



MANEJO QUIRURGICO ACTUAL DE LA ULCERA PEPTICA PERFORADA

**AUTORES: INTERNA. MACARENA FERRADA STANGE
PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE**

Introducción

En la actualidad el tratamiento de la úlcera péptica ha variado considerablemente con respecto a los procedimientos efectuados hace más de medio siglo, principalmente por la introducción de nuevos agentes farmacológicos como los inhibidores de la bomba de protones y los inhibidores H₂, y la pesquisa activa de *Helicobacter pylori* (HP) y su erradicación, determinando abordajes quirúrgicos menos invasivos con menor morbimortalidad asociada.

La úlcera péptica se define como un defecto en la pared gástrica o duodenal que se extiende desde la mucosa hasta capas más profundas de la pared, la cual se desarrolla y persiste en función de la actividad ácido-péptica del jugo gástrico.

Según publicaciones internacionales la incidencia de la úlcera péptica complicada es de 0.0007 personas por año y se estima que la incidencia de perforación de la úlcera péptica es de 4 - 14 casos por 100,000 individuos al año¹. La prevalencia de la patología ha disminuido en países desarrollados y está supeditada a la presencia del HP, obteniendo una tasa de 6 a 10 veces mayor que en individuos no infectados.

La perforación complica a 2-10% de los pacientes con úlcera péptica, obteniendo la tasa de mortalidad más alta. Los factores de riesgo para las complicaciones de la úlcera fueron medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, consumo de aspirina, Infección por HP y un tamaño de úlcera mayor de 1 cm¹. Es más frecuente en el varón que en la mujer y la perforación suele producirse en la región pilórica-duodenal (80 %), seguida de la gástrica (20 %).²

Se debe sospechar perforación de úlcera péptica en todo paciente con historial consistente de enfermedad ulcerosa que desarrolla repentinamente dolor abdominal intenso y difuso, taquicardia y rigidez abdominal, siendo una entidad de carácter grave, que no está exenta de mortalidad, siendo esta secundaria al fenómeno séptico en la mayoría de los enfermos³.

El manejo de la úlcera péptica perforada de elección es la resolución quirúrgica mediante el cierre del defecto más un segmento de omento, conocido como parche tipo Graham o para úlceras perforadas cercanas al píloro vagotomía troncal más piloroplastía.

La siguiente revisión se centrará en el manejo quirúrgico actual para la úlcera péptica perforada.

Objetivo general

1. Revisar el manejo actual de la úlcera péptica perforada.

Objetivos específicos

1. Comparar los resultados obtenidos entre el manejo conservador versus el manejo quirúrgico.
2. Comparar los resultados obtenidos entre abordaje laparoscópico versus laparotomía.

Material y método

La revisión fue elaborada usando la base de datos PubMed y UpToDate, Guías clínicas de la asociación española de cirujanos, y a través de MESH usando las palabras clave: úlcera péptica, perforación, víscera hueca, tratamiento quirúrgico, Graham, piloroplastía. Los estudios se analizaron de manera individual, virtual y corresponden a los años comprendidos entre el 2000 y 2020.

Resultados

El manejo inicial posterior al diagnóstico de perforación de úlcera péptica incluye la inserción de sonda nasogástrica aspirativa, reemplazo de volumen intravenoso, tratamiento con inhibidor de la bomba de protones y antibióticos de amplio espectro. Una vez estabilizado el paciente se debe decidir si se realizará un abordaje quirúrgico o no⁴.

El método de Taylor, señala que mediante aspiración continua se consigue el cierre espontáneo del orificio ulceroso. En 1946 fue sometido a revisión en un estudio que incluyó 208 pacientes manejados con el método aspirativo, frente a 48 intervenidos quirúrgicamente, con tasas de mortalidad global de 11% versus 2,5% en los aspirados⁴. En un estudio clínico aleatorizado donde se compara el método de Taylor versus el cierre quirúrgico, se evidencia que no existen diferencias en la morbilidad ni la mortalidad, sin embargo, la estadía hospitalaria fue mayor en el grupo con tratamiento médico⁵.

En 1989 Croft et al. llevo a cabo un ensayo prospectivo aleatorizado que compara la cirugía de emergencia y el manejo conservador, donde se incluyeron 83 pacientes asignados aleatoriamente. En el grupo de manejo conservador, un 28% no tuvo mejoría clínica después de 12 h y requirió ser sometido a operación. Las tasas generales de mortalidad en los dos grupos fueron similares (5%) y no difieren significativamente en las tasas de morbilidad con un 40% para manejo quirúrgico y un 50% en el manejo conservador. Las indicaciones para llevar a cabo el manejo médico según la Sociedad Japonesa de Gastroenterología⁶ son: inicio de cuadro clínico menor de 24 h, reinicio de sensación de hambre, hemodinamicamente estable, síntomas de irritación peritoneal localizado en cuadrante superior y escasa ascitis.

De acuerdo con las indicaciones de la sociedad japonesa, el procedimiento quirúrgico más recomendado actualmente, corresponde a lavado peritoneal asociado a cierre del agujero perforado con refuerzo omental, procedimiento descrito con recomendación 1, evidencia A.⁶ Varios estudios que compararon el cierre de sutura con o sin parche omento no encontraron diferencias en la tasa de fuga de la línea de sutura o la morbilidad y mortalidad⁷. El tipo de

sutura depende de la preferencia del cirujano y varía con la calidad del tejido en los márgenes de la úlcera.

Se debe considerar el cierre de la lesión con refuerzo omental en el contexto de shock continuo, presentación tardía, comorbilidades médicas significativas o contaminación peritoneal significativa, además en pacientes que nunca han sido tratados por enfermedad de úlcera péptica y que son candidatos para inhibidores de la bomba de protones y terapia con antibióticos para HP.

