



CASOS CLÍNICOS

ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA ¿QUÉ CAMINO A SEGUIR?: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

GASTRIC ULCER PERFORATED WHICH PATH TO FOLLOW? : REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE

* Dr. Mauricio Vicente Aguila Gómez, ** Dra. Karim Nava Cordero

RESUMEN

Objetivo: Exponer un caso de úlcera gástrica perforada, clasificación, medios diagnóstico-terapéutico; resultados inmediatos, y repercusiones a largo plazo. **Sede:** Hospital Municipal Los Pinos, Segundo Nivel La Paz, Bolivia **Diseño:** Presentación de caso clínico **Introducción:** La úlcera gástrica es pérdida circunscrita de tejido, se produce en áreas lábiles expuestas al jugo gástrico **Caso clínico:** Paciente femenino de 78 años, realizado estudios imagenológicos y laboratoriales, evidencia cuadro compatible con úlcera gástrica perforada. Se realizó resección de bordes de la úlcera para biopsia, ulcerorrafia y parche de epiplón. El reporte patológico fragmentos de mucosa gástrica compatible con metaplasia intestinal e hiperplasia regenerativa atípica. Se solicita endoscopia digestiva alta informa: gastritis erosiva y biopsia para H. Pylori (+). Se inicia tratamiento para erradicación, nuevo control endoscópico el cual es normal y biopsia para H. Pylori (-). **Discusión:** Estudios básicos; como radiografía de tórax o abdomen mantienen vigencia en el diagnóstico de esta entidad. La cirugía puede ser por vía abierta o laparoscópica pero el estado clínico y la enfermedad comorbida dictan que procedimiento seguir; además debe erradicarse el H. pylori, porque se asocia en 70% a la úlcera gástrica.

Palabras claves: Úlcera gástrica, abdomen agudo, ulcerorrafia

ABSTRACT

Objective: To present a case of gastric ulcer perforated classification, therapeutic means; immediate results and long-term impact. **Venue:** Municipal Hospital Los Pinos, second level La Paz, Bolivia **Design:** presentation of clinical case **Introduction:** gastric ulcer is circumscribed tissue loss, occurs in labile areas exposed to gastric juice clinical case: 78-year-old female patient, imaging and laboratory, evidence box compatible with gastric ulcer perforated. Held resection of edges of the ulcer for biopsy, suture of ulcer and patch of omentum. The report compatible with intestinal metaplasia and regenerative hyperplasia, atypical gastric

* Cirujano General – Laparoscopista Hospital Municipal Los Pinos
Docente Asistencial Internado Rotatorio en Cirugía General

** Médico de Urgencias Hospital Municipal Los Pinos
Docente Asistencial Internado Rotatorio

CENTRO DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO DE INVESTIGACION:
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS DE SEGUNDO NIVEL LA PAZ – BOLIVIA

Responsable: Dr. Mauricio V. Aguila Gómez

Dirección: Ciudad Satélite Plan 129 Calle 10-A N° 295

E-mail: b_realcb4@hotmail.com - Celular: 718-57376

mucosa pathological fragments. Apply for upper endoscopy reports: erosive gastritis and biopsy for H. Pylori (+). Begins treatment for eradication, new endoscopic control which is normal and biopsy for H. Pylori (-).

Discussion: *Basic studies; as x-ray of thorax or abdomen remains effective in the diagnosis of this entity. Surgery can be open or laparoscopic but clinical status and disease mobility dictate that procedure followed, also must be eradicated H. pylori, because he is associated gastric ulcer in 70%.*

Key words: *ulcer gastric, acute abdomen, suture ulcer*

INTRODUCCIÓN

La úlcera gástrica es una pérdida circunscrita de tejidos que alcanza la mucosa, submucosa y muscular; se produce en áreas más lábiles en el estómago expuestas a la acción del jugo gástrico. El primer reporte conocido de una úlcera gástrica perforada fue documentado en el año 167 a.C. El primer caso exitoso de reparación de úlcera gástrica perforada corresponde a Taylor J.W. reportado en 1886. Hasta principios del siglo XX, la enfermedad ácido péptica era considerada como una enfermedad asociada con hábitos alimentarios y estrés, y el tratamiento consistía en reposo y dieta libre de irritantes; así como el tratamiento de sus complicaciones mediante procedimientos quirúrgicos de escasa o nula eficacia.⁽¹⁾

