

CASO CLÍNICO

Úlcus gastroduodenal perforado. Tratamiento laparoscópico

Dres. Raúl Morelli Brum¹, Luis A. Praderi Gambardella²,
Gustavo Veirano³, Jorge Bermúdez⁴

Resumen

Se presentan dos casos de úlceras gastroduodenales perforadas tratados por laparoscopia.

Se insiste en la conveniencia de tratar las peritonitis por vía laparoscópica, siempre que el paciente tenga una hemodinámica estable.

Los beneficios reales son las mínimas secuelas parietales, la disminución del dolor y el más rápido retorno al trabajo.

Palabras clave: Úlcera péptica

Summary

The authors present two cases of perforated gastroduodenal ulcer which were treated by means of laparoscopy. They insist on the convenience of treating peritonitis by means of laparoscopy if the patient is stable from the hemodynamic points of view. Real benefits consist of minimum parietal sequelae, pain decrease and earlier return to work.

Introducción

La terapia más adecuada para pacientes que presentan una úlcera gastroduodenal perforada diagnosticada por la clínica y por la radiología depende del tiempo de evolución y del estado del paciente.

En nuestro medio la terapéutica más frecuentemente realizada en la emergencia es el cierre de la perforación y epiploplastia.

Se presentan dos videos que se refieren al tratamiento laparoscópico de un paciente con una úlcera abdominal perforada y otro con una úlcera gástrica perforada.

Casos y resultados

Caso N°1

Historia clínica

G.C., 52 años, mujer.

Paciente con antecedentes de dispepsia hiperesténica, tratada en forma irregular con antiácidos y bloqueadores H₂ que consulta el 21 de mayo de 1993 por intensificación de su dolor epigástrico.

Al examen tiene un buen estado general, apirexia y en el abdomen se constata contractura de epigastrio e hipocondrio derecho. El resto del abdomen es depresible.

Se realiza una radiografía de abdomen que muestra un neumoperitoneo subfrénico derecho.

El resto de los exámenes de rutina son normales.

Operación

Se realiza la intervención con anestesia general. Se coloca la óptica en la región umbilical y otra entrada de 10 mm en hipocondrio izquierdo para-rectal. Una entrada de 5 mm en epigastrio para lavar, aspirar y explorar y otra de 5 mm en hipocondrio derecho.

En la exploración se comprueba exudado peritoneal purulento y falsas membranas con máximo lesional en hipocondrio derecho, en la región subhepática. Se lava y se aspira. Se visualiza una perforación yuxtapiórica en cara anterior por la que salen burbujas de aire al insuflar el estómago por la sonda nasogástrica.

Se cierra la perforación con dos puntos de material sintético reabsorbible, que pasan también por el epiplón mayor.

Trabajo del Servicio de Cirugía del Hospital Británico.

1. Prof. Agregado de Cirugía de Clínica Q.1.

2. Prof. Adjunto de Cirugía de Clínica Q.1.

3. Prof. Adjunto de Cirugía del Dpto. de Emergencia del H. de Clínicas.

4. Prof. Agregado de Cirugía de Clínica Q. A.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 31 de noviembre de 1993.

Correspondencia: Dr. Raúl Morelli. Av. Italia 2569 bis, Montevideo.

Se deja un drenaje aspirativo cercano al foco.

El tiempo operatorio fue de 65 minutos.

Se indica suero intravenoso por 24 horas y antibioterapia por 72 horas. Evoluciona bien y alta al tercer día.

La evolución alejada es buena y un control a los seis meses mostró una lesión cicatrizal de cara anterior de duodeno.

Caso Nº 2

Historia clínica

N.I. de V., 75 años, mujer.

Paciente en estudio por gastroenterólogo por molestias epigástricas leves. Se realizó el 10 de febrero de 1992 endoscopía que mostró úlcera péptica de pequeña curva alta a 4 cm del cardias. La biopsia mostró benignidad. Se trata médicamente y mejora. Desde hace dos días dolor epigástrico que se acentúa en forma progresiva.

Al examen presenta buen estado general, apirexia, y dolor intenso en epigastrio con defensa antálgica.

El resto del abdomen es libre e indoloro.

La radiografía de abdomen presenta un claro neumoperitoneo subfrénico izquierdo.

Se indican sueros intravenosos, antibióticos y analgésicos.

Operación

Se realiza la intervención con anestesia general.

