

¿Ha disminuido la incidencia de la cirugía por estenosis pilórica péptica en el último cuarto de siglo?

A. Piñero, R. Robles, J. López, M. Montoya, J.L. Aguayo*, F. Sánchez y P. Parrilla

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. *Servicio de Cirugía General. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Introducción. Aunque existe un descenso muy importante de la cirugía por úlcera duodenal no complicada, no es bien conocido el efecto que la generalización de su tratamiento médico ha ocasionado sobre las complicaciones (hemorragia, perforación y estenosis) de la úlcera. En este trabajo, estudiamos la evolución de la incidencia de cirugía por estenosis pilórica péptica (EPP) por úlcera duodenal durante un período de 25 años.

Pacientes y métodos. Un total de 158 pacientes intervenidos con el diagnóstico de EPP durante 25 años, incluidos en una misma área geográfico-sanitaria. Se cuantificaron los casos intervenidos anualmente y se agruparon en períodos de 5 años para su comparación estadística basándonos, aproximadamente, en la introducción de los antihistamínicos H₂ e inhibidores de la bomba de protones en nuestro medio.

Resultados. El número de casos intervenidos por año muestra un descenso progresivo durante los 25 años considerados, encontrando un descenso significativo desde 1991.

Conclusiones. Existe una diferencia significativa entre la indicación del tratamiento quirúrgico por EPP en los años previos y posteriores al uso de los inhibidores de la bomba de protones y el tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*.

Palabras clave: Estenosis pilórica péptica. Inhibidores de la bomba de protones. Tratamiento erradicador. Cirugía.

(Cir Esp 2001; 70: 77-79)

HAS THE INCIDENCE OF PEPTIC PYLORIC STENOSIS DECREASED IN THE LAST 25 YEARS?

Introduction. Although there has been a considerable decrease in surgery for uncomplicated duodenal ulcer, the effect of the widespread use of medical treatment on complications (hemorrhage, perforation and stenosis) is not well known. We studied the evolution of the incidence of surgery for peptic pyloric stenosis due to duodenal ulcer over a 25-year period.

Patients and methods. The study included 158 patients with a diagnosis of peptic pyloric stenosis who underwent surgery over a 25-year period within the same health district. The yearly intervention rate was quantified and the patients were divided into 5-year periods for statistical analysis. This was approximately based on the introduction of histamine H₂-receptor antagonists and proton pump inhibitors in our environment.

Results. The yearly intervention rate progressively decreased over the 25 years studied. From 1991 this decrease was significant.

Conclusions. A significant difference was found between the incidence of surgical treatment of peptic pyloric stenosis before and after the introduction of proton pump inhibitors and *Helicobacter pylori* eradication therapy.

Key words: Peptic pyloric stenosis. Proton pump inhibitors. Eradication therapy. Surgery.

Correspondencia: Dr. A. Piñero Madrona.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
30120 El Palmar. Murcia.

Aceptado para su publicación en mayo de 2001.

Introducción

La úlcera duodenal (UD) es una enfermedad relacionada con el desarrollo, extraordinariamente rara antes de 1900 y cuyo diagnóstico fue incrementándose hasta 1970. Durante este período de tiempo, además de alcanzar una alta incidencia, el tratamiento médico era habitualmente infructuoso, lo que ocasionó la descripción de numerosas técnicas quirúrgicas^{1,2}. El frecuente fracaso

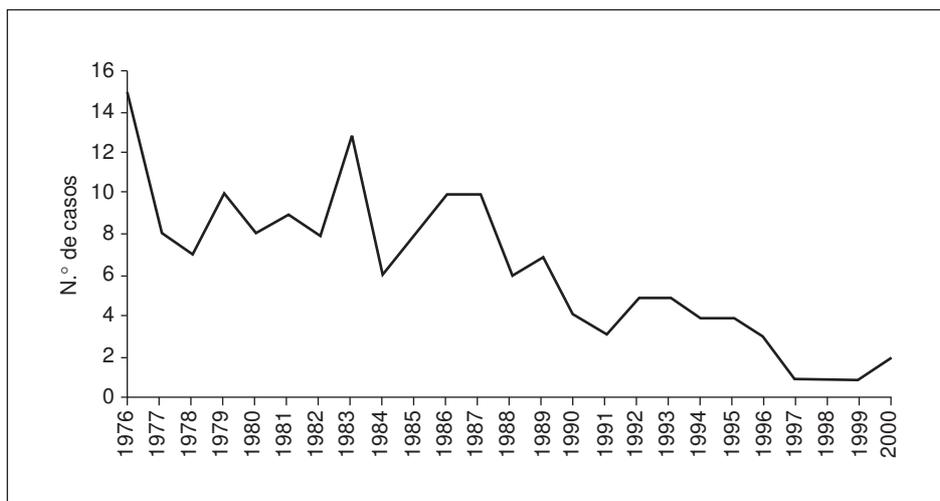


Fig. 1. Incidencia anual de cirugía por estenosis péptica pilórica entre los años 1976 y 2000 en nuestro medio.

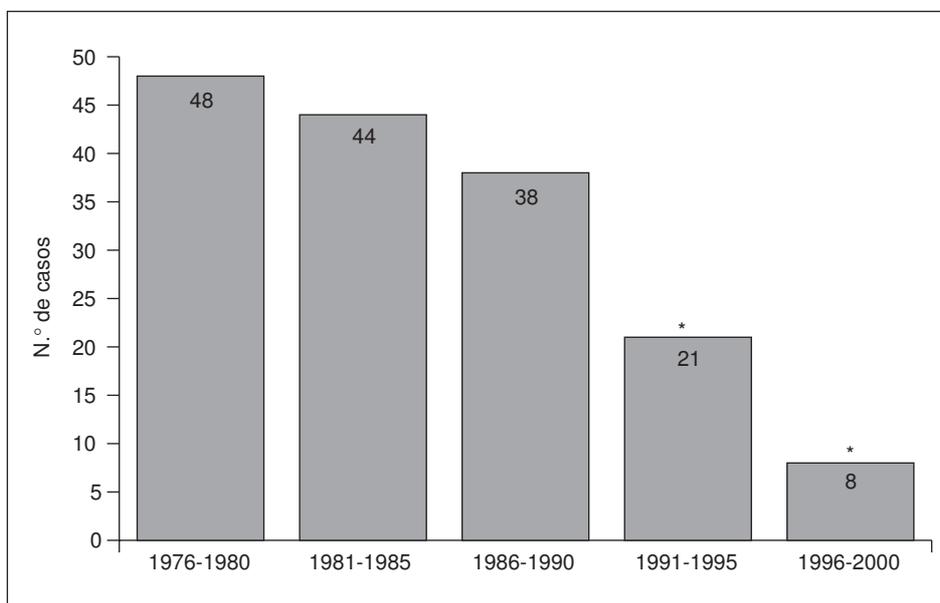


Fig. 2. Comparación de la indicación de cirugía por estenosis péptica pilórica en períodos consecutivos de 5 años. *p < 0,05 con relación a períodos anteriores.

del tratamiento médico hacía que la incidencia de complicaciones fuese muy elevada, llegando en el caso de la estenosis al 6-8% de los pacientes ulcerosos en algunas series^{3,4}. A partir de 1970 se produce un descenso de la prevalencia de la UD relacionado, por una parte, con el descenso de los factores ambientales predisponentes y, por otra, con la aparición de nuevos fármacos (antihistamínicos H2, inhibidores de la bomba de protones, antibióticos) que controlan y curan la enfermedad gracias al mejor conocimiento su etiopatogenia y fisiopatología. Este mejor control condiciona un descenso de la cirugía electiva por UD^{5,6}, sin tener un conocimiento exacto el efecto que ocasiona sobre las complicaciones (hemorragia, perforación y estenosis)⁵⁻⁸.

El objetivo de este artículo es analizar la incidencia de cirugía por estenosis pilórica péptica (EPP) por UD durante un período de 25 años, analizando las posibles variaciones y los factores que pueden haber influido sobre ellas.

Pacientes y métodos

Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de 158 pacientes intervenidos con el diagnóstico de EPP entre enero de 1976 y diciembre de 2000, incluidos en una misma área geográfico-sanitaria. Se excluyeron los casos de estenosis por úlcera gástrica o patología tumoral. La edad media fue de 55,1 años (rango 22-82), siendo 134 varones (84,8%) y 24 mujeres (15,2%). La intervención se realizó de manera electiva en todos los casos y, de forma preoperatoria, se realizó un tratamiento de descompresión gástrica con sonda nasogástrica, corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas y administración de inhibidores de la secreción gástrica (antihistamínicos H2 o inhibidores de la bomba de protones). El tiempo medio entre la hospitalización y la intervención fue de 9,7 días (rango, 7-30). De los 158 pacientes estudiados, 101 (63,9%) fueron intervenidos realizando una vagotomía troncular bilateral más drenaje gástrico (72 con piloroplastia tipo Heinecke-Mikulicz, 18 con tipo Finney, y 11 con gastroyeyunostomía), recibiendo los 57 (36,1%) restantes una vagotomía troncular bilateral más anrectomía (reconstrucción Billroth II en 47 casos y Billroth I en 10).

Todos los pacientes presentaron signos clínicos característicos de estenosis pilórica (vómitos de retención gástrica sin bilis el 100%, dolor epigástrico el 87% y pérdida de peso el 73%). El diagnóstico se confirmó en todos los casos por tránsito baritado y endoscