San Juan de Dios, en el período de cinco años comprendido entre 1960 y 1964 inclusive. Decidimos excluir del mismo los pocos casos que fueron tratados sin intervención quirúrgica, debido a las obvias dificultades para comprobar el diagnóstico, particularmente de localización, tamaño de la úlcera, etc., y por tratarse estos casos de pacientes seleccionados, pues en nuestro medio predomina el criterio de tratamiento quirúrgico en este tipo de complicación de la úlcera péptica.

Inicialmente habíamos proyectado efectuar un estudio que comprendiera una década de la experiencia obtenida en el Hospital San Juan de Dios pero debido a lo incompleto de los expedientes antes del año 1959, fue necesario limitarlo a cinco años para luego completarlo con el estudio de una década en época posterior.

Se revisaron los expedientes de los pacientes intervenidos en el lapso antes mencionado, buscando veinticinco diferentes aspectos de interés clínico que pasamos a presentar en las figuras siguientes.

En la figura N° 1, se puede observar la incidencia de úlcera perforada gastroduodenal y marginal por sexo y año en el período estudiado. Como puede notarse en esta figura, no hubo una diferencia apreciable en el número total de los casos en los cinco años pero sí resalta el predominio del sexo masculino en esta entidad. De los 58 pacientes que constituye el número total del estudio, 50 de ellos (86%) eran del sexo masculino. Este porcentaje es algo más bajo que el reportado por otros investigadores que dan cifras de predominio del sexo masculino superior al 90% (1-21-40).

En la figura N° 2, presentamos la incidencia por estaciones dividiendo, tal vez arbitrariamente para nuestro medio, en las cuatro estaciones clásicas de otros países, con el objeto de investigar si se presentó predominio de la úlcera perforada en alguna estación del año.

* Servicio de Curugía José María Barrionuevo, Hospital San Juan de Dios.

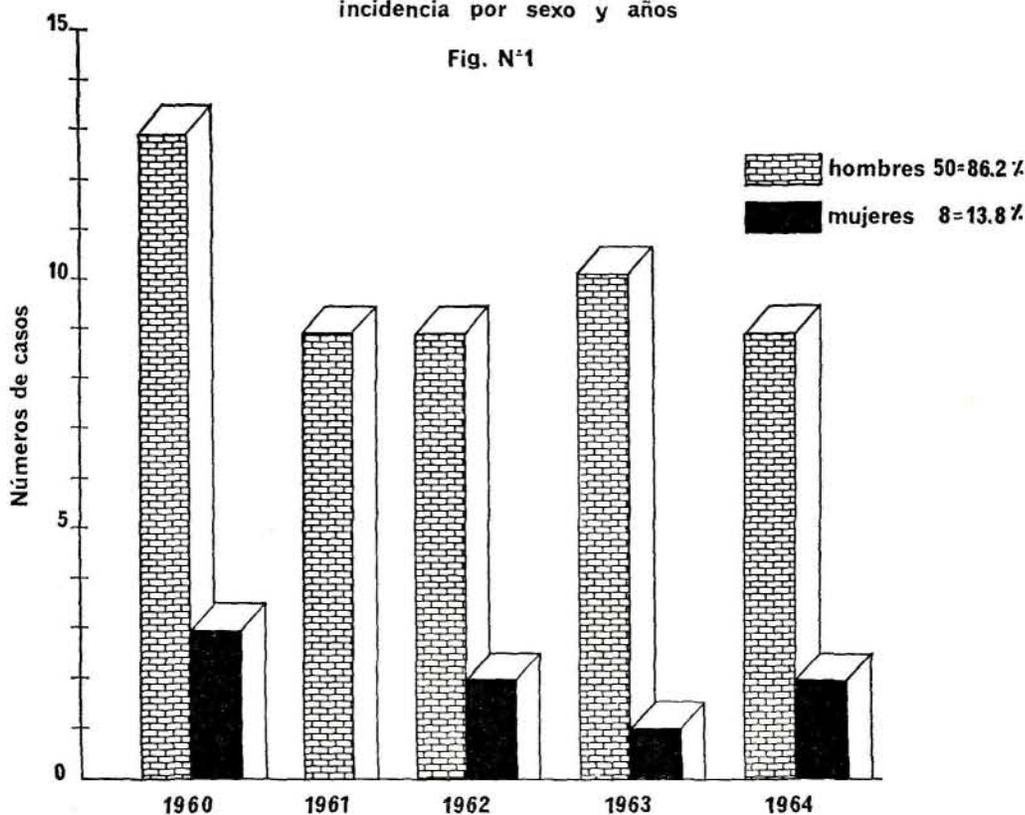
Como puede observarse en esta figura, hay un predominio durante el invierno, pero no podemos establecerlo como definitivo ni de mayor significación estadística por el bajo número de los casos estudiados.

La mayoría de los autores consultados no reporta variaciones importantes de incidencia de perforación de la úlcera péptica según las diferentes estaciones, sin embargo otros (4-21-43) sí han observado variaciones de significación.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