Se coloca la óptica en la región umbilical. Se comprueba exudado seropurulento subhepático y en región subfrénica izquierda en la vecindad del lóbulo izquierdo del hígado. Se coloca una entrada en hipocondrio izquierdo de 10 mm. Se aspira y se lavan los exudados peritoneales.

Se visualiza la lesión ulcerada crónica en cara anterior de estómago en pequeña curva alta.

Se inyecta aire por la sonda nasogástrica, distendiendo el estómago y no hay salida de gas por la úlcera. Se considera que no es necesario dar puntos y se termina la operación dejando un drenaje aspirativo en las cercanías de la lesión.

El tiempo operatorio fue de 40 minutos.

Se indican sueros por 24 horas y antibióticos por 72 horas con alta en buenas condiciones.

Sigue con su medicación de bloqueante H₂ y en control a los tres meses se comprueba cicatrización total de la lesión gástrica ulcerada.

Sigue bajo controles.

Discusión

En lo referente al primer caso se puede señalar que la úlcera duodenal perforada se trata clásicamente por cierre simple y epiploplastia. Algunos

autores preconizan que en pacientes con menos de 24 horas de evolución se puede acompañar este procedimiento de una vagotomía supraselectiva.

Mouret ⁽¹⁾ en 1989 realiza por primera vez por vía laparoscópica el cierre simple y epiploplastia y el lavado peritoneal completo.

Otros autores posteriormente también se adhieren a este método ⁽²⁻⁵⁾.

También se han descrito ^(6,7) métodos *sur*: sutura, en los cuales la úlcera se llena con epiplón mayor que entra dentro de la luz y luego se fija al duodeno con puntos o se puede rellenar la falta de sustancia con un tapón de esponja de gelatina.

Es indudable que en las úlceras perforadas de grandes dimensiones, crónicas de borde muy fibrosos, en las cuales la sutura se torna muy peligrosa, el recurso de colocar epiplón mayor es de gran importancia.

Por supuesto que no hay dificultades técnicas en realizar en el mismo acto quirúrgico por vía laparoscópica la vagotomía supraselectiva.

En el segundo caso, la avanzada edad de la paciente y los estudios endoscópicos previos que afirmaban posible benignidad de la lesión hicieron que la terapéutica fuera conservadora ya que la lesión era pequeña y estaba sin una comunicación evidente actual con la luz gástrica.

El lavado y el drenaje permitieron junto con los antibióticos y medicación antiulcerosa resolver el caso en la emergencia.

En otras situaciones podría estar justificada la biopsia de la lesión y aun pasar a las resecciones gástricas, pues es necesario recalcar que todo procedimiento laparoscópico debe duplicar probados procedimientos de cirugía convencional.

Creemos que todo cuadro peritoneal agudo puede ser inicialmente explorado por laparoscopia y resuelto de la misma forma si técnicamente es posible. El procedimiento tiene limitaciones si el paciente está descompensado hemodinámicamente.

El procedimiento laparoscópico da una excelente solución a las peritonitis, con un lavado completo y colocación precisa de los drenajes cuando son necesarios. Se evita la supuración de las laparotomías con sus importantes secuelas parietales.

Por supuesto que la disconformidad del paciente es menor y la vuelta al trabajo es más rápida.

Hay poca diferencia en la internación, pues en las peritonitis la terapia con antibióticos intravenosos debe durar varios días y esto en nuestro medio se realiza con el paciente internado.

Bibliografía

1. **Mouret P, Francois Y, Vignal J et al.** Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1990; 77: 1006.
2. **Nathanson LK, Easter DW, Cuschieri A.** Laparoscopic repair and peritoneal toilet of perforated duodenal ulcer. *Surg Endosc* 1990; 4:232.
3. **Pamerson-Brown S.** Emergency laparoscopic surgery. *Br J Surg* 1993; 80: 279.
4. **Sunderland GT, Chisholm EM, Lau WY et al.** Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1992; 79: 785.
5. **Walsh CJ, Khoo DE, Motson RW.** Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1993; 80: 127.
6. **Benoit J, Champault GG, Labhar E, Sezeur A.** Sutureless laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcer. *Br J Surg* 1993; 80: 1212.
7. **Tate JJ, Dawson JW, Lau WY, Li AKC.** Sutureless laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcer. *Br J Surg* 1993; 80: 235.