La perforación es la complicación más grave; se presenta en 1 a 6% de pacientes ulcerosos, de los que hasta en un tercio de los casos es su primera manifestación. Predomina en edades avanzadas, más en varones. Su localización un 20% en el antro gástrico, y 20% en cuerpo gástrico. A pesar de la disminución de la enfermedad ulcerosa en los últimos años; durante el decenio pasado, los índices de admisión por perforación de ulcera aumentaron por lo que esta complicación se ha mantenido constante. Constituye una entidad que no está exenta de mortalidad, sobre todo en ancianos, llegando en algunos estudios registrados 5 a 7 fallecimientos por cada 100.000 habitantes en otras series se registra de 15 a 20%; siendo esta secundaria al fenómeno séptico en la mayoría de los enfermos.⁽²⁾

Dentro los factores predisponentes, esta el consumo de AINES, el cual es más influyente en el desarrollo de la perforación; 33 a 70% de pacientes que sufren esta complicación tienen historia previa de consumo de estos, en muchos casos no prescritos por un médico. Respecto al papel de la infección por *Helicobacter pylori*, no hay datos concluyentes que certifiquen su papel patogénico aislado, pero es frecuente que su presencia se asocie a otros factores sí implicados. Tokunaga y colaboradores demostraron que más del 85% de pacientes con úlcera gástrica perforada, este germen se encuentra presente. Otros factores independientes son el consumo de tabaco y alcohol que se ha asociado a esta patología.⁽³⁾

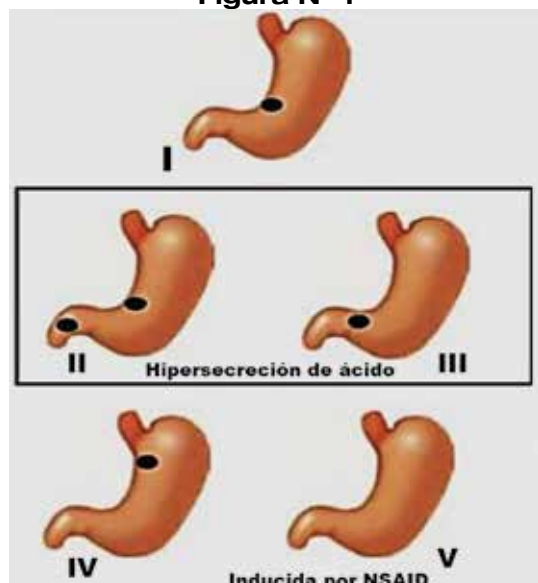
Si bien casi todas las úlceras gástricas perforadas son prepilóricas, se reconocen 5 localizaciones de úlceras gástricas perforadas, según la clasificación propuesta por Jhonson.⁽⁴⁾ (Cuadro N° 1, Figura N° 1)

Cuadro N° 1
CLASIFICACIÓN DE JHONSON PARA ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA

| GRADO | HALLAZGOS |
|-------|--|
| I | Primaria a nivel de la curvatura menor |
| II | Gástrica y duodenal combinadas |
| III | Pre pilórica |
| IV | Yuxtaesofagica |
| V | Relacionada con fármacos AINES |

FUENTE: Zinner J., Ashley SJ. Maingot: Operaciones Abdominales Tomo II, Decimoprimer edición, Editorial McGraw Hill, Impreso en México 2008, Pág. 356-375

Figura N° 1



FUENTE: Zinner J., Ashley J. Maingot: Operaciones Abdominales Tomo II, Decimoprimer edición, Editorial McGraw Hill, Impreso en México 2008, Pág. 356-375

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 78 años, refiere cuadro clínico de 2 días de evolución, posterior a ingesta de analgésicos y antiinflamatorios; caracterizado por dolor abdominal urente en hemiabdomen superior, de moderada a gran intensidad, distensión abdominal progresiva y malestar general. Antecedente quirúrgico de cirugía ocular, diagnosticada de gastritis crónica por endoscopia hace 10 años y tratamiento para *H. pylori* no recuerda medicación. Niega alergias. Por tanto es internada en el servicio de medicina interna con diagnósticos de gastritis crónica y suboclusión intestinal. Se solicitan estudios laboratoriales y ecográficos de ingreso, sin hallazgos patológicos solicitan interconsulta por cirugía de guardia descartando patología quirúrgica de urgencia.

Por agravamiento de cuadro sintomatológico y descompensación hemodinámica abrupta en 24Hrs., solicitan nueva interconsulta por cirugía general. Paciente durante la valoración; en mal estado general, álgida febril, piel y mucosas diaforéticas, deshidratadas

y pálidas. Signos vitales: F.C.: 105 lat./min, P.A.: 80/50 mmHg, F.R.: 24 resp./min., T: 36.4°C. Examen cardiopulmonar normal. Abdomen distendido de forma generalizada RHA (-), dolor a la palpación profunda en todos los cuadrantes abdominales; con signos de irritación peritoneal; Geneau de Musey (+), Blumberg (+), Dumphy (+), timpanismo generalizado, signo de Joubert (+). Resto de examen semiológico normal, consciente y orientada, Glasgow 15/15.

Se solicita estudio laboratorial que evidencia: glóbulos rojos 5.564.000/mm³, Hematocrito 53%, Hemoglobina 16.9g/%, glóbulos blancos 5.800/mm³, segmentados 60, glicemia 77 mg/dl, creatinina 3.0 mg/dl. Nitrógeno ureico 39mg/dl T. protrombina 12seg., actividad 100%. Proteína C reactiva 24mg/dl, amilasa 1548UI/L. Radiografía simple de abdomen evidencia dilatación de asas delgadas además de aire a nivel subdiafragmático derecho (Figura 2 y Figura 3). Ecografía rastreo abdominal informa íleo generalizado, abundante líquido libre en todo el marco abdominal, intenso meteorismo, colelitiasis.

Figura N° 2



Fuente: Propia

Figura N° 3



Con los datos clínicos y exámenes complementarios; llega al diagnóstico por el servicio de cirugía general de: **“sepsis a foco abdominal, abdomen agudo quirúrgico peritonítico, peritonitis generalizada, úlcera gástrica perforada, fracaso renal agudo prerenal, deshidratación moderada”**. Por tanto es programada a cirugía de urgencia previa valoración cardiológica (Goldman III/IV) y anestésica preoperatorio (ASA III), además de firma del consentimiento informado para laparotomía exploradora.

Se realiza abordaje abdominal en hemiabdomen superior, incisión mediana supraumbilical, acceso a cavidad abdominal, salida de abundante aire, líquido libre en cavidad +/- 1000ml biliointestinal, natas de fibrina, exploración de región gástrica, a nivel de cara anterior de estómago región prepilórica perforación de +/- 2cm de diámetro, bordes regulares fibroticos resección de los mismos para envío de biopsia, ulcerorrafia en 2 planos más refuerzo con parche de epiplón, lavado y drenaje de cavidad; cierre de herida operatoria por planos.

Se da diagnóstico post operatorio de: **“shock séptico a foco abdominal, Abdomen agudo quirúrgico peritonítico, por peritonitis generalizada química, úlcera**

gástrica perforada Jhonson grado III, fracaso renal agudo prerenal”. Paciente de alto riesgo pasa a sala de UTI, permanece en dicho servicio por 4 días con soporte vasoactivo nutrición parenteral total y antibioticoterapia de amplio espectro, luego pasa a sala común donde se continúa tratamiento. La evolución post operatoria es lenta favorable, es dada de alta a los 21 días.

El reporte histopatológico es: “fragmentos de mucosa gástrica compatible con úlcera gástrica perforada, segmentos de epitelio con metaplasia intestinal e hiperplasia regenerativa atípica (grupo III). Se solicita endoscopia digestiva alta a 2 meses después de la cirugía, diagnóstica: gastritis erosiva se tomó muestra para H. Pylori con resultado positivo. Se inicia tratamiento para erradicación del mismo: amoxicilina 1gr. vía oral cada 12Hrs, claritromicina 500mg vía oral cada 12Hrs. omeprazol 20mg vía oral cada 12Hrs. hidróxido de aluminio /magnesio media hora después del almuerzo y cena; por un periodo de 2 semanas. Se realizó nuevo control endoscópico, el cual reporta estudio normal y biopsia negativa para H. Pylori. Dándose de alta médica en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

La enfermedad úlcero-péptica aun

es un problema de salud que debe prestársele atención; pese a que farmacológicamente ha cambiado la historia natural de la enfermedad desde el descubrimiento de los bloqueadores H₂; los inhibidores de la bomba de protones y el descubrimiento del H. Pylori y su tratamiento de erradicación; han reducido el papel del cirujano en el tratamiento electivo de esta enfermedad. Pero existen grupos expuestos, como los consumidores crónicos de AINES sin control médico alguno, que puede conducir a complicaciones graves como la perforación que requerirá manejo quirúrgico de urgencia en la mayoría de los casos poniendo en riesgo la vida.⁽⁵⁾

Las úlceras gástricas perforadas pueden plantear un desafío en algunas situaciones clínicas. El diagnóstico clínico precoz es favorecido por la experiencia del grupo quirúrgico tratante; y para lo cual, estudios simples y básicos; como radiografía de tórax o abdomen simple en posición de pie mantienen su plena vigencia. La ecografía abdominal puede ser utilizada para descartar otras patologías, principalmente de origen biliar; pero en el diagnóstico propiamente de úlcera perforada es de muy bajo rendimiento. La mortalidad en ancianos es debida a varios factores; como el retraso en el diagnóstico y por lo tanto en el tratamiento, lo que es directamente proporcional al desenlace quirúrgico. Los factores específicos asociados a mortalidad temprana es; edad mayor de 75 años, calificación de la sociedad americana de anesestesiólogos clase III-IV y cirugía mayor. Un estudio en 1889 pacientes de 65 años y mayores; que se les realizó cirugía, encontró que la severidad de la enfermedad era el mayor predictor de morbilidad-mortalidad y duración de la estancia hospitalaria.⁽⁶⁾

La indicación para operaciones por enfermedad ulcero gástrica y la selección de las mismas; ha evolucionado durante el decenio pasado como consecuencia de la terapia médica. La mayoría de los cirujanos ahora selecciona la operación más simple y rápida que aborde la

complicación, mientras que minimice los efectos secundarios gastrointestinales postoperatorios. Aunque existen publicaciones que mencionan el manejo no quirúrgico de esta entidad, el tratamiento es esencialmente quirúrgico. Entre más rápido y oportuno se haga el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico sea llevado a cabo; mejor pronóstico será para el paciente. Un diagnóstico tardío se asocia con una mortalidad superior al 90% comparado al 0-10% observado con tratamiento oportuno.

