

11209
58
24°

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

E INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL

"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

TITULO DEL TRABAJO:

REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES
PARA EL MANEJO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD
ACIDO PEPTICA.

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE: CIRUGIA GENERAL

PRESENTA EL DOCTOR:

MIGUEL ANGEL MENDEZ MONTENEGRO.

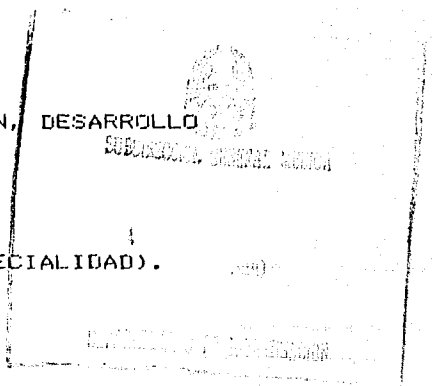
DR. JORGE ROBLES ALARCON.

(COORDINADOR DE CAPACITACION, DESARROLLO
E INVESTIGACION).

DR. JOSE LUIS ANAYA ROCHA.

PA (PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD).

FALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

En los ultimos tres decenios se ha reducido la incidencia de la ulcera duodenal. Aunque las hospitalizaciones por ulcera duodenal en hombres ha bajado, aumento su numero en mujeres. Para 1981 la prevalencia de ulcera duodenal en hombres y mujeres era igual. Como explicacion se han propuesto cambios en la exposicion a factores ulcerogenos ambientales ; y el tabaquismo , factor primordial de riesgo para la ulcera duodenal; en Estados Unidos no han disminuido hospitalizacion y mortalidad por ulcera gastrica, que es mas frecuente en ancianos que la duodenal, y requiere de hospitalizacion mas a menudo. Es probable que la incidencia de ulcera duodenal sea mayor en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva cronica, artritis reumatoide, cirrosis hepatica e hiperparatiroidismo. Tambien parece tener relacion con coronariopatia, enfermedad de Crohn, policitemia, y miastenia gravis, aunque dicha relacion no ha sido establecida en definitiva. Hay por lo menos tres factores que influyen y predisponen al desarrollo de la ulcera: 1) aumento en la capacidad para producir acido lo cual esta directamente en funcion con el numero de celulas parietales en la mucosa gastrica. 2) Incremento en la capacidad de respuesta de las celulas parietales ante estímulos tales como el alimento, la gastrina o la histamina; 3) Aumento en la actividad vagal y en la accion de sustancias estimulantes como la gastrina. Los pacientes con ulcera duodenal tienen casi el doble de celulas parietales que la poblacion normal. Hay farmacos que habitualmente consideramos como predisponentes o causantes de la ulcera duodenal. Contrariamente a lo que se piensa no se ha demostrado que los esteroides sean ulcerogenicos, cuando se les administra en dosis modicas, a pesar de que estimulan la secrecion acida gastrica. Tambien se ha sugerido que el alcohol es ulcerogenico; sin embargo no produce un aumento en la secrecion acida gastrica y tampoco se ha demostrado una predisposicion de los alcoholicos a desarrollar con frecuencia ulceras de este tipo. El acido acetil salicilico es un irritante gastrico que produce erosiones y probablemente predisponga a la ulcera cuando se ingiere en dosis de 1.2 gr. a 2.4 gr. por dia.

Las úlceras pépticas se resuelven mucho mayor lentitud en fumadores que en los que no tienen este hábito; la combinación del ácido acético salicílico y tabaco es particularmente perniciosa en esos casos. El análisis cuidadoso de los factores de estrés también ha sido obstaculizado por el hecho de que no existen modelos animales que produzcan en forma adecuada la enfermedad péptica de los humanos. En el individuo ulceroso fueron notables en particular los síntomas de hipocondriasis, la percepción negativa de los eventos cotidianos, la dependencia y la disminución en el ego. Se requiere de estudios prospectivos controlados para establecer el papel de la tensión emocional en el desarrollo de la úlcera péptica.

OBJETIVOS QUIRURGICOS:

El primer objetivo de la terapéutica quirúrgica en caso de úlcera péptica es alterar la diatesis ulcerosa de tal modo que se logre curación y se evite al máximo la recurrencia. El segundo es el tratamiento específico eficaz de complicaciones anatómicas coexistentes, por ejemplo perforación u obstrucción; y por último, la seguridad del paciente y evitarle efectos secundarios crónicos de la operación como tercer objetivo. En el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica la vagotomía desempeña un papel central. Se conocen tres estimulantes celulares para la producción de ácido por las células parietales: 1) acetilcolina de las neuronas vagales, 2) gastrina y 3) histamina. Además, la denervación vagal reduce la capacidad de respuesta de estas a estímulos endógenos como gastrina. Tanto la vagotomía troncal como la de células parietales reducen en grado considerable la producción ácida del estómago, basal o estimulada por alimentos, en cerca del 80% en el postoperatorio temprano. Agregar resección antral a la vagotomía reduce aun más la producción de ácido. La secreción máxima disminuye en casi 85% comparada con cifras preoperatorias. Se cree que esta reducción adicional resulta de eliminar las fuentes antrales de gastrina y desviar los alimentos de las fuentes de gastrina duodenal cuando se emplea la reconstrucción de tipo Billroth II.

Las concentraciones basales de gastrina disminuyen en 48%. Recurrencias de solo 0.2% en una serie de mil gastrectomias parciales por ulcera gastrica cronica han sido reportadas. Una gran comparacion prospectiva de vagotomia mas piloroplastia con vagotomia mas antrectomia informo del fracaso del tratamiento (no lograr curacion inicial, o recurrencia en cualquier momento) en 12% de pacientes del primer grupo y 3% del segundo. No puede afirmarse lo mismo de la vagotomia de celulas parietales; en estudios prospectivos, se ha informado de ulcera recurrente en 7 a 20% de pacientes. La elevada recurrencia se ha atribuido a menudo a la tecnica quirurgica. Ninguna tecnica mostro defunciones postoperatorias, y las complicaciones han sido aceptablemente escasas. Las cirugias de urgencia para ulcera peptica suelen causar una mayor morbilidad y mortalidad sobre todo si se realizan habiendo hemorragia activa.

Las defunciones pueden atribuirse a intervencion tardia, multiples episodios previos de sangrado o transfusion demorada e inadecuada.

Es sorprendente que haya habido poca o ninguna disminucion en la frecuencia de hospitalizacion o intervenciones por ulcera complicada por perforacion o hemorragia.

MATERIAL Y METODO:

Se estudiaron en el hospital "Lic. Adolfo Lopez Mateos" 25 pacientes para tratamiento quirurgico de enfermedad acido peptica complicada en el periodo comprendido entre Marzo 1988 y Noviembre 1990. Entre los pacientes encontramos 15 hombres y 10 mujeres, con edades entre 21 y 78 años. Los metodos de diagnostico utilizados para localizar el sitio de enfermedad acido peptica fueron: endoscopia en 23 casos (92%), con 6 reportes de biopsia entre estos positivos para el diagnostico; SEGID en 8 casos (32%); ademas se hicieron como estudios diagnosticos para descartar patologias concomitantes USG de higado y vias biliares en 5 casos, gammagrama hepato-espleno en 3 pacientes, colon por enema en 1 paciente y colecistografia oral en otro. Presentaron otras patologias agregadas al diagnostico principal 19 pacientes, contandose entre las mas frecuentes: hernia hiatal, en 6 casos, colecistitis cronica litiasica en 3 casos, y entre las enfermedades de resolucion no quirurgica, DM II, H.A.S. y E.P.O.C. El tiempo transcurrido entre el diagnostico de la enfermedad y la realizacion de la cirugia va desde 2 dias, hasta 5 años, con una media de 14.2 meses. Veinte y dos de los pacientes (81%) habian sido sometidos a tratamiento medico previo a la cirugia, siendo los medicamentos utilizados con mayor frecuencia cimetidina, metoclopramida y gel de OH Al y Mg. La indicacion quirurgica en estos pacientes fue por estenosis pilorica en 7 pacientes (28%), sangrado de tubo digestivo alto en 8 pacientes (32%), resistencia al tratamiento medico en 7 pacientes (28%), reflujo gastroesofagico en tres pacientes (12%), y perforacion en 5 pacientes (20%). Solo dos pacientes (8%), presentaron indicaciones simultaneas para la cirugia (estenosis y reflujo gastro-esofagico). En otros dos pacientes (8%) la perforacion se presento como el primer sintoma de la enfermedad acido peptica.