incidencia por sexo y años

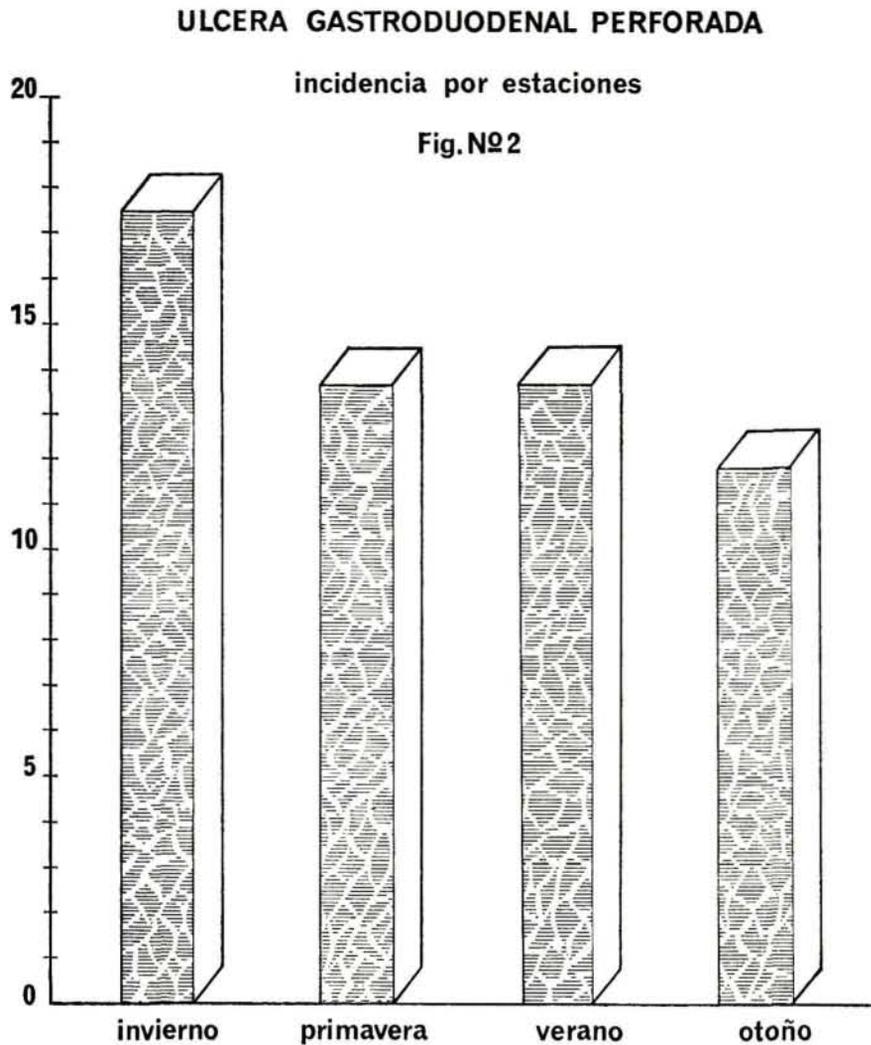
Fig. N°1



La figura N° 3 muestra la incidencia por década de edad y sexo de la úlcera perforada. Se puede apreciar el predominio de esta entidad en la tercera década y en general en las décadas comprendidas entre juventud y edad media. Casi todos los autores consultados coinciden en este hecho.

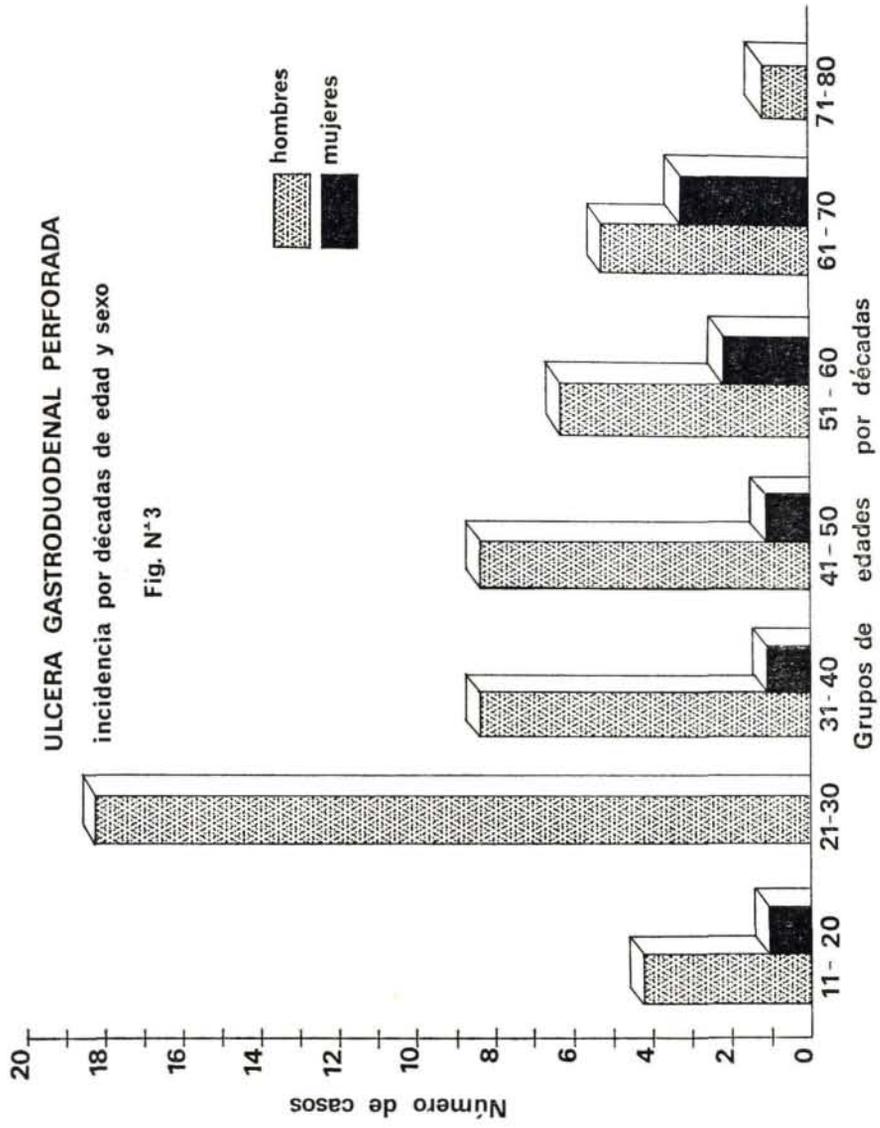
Es de notar que en lo que se refiere al sexo femenino, siete de las ocho pacientes presentaron úlcera perforada en décadas fuera de las habituales con predominio de la sexta década en adelante.

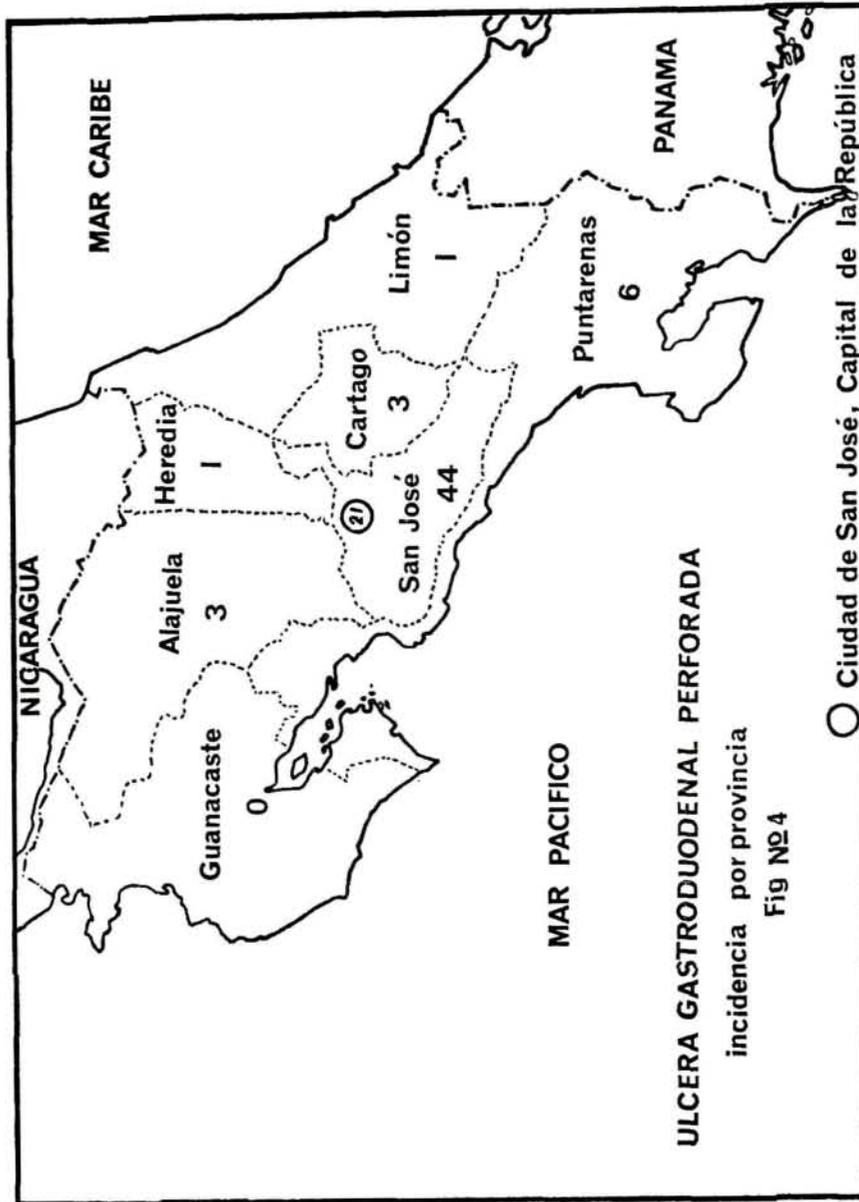
La figura N° 4 indica el lugar de residencia de los pacientes estudiados. Como se ve algo más de tres cuartas partes de los pacientes residían en la Provincia de San José y de ellos algo menos de la mitad tenía su residencia en la ciudad de San José.



Si bien esto es explicable por tratarse de un cuadro agudo que obliga al paciente a buscar atención médica de emergencia, no nos es claro por qué casi un 25% de ellos procedía de otras provincias en donde existen hospitales adecuados para la atención de este tipo de emergencias.

En la figura Nº 5 se presenta al diagnóstico de ingreso de los pacientes estudiados. Llama la atención que más del 75% de esos pacientes ingresaron con el diagnóstico de úlcera péptica perforada o bien con un diagnóstico bien orientado de síndrome abdominal agudo quirúrgico. Estos datos vienen a confirmar el criterio de que el diagnóstico de la úlcera perforada es relativamente sencillo en la mayor parte de los casos.





ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 5

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Ulcera Perforada	26	45 (78%)
Síndrome abdominal agudo	19	
Probable apendicitis	2	
Ulcera penetrante	2	
Ulcera gástrica	2	
Obstrucción intestinal	2	
Estenosis pilórica	2	
Colecistitis aguda	1	
Litiasis vesicular	1	
Hernia inguinal estrangulada	1	

En la figura N° 6 presentamos el estudio radiográfico de los casos estudiados. Como puede observarse, lamentablemente en 30 pacientes este estudio no fue efectuado o reportado y únicamente 28 casos tenían reporte o referencia del estudio radiológico. De ellos, el 75% presentaba neumoperitoneo con ese estudio.

Confirma esta cifra la gran ayuda que brinda para el diagnóstico el estudio radiológico de estos pacientes, más si tomamos en cuenta que habitualmente sólo se efectuó una radiografía simple de abdomen o/y tórax en una sola posición.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 6

ESTUDIO RADIOGRAFICO

NO Efectuado :	11 pacientes
NO Reportado :	19 pacientes
Con Neumoperitoneo :	21 pacientes
Sin Neumoperitoneo :	7 pacientes
— 28 pacientes con estudio reportado :	
— 21 pacientes con neumoperitoneo (75%)	
— 7 pacientes sin neumoperitoneo (25%)	

Henelt (17) encontró neumoperitoneo en el 89% de los casos con el uso de neumogastrografía.

A continuación, podemos observar en la figura N° 7 la codificación en lo que se refiere a grupo sanguíneo.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 7

GRUPOS			SANGUINEOS		
Grupo	Pacientes	%	Gástricas	Duodenales	Marginales
O	28	48.3%	16	11	1
A	18	31. %	12	6	—
B	9	15.5%	5	4	—
AB	1	1.7%	1	—	—
Sin Grupo	2	3.5%	1	1	—

29 pacientes pertenecían al grupo "O", incluyendo el paciente con úlcera marginal. De los 29 pacientes, dos presentaron grupo sanguíneo Rh positivo. Uno, el de la úlcera marginal y el otro, un paciente con una úlcera gástrica. Harkins (16) entre otros, cita una mayor incidencia de pacientes ulcerosos con grupo "O". Este es un tema que requiere mayor estudio en nuestro medio.

En la figura N° 8, se presenta la localización y procedimiento quirúrgico efectuado en la totalidad de los casos.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 8

Localización y procedimiento quirúrgico efectuado

DUODENALES

Cara anterior primera porción	: 21	
Cara anterior segunda porción	: 1	
Sutura	: 13	Pacientes
Gastrectomía subtotal	: 5	"
Antrectomía y Vaguetomía	: 3	"
Yeyunostomía y Drenaje	: 1	"

GÁSTRICA

Prepilórica Anterior	: 21	Pacientes
Pilórica anterior	: 6	"
Gástrica no especificada	: 4	"
Tercio medio curvatura menor	: 2	"
Tercio distal curvatura menor	: 2	"
Total	: 35	"
Gastrectomía Subtotal	: 2	"
Sutura	: 30	"
Antrectomía y Vaguetomía	: 3	"

MARGINAL

1 Paciente

(Masc, 40 años con gastrectomía subtotal por úlcera duodenal un año antes)

Es de hacer notar que más del 60% de los pacientes estudiados presentaron úlceras gástricas, cifra similar a la reportada por Antila en Finlandia (1); difiere de los hallazgos de otros autores (21-23-45). En el mismo cuadro se presenta también el segmento afectado tanto en las úlceras duodenales como en las gástricas. Llama la atención la localización en un caso, en la segunda porción del duodeno, donde es infrecuente este tipo de complicación ulcerosa (8-23).

La figura Nº 9 muestra los detalles de procedimiento quirúrgico seguido en todos los casos y la localización en lo que se refiere a las úlceras duodenales.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA.

FIG # 9

INDICACION Y PROCEDIMIENTO EFECTUADO

ULCERAS DUODENALES : 22
 Con datos : 19
 Sin datos : 2
 Yeyunostomía : 1

PROCEDIMIENTO	Tiempo perforación				Tamaño de la úlcera				Hist. previa Úlcera				Edad		Cirujano			
	Horas				Milímetros				Meses				Años					
	-6	-12	-24	+24	5	10	15	+15	Sin his- toria	No es- pecif.	3	6	+12	No con- siga- do		40	+40	
SUTURA 11 pacientes	4	1	2	4	5	3	3	-	2	1	1	7	-	6	5	4	R A	
	-	1	1	2	1	1	-	-	-	1	-	1	2	3	2	-	5	
GASTRECTOMIA SUBTOTAL 5 pacientes.	1	1	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	2	-	3
ANTRECTOMIA Y VAGUECTOMIA 3 pacientes	1	1	-	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	1	1	2	-	1

Como se puede observar, 22 pacientes tenían úlcera duodenal, debiendo excluirse en este cuadro a la paciente a quien se le practicó yeyunostomía y drenaje de cavidad peritoneal y dos casos más por no presentar datos suficientes para poder ser incluidos en el análisis del tratamiento efectuado. Al observar los casos a los que se practicó sutura de la úlcera perforada duodenal, podemos concluir que se utilizó un procedimiento conservador tal vez no justificado si tomamos en cuenta que aún cuando por tiempo de perforación un buen número de pacientes tenía más de 12 horas de perforados, el tamaño de la úlcera y la historia previa de padecimiento ulceroso crónico justificaban tratamiento curativo. En lo que se refiere a la edad, no se puede establecer como criterio primordial en el tipo de tratamiento quirúrgico efectuado. Es de notar que en estos procedimientos, un buen número de ellos fue practicado por el Cirujano Asistente de guardia y no únicamente por los Residentes. En lo que se refiere al tratamiento curativo utilizando gastrectomía subtotal de las úlceras duodenales, llama la atención que de estos cinco pacientes, dos de ellos tenían más de 24 horas de perforados y uno algo menos de 24 horas, 18 horas para ser exactos. En los procedimientos en los que se utilizó antrectomía y vaguectomía (tres pacientes) no cabe ninguna mención especial excepto que todos los procedimientos de tipo curativo fueron realizados por el Cirujano de guardia. Los conceptos anteriores se sustentan en los buenos resultados obtenidos efectuando un procedimiento curativo, en múltiples oportunidades se ha puesto de manifiesto el mal resultado, especialmente a largo plazo, de la sutura simple (1-5-6-9-10-14-15-21-22-30-32-35-39-40-41-44). A esto podemos agregar la falla de la sutura simple de la úlcera como ha sido reportado por Rea (35).

En la figura N° 10 presentamos un cuadro similar que se refiere a las úlceras gástricas en particular y que constituían un total de 35 casos.

Hubo que eliminar cuatro, también por falta de datos para poder ser incluidos en este cuadro. El tratamiento con sutura se le practicó a 26 de estos pacientes. Llama aún más la atención que gran parte de ellos tenía larga historia de síntomas ulcerosas y también buen número de ellos tenía 18 horas o menos de perforados.

Es todavía más notorio que tratándose de úlceras gástricas se utilizó en exceso el tratamiento conservador sin haber una contraindicación clara para efectuar un tratamiento más radical. En lo que se refiere a tratamiento curativo con gastrectomía subtotal o bien antrectomía y vaguectomía, únicamente cabe mencionar que todas estas intervenciones fueron efectuadas por el Asistente de guardia.

Lo mismo comentado con referencia al cuadro anterior, es válido para este grupo de pacientes, con el factor asociado para un tratamiento más radical como es el peligro de una neoplasia perforada o una malignización posterior (1-14-19-20-23-25). Este criterio de tratamiento curativo ha sido preconizado en nuestro Hospital por Calvosa, Orlich y Gamboa (5-30-13).

En la figura N° 11, presentamos las complicaciones post operatorias durante la estancia hospitalaria de los pacientes. Es de hacer notar en este cuadro que de los tres pacientes a los que se les efectuó tratamiento curativo de su problema ulceroso, presentaron complicaciones más atribuibles a su enfermedad que al procedimiento efectuado.

ULCERA GASTRODUDENAL PERFORADA

FIG # 10

INDICACION Y PROCEDIMIENTO EFECTUADO

Con datos : 31
 ULCERAS GASTRICAS : 35
 Sin datos : 4

PROCEDIMIENTO	Localización		Tiempo perforación			Tamaño de la úlcera		Hist. previa de la úlcera				Edad		Cirujano																											
	Curvatura - Menor. Pílorica	Pre pílorica	Horas			Milímetros		Sin Historia	No espe- cificada	3	6	+12	No espe- cificada		Años																										
			6	12	18	24	+24									5	10	15	+15	No espe- cificada																					
SUTURA 26 pacientes	4	19	3	6	2	8	6	2	1	9	4	4	5	3	1	12	1	14	12	14	12	14	12	R	A																
GASTRECTOMIA SUBTOTAL = 2 pacientes	-	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2															
ANTRECTOMIA VAGUECTOMIA = 3 pacien- tes	-	1	2	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	-	-

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA.

FIG # 11

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS : 16 pacientes.

TIPO DE COMPLICACION	EDAD	SEXO	TIEMPO PERFORACION	LOCALIZACION	PROCEDIMIENTO EMPLEADO	ESTANCIA
Infección herida operatoria	16	Fem.	+ 24 horas	Prepilórica	Sutura	18
	36	Masc.	2 dfas	Prepilórica	Sutura	10
Peritonitis Generalizada	65	Fem.	12 h - 30 hs	Duodenal	Yeyunostomía - Drenaje	32 **
Hematoma de la herida	65	Masc.	+ 24 horas	Prepilórica	Sutura	17
Perforación duodenal	52	Masc.	2 dfas	Prepilórica	Sutura	19 **
Eventración	29	Masc.	?	Marginal	Sutura	107
Ileo paralítico	28	Masc.	24	Duodenal	Sutura	7
Obstrucción Intestinal	27	Masc.	+ 12 horas	Prepilórica	Sutura	53
Atelectasia-bronconeumonía	60	Masc.	3 dfas	Duodenal	Sutura	4 **
Hipoprotrubinemia	55	Fem.	36 horas	1/3 medio curv. menor.	Sutura	44
Absceso subfrénico	48	Masc.	48 horas	Prepilórica	Sutura	17
Absceso parótdida	68	Masc.	+ 12 horas	Prepilórica	Sutura	67
Absceso pélvico	47	Masc.	- 12 horas	Prepilórica	Antrectomía-Vaguetomía	21
Fiebre post-operatoria.	64	Masc.	+ 24 horas	Duodenal	Gastrectomía subtotal.	28
Diarrea post-operatoria	38	Masc.	72 horas	Duodenal	Gastrectomía subtotal	38
	38	Masc.	-24 horas	Duodenal	Sutura	11

FALLECIDO: **

La proporción de complicaciones en cuanto a tratamiento más radical, comparado con el de sutura, fue similar para los dos grupos. En la figura Nº 12 se presenta un resumen de las complicaciones del cuadro anterior. Como era de esperar, el promedio de edad en el grupo de pacientes con complicaciones fue de 6 años mayor que el promedio total. Se puede observar también que en el grupo total de ocho mujeres, tres presentaron complicaciones.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 12

Resumen de complicaciones

A

	PROMEDIO	SEXO MASC.
En 58 pacientes	40.50	86.20%
En complicaciones	46.	81.25%

B

N° CASOS	TRATAMIENTO EFECTUADO	LOCALIZACION	
		Gástricas	Duod.
11	SUTURA	8	3
3	Tratamiento curativo	1	2

En la figura N° 13, presentamos la estancia hospitalaria.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 13

Estancia hospitalaria

GENERAL	: 17 días	en 58 pacientes
En Complicaciones	: 30 días	en 16 pacientes
En Sutura Simple	: 18 días	en 43 pacientes (se excluye la úlcera marginal)
En Tratamiento Curativo	: 15 días	en 13 pacientes

Vale la pena insistir sobre el bajo promedio de estancia en los pacientes a los cuales se practicó tratamiento curativo.

En la figura N° 14, presentamos los controles post operatorios en el grupo total de pacientes. Fue efectuado en 32, y de ellos sólo 5 no presentaban

molestias atribuibles a su enfermedad ulcerosa o al procedimiento quirúrgico empleado. Se menciona con relación a este cuadro, que de los 27 pacientes sintomáticos a los que se les efectuó control post operatorio en la Consulta Externa del Hospital, 25 habían tenido sutura como tratamiento de su padecimiento y solamente 2 tratamiento curativo (gastrectomía subtotal).

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 14

Controles post operatorios

<u>EFFECTUADOS:</u>	
	32 pacientes (55.2%)
<u>SINTOMATICOS:</u>	
	27 " (46.6%)
<u>ASINTOMATICOS:</u>	
	5 "
<u>SIN CONTROL:</u>	
	26 "
<hr/>	
<u>SINTOMATICOS:</u>	27
SUTURA: :	25 pacientes
TRATAMIENTO CURATIVO:	2 pacientes

No puede interpretarse esta cifra como una más baja morbilidad del tratamiento más radical en una forma definitiva, puesto que median otros factores para explicar esta proporción, sin embargo, nos encontramos ante una diferencia notable muy sugestiva de este hecho. Conviene anotar que el control post operatorio en el Hospital no fue efectuado en todos los pacientes lo que hace suponer que la morbilidad puede haber sido aún mayor que la encontrada.

En la figura N° 15, se presentan las complicaciones tardías del grupo de pacientes a los que se les practicó sutura. En la parte superior de este cuadro se agruparon los pacientes a los cuales no se les practicó tratamiento quirúrgico curativo, en época posterior.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 15

Complicaciones Tardías: Sutura (25 pacientes)

Tipo de complicación	Tiempo de Control	LOCALIZACION	EDAD	SEXO
Persistencia de síntomas	2 años	1/3 med. curv. menor	55 años	Fem.
	3 años	Prepilórica	68 "	Masc.
	3 años	Prepilórica	51 "	Masc.
	4 años	Pilórica	45 "	Masc.
	1 año	Prepilórica	25 "	Masc.
Estenosis	4 meses	Prepilórica	36 "	Masc.
	2 años	Prepilórica	75 "	Masc.
Sangrado	6 meses	1/3 distal curv. menor	28 "	Masc.
Perforación duodenal	4 1/2 años	Prepilórica	65 "	Masc.**
Absceso retrogástrico	13 meses	1/3 medio curv. menor	51 "	Masc.

Que ameritaron tratamiento quirúrgico Curativo posterior:

Tipo de complicación	Procedimiento Empleado	Tiempo entre 1a. y 2a. Intervenc.	Localización	Edad	Sexo
Estenosis	Gast. subtotal	2 años 2 meses	Duodeno	67 años	Masc.
Estenosis	" "	9 meses	Prepilórica	37 "	Masc.
Estenosis	" "	3 meses	Prepilórica	23 "	Masc.
2ª perforac.	" "	4 meses	Prepilórica	46 "	Masc.
Diferida	" "	30 días	Prepilórica	40 "	Masc.
Rebelde	" "	6 años	Pilórica-duod.?	30 "	Masc.
?	" "	6 meses	Duodenal	30 "	Masc.
?	" "	7 meses	Duodenal	69 "	Masc.
Diferida	" "	5 meses	Curvatura	53 "	Masc.
Diferida	" "	28 días	Pilórica	26 "	Masc.
Diferida	" "	4 meses	Prepilórica	34 "	Masc.**
Diferida	" "	19 meses	Prepilórica	36 "	Masc.
Diferida	Vaguet. Ant.	2 meses	Duodenal	23 "	Masc.
?	" Píloropl.	2 meses	Duodenal	19 "	Masc.
Rebelde	" G. entero	4 años	Duodenal	38 "	Masc.

Incluimos aquí a un paciente con perforación duodenal al que se le efectuó una nueva sutura de la úlcera 4-1/2 años después de la primera intervención y que falleció durante este segundo internamiento. En la parte inferior de este cuadro incluimos los 15 pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico curativo ulterior, después de la primera intervención.

Entre otros autores conviene mencionar a Turner (44) quien insiste en que la perforación es sinónimo de intratabilidad médica de la úlcera y el 85.3% recurre en sintomatología y aún en pacientes asintomáticos existe el peligro de una nueva perforación o hemorragia, por lo que debe hacerse gastrectomía en el post operatorio inmediato. Esto es valadero para las úlceras gástricas únicamente.

En la figura N° 16 incluimos las complicaciones tardías de los pacientes a quienes se practicó tratamiento quirúrgico curativo en la primera intervención.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 16

Complicaciones tardías : Gastrectomía
(2 pacientes)

TIPO DE COMPLICACION	TIEMPO DE CONTROL	LOCALIZACION	SEXO Y EDAD
Úlcera Marginal	2 años	Duodenal	Masc. 31 años
Síndrome de mala Absorción	5 años	Duodenal	Masc. 38 años

Uno de estos pacientes con úlcera marginal, no claramente demostrada dos años después de la primera intervención. No incluimos en esta figura a un paciente con síndrome de mala absorción al que se le practicó gastrectomía diferida.

En la figura N° 17 presentamos la mortalidad general que fue de 5.11% y en la sección inferior del cuadro aparecen dos pacientes que fallecieron a largo plazo después de su internamiento.

Esta mortalidad es similar y aun más baja que la reportada en la literatura revisada. No hubo mortalidad intra hospitalaria en los pacientes a los que se efectuó tratamiento curativo.

En la figura N° 18 se presenta el estudio anatomopatológico de las piezas en el grupo de pacientes estudiado.

Lamentablemente, a solo un paciente de los que se les efectuó sutura se le tomó biopsia de la lesión. Predominando en este estudio las úlceras gástricas, se hace aun más notorio este grave error de omisión. Si como mencionan otros autores (1-3-12-14-18-23-43) un porcentaje considerable de las perforaciones son de origen neoplástico y el 10% de las úlceras gástricas llega a presentar carcinomas gástricos, debe tomarse biopsia de la lesión como práctica de rutina.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. Nº 17

Morbilidad y Mortalidad

MORBILIDAD	:	27	Pacientes	46.5 %	en 58 pacientes
En sutura	:	25	Pacientes	65.8 %	en 38 pacientes
En tratamiento curativo	:	2	Pacientes	15.4 %	en 13 pacientes
MORTALIDAD	:	3	Pacientes	5.18%	Intrahospitalaria
Complicación pulmonar	:				
Tratamiento inadecuado	:		*	*	*
Perforación ulcerosa	:				

MORTALIDAD CONFIRMADA A LARGO PLAZO

Desnutrición y "Dumping" : 1 paciente (2 años después)
 Nueva perforación : 1 paciente (4½ años después)

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. Nº 18

BIOPSIAS

En Sutura : Sólo un paciente

EN TRATAMIENTO CURATIVO : 13 pacientes

Dx. Clínico	Dx. A. Patológico	Número de pacientes
	Duodenal	3
Prepilórica	Duodenal	1
Pilórica	Pilórica	1
Prepilórica	Pilórica	1

Dx. Clínico Equivocado : 6 de 13 pacientes

En la porción inferior de este cuadro se presenta un estudio comparativo del diagnóstico clínico, con el diagnóstico anatomopatológico de los trece pacientes que tuvieron resección gástrica parcial como parte de su tratamiento. Como se ve, en casi la mitad de ellos hubo error clínico de localización de la úlcera. Esto es explicable debido a las alteraciones anatómicas debidas al proceso patológico agudo (44).

En la figura N° 19, presentamos datos complementarios del estudio efectuado, llamando la atención que solamente en un caso se efectuó examen bacteriológico con cultivo y prueba de sensibilidad a antibióticos del líquido peritoneal.

Creemos que la conveniencia de efectuarlo es importante, no sólo desde el punto de vista pronóstico sino para un mejor tratamiento post operatorio y estamos realizando un estudio en este sentido del cual esperamos obtener conclusiones a este respecto.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA

Fig. N° 19

EXAMEN BACTERIOLOGICO :

1 paciente

P.S.A. LIQUIDO PERITONEAL:

ANESTESIA:

General en todos los casos

ANTIBIOTICOS PERITONEALES:

En ningún paciente

ANTIBIOTICOS SISTEMATICOS:

Tetraciclinas	:	45
Cloramfenicol	:	7
Penicilina	:	6

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- 1.—Es preciso que las anotaciones en los expedientes clínicos, como las que se refieren a los hallazgos encontrados en los estudios radiológicos efectuados de emergencia, historia previa de úlcera consignando especialmente su duración, caracteres de las lesiones encontradas durante la intervención quirúrgica, evolución post operatoria, etc., sean más completas para obtener datos de mayor valor para futuros trabajos.
- 2.—Las complicaciones post operatorias de esta entidad, fueron muy elevadas en el presente estudio.
- 3.—La morbilidad de los casos tratados con simple sutura, fue sumamente elevada e indica la necesidad de un mejor enfoque terapéutico de este tipo de complicación ulcerosa.

- 4.—El tratamiento curativo dio magníficos resultados en el presente estudio, sin mortalidad intra hospitalaria y con una morbilidad aún más baja que la sutura simple de la perforación.
- 5.—El estudio anatomopatológico de la lesión ulcerosa en los casos de sutura simple de la perforación se efectuó en un caso, lo mismo que el cultivo y la prueba de sensibilidad a antibióticos del líquido peritoneal. Creemos que es fundamental efectuarlo rutinariamente.
- 6.—La diferenciación entre la úlcera gástrica o duodenal perforada cuando la primera se haya localizada en la región prepilórica como es lo más frecuente, está sujeta a un gran margen de error aún en manos de cirujanos muy experimentados.
- 7.—Como sugerencia final, creemos que sería de gran provecho para un mejor estudio de los pacientes y una mejor calidad de estadísticas posteriores, la elaboración de un Manual de Procedimientos, que cubra no sólo los elementos de estudio, tratamiento y dictado de las hojas operatorias de esta entidad, sino a todas a las cuales se les brinda atención en nuestro Hospital.

RESUMEN

Se presenta la experiencia en el Hospital San Juan de Dios durante cinco años (1960-1964) con los pacientes tratados quirúrgicamente por úlcera gastroduodenal perforada.

El 86% eran del sexo masculino, con predominio de la tercera década de la vida. En mujeres, la incidencia fue mayor a partir de la quinta década de la vida (seis de las ocho).

La ayuda que brinda el estudio radiológico quedó demostrada, pues en el 75% de los casos en que se efectuó estudio, el neumoperitoneo fue evidente. El grupo sanguíneo "O", fue el más frecuente (48.3%).

El diagnóstico transoperatorio de localización de úlcera es incierto si ésta está localizada en la primera porción del duodeno o en la región prepilórica.

En los controles post operatorios las complicaciones tardías atribuibles a la intervención quirúrgica o al padecimiento ulceroso, ocurrieron en el 46.5% del total de casos, siendo de 65.8% en los tratados con simple sutura y de sólo 15.4% en los que se practicó tratamiento curativo. Las complicaciones intra hospitalarias se presentaron en el 30.62% de los casos. La mortalidad intra hospitalaria fue de 5.18%.

Se insiste en los buenos resultados obtenidos con tratamiento curativo y la conveniencia de efectuar estudio bacteriológico, prueba de sensibilidad a antibióticos del líquido peritoneal y biopsia de la úlcera en todos los casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ANTILA, L. E.
Perforated Peptic Ulcer with Generalized Peritonitis. Early and Late Complications in 431 Cases. *Act. Chir. Scand.*, 128:406, 1964.
- 2.—BERNE, C. J. & MIKKELSEN, W. P.
Management of Perforated Peptic Ulcer. *Surgery*, 44:591, 1958.
- 3.—BOCKUS, L. H.
Gastroenterology. 2nd. Ed. Vol. I. W. B. Saunders, Co., 1964.
- 4.—BRADLEY, R. & BRADLEY, E.
Seasonal Incidence of Perforated Ulcer. *Surgery*, 111:656, 1966.
- 5.—CALVOSA, C.
Comunicación personal. Nov., 1967.
- 6.—CARAYANNOPOULUS, G. & CHRISTOPOULUS, C.
Gastric Resection as the Treatment of Perforated Gastroduodenal Ulcers. *Surgery*, 32:784, 1952.
- 7.—CECIL & LOEB.
Tratado de Medicina Interna. Vol. II, Edit. Interamericana, S. A., México, 1958.
- 8.—CLARK, C. W.
Peptic Ulcer of the Second Part of the Duodenum. *Ann. Surg.*, 143:276, 1956.
- 9.—COLLINS, D. C.
Modern Management of Acute Perforated Gastroduodenal Ulcer. *Am. J. Surg.*, 77:684, 1949.
- 10.—COSTERO, I.
Manual Didáctico de Anatomía Patológica. Ed. "El Libro Perfecto", México, 1950.
- 11.—CHRISTOPHER (DAVIS).
Tratado de Patología Quirúrgica. 6ª Ed., Vol. I, Edit. Interamericana, S. A., México, 1958.
- 12.—FONSECA, A.
Carcinoma del Estómago. *Rev. Med. de Costa Rica*, 18:27, 1961.
- 13.—GAMBOA, M.
Comunicación personal. Oct., 1967.
- 14.—GUERRERO, F. S.
Primary Gastroduodenal Resection for Acute Ulcer. *J. Int. Coll. of Surg.* 13:20, 1950
- 15.—HARBRECHT, P. J. & HAMILTON, J. E.
Vagotomy and Emptying Procedure in Treatment of Acute Perforated Duodenal Ulcer. *Arch. Surg.*, 85:582, 1962.
- 16.—HARKINS, H. N. & COL.
Surgery, Principles and Practice. 2nd. Ed. J. B. Lippincott Co., Phil-Montreal, 1961
- 17.—HENELT, E. R. & COL.
Pneumogastrography in Perforated Gastroduodenal Ulcer. *Am. J. Surg.*, 106:491, 1963.

- 18.—INGRAM, I. N. & ERVIN, J. R.
Acute Perforated Gastroduodenal Ulcer. *Am. J. Surg.*, 84:30, 1952.
- 19.—JARAMILLO, J.
Conducta Quirúrgica ante los Pólipos Gástricos y su Degeneración. *Rev. Méd. de Costa Rica*, 24:37, 1967.
- 20.—JARAMILLO, J. & AGUILAR, M.
Transformación Maligna de la Úlcera Péptica del Estómago. *Rev. Méd. de Costa Rica*, 24:153, 1967.
- 21.—JORDAN, G. L. JR. & COL.
The Role of Resective Therapy in Management of Acute Gastroduodenal Perforation. *Am. J. Surg.*, 105:396, 1963.
- 22.—KAO, T. C. & COL.
Primary Gastrectomy for Perforated Peptic Ulcer with Follow-up Studies. *Surgey*, 56:487, 1964.
- 23.—KOZOLL, D. & MEYER, K.
General Factors Influencing the Incidence and Mortality of Acute Perforated Gastroduodenal Ulcers. *Surg. Gyn. Obst.*, 111:607, 1960.
- 24.—KOZOLL, D. & MEYER, K.
Symptoms and Signs in Prognosis of Gastroduodenal Ulcers: an Analysis of 1,904 Cases of Acute Perforated Gastroduodenal Ulcers. *Arch. Surg.*, 82:528, 1961.
- 25.—KRAUSE, U.
Long Term Results of Medical and Surgical Treatment of Peptic Ulcer. *Act. Chir Scand. Suppl.*, N° 310, 1963.
- 26.—KRIPPAEHNE, W. & COL.
Acute Perforation of Duodenal Ulcer and Gastric Ulcer. *Arch. of Surg.*, 88:874, 1964.
- 27.—MAGE, S. A.
Consideration of Present Status of Simple Suture in Treatment of Acute Perforated Gastroduodenal Ulceration. *Surg. Gyn. Obst.*, 94:581, 1952.
- 28.—MAYO, H. & COL.
Immediate & Late Results of Surgical Therapy of Acute Perforated Gastric and Duodenal Ulcers. *Surgery*, 28:82, 1950.
- 29.—MÜLLER, S.
On Perforated Gastric and Duodenal Ulcer. (With particular Reference to the Sex Difference). *Act. Chir. Scand. Suppl.*, p. 255, 1961.
- 30.—ORLICH, C.
Comunicación personal. Nov., 1967.
- 31.—PARTIPILO, A.
Surgical Technique and Principles of Operative Surgery. *Lea & Febiger. Phil.*, 1957.
- 32.—PIERANDOZZI, J. & COL.
Vagotomy and Pyloroplasty of Acute Perforated Duodenal Ulcer: Report of 75 Cases. *Am. J. Surg.*, 100:245, 1960.
- 33.—PORTIS, S. & JAFFÉ, R.
A Study of Peptic Ulcer Band on Necropsy Records. *J.A.M.A.*, 110:6, 1938.

- 34.—PORTIS, S.
Enfermedades del Aparato Digestivo. U.T.E.H.A., México, 1955.
- 35.—REA, C.
Conservative Versus Operative Treatment of Perforated Peptic Ulcer. *Surgery*, 32:654, 1952.
- 36.—ROYSTER, H. & COL.
Acute Perforated Peptic Ulcer. *Arch. Surg.*, 86:230, 1963.
- 37.—SEELEY, S. & CAMPBELL, D.
Nonoperative Treatment of Perforated Peptic Ulcer: A Further Report. *Surg. Gyn Obst.*, 102:435, 1956.
- 38.—SCHAEFFER, R.
Perforated Gastric and Duodenal Ulcer. *J. Int. Coll. Surg.*, 14:333, 1950.
- 39.—SHEDD, D. & GOLDENBERG, I.
Current Concepts in Management of the Perforated Peptic Ulcer. *Surg. Clin. N. A.* 46:379, 1966.
- 40.—SHIPLEY, E. & WALKER, J.
Perforated Gastric and Duodenal Ulcers. *Am. J. Surg.*, 77:329, 1949.
- 41.—STABINS, S.
The Aftermath of Perforated Duodenal Ulcer. *Surgery*, 34:614, 1953.
- 42.—TAYLOR, H.
The Nonsurgical Treatment of Perforated Peptic Ulcer. *Gastroenterology*, 33:353, 1957.
- 43.—TULLIS, R.
Perforated Gastroduodenal Ulcer. *Am. J. Surg.*, 78:490, 1949.
- 44.—TURNER, F.
Acute Perforations of Stomach, Duodenum and Jejunum. An Analysis of 224 Cases with Late Follow-up Data, on 147 Cases of Acute Perforated Peptic Ulcer. *Surg. Gyn. Obst.*, 92:281, 1951.
- 45.—WELCH, C.
Cirugía Gastroduodenal. Ed. Interamericana, S. A., México, 1959.