La cirugía puede realizarse ya sea vía abierta o laparoscópica, con resultados equivalentes; pero el estado clínico y la enfermedad comorbida dictan cual procedimiento quirúrgico debe elegirse para el abordaje. La reparación de una úlcera gástrica perforada puede efectuarse con un simple cierre con sutura, con parche de epiplón (Graham) suturado o grapado, con pegamento de fibrina, con esponja de gelatina, o mediante el uso de tapón de ligamento redondo o falciforme, entre otros métodos. El cierre primario y parche de Graham se convirtió en el método predilecto de un sinnúmero de instituciones. Es técnicamente fácil de realizar y muy confiable, sobre todo en pacientes de alto riesgo. En Francia 1990, Phillippe Mouret et al., reportaron la primera reparación laparoscópica exitosa de una úlcera péptica perforada. Desde entonces, grandes series de pacientes tratados exitosamente con cirugía de mínima invasión han sido reportadas. Aparentemente, el tratamiento vía laparoscópica es efectivo, goza de tasas aceptables de morbi-mortalidad comparado con la cirugía convencional. Pero los pacientes que se presentan en shock en el momento de la admisión, o síntomas durante más de 24Hrs., requiere manejo orientado a una operación abierta, la cual evoluciona mejor. Una vez realizado alguno de los procedimientos anteriores, menciona la literatura que debe erradicarse el H. pylori, porque su presencia se asocia en

un 70% a la úlcera gástrica. El 92% a úlcera duodenal y 30% restante de las úlceras gástricas se asocian al uso de antiinflamatorios no esteroideos. Está claro que si logramos detectar factores de riesgo de morbi-mortalidad para la cirugía de urgencia gástrica como son: edad, shock preoperatorio, grado de infección – peritonitis de la cavidad abdominal y hacer hincapié con el término cirugía geriátrica, que tiene una fisiopatología diferente a la cirugía de adultos, y se toma en cuenta esto, la mejor decisión quirúrgica será tomada y quizás el beneficio final será solo para cada paciente en particular.⁽⁷⁾⁽⁸⁾

La paciente que nos tocó operar, se realizó el procedimiento indicado de cirugía abierta ulcerorrafia y parche de Graham; esto de acuerdo al análisis de la

historia clínica, tiempo de evolución y de sus factores de riesgo muy particulares, que en determinado momento se tuvo que cambiar la conducta quirúrgica. Se debe tomar en cuenta que no a todos los pacientes se les puede ofrecer tratamiento laparoscópico, ya que para cada caso hay una conducta en particular a seguir y como es de conocimiento por la severidad del cuadro y las modificaciones que produce el capnoperitoneo a nivel fisiológico en general y abdominal, puede ser perjudicial más que beneficioso. Es de ahí siguiendo un párrafo dado que indica “hacer el máximo bien con el mínimo mal, hacer solo lo necesario”.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

REFERENCIAS

1. Noguiera C, Silva A, Nuñez J, Gómez A., *Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality. World J Surg* 2003; 27: 782-787.
2. Butte M., Dagnino B., Tapia Á., Llanos J., *Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca, Rev. Chilena de cirugía Vol. 59 – N°1 Febrero 2007, Pág. 16-21*
3. Bak I, Jorgensen T, Bonnevie O, Gronbaek M, Sorensen T. *Smoking and alcohol intake as risk factors for bleeding and perforated peptic ulcer: A population- based cohort study. Epidemiology* 2000; 11: 434-439.
4. Zinner M., Ashley S., Maingot: *Operaciones Abdominales Tomo II, Decimoprimera edición, Editorial McGraw Hill, Impreso en México 2008, Pág. 356-375*
5. Salas J., Irineo A., Contreras E., García C., *Úlcera Péptica, Caso clínico, Boletín médico Medicina UAS, México, Bol. Med. Núm. 7, Vol. 1 Marzo-Abril 2005 Pág. 25-30*
6. Núñez A., Méndez M., Jiménez C., Espaillat H., *Úlcera péptica perforada, Rev. Med. Vol.65 Enero-abril 2004 Pág. 7-8*
7. Morris F., Gálvez C., Villegas O., Rodríguez L., *Reparación laparoscópica de úlceras pépticas perforadas. Una realidad en el Texas Endosurgery Institute, Asociación mexicana de cirugía endoscópica, Vol. 6 N°2, Abril-junio 2005 Pág. 74-78*
8. González L., *Abordaje laparoscópico de úlcera gástrica perforada, UNAM, México Vol. 54, N° 2. Marzo-Abril 2011 Pág. 41-45*