

Úlcera gastroduodenal perforada. Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento.

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

1. Clasificación

1.1 Según su clasificación topográfica

- 1.1.1 Gástrica.
- 1.1.2 Duodenal.
- 1.1.3 Pilórica.

1.2 Según el sitio hacia donde ocurra la perforación.

- 1.2.1 Libre, hacia la gran cavidad peritoneal.
- 1.2.2 En la transcavidad de los epiplones.
- 1.2.3 Sobre un órgano vecino (páncreas, hígado, colon, etc.).
- 1.2.4 Sufrir un proceso de tabicación.

2. Diagnóstico

2.1 Antecedentes

- 2.1.1 Paciente ulceroso conocido.
- 2.1.2 Trastornos dispépticos compatibles con un síndrome ulceroso.
- 2.1.3 Ingestión de medicamentos capaces de provocar úlcera, tales como: corticoides, fenilbutazona, salicilatos, reserpina, antiinflamatorios no esteroideos, etc.
- 2.1.4 Es posible que no existan.

2.2 Síntomas y signos

- 2.2.1 Dolor en el epigastrio, muy intenso, de aparición brusca o precedido por crisis de menor intensidad y que se irradian mas tarde a FID y a todo el abdomen.
- 2.2.2 En algunos pacientes, la instauración del dolor es gradual, siendo de poca intensidad a su inicio, agudizándose después, o bien persistiendo en forma moderada.
- 2.2.3 Vómitos, generalmente escasos.

2.3 Examen físico

- 2.3.1 El paciente puede mostrar diversos grados de shock.
- 2.3.2 El examen físico del abdomen, muestra:

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de 2do. Grado en Cirugía General. Hospital C. Q. Docente Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

- 2.3.2.1 A la inspección, escasa o nula movilidad con los movimientos de la respiración.
- 2.3.2.2 La palpación tanto la superficial como la profunda es dolorosa. Existe gran contractura muscular, vientre en tabla..
- 2.3.2.3 La percusión puede poner de manifiesto la desaparición de la matidez hepática que tiene gran valor diagnóstico (signo de Jaubert).
- 2.3.2.4 Los tactos vaginales o rectales o ambos, son muy dolorosos; se pueden encontrar los fondos de sacos muy abombados.

2.4 Exámenes de diagnóstico

2.4.1 Estudio radiológico: es el examen fundamental para el diagnóstico. La placa simple en posición de pie con visualización completa del diafragma, muestra la imagen del neumoperitoneo. Cuando por el estado del paciente no se puede realizar en esta posición se realiza en posición de Pancoast. Cuando la placa es negativa no mostrando por tanto neumoperitoneos y el cuadro clínico es característico de este proceso, se podrán usar medios que pongan en evidencia el neumoperitoneo; para ello se pasará una sonda nasogástrica por la que se inyectaran 300ml a 500ml de aire, que al salir por la perforación, se hará visible el neumoperitoneo en nuevos estudios radiológicos.

La ausencia de neumoperitoneo en el examen radiológico no excluye la existencia de una úlcera perforada.

2.4.2 La punción abdominal o el lavado peritoneal facilitan el diagnóstico por constatación del contenido gástrico libre en la cavidad abdominal. Ambas deben realizarse con posterioridad al examen radiológico.

2.4.3 Exámenes de laboratorio: hemograma, glicemia, ionograma y gasometría.

2.4.4 En caso de diagnóstico dudoso puede hacerse la prueba del diatrizoato.

3. Tratamiento

3.1 Quirúrgico

Va precedido de una etapa de tratamiento médico preoperatorio (que variará con el estado general del enfermo).

Consta de los aspectos siguientes:

3.1.1 Periodo preoperatorio:

- 3.1.1.1 Aspiración por sonda nasogástrica, que se dejara fija.
- 3.1.1.2 Hidratación y reposición de electrolitos según las necesidades.
- 3.1.1.3 Antibióticos. (Ver normas).
- 3.1.1.4 Tratamiento del shock. (Ver normas).

3.1.2 Periodo operatorio

El tratamiento quirúrgico variará también en cuanto a la técnica a emplear, de acuerdo con los factores siguientes:

- 3.1.2.1 Localización de la perforación
- 3.1.2.2 Tiempo de evolución.

