

ARTICULOS ORIGINALES

Seguimiento de la perforación ulcerosa suturada

Dres. Sergio Puente, Jaime Contreras, Ricardo Medina y Br. Gonzalo Aleo

Ciento ocho pacientes con perforación ulcerosa péptica suturada en la Posta Central de Asistencia Pública de Santiago de Chile son analizados y controlados en lapsos de 1 a 11 años.

La mortalidad del método fue del 13.8%, influyendo la gravedad del cuadro y la edad de los pacientes.

Más de la mitad de los pacientes quedó con síntomas después de la sutura, pero sólo la cuarta parte requirió de una reintervención definitiva.

De estos últimos, más de la mitad tenía antecedentes ulcerosos previos.

El resto, es decir el 74% de los pacientes suturados, no necesitó de reoperación definitiva por no tener síntomas (46,9%) o por responder fácilmente al tratamiento médico (27.1%).

Por lo tanto, la cirugía definitiva sólo es necesaria en un escaso número de pacientes suturados.

Posta Central de la Asistencia Pública. Santiago. Chile.

MATERIAL Y RESULTADOS

Ciento noventa y cinco pacientes con perforación ulcerosa péptica fueron suturados en la Posta Central de la Asistencia Pública de Santiago de Chile desde 1970 hasta 1981.

Ciento ocho de estos pacientes, es decir el 55.4%, fueron controlados. El resto no pudo ser ubicado por cambio de domicilio. Es decir, se perdió el 44.1%, representado por 86 pacientes.

La perforación ulcerosa predominó en el sexo masculino y en la edad adulta, como lo muestra el Cuadro 1.

CUADRO 1

EDAD Y SEXO

10 a 20 años	8
21 a 30 "	43
31 a 40 "	42
41 a 50 "	34
51 a 60 "	34
61 a 70 "	20
71 a 80 "	9
81 y mas "	5

195

HOMBRES 175

MUJERES 20

INTRODUCCION

La úlcera péptica perforada ha sido tratada tradicionalmente de tres formas: Tratamiento médico de Taylor (aspiración nasogástrica), Tratamiento paliativo (Sutura) y Tratamiento definitivo (Resección y/o Vagotomía).

La sutura de la perforación ulcerosa se considera una medida reparadora de emergencia, que debe ser completada a futuro con el tratamiento definitivo de la enfermedad ulcerosa.

No obstante, no está claro que todos los pacientes suturados requieran de una operación definitiva. Ni tampoco cuales la necesitan (3, 5, 7).

Por lo que nos hemos preocupado de controlar a estos pacientes suturados en lapsos que variaron de 1 a 11 años, en la Posta Central de la Asistencia Pública de Santiago, a fin de averiguar la historia natural de los pacientes con tratamiento paliativo.

La posta Central de la Asistencia Pública de Santiago es el principal Hospital de Urgencia de Chile.

Presentado como Tema Libre en el XXXII Congreso Uruguayo de Cirugía. Carmelo 1981.

Profesor Asociado de Cirugía. Universidad de Chile. Cirujano de Urgencia. Asistencia Pública de Santiago.

Cirujanos de Urgencia. Asistencia Pública de Santiago.

Interno de Medicina. Universidad de Chile.

Respecto a la ubicación de la úlcera péptica, hubo leve predominio de la úlcera pilórica, como se aprecia en el Cuadro 2.

CUADRO 2

UBICACION

ULCERA GASTRICA	74	37.9%
ULCERA PILORICA	76	38.9%
ULCERA DUODENAL	44	22.5%
ULC. GASTR. Y DUOD.	1	0.5%

195

De los 195 pacientes con perforación ulcerosa suturada, fallecieron 27 en la intervención quirúrgica o en el postoperatorio inmediato, lo que da una mortalidad del 13.8%.

Todos los fallecidos eran mayores de 50 años. Así lo demuestra el Cuadro 3.

CUADRO 3
EDAD Y MORTALIDAD

27 fallecidos 13,8 % mortalidad		
10 a 50 años	0	0%
51 a 60 "	9	4.6%
61 a 70 "	9	4.6%
71 a 80 "	5	2.6%
81 y más "	4	2.0%
27	13.8 %	

Ochenta y un paciente fueron controlados en lapsos de 1 a 11 años, disminuyendo el porcentaje a medida que pasaron los años. Cuadro 4.

CUADRO 4
TIEMPO DE CONTROL

Tiempo	N. op. (vivos)	N. Contr.	
1 año	23	13	56.5%
2 años	6	2	33.3%
3 años	22	11	50.0%
4 a 6 a.	61	34	55.7%
7 a 9 a.	36	13	36.1%
10 a 11 a.	29	8	40.0%
168	81	48.2%	

Más de la mitad de los pacientes controlados quedó con síntomas luego de su tratamiento paliativo. Cuadro 5.

CUADRO 5
SINT. POSTOP. Y TIEMPO DE CONTROL

Tpo. cont.	Casos	Sin Sint.	Con Sint	%
1 año	13	9	4	30.7
2 años	2	2		
3 años	11	2	9	81.8
4 a 6 a.	34	15	19	55.8
7 a 9 a.	13	5	8	61.5
10 a 11 a.	8	5	3	37.5
	81	38	43	53.1

Más de la mitad de los pacientes que quedaron con síntomas postoperatorios (dolor, acidez, vómi-

tos, hemorragia) tenía antecedentes ulcerosos de más de tres meses, como se aprecia en el Cuadro 6.

CUADRO 6
SINT. POSTOP. Y ANTECEDENTES

	SIN Sint.	CON Sint.
CON Antec.	20	24
SIN Antec.	18	19
	38	43

La edad de los pacientes no influyó en la aparición de los síntomas postoperatorios. Cuadro 7.

CUADRO 7
SINT. POSTOP. Y EDAD

	SIN Sint.	CON Sint.
11 a 20 años	2	4
21 a 30 "	7	12
31 a 40 "	11	8
41 a 50 "	8	12
51 a 60 "	6	3
61 a 70 "	3	3
71 a 80 "		1
81 y más "	1	
	38	43

Tampoco influyó, en la reaparición de síntomas en el postoperatorio, la ubicación de la úlcera perforada.

CUADRO 8
SINT. POSTOP. Y UBICACION

	Casos		SIN Sint.	CON Sint.	
ULCERA GASTRICA	24	14	10	41.7%	
ULCERA PILORICA	40	17	23	57.5%	
ULCERA DUODENAL	16	7	9	56.3%	
ULC. GAST. Y DUOD.	1		1	100.0%	

De los 43 pacientes que quedaron con síntomas postoperatorios, sólo la mitad se ha operado definitivamente hasta la fecha, es decir, el 48.8%. El resto está bien con su tratamiento médico o no ha consultado, pese a sus molestias. Cuadro 9

COMENTARIO

La sutura de la perforación ulcerosa es un procedimiento no exento de mortalidad operatoria, que va del 2.9% al 24% en diversas casuísticas nacionales y extranjeras (2,3,5,8,9,10,11,12,14,15). Estos índices demuestran que muchas veces, la sutura se

CUADRO 9
SINT. POSTOP. Y REOPERACION

Tpo. de Contr.	CON Sint.	OPER	%
1 año	4	1	25.0%
2 años			
3 años	9	6	66.7%
4 a 6 años	19	7	36.8%
7 a 9 años	8	5	62.5%
10 a 11 años	3	2	66.7%
	43	21	48.8%

práctica en pacientes de edad avanzada, averiados y con peritonitis graves.

En nuestro material, la mortalidad de la úlcera perforada y suturada fue del 13.8% y apareció solamente a partir de los 50 años. Esto es lógico pues el riesgo quirúrgico aumenta con la edad. Sin embargo hay autores que dicen que edad y sexo no guardan relación con el pronóstico de la úlcera suturada (1).

Cincuenta y cinco de los ochenta y un pacientes fueron controlados entre los 4 y 11 años, lo que da un porcentaje de control alejado del 67.9%, disminuyendo el control a medida que pasaron los años, generalmente por cambio de domicilio de los operados. Consideramos que es un buen porcentaje de control alejado, ya que sólo se ignora la evolución alejada de un 32, 1% de los pacientes.

La mitad de los pacientes suturados, es decir el 50%, presentó síntomas en su postoperatorio hasta los tres años de su operación paliativa. Cifra que subió al 54.5% desde los 4 años adelante. Esto concordaría con los AA que expresan que más del 50% de los pacientes con síntomas post-sutura requiere de la cirugía después de los 5 años (7, 12). Sin embargo, como veremos más adelante, en nuestros pacientes la situación fue distinta.

La edad del paciente y la ubicación de la úlcera no influyeron en la reaparición o no de los síntomas en el postoperatorio. Un hecho muy significativo en nuestra serie es que sólo la cuarta parte de los suturados, es decir el 25.9% se ha sometido a la intervención definitiva. Y de éstos, algunos lo hicieron sin tener molestias, sólo porque su cirujano se la indicó. En el resto, es decir en tres cuartas partes, o no han tenido molestias, o sus síntomas ceden fácilmente al tratamiento médico.

Y esto se repite en series extranjeras (13).

Podría influir en esta disparidad, entre presencia de síntomas y necesidad de reoperar, el hecho señalado por algunos AA en el sentido que "el curso natural de la úlcera duodenal es a la mejoría espontánea con el tiempo. Así, el 90% de estos pacientes se halla libre de síntomas, o los tiene muy atenuados, al cabo de 15 años. . ." (1, 4). Esto sería aplicable, al menos, en los ulcerosos duodenales.

También la aparición de fármacos más potentes, como la Cimeditina, ayudaría a explicar este fenómeno.

Al seguir la historia natural de los enfermos suturados apreciamos que, si agregamos, a los 38 pacientes sin síntomas postoperatorios, los 22 pacientes sintomáticos pero que no se reoperaron por estar

controlados con el sólo tratamiento médico veremos que 60 pacientes de los 81 controlados en este trabajo, es decir, el 74,0%, no ha necesitado, hasta la fecha someterse a un tratamiento definitivo.

Queda en claro, por lo tanto, que sólo un 26% de los suturados necesitó de un tratamiento definitivo de su úlcera péptica. Y de ellos, lo fueron quienes tenían antecedentes antiguos de molestias ulcerosas.

Lo que es corroborado por AA extranjeros y nacionales, que dan cifras del 32 al 39% de pacientes que requieren una operación definitiva, y especialmente en pacientes con antecedentes previos de úlcera péptica (3, 5, 6, 7, 12, Toree, Noordyk, Mass. Hosp.)

SUMMARY

Follow-up of Sutured Ulcer Perforation

One hundred and eight patients with perforated and sutured peptic ulcer at Asistencia Pública in Santiago, Chile, are controlled from one to eleven years.

Mortality was 13.8%, mainly in aged and poor risk patients.

More than half of the patients presented postoperative symptoms but only a 25% of them required definitive surgery, specially those with previous ulcerous symptoms.

The rest, that is 74% of sutured patients didn't required surgery because lack of symptoms (46.9%) or effective response to medical management (27.1%).

So, definitive surgery is necessary only in a scarce number of sutured patients.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARRERAS R.: Hechos, anécdotas y nuevos horizontes en el tratamiento médico de las úlceras duodenales. *Clin. Quir. N. A.* 56: 1253, 1976.
2. BOOTH R.A.D., WILLIAMS A.: Mortality of perforated duodenal ulcer treated by simple suture. *Br. J. Surg.* 58: 42, 1971.
3. DRURY HUTCHINSON, MAC-KAY JOFFE: The natural history of sutured duodenal ulcer. *Lancet* 2: 8093, 749, 1978.
4. FRY J.: Peptic Ulcer, a profile. *Br. Med. J.* 2: 809, 1964.
5. GRIFFI G., ORGAN C.: The natural history of the perforated duodenal ulcer treated by suture plication. *Ann. Surg.* 183: 382, 1976.
6. JARA L., HUENCHULLAN I., FERNANDEZ E., ARREDO DO G., ALAMO M. y TAPIA C.: Úlcera duodenal perforada tratada con simple suture. Seguimiento entre 5 y 8 años. *53 Cong. Chil. Cir.* Viña del Mar, 1980.
7. JARRET: Management of perforated duodenal ulcer. *Lancet* 2: 8100, 1155, 1978.
8. LOPETEGUI G., CONTRERAS O., YURI A., RODRIGUEZ S.: Alternativas en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa péptica perforada. *Arch. Soc. Cir. Chil.* 20: 152, 1968.
9. LOPETEGUI G., TALHOUK O., SAAVEDRA R., AUTH R., BURMEISTER R.: Úlcera gastroduodenal perforada. *Rev. Chil. Cir.* 30: 419, 1978.
10. MOHOR H.: Úlcera gastroduodenal perforada y su tratamiento. *Arch. Soc. Cir. Chil.* 16: 591, 1964.
11. STEIGER R., COOPERMAN A.: Consideraciones respecto al tratamiento de las úlceras pépticas perforadas. *Clin. Quir. N. A.* 55: 1405, 1976.
12. STABINS: *Surgery* 34: 614, 1953.
13. NOCITO F.J., NOCITO J.C.: La gastrectomía en la úlcera péptica perforada. *Arch. Soc. Cir. Chil.* 10: 343, 1958.
14. SOROLLA G., WEISBERG E., RUBILAR P.: Evaluación de 5 años de tratamiento de urgencia de la úlcera gastroduodenal perforada. *Rev. Chil. Cir.* 28: 85, 1978.
15. URETA O.: Úlcera gastroduodenal complicada. *Arch. Soc. Cir. Chil.* 20: 152, 1968.