Los metodos quirurgicos utilizados en estos pacientes (figura 1) fueron los siguientes: antrectomia, vagotomia troncular y reconstruccion tipo Billroth II en 15 pacientes (60%); ulcerectomia con cierre primario + parche de Graham en 4 pacientes (16%) de los cuales 3 fueron intervenidos en un segundo tiempo 2 para vagotomia troncular y piloroplastia y uno para Billroth II; otro paciente (4%) fue sometido a vagotomia altamente selectiva (V.H.S.), y los 4 pacientes restantes sometidos a vagotomia troncular y piloroplastia (16%). Solo 4 pacientes (16%) fueron sometidos a dos intervenciones quirurgicas, indicada la primera por cirugia de urgencias, en dos casos secundaria a perforacion, y en otros dos casos secundaria a sangrado de tubo digestivo alto, siendo en todos los casos reintervenidos en un lapso promedio de 3 meses.

Para valorar el beneficio de la cirugia, nos basamos sobre la clasificacion de Visick para la evolucion sintomatologica de estos pacientes sometidos a cirugia por complicacion de ulcera peptica. Los criterios para la clasificacion de Visick son los siguientes:

| GRADO VISICK | DEFINICION |
|--------------|---|
| I | Resultados excelentes; sin sintomas. |
| II | Buenos resultados, no hay quejas voluntarias del paciente en las consultas; las preguntas revelan discretas quejas facilmente controlables. |
| III | Pobres resultados; sintomatologia moderada que no se previene con medidas generales pero que no interfiere seriamente con la vida o el trabajo. |
| IV | Fracaso; sintomas o complicaciones que interfieren con la vida y el trabajo. Incluye todas las ulceras recurrentes comprobadas. |

El tiempo de observacion de nuestros pacientes posterior a la fecha de realizacion de su cirugia, va desde 8 dias hasta 12 meses, con una media en tiempo de 135 dias.

RESULTADOS:

Entre los pacientes encontramos 15 hombres y 10 mujeres, con edades entre 21 y 78 años, con una media de 54 años (figura 2); de estos, 14 (56%) presentaron como diagnostico ulcera gastrica (ver figura 3), 11 en posicion prepilorica (78%), 2 antrales (14%) y 1 en cuerpo gastrico (8%). Los 11 pacientes restantes presentaron ulcera duodenal (44%), todos en la primera porcion duodenal.

La clasificacion de Visick nos dio los siguientes resultados (figura 4): Para el GRADO I hubo 17 pacientes (68%) de los cuales 12 fueron sometidos a Billroth II (70%); 1 a V.H.S. (5%); 4 a vagotomia troncular + piloroplastia (23%) y 1 por ulcerectomia, cierre primario y parche de Graham (5%).

Para el GRADO II quedaron incluidos dos pacientes (8%), los cuales fueron ambos sometidos a Billroth II; uno presento posterior a la cirugia reflujo gastroesofagico 10 meses despues y respondio satisfactoriamente a tratamiento medico; el otro paciente presento evacuaciones diarreicas de presentacion moderada que fueron controladas con tratamiento medico y las cuales no interferian con las actividades normales del paciente ni eran incapacitantes.

Para el GRADO III se clasifico 1 paciente (4%) secundario a una vagotomia + piloroplastia; quien presento como complicacion evacuaciones diarreicas importantes por vaciamiento rapido 4 meses despues de su cirugia, que lo incapacitaban en forma importante.

Para el GRADO IV hubo dos pacientes (8%) con fracaso completo al tratamiento quirurgico, uno posterior a vagotomia troncular y piloroplastia y el otro secundario a ulcerectomia con cierre primario + parche de Graham; con dolor epigastrico urente y vaciamiento rapido, el seguimiento de estos pacientes fue de 4 y 8 meses respectivamente.

El reporte patologico que se recivio posterior a la cirugia corrobora el diagnostico para ulcera en 11 de los 25 pacientes (44%), en 8 pacientes no existio reporte patologico (32%), en dos pacientes fue positivo para adenocarcinoma gastrico (8%) los cuales se manejan despues de la intervencion quirurgica por el servicio de oncologia medica; y otros 4 pacientes (16%) en quienes solo se encontraron datos de gastritis cronica sin evidencia de ulceras ni gastrica ni duodenal.

FOYAS TERCER NO DEBE
ESTAR EN LA BIBLIOTECA

Por los resultados anteriormente mencionados, se excluyeron del estudio tres pacientes en total: dos en quienes fue positivo el resultado patológico para adenocarcinoma gástrico, y otro paciente que falleció 18 días posterior a su intervención quirúrgica (Billroth II), siendo la única defunción (mortalidad global del 4%). El registro de peso antes y después de la cirugía en estos pacientes solo fue posible en dos casos, los cuales presentaron un aumento de 7 y 23 Kg respectivamente, ambos posteriores a procedimiento Billroth II.

Las complicaciones propias de la cirugía se presentaron en el postoperatorio en dos pacientes (1 por sangrado de tubo digestivo alto y otro por vaciamiento rápido y gastritis alcalina), ambos habían sido sometidos a antrectomía, vagotomía troncular y reconstrucción tipo Billroth II; se presentó en total una defunción (4%) ocurriendo 18 días posterior a la cirugía secundaria a fistula enterocutánea por dehiscencia de la anastomosis. La estancia hospitalaria de estos pacientes comprendió desde 5 hasta 54 días, con una media de 16 días. Se hizo determinación de gastrina sérica solo en 2 de los pacientes, (8%), uno de ellos sometido a Billroth I) presentó un valor de 260 pG antes de la cirugía y 13 pG en el postoperatorio (valor normal menor de 110 pG); el otro paciente sometido a V.H.S. presentó valor normal de 40 pG posterior a la cirugía.

CONCLUSIONES:

Las tres complicaciones mas serias de una ulcera duodenal son: hemorragia en el fondo de la ulcera, obstruccion luminal debido a edema o fibrosis en la region ulcerada y perforacion hacia la cavidad peritoneal o hacia el lecho pancreatico. En el presente estudio al igual que en otras series reportadas la complicacion mas frecuente que se presento fue la hemorragia o ulcera sangrante. Los tratamientos quirurgicos utilizados para cirugia de urgencias fueron ulcerorrafia, cierre primario y parche Graham, y ulcerectomia con vagotomia. Los resultados no son satisfactorios a largo plazo si solo se realiza la cirugia de urgencia, debido a que la recidiva es muy alta y el grado dentro de la clasificacion de Visick queda incluido como III o IV; esto no sucede en los pacientes en quienes despues de un lapso de dos a tres meses posterior a esta cirugia de urgencias se les realiza un procedimiento definitivo para el tratamiento de la ulcera sangrante, presentando generalmente buena evolucion y quedando dentro de grados Visick I a II. Para la estenosis el tratamiento de eleccion sera el drenaje quirurgico por medio de una vagotomia troncular y piloroplastia, o bien con una antrectomia y gastroyeyuno-anastomosis, estos pacientes generalmente presentan una buena evolucion presentandose asintomaticos a largo plazo, con bajo indice de recidivas. La perforacion libre de una ulcera peptica hacia la cavidad peritoneal a menudo se relaciona con morbilidad y mortalidad elevadas, sobre todo en pacientes de edad avanzada. En estos casos al igual que con el sangrado de una ulcera, la respuesta al tratamiento sera satisfactoria solo cuando se realiza un procedimiento definitivo posterior al primario que se realiza en urgencias.

DISCUSION:

De los 25 pacientes estudiados en el presente articulo se excluyeron 3 de ellos para los resultados, debido a dos biopsias positivas para cancer gastrico y una defuncion secundaria a un procedimiento Billroth II. De los 22 pacientes restantes, 17 clasificados con grado I de Visick, 2 en grado II, 1 en grado III, y 4 en grado IV.

Los resultados obtenidos para pacientes sometidos a una antrectomia, vagotomia troncular y gastro-yeyuno anastomosis (Billroth II) fueron del 85% en Visick I, y 14% en grado Visick II; de los pacientes sometidos a V.H.S. los resultados son del 100% para grado I de Visick, pero esto no es estadisticamente confiable debido a que solo un paciente fue sometido a este tipo de cirugia entre los 22 incluidos en el estudio (4.5%); para los pacientes con vagotomia troncular + piloroplastia (VI+P) los resultados para el grado I Visick fueron del 66%, y para los grados III y IV del 16%; para la ulcerectomia con cierre primario y colocacion de parche de Graham tampoco son valorables estadisticamente los resultados ya que solo tuvimos tambien un paciente clasificado en grado IV por recidiva completa al tratamiento. Podemos concluir entonces de los presentes resultados que las cirugias mas confiables para que el paciente tenga una mejor evolucion posterior a su tratamiento son: antrectomia, vagotomia troncular y gastroyeyuno anastomosis (Billroth II) asi como vagotomia troncular mas piloroplastia aunque parece ser que esta tiene un mayor numero de complicaciones postquirurgicas y recidivas en cuanto a la sintomatologia de los pacientes. Nosotros recomendamos por lo tanto, utilizar como metodo definitivo para el tratamiento de la enfermedad acido peptica complicada, tanto gastrica como duodenal la realizacion de antrectomia, vagotomia troncular y reconstruccion con gastroyeyuno anastomosis tipo Billroth II el cual presento los mejores resultados y la menor morbilidad en el presente estudio.

TIPO DE CIRUGIA UTIL. PARA EL TRAT. DE LA ULCERA
COMPLICADA

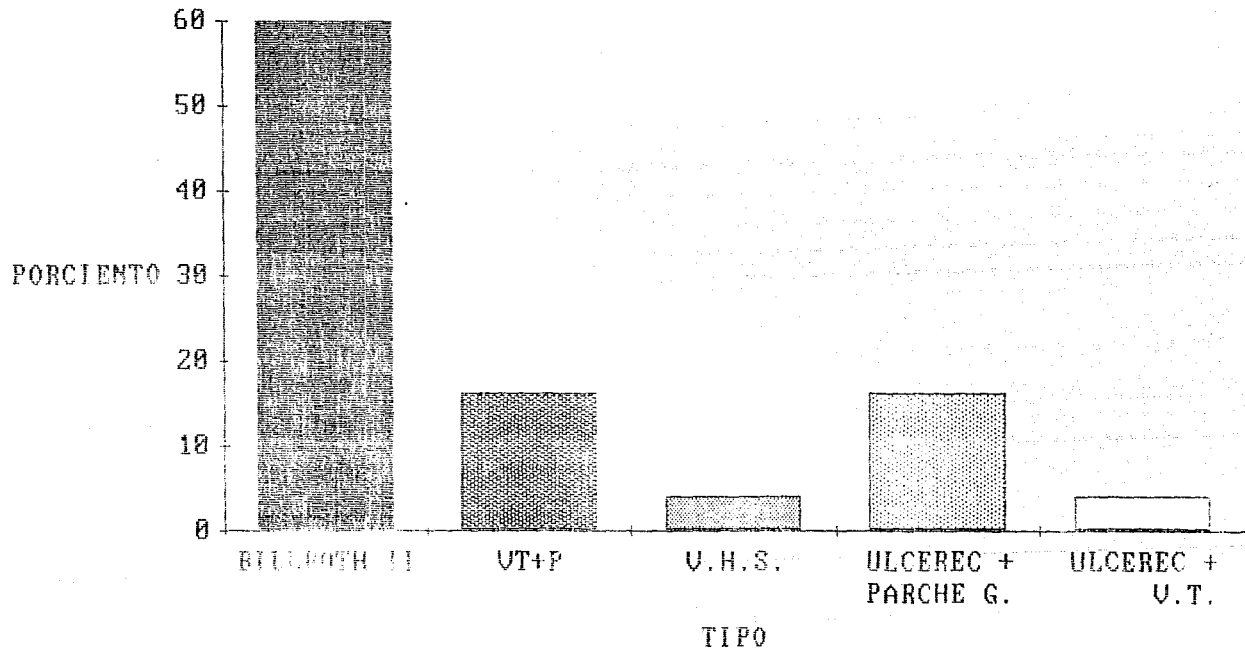


FIGURA 1 .

Fuente: Archivo clínico del Hosp. Reg. Lic. Adolfo López Mateos.

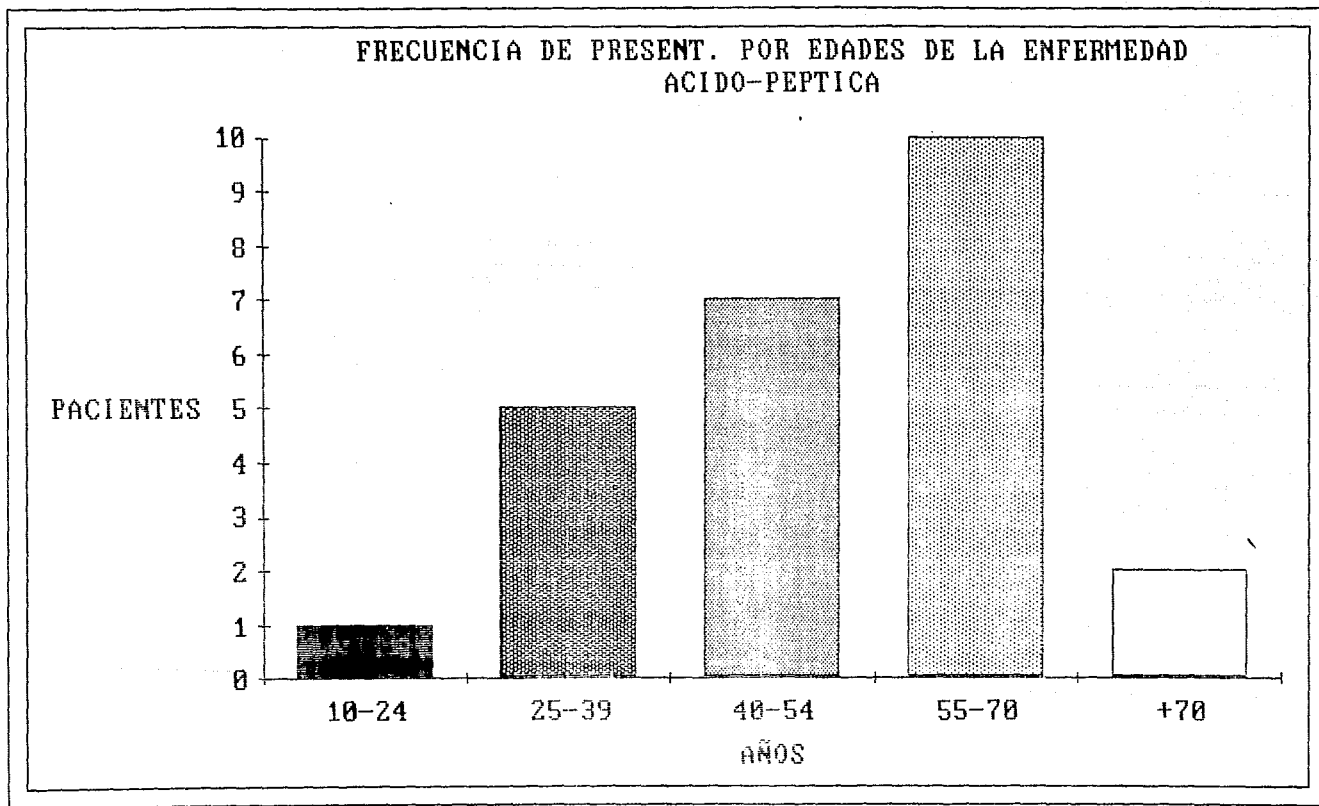


FIGURA 2.

Fuente: Archivo clínico del Hosp. Reg. Lic. Adolfo López Mateos.

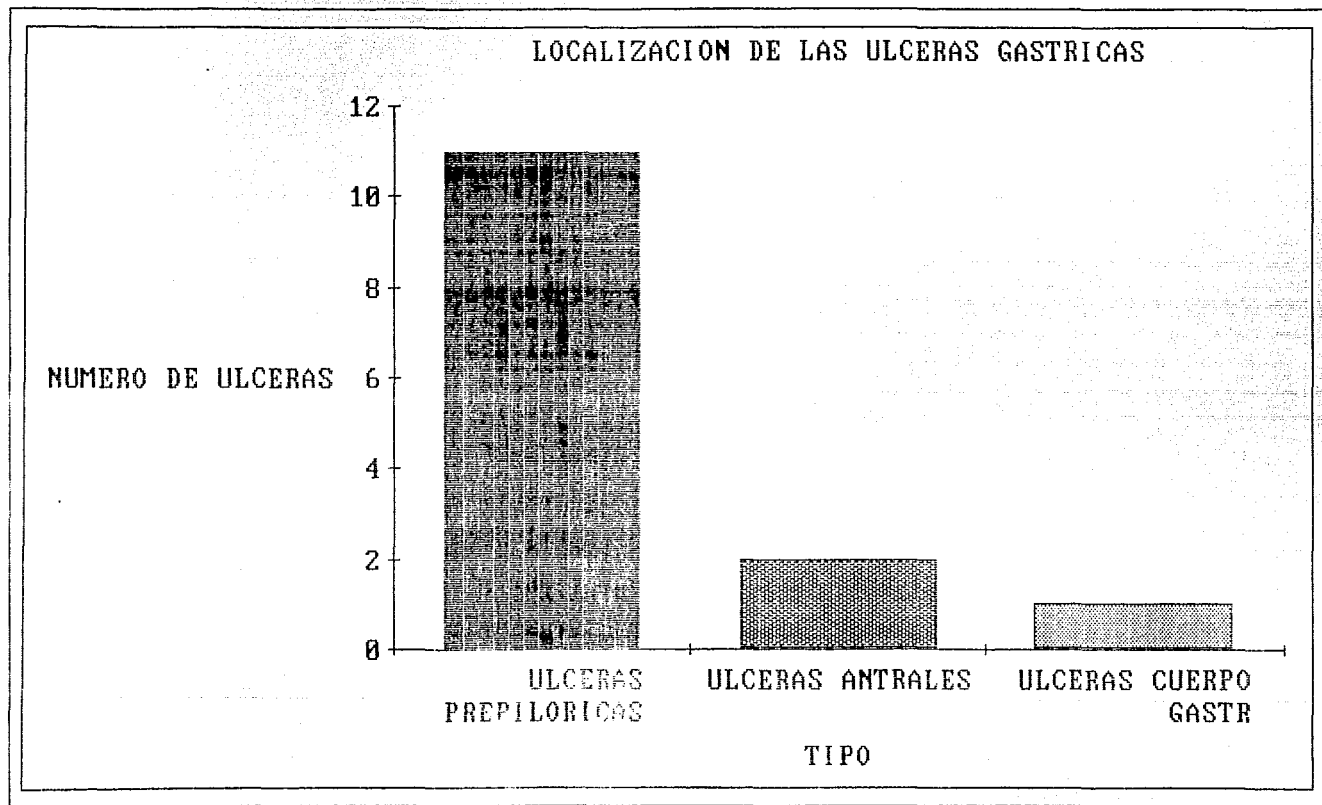


FIGURA 3.

Fuente: Archivo clínico del Hosp. Reg. Lic. Adolfo López Mateos.

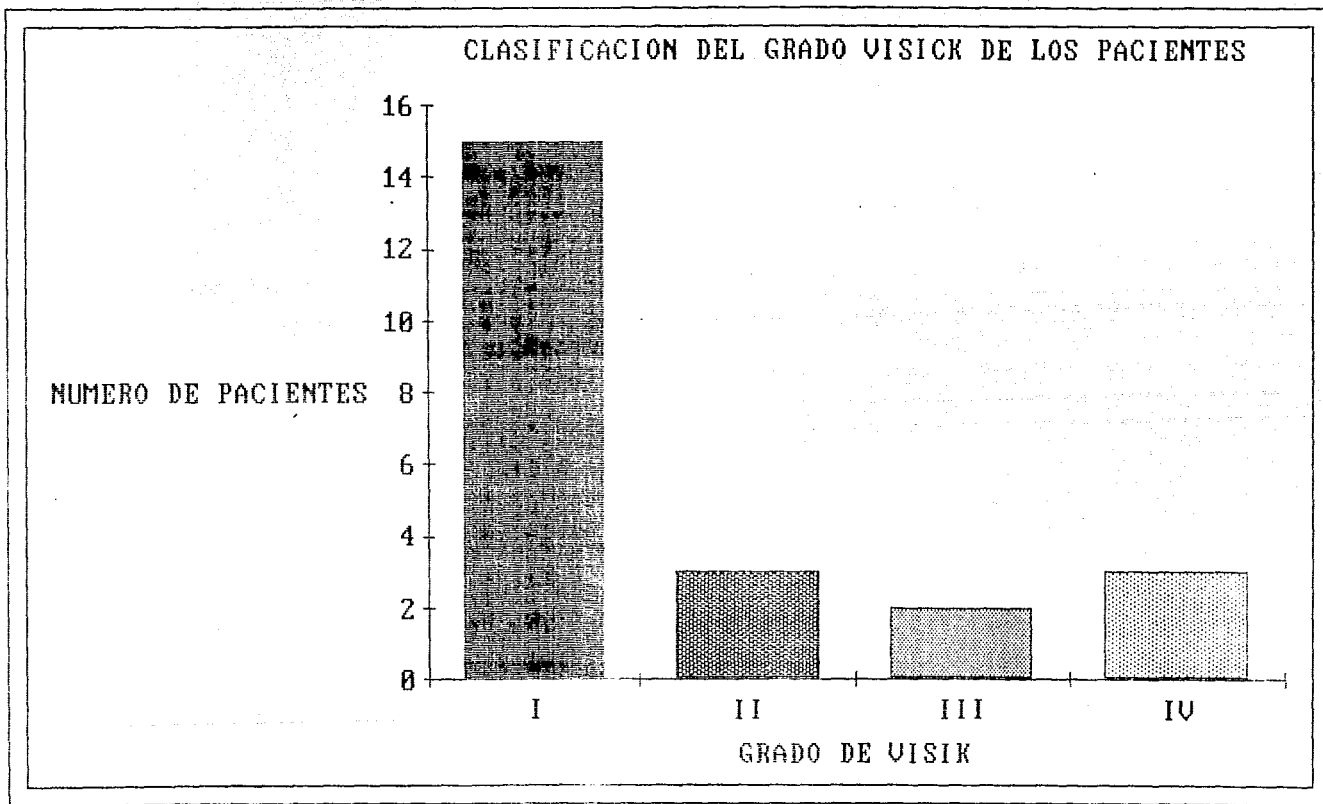


FIGURA 4.

Fuente: Archivo clínico del Hosp. Reg. Lic. Adolfo López Mateos

BIBLIOGRAFIA

1. P.N. Rogers, W.R. Murray and S. Brar. Surgical Management of Bleeding gastric ulceration. Br. J. Surg. 1988. Vol. 75 . January 16-17
2. Michael W. Mulholland and Haile T. Debas M.D. Úlceras duodenal y gástrica crónicas. N. Am. Surg. Clin. Vol. 3 1986. 513- 529.
3. Úlcera peptica. Scientific American Inc. Editora Científica Médica Latinoamericana. 1988,1989. 4 Gastroenterología , 11-1.
4. Beatrice L. Madrazo, Robert D. Halpert, M.D. Computed Tomographic Findings in Penetrating Peptic Ulcer. Radiology 1985; 153: 751-754.
5. J. Lynwood Herrington, Jr. and Jesse Davidson, M.D. Bleeding Gastroduodenal Ulcers: Choice of operations. World J. Surg. 1987. 11, 304-314.
6. Annulf Thiede, and Karl Herman Fuchs, M.D. Pouch and Roux-en-Y Reconstruction After Gastrectomy. Arch. Surg. 1987 Vol 122. 837-842

7. Clifford A. Cranford, and Richard Olson. Gastric Disconnection in the Management of Perforated Giant Duodenal Ulcer. Am. J. Surg. 1988. Vol. 155, March. 439-442.

8. Gregory S. Mc. Gee, and Jhohn Sawyers, M.D. perforated Gastric Ulcers Arch. Surg. 1987 Vol 122 554-561.

9. Hans - Eric Jensen, and Jack Hoffman M.D. Hig Gastric Ulcer. World J. Surg. 1987. Vol 11 . 325-332.

10. Attila Csendes, and Italo Braghetto, M.D. Surgical Treatment of High Gastric Ulcer. Am. J. Surg. 1985. Vol 149, June. 765-769.

11. Bruce D. Schirmer, M.D. Current Status of Proximal Gastric Vagotomy. Ann. Surg. 1989. Vol. 209, No. 2, February. 131-143.

12. Michael W. Mullholland, and Haile T. Debas, M.D. Effects of Intramural Division of Gastric Vagal Fibers on Stimulated Acid Production, Am. J. Surg. 1989. Vol. 157; February. 225-229.

13. Jean Mary Hay and Francois Lacaine M.D. Immediate Definitive Surgery for perforated Duodenal Ulcer Does Not increase operative Mortality: A prospective Controlled Trial. World J. Surg. 1988. Vol 12 705-709.

14. Sven Gustavsson and Keith A. Kelly M.D. Gastrectomia total en enfermedad benigna. Clin Quir. N.Am. 1986; Vol 3.559-569.

15. Attila Csendes and Ittalo Braghetto MD. Type IV gastric. Ulcer: A new hypothesis. Surgery. 1987. March. 361-365.

16. Vendie H. Hooks and Norman S. Williams MD. Gastroesophageal reflux is not increased by highly selective vagotomy. Surg. Gyn. Obst. 1986 Vol. 163. December. 547-551.