

Cirugía por mínimo acceso en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada

Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Hospital Provincial Saturnino Lora

Dr. Erian Jesús Domínguez González, Dra. Carmen María Cisneros Domínguez

E-mail: mildred@sierra.scu.sld.cu

RESUMEN

La úlcera gastroduodenal perforada constituye una complicación frecuente y grave, los estudios referentes al manejo endoscópico son escasos y se hace necesario ver los resultados de los mismos por lo que nos proponemos caracterizar el tratamiento quirúrgico de los pacientes operados por úlcera gastroduodenal perforada mediante cirugía por mínimo acceso. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, durante el período comprendido entre mayo del 2004 a diciembre del 2008, usando la técnica de cirugía por mínimo acceso. El universo quedó constituido por los 16 pacientes a los que se les realizó como proceder sutura con epiploplastia. Predominaron los pacientes jóvenes y masculinos, solo la mitad tenían el antecedente de ser ulcerosos y el tiempo de evolución preoperatorio superó las 12 horas en la mayoría de los casos. La localización duodenal fue la principal, una sola complicación y estadía hospitalaria corta. Falleció el paciente más geriátrico y predominó el estadio de Visick I con una evolución postoperatoria satisfactoria. Se reintervinieron tres pacientes. La cirugía videoendoscópica tiene resultados satisfactorios en el tratamiento de esta urgencia quirúrgica.

Palabras clave: Úlcera gastroduodenal, cirugía, endoscopia.

INTRODUCCIÓN

Luego del advenimiento de la cirugía endoscópica, y demostradas ya sus ventajas, ha comenzado a aplicarse en esta patología. Podemos decir, que la perforación aguda de una úlcera péptica gastroduodenal es la complicación más temida que se puede producir, dado esto por lo aparatoso de sus manifestaciones clínicas, y por la gravedad de los trastornos que provoca desde el mismo momento en que se produce. La solución de dicha complicación requiere de un proceder quirúrgico de forma inmediata, pero aun persiste la disyuntiva de la técnica a utilizar que ofrezca los mejores resultados en cuanto a la disminución de la morbilidad, mortalidad y el éxito en la curación de la úlcera (1).

Dado que existe insuficiente conocimiento en lo relacionado al tratamiento por mínimo acceso de esta patología, se hace necesario realizar este estudio donde se trate este proceder solamente para poder discriminar sus resultados.

Objetivo: Caracterizar el tratamiento quirúrgico de los pacientes operados por úlcera gastroduodenal perforada mediante cirugía por mínimo acceso, en el Hospital Provincial Saturnino Lora Torres, durante el período comprendido entre mayo del 2004 a diciembre del 2008.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes operados por el diagnóstico de úlcera péptica gastroduodenal perforada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba durante el período comprendido entre mayo del 2004 a diciembre del 2008, usando la Técnica de Cirugía por Mínimo Acceso. El universo de estudio quedó constituido por los 16 pacientes que se intervinieron por este diagnóstico y usando la técnica anteriormente mencionada. A la totalidad

de estos se les realizó como proceder Sutura con Epiplastia.

Para darle salida a nuestra investigación se analizaron las siguientes variables: Edad, Sexo, Antecedentes de enfermedad ulcerosa, Tiempo de evolución de la enfermedad, Tiempo de Evolución Pre-operatoria, Localización de la lesión, Complicaciones, Estadía Hospitalaria, Estado al Egreso, Clasificación Evolutiva de Visick (la cual permite según estadios de I al IV identificar la evolución de estos pacientes que va desde adecuada, hasta sangramientos intensos y reintervenciones.), Causas de Reintervención.

Para recolectar la información revisamos las Historias Clínicas de los pacientes operados, informes operatorios, toda la información fue llevada a una planilla de recolección de datos para facilitar el trabajo. Además se realizó una amplia revisión bibliográfica para enriquecer nuestra discusión. Los datos se codificaron para ser procesados por el programa SPSS versión 10.5. Fueron calculados números absolutos y porcentajes como medidas de resumen para variables cualitativas. Además se preparó una base de datos con los valores recolectados en Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se pudo constatar en predominio de los pacientes jóvenes con más del 50 % de los casos, menores a 50 años, además de un predominio del sexo masculino con 12 pacientes. Es curioso señalar que la mitad de nuestra casuística, no tenía conocimiento de padecer la enfermedad y 5 de estos casos tenían la úlcera desde hace un tiempo menor a 5 años.

En cuanto al tiempo de evolución preoperatorio, en 7 de los pacientes, se presentó en menos de 12 horas, 7 más entre 13 y 24, y 2 con más de 24 que representan el 12,5% del universo.

La localización duodenal estuvo presente en la mayoría de los casos, sin embargo la pilórica y gástrica estuvo representada con dos pacientes cada una. Solamente se presentó una complicación dada por una sepsis respiratoria que correspondió al paciente más geriátrico del universo que tenía 92 años, que coincide con el único fallecido de nuestro estudio.

Por otra parte la Estadía Hospitalaria, se pudo evaluar de corta, pues en 5 pacientes fue menor a 6 días, 10 pacientes entre 7 y 9 días y solo uno superó los 10 días.

Cuando se distribuye según estado postoperatorio por clasificación de Visick (figura 1), encontramos en el estadio I a 12 pacientes, para un 80%, 2 pacientes en el II y sólo uno en el IV. Datos estos que avalan este tipo de proceder. Es válido señalar que fue posible el seguimiento en 10 pacientes luego de un año de ser operados, 6 de estos están sin ninguna complicación, dos presentan trastornos de la evacuación, en uno se reporta diarreas ocasionales y en otro un sangramiento digestivo. Menos de un año tienen 6 pacientes.

Han sido reintervenidos tres pacientes por las siguientes causas: síndrome pilórico, sangramiento digestivo alto y crisis ulcerosas.

DISCUSIÓN

Fue necesario realizar una profunda revisión de los mismos para poder discutir nuestros resultados, dado a los escasos conocimientos que se tienen aun sobre el tratamiento de esta patología mediante esta novedosa técnica. En cuanto a la edad los datos obtenidos no difieren grandemente de otros autores, según, Pardo, obtuvo que el período de 46 a 60 años fue el más afectado para un 35,6%, seguido por el grupo de más de 60 años y el de 30 a 45 años con porcentajes de 25,4% y 23% respectivamente (2). Como podemos observar la mayoría de nuestros pacientes fueron relativamente jóvenes, encontrándose algo no característico, pues entre los grupos predominantes tenemos el comprendido entre 21 y 30 años, esto puede estar en relación con los malos estilos de vida de muchos jóvenes y la gran cantidad de factores de riesgo que tienen asociados. En cuanto al sexo, consideramos está en relación con el mayor contacto de los hombres con factores de riesgo tóxicos tales como el alcoholismo, el tabaco, ingestión de café, alimentación irregular (en tiempo) relacionado esta última con el trabajo que desarrollan.

Rodríguez plantea que el tiempo de evolución es importante para el resultado final de esta enfermedad, de igual manera es primordial tener en cuenta los antecedentes que deben buscarse en la anamnesis de un enfermo con el cuadro de abdomen agudo, sobre todo cuando se piensa en el diagnóstico de una úlcera péptica perforada (3).

En nuestra casuística la localización predominante fue la duodenal, lo que coincide con casi la totalidad de la literatura revisada (4).

En cuanto a las complicaciones Rodríguez obtuvo en su estudio, solamente un 11% siendo inferiores en relación con otros autores revisados predominando la sepsis de la herida (3). Esto no coincide con nuestros datos donde solamente se complicó un paciente con una sepsis respiratoria. La forma de egreso es un indicador de la calidad del tratamiento realizado, pero también de la gravedad del proceso tratado, solo se presentó un fallecido en nuestro universo. En la casuística de Antozzi todos los pacientes fueron operados sin conversiones y sin morbilidad ni mortalidad, que demostró ser válida la aplicación del procedimiento video-endoscópico (4). Sanabria en una

revisión realizada indica que puede existir una disminución de las complicaciones abdominales sépticas cuando se utiliza la cirugía (5). El seguimiento postoperatorio de este tipo de enfermo constituye uno de los pilares fundamentales al hacer la valoración del tratamiento realizado. La gran mayoría de los autores coincide en que este debe tratar de hacerse a más del 75% de los casos (4, 5).

La Cirugía Endoscópica ha representado un desafío para la Cirugía General y otras especialidades quirúrgicas, demostrada está su efectividad en un sin número de procedimientos. Hemos podido apreciar que aunque escasos todavía en volumen de pacientes, los resultados para el tratamiento de la úlcera perforada son muy satisfactorios y se hace necesario en nuestra opinión realizar estudios desde todos los puntos de vista para describir el comportamiento de esta técnica en la resolución de esta patología.

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes jóvenes y el sexo masculino. Se identificó un tiempo de evolución prolongado de la patología. Se precisa un tiempo de evolución preoperatoria dilatada y una preferencia a la localización duodenal de la lesión. La corta estadía hospitalaria, presencia de una sola complicación y una baja mortalidad, además de la clasificación evolutiva de Visick I para el mayor número de pacientes, así como el registro de tres reintervenciones, reafirman que la cirugía por mínimo acceso tiene resultados satisfactorios en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada.

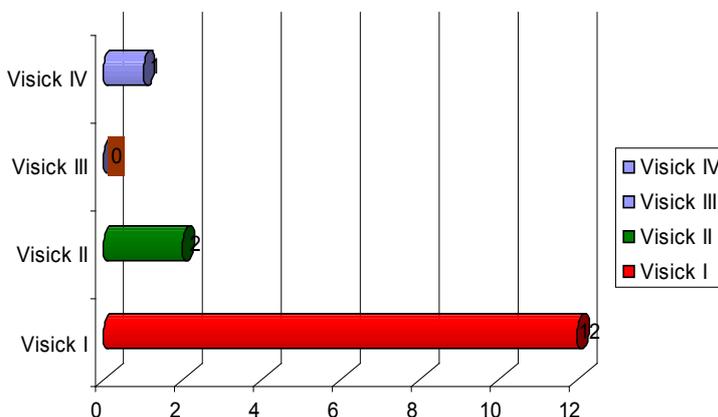


Figura 1. Distribución según estado postoperatorio según clasificación de Visick.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lin H., Meyer Jh. Disorders of gastric emptying. En: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, eds: Test book of Gastroenterology. Philadelphia: Lippincott. 2006:483-4.
2. Pardo E.; Resultado del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica gastroduodenal perforada. Tesis para optar por el título de Máster en Urgencias Médicas. Hospital Dr. Juan Bruno Sayas. Santiago de Cuba. Diciembre 2006.
3. Rodríguez P. Comportamiento de la úlcera péptica perforada en pacientes atendidos en Cirugía del Hospital "V. I. Lenin". Holguín. 2008.
4. Antozzi M. Úlcera gastroduodenal perforada: procedimiento video-endoscópico. Revista Argentina de Cirugía. 2008;6:185-90.
5. Sanabria A, Morales CH, Villegas MI. Reparación laparoscópica para la úlcera péptica perforada. Revista Chilena de Cirugía. 2007;3:45-52.