3.1.2.3 Edad del paciente

3.1.2.4 Condiciones generales y locales (intensidad de la peritonitis).

3.1.2.5 Detalles de técnica: incisión paramé dia derecha.

a) **Úlcera gástrica:**

- Cuando el estado del paciente no permite una operación prolongada o cuando se comprueba una intensa peritonitis que altera las condiciones locales, se realizara un procedimiento de rápida ejecución, es decir, resección de una buena muestra de tejido, para realizar estudio anatomopatológico y sutura y epiploplastia – libre o pediculada – en un solo plano, con material no reabsorbible
- Cuando exista sospecha clínica de malignidad o si la observación macroscópica ofrece duda sobre su naturaleza y las condiciones del paciente obligan a una actuación rápida, la toma de biopsia no se limitara al borde de la lesión, sino que se realizara una escisión local de la úlcera, ya que las alteraciones inflamatorias pueden dar lugar a un diagnostico erróneo de benignidad. En estos casos, el paciente no debe ser dado de alta hasta que se conozca el resultado de la biopsia, que de mostrar malignidad, obligara el tratamiento radical indicado para esta afección (ver normas) en un lapso no mayor de 3 semanas – 4 semanas.
- En pacientes con buen estado general, que no presenten condiciones locales favorables, la conducta será la siguiente, en los hospitales docentes y provinciales: gastrectomía subtotal con resección de epiplones, restableciendo la continuidad digestiva por anastomosis gastroyeyunal antecólica, previo cierre parcial de la boca gástrica y con asa aferente hacia la curvatura menor.

b) **Úlcera duodenal:**

En los pacientes en quienes no se constata, durante el acto operatorio, una gran deformidad de la región ulcerosa, se realizara como procedimiento quirúrgico, sutura y epiploplastia libre o pediculada en un solo plano, con sutura no absorbible, ya que muchos de ellos bien orientados después de esta complicación, curan sin necesidad de practicarles cirugía exéretica.

En los pacientes que existan gran deformidad de la región ulcerosa y las condiciones generales sean óptimas, se realizara vagnectomia y piloroplastia, o vaguectomía con antrectomia (en hospitales docentes y provinciales). En los otros hospitales se realizara sutura y epiploplastia. La modificación de Horsley y la piloroplastia de Mikuliez Weimberg (extirpación local de la úlcera, acompañada de vaguectomía) puede realizarse en pacientes que se encuentren en condiciones optimas, con úlcera pequeña sin gran induración de su vecindad, situada en al pared anterior del duodeno. Estará contraindicada si la región se halla indurada por tejido cicatrizal, rodeada de adherencias densas o penetradas por una úlcera activa muy extensa. Siempre se complementara la piloroplastia con una maniobra de Kocher para facilitar el vaciamiento gástrico.

c) **Ulcus de la región pilórica:**

Esta localización plantea condiciones especiales, ya que por la situación, tamaño de la lesión y edema perilesional, es posible que la sutura y epiploplastia provoque una reducción del calibre, dando lugar a un síndrome pilórico. En estos pacientes, la

situación de urgencia será solventada con una derivación, gastroenterostomía, con vaguectomía, como complemento de la epiploplastia. En los hospitales docentes, cuando las condiciones del paciente sean óptimas, se realizará el tratamiento ideal que es la gastrectomía parcial.

d) Medidas complementarias:

- Durante en acto operatorio se tomará muestra del liquido derramado en la cavidad abdominal para efectuar cultivo y antibiograma. Se realizará aspiración exhaustiva del abdomen, de los espacios subfrénicos y del fondo de saco de Douglas.
- Solo se drenara la cavidad abdominal si se encuentra un absceso bien constituido. En los pacientes con peritonitis difusa se cerrara el abdomen sin dejar drenaje

3.1.3 Periodo postoperatorio:

3.1.3.1 Antibióticos. (Ver normas).

3.1.3.2 Analgésicos y sedantes su fuera necesario.

3.1.3.3 La realimentación y deambulación serán lo más precoces posibles.

3.1.3.4 Hidratación. (Ver normas).

3.1.3.5 La descompresión nasogastrica y la hidratación se emplearan de acuerdo con la técnica realizada y la presencia o no de íleo paralítico.

3.1.3.6 Los estimulantes del peristaltismo se usaran de acuerdo con el juicio del cirujano y según las complicaciones presentes.

3.1.3.7 Los pacientes a quienes se les haya realizado sutura y epiploplastia, seguirán con tratamiento antiulceroso adecuado, realizándose controles periódicos que incluyen gastroquimograma, exámenes clínico radiológico y endoscópicos; el primero se realizará a las 6 semanas; en caso de persistir síntomas y signos de actividad de la lesión o presentarse, será necesario el tratamiento quirúrgico definitivo.

3.2 Tratamiento médico

En ciertos pacientes será necesario aplicar una terapéutica médica no complementada quirúrgicamente, en el tratamiento de la úlcera perforada. Este tratamiento es el mismo que se instituye preoperatoriamente.

Estará indicado en los pacientes que presentan una afección asociada, que constituya contraindicación operatoria formal, y en quienes se mantendrá una vigilancia estrecha, interviniendo rápidamente si fuera necesario.

4. Tiempo de recuperación postoperatoria.

Se concederán entre 30 días, 45 días, a partir del alta definitiva.