Por otro lado, se ha descrito que en úlceras gástricas el escenario suele ser distinto, con una mortalidad asociada del 10-40% independiente del tratamiento efectuado. La resección de la úlcera gástrica puede aumentar la morbimortalidad del procedimiento, deformar el estómago y no ser útil para el estudio anatomopatológico por alteración del tejido debido al proceso inflamatorio⁷, por lo que, el enfoque preferido es la gastrectomía parcial con inclusión de la úlcera.

Una vez establecido que el manejo de la úlcera péptica perforada es de resolución quirúrgica, es importante definir el abordaje de ésta: abierto o vía laparoscopia.

En un estudio retrospectivo realizado por Domínguez et al. que incluyó a 112 pacientes, con 60 individuos en el grupo laparoscópico y 52 pacientes en el grupo de abordaje abierto, concluyó que la mediana de duración de los síntomas agudos fue menor en los pacientes del grupo laparoscópico (6 h) en comparación con los del grupo abierto (12 h). La morbilidad fue similar en ambos grupos y la mediana de estancia hospitalaria fue significativamente menor en el grupo laparoscópico (6 vs. 8 días; $p = 0,041$)⁸. De igual modo, en el metaanálisis realizado por Cirocchi et al. Se comparó la cirugía laparoscópica versus la cirugía abierta. El estudio identificó 8 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 615 pacientes (307 laparoscópica y 308 abierta). La reparación laparoscópica evidenció menor dolor postoperatorio en las primeras 24 h después de la cirugía y menos infecciones postoperatorias de la herida. No se encontraron diferencias significativas entre la cirugía laparoscópica y la cirugía abierta para la mortalidad postoperatoria general, la fuga de la reparación de la sutura, los abscesos intraabdominales y la tasa de re-operación⁹.

Discusión

Como se comentó anteriormente, el tratamiento de la úlcera péptica ha variado considerablemente con respecto a los procedimientos empleados hace más de medio siglo, siendo hoy relevante, en primera instancia para su manejo, las características del cuadro clínico y la edad del paciente en cuestión, pudiendo ser abordada de manera conservadora o de manera quirúrgica. El principal objetivo a la hora de manejar quirúrgicamente la complicación de esta patología, es la resolución de la urgencia del cuadro sobre el manejo definitivo. Esto es así, ya que existe mayor disponibilidad de inhibidores de la bomba de protones e inhibidores de receptores H₂ asociado a la pesquisa y erradicación del HP¹⁰. En relación con la técnica quirúrgica de elección, la sociedad japonesa de gastroenterología sugiere el cierre primario del defecto con refuerzo omental, con lo que se ha logrado obtener una mortalidad del 5.5%¹. Por

otra parte, se ha descrito que la mortalidad para perforación de úlcera gástrica es elevada independiente del manejo que se realice.

En relación con el abordaje quirúrgico laparoscópico ha demostrado mejores resultados debido a menor dolor post operatorio, menor porcentaje de complicaciones post operatorias y una menor estadía hospitalaria, lo que se traduce en un mejor resultado para el paciente y para el servicio de salud, al disminuir los costos hospitalarios.^{9,10}

Se concluye que la perforación de la úlcera péptica a pesar de tener una baja prevalencia, es una patología vigente y de resolución quirúrgica de urgencia dado la alta mortalidad que conlleva, especialmente por el cuadro séptico asociado. En primera instancia hay que estabilizar al paciente y ofrecer el manejo operatorio de manera individual, dependiendo del tiempo de evolución del cuadro, del compromiso hemodinámico del paciente, del cuadro séptico subyacente, entre otros, lo que determinará el abordaje quirúrgico principalmente. Es por esto, que actualmente el manejo se define quirúrgico hasta que se demuestre lo contrario, obteniendo una baja mortalidad con la técnica de elección anteriormente descrita.

Bibliografía

- 1) Vakil MD. Peptic ulcer disease: Epidemiology, etiology, and pathogenesis. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on May 02, 2020.)
- 2) Perez et al. (2019). Cirugía de urgencias. Guías clínicas de la asociación española de cirujanos 20, volumen II.
- 3) Taylor H. Perforated peptic ulcer; treated without operation. *Lancet* 1946; 2: 441-4.
- 4) Andrade H. Tratamiento quirúrgico actual de la úlcera péptica. 2003, México
- 5) Martínez Nelson, Barrios Villalba Javier Tadeo, Zelada Álvarez Ismael, González Miltos Eduardo, Pérez Ortega Rodrigo Fabián, Pederzoli Rodrigo. MANEJO DE las ÚLCERAS PÉPTICAS PERFORADAS. AÑOS 2005 a 2013: MANAGEMENT OF ULCERS PEPTIC PERFORATED. YEARS 2005-2013. *Rev. Cir. Parag.* [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 May 10]; 38(2): 8-11. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-4202014000200002&lng=en.
- 6) Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. *J Gastroenterol*.
- 7) Turner Jr WW, Thompson Jr WM, Thala ER. Perforated gastric ulcers. A plea for management by simple closures. *Arch Surg* 1988;123(8):960—4
- 8) Domínguez et a. (2012). Tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada: comparación entre los abordajes laparoscópico y abierto.
- 9) Butte B Jean Michel, Dagnino U Bruno, Tapia V Álvaro, Llanos L Jorge. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca: Experience of a regional hospital. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2007 Feb [citado 2020 Mayo 10]; 59(1): 16-21
- 10) Tarasconi et al (2020), Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines