

TÍTULO: Cirugía videolaparoscópica en el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal perforada

TITLE: Videolaparoscopic surgery in perforated gastroduodenal peptic ulcer treatment

AUTORES:

- Dra. Nerza Enid Peña Pupo¹
- Dr. Carlos R. Peña Pérez²
- Dr. Ranier Nelson Pupo Carracedo³

PAIS: Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de los pacientes con úlcera péptica gastroduodenal perforada, se les aplicó el tratamiento videolaparoscópico, durante el período enero de 2007 a diciembre de 2009, en el servicio de cirugía general, del Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín", con el objetivo de describir la evolución de estos pacientes. Se utilizaron como variables: edad, sexo, tiempo de iniciada la perforación, técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, índice de conversión, estadía hospitalaria, complicaciones y evolución postoperatoria. Se estudiaron 16 pacientes, el 87,5 % correspondió a los mayores de 40 años. La técnica empleada en el 100% de los pacientes fue la sutura y epiploplastia. Predominó el tiempo quirúrgico de más de 60 minutos (81,2%). Se convirtieron solo 2 pacientes (12,5%) y prevaleció la celulitis del puerto de entrada, como complicación (31,2%). La mortalidad asociada a la enfermedad fue del 6,2%, existió una evolución satisfactoria en el 93,8% de los pacientes estudiados, con una estadía hospitalaria promedio de tres días.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA PÉPTICA GASTRODUODENAL PERFORADA; TRATAMIENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO; COMPLICACIONES.

ABSTRACT

A descriptive, transversal study was carried out on patients with perforated peptic gastro-duodenal ulcer who underwent video-laparoscopic treatment on

the period January 2007 – December 2009 and by the service of general surgery on the clinical – Surgical Hospital “Lucía Iñiguez” with the objective of describing the evolution of these patients. The variables used were: age, sex, time when the perforation started, surgical procedure, surgical time, conversion rate, hospital stay, complications and evolution after the operation. 16 patients were studied; 87.5 % of the patients were over 40 years old. On the 100% of the patients the technique used was the suture and omental patch, surgical time was over 60 minutes (81.21 %). Only two patients were converted (12.5%), and the cellulite of the surgical wound was the major complication (31.2 %). Mortality associated to the illness was 6.2 % and 93.8 % evolved successfully; the average hospital stay was 3 days.

KEY WORDS: PERFORATED GASTRODUODENAL PEPTIC ULCER; VIDEOLAPAROSCOPIC SURGERY; COMPLICATIONS.

INTRODUCCIÓN

La perforación aguda de la úlcera péptica gastroduodenal, es una complicación que no suele plantear dificultades diagnósticas ^(1, 2). Uno de los primeros casos de úlceras perforadas se describió en la hija de Carlos I de Inglaterra, en 1670, la que murió seis horas después del inicio de la sintomatología ⁽³⁾. El tratamiento de esta temida complicación es quirúrgico y con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, a finales del siglo XX, también se ha beneficiado el abdomen agudo y en particular la úlcera perforada, en la que el procedimiento laparoscópico puede ser diagnóstico y terapéutico. La incidencia y prevalencia de la úlcera péptica gastroduodenal perforada ha disminuido en los últimos tiempos, no obstante, la perforación aún afecta del 2% al 6% de los pacientes, por lo que representa un problema de salud ⁽¹⁾. La primera reparación laparoscópica de úlcera péptica perforada fue realizada por Philippe Mouret, en 1990 y la segunda por Namur Katkhouda y Mouriél, en 1991⁽⁴⁾. En Cuba, la aplicación de la cirugía videolaparoscópica comienza en 1991, en el Hospital “Hermanos Ameijeiras” de Ciudad de la Habana. En la provincia de Holguín, comenzó a aplicarse a la urgencia en 1999, en el Hospital “Vladimir Ilich Lenin” y en el Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín” se realiza la primera reparación de la perforación de una úlcera duodenal en el año 2003.

El tratamiento laparoscópico de la perforación de la úlcera es técnicamente seguro y reproducible, sumándole los beneficios de la técnica, como el menor dolor postoperatorio y la menor morbilidad de la herida quirúrgica, pero no existe suficiente número de pacientes sometidos a este procedimiento para definir su efectividad ⁽⁵⁾. El presente trabajo tiene como objetivo describir los resultados obtenidos con la aplicación de la cirugía videolaparoscópica, en la úlcera péptica gastroduodenal perforada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, de los pacientes con úlcera péptica gastroduodenal perforada que acudieron al cuerpo de guardia del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Lucía Íñiguez Landín”, en el período 2007 a 2009, a los que se les aplicó la técnica quirúrgica videolaparoscópica.

El universo estudiado correspondió con los 16 pacientes a los que se les realizó el procedimiento videolaparoscópico, tomándose como criterio de inclusión, la úlcera péptica gastroduodenal perforada con menos de 24 horas de evolución y como criterios de exclusión: la inestabilidad hemodinámica, los trastornos de la coagulación, la Insuficiencia cardiopulmonar severa y la distensión abdominal.

Se recogió información sobre las variables: edad, sexo, tiempo quirúrgico, conversión, complicaciones, estadía hospitalaria y evolución y se consideró esta última como satisfactoria en pacientes con mejoría clínica y sin complicaciones postoperatorias tributarias de reintervención. Los datos se analizaron a través del paquete estadístico (SPSS) versión 7,5 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva para su análisis y se expresó en frecuencias absolutas y por cientos.

RESULTADOS

Durante el período comprendido entre los años 2007–2009, ingresaron en el Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Íñiguez Landín” 68 pacientes con el diagnóstico de úlcera péptica perforada, de los cuales 16 se trataron con la técnica videolaparoscópica (23,5%). De los enfermos estudiados, 14 (87,5 %)

correspondieron a los mayores de 40 años. El sexo masculino fue el más afectado, con el 75% (Tabla 1).

Tabla 1 Pacientes según grupos de edad y sexo, intervenidos por cirugía videolaparoscópica por úlcera péptica gastroduodenal perforada.

Edad	Sexo				Total	%
	M	%	F	%		
31-40 años	2	12,5	-	0,0	2	12,5
41-50 años	4	25,0	2	12,5	6	37,5
51-60 años	2	12,5	1	6,2	3	18,7
Más de 60 años	4	25,0	1	6,2	5	31,2
Total	12	75	4	25	16	100

Fuente: Formulario para recogida de datos.

El 93,8% de los pacientes, acudió al Hospital con menos de 12 horas de evolución del síndrome perforativo y el tiempo quirúrgico fue de más de 60 minutos en el 81,2% de los pacientes (Tabla 2).

Tabla 2 Pacientes intervenidos por cirugía videolaparoscópica según tiempo de iniciada la perforación y tiempo quirúrgico.

Tiempo quirúrgico	Tiempo de perforación				Total	%
	- 12 h		13 - 24 h			
	No	%	No	%		
46- 60 minutos	3	18,8	-	0,0	3	18,8
+ 60 minutos	12	75,0	1	6,2	13	81,2
Total	15	93,8	1	6,2	16	100

Fuente: Formulario para la recogida de datos.

En la investigación, la técnica quirúrgica empleada en la totalidad de los enfermos fue sutura y epiploplastia. No existieron complicaciones perioperatorias. El 43,75 % de los pacientes sufrió alguna complicación postoperatoria, de ellas, el 71,43 % lo constituyó la celulitis del puerto de entrada (Tabla 3).

Tabla 3 Complicaciones en los pacientes intervenidos por cirugía videolaparoscópica con diagnóstico de úlcera péptica gastroduodenal perforada.

Complicaciones	Pacientes	%
Celulitis del puerto de entrada	5	71,43
Peritonitis residual	2	28,57
Total	7	100

Fuente: Formulario para recogida de datos.

En el estudio, el 87,5 % de los pacientes, presentó una evolución satisfactoria, solo dos se convirtieron (12, 5 %). La mortalidad asociada a la enfermedad fue de un 6,2 % y la estadía hospitalaria fue de menos de tres días en el 81,2 % de los pacientes. Se observó un incremento progresivo en la utilización de esta técnica para la solución de la úlcera péptica perforada, con el 10.07% en el año 2007, el 13.3% en el 2008 y el 32.1% en el 2009.

CONCLUSIONES

En la investigación, aunque solo se le realizó esta técnica al 23,5% de los pacientes con diagnóstico de úlcera péptica gastroduodenal perforada, estos constituyeron el 100 % de los pacientes con criterios para su aplicación. Ates ⁽⁶⁾, reporta un mayor número de pacientes tratados con esta técnica, lo cual está relacionado con el hecho de estar dedicados solo a la cirugía de mínimo acceso y haberla estado desarrollando en un período de cinco años. Viñas ⁽⁷⁾ presenta en su estudio un número similar de pacientes al analizado en esta investigación y describe variables semejantes pero en un período mucho mayor (2000-2006).

El incremento de esta complicación, en los pacientes de más de 40 años, se debe a la presencia de factores de riesgo relacionados con la enfermedad ulcerosa y con su perforación (mal hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas e ingestión de comidas condimentadas y calientes) y al uso periódico de AINES, esteroides y otros medicamentos, utilizados como tratamiento permanente en diversas enfermedades de base que se observan con mayor frecuencia en estas edades ^(8, 9). El sexo masculino, al ser el más

expuesto a factores de riesgo, como los hábitos tóxicos y el stress, es el más afectado por la enfermedad úlcero péptica y sus complicaciones ^(9, 10).

Boey ⁽¹¹⁾, en su investigación, diseña un sistema de puntuación para evaluar los factores de riesgo en el paciente perforado, donde incluye, dentro de los parámetros analizados, el tiempo de evolución de la perforación y refiere un incremento de la gravedad del cuadro de peritonitis cuando este excede las 24 horas. Clasifica a los pacientes en mayor riesgo y los relaciona con resultados desfavorables, por lo que aconseja una duración clínica menor de 12 horas para poder realizar con seguridad la reparación laparoscópica. El hecho de que el paciente convertido y fallecido, era el que tenía más de 12 horas de evolución del cuadro agudo intraabdominal, evidencia la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de esta afección, que constituye una clara amenaza para la vida del paciente.

En la investigación, no se realizó la técnica definitiva, solo sutura y epiploplastia, debido a que este procedimiento, se incorporó recientemente al arsenal terapéutico con que cuenta el cirujano para la solución por videolaparoscopia. La selección de la técnica quirúrgica para el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal por esta vía, según varios autores ^(7, 12,13,14), depende del estado general del paciente, de la existencia de enfermedades crónicas asociadas y el tiempo de evolución, a lo que se agrega el criterio del cirujano, fundamentado en su destreza técnica y su experiencia. Sanabria ⁽¹⁰⁾, compara la cirugía definitiva con la no definitiva en la solución de esta entidad y refiere serias complicaciones postoperatorias, mayor tiempo operatorio, más riesgo anestésico e incremento del número de fallecidos, relacionados con la técnica definitiva.

Está bien documentada la relación directamente proporcional entre el tiempo quirúrgico y los riesgos anestésicos quirúrgicos. Se considera aceptable en este estudio, por ser un equipo quirúrgico que inicia este procedimiento; la tendencia es que a medida que se progresa en la curva de aprendizaje, se adquieran mayores destrezas y se disminuya el tiempo quirúrgico. Fernández ⁽⁸⁾ reporta tiempos quirúrgicos entre 44 y 52 minutos y tienen como cirujanos actuantes aquellos de tres, cinco y más años de experiencia.

Algunos autores como, Sonzini y Ttoretto ^(15, 16) reportan el incremento de las complicaciones con la utilización de la tecnología videolaparoscópica. En la investigación, la mayoría de las complicaciones fueron de mínima gravedad, de rápida solución y no requirieron reintervención. Otros investigadores ^(8, 10, 13), informan menos complicaciones, basadas en la selección de los pacientes y en la experiencia adquirida.

Se reintervino solo un paciente y se realizó por cirugía convencional, debido a su inestabilidad hemodinámica. El otro enfermo con peritonitis residual no reintervenido se mantuvo con tratamiento médico, pues presentaba una evolución clínica estable. Los resultados obtenidos fueron favorables, ya que las complicaciones presentadas fueron menores en número y severidad en comparación con lo informado por otros investigadores (íleo paralítico, sangrados postoperatorios, abscesos de fondo de saco y estenosis pilórica) ^(8, 15).

Uno de los beneficios de esta técnica es la menor estadía hospitalaria, que permite al paciente su rápida reincorporación a la vida social, la disminución de los costos hospitalarios por concepto de cama ocupada y la menor permanencia del paciente en la institución; Siu ⁽¹⁷⁾ informa, un promedio de 72 horas y máximo de siete días, sin embargo, Obregón ⁽⁹⁾ reporta, hasta 13 días como promedio de hospitalización, basado en la necesidad de dar seguimiento estricto a sus pacientes, pues se enfrentan a una nueva tecnología.

La mayoría de los investigadores no reportan fallecidos con la utilización de la cirugía videolaparoscópica, por lo que se define esta variable, en cuanto a resultados positivos, dentro de las más importantes. En este estudio existió un fallecido (6,2%); un paciente mayor de 60 años, que presentó perforación de nueva úlcera con peritonitis generalizada. Lunevicius ⁽¹²⁾, reporta el 6,4% de fallecidos y menciona la edad, el estado preoperatorio del paciente y la técnica quirúrgica empleada, como factores que influyeron en la mortalidad de sus pacientes.

La evolución postoperatoria es otra de las ventajas de esta técnica, similar a los descritos para la cirugía videolaparoscópica electiva, por lo que debe realizarse, si las condiciones y el estado del paciente lo permiten, como método de elección en el tratamiento de estos enfermos. En la revisión de varias series

(17, 18, 19), se aprecia que ninguno de estos autores define este indicador entre sus variables. Los pacientes de esta investigación fueron seguidos en una consulta previamente planificada, donde se pudo valorar su evolución clínica y a los tres meses se le realizó la endoscopia evolutiva, que evidenció la total cicatrización de la úlcera.

Se puede concluir que el tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica de la úlcera gastroduodenal perforada, puede ser un procedimiento seguro y efectivo que contribuya a la reducción de los costos, por lo cual es recomendable la utilización de esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- González, CA. Úlcera péptica gástrica y duodenal. **En:** Cirugía. T3. La Habana: Editorial Ciencias médicas, 2007. p. 1118-43.
- 2- García, GA, Pardo, GG. Historia de la Cirugía. **En:** Cirugía. T I. La Habana: Editorial Ciencias médicas, 2007. p. 1-25.
- 3- Álvarez, AG. Abdomen agudo. **En:** Temas de guardia médica. La Habana: Editorial Ciencias médicas, 2006. p. 256-260.
- 4-Serrano, A. Historia de la cirugía laparoscópica. [Documentos en línea] <http://www.cirugest.com/htm/revisiones> [Consultado: 12 sept. 2009].
- 5- Saccia A. Laparoscopic surgery in abdominal emergencies. Minerva Chirurgica 50: 859-61. 2005.
- 6- Laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without omental patch versus conventional open repair/ M. Ates..... [et al.]. **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17 (5):615-9. 2007
- 7- Tratamiento videolaparoscópico de la úlcera duodenal perforada/ T. Viñas... [et al.]. **Cirugía Española** (España) 81: 96-98. 2007
- 8- Fernández, SE. Tratamiento videolaparoscópico de la úlcera duodenal perforada **Cirugía Española** (España) 81: 96-98. 2007

- 9- Obregón, F, García, E. Reparación videolaparoscópica con parche de epiplón en pacientes con úlceras gastroduodenales perforadas. **Revista Facultad de Medicina** (Venezuela) 29(2): 143-148. 2006
- 10- Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease/ AE Sanabria... [et al.] [Documento en línea] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235381> 2005 [consultado: 12 ener.11]
- 11-. Risk stratification in perforated duodenal ulcer: a prospective validation of predictive factors/ J Boey... [et al.]. **Annals of Surgery** (New York) 205:22-26. 1987
- 12- Lunevicius R. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. **British Journal Surgery** 92(10):1195-207. 2005.
- 13- Lam PW. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers:" the three – stitch" graham patch technique. **Surgical Endoscopy** 19(12):1627-30. 2005
- 14- Levin LA. Choice and results of laparoscopic suture of perforated gastroduodenal ulcers. *Vestn Khir Im Grell* 165 (4):70-3. 2006
- 15-. Morbimortalidad en cirugía laparoscópica/ AP Sonzini... [et al.]. **Revista Argentina de Cirugía** (Argentina) 71:71-80. 2006
- 16- Ve TToretto N. Comparison between laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. *Chirurgical italics* 57(3):327-22. 2005
- 17-. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial / WT Leong... [et al.]. **Annals of Surgery** (New York) 235: 319-9. 2007
- 18-. Cirugía Laparoscopia de urgencia: Nuestra experiencia/ B faire... [et al.]. *Revista SILAC* 7(2): 22-25. 2001

19- Kirshtein B. Laparoscopic treatment of gastroduodenal perforations: comparison with conventional Surgery. **Surgical Endoscopy** 19(11):1487-90. 2008.

Síntesis Curricular de los Autores

1- **Nerza Enid Peña Pupo** Especialista de 2do grado en Cirugía General. Máster en urgencias médicas en APS. Profesor auxiliar de cirugía general. Hospital Clínico quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín". Carretera del valle de Mayabe S/N Holguín.

2- **Carlos R. Peña Pérez**² Especialista de 1er grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en urgencias médicas en APS. Profesor instructor de farmacología. Hospital Clínico quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín". Carretera del valle de Mayabe S/N Holguín. email: carlos@hcqho.hlg.sld.cu

3- **Ranier Nelson Pupo Carracedo**³ Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Máster en urgencias médicas en APS. Profesor asistente de Propedéutica clínica y Medicina Interna. Hospital Clínico quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín". Carretera del valle de Mayabe S/N Holguín. raniernelson@hcqho.hlg.sld.cu

Correspondencia: Dra. Nerza Enid Peña Pupo. Dirección: Calle 22 # 6a, entre 23 y 25, Pueblo Nuevo. Holguín. Tel: 461938. Correo electrónico: nerza@hcqho.hlg.sld.cu

Fecha de Recepción: 17 de febrero 2011

Fecha de Aprobación: 20 de abril 2011

Fecha de Publicación: 30 de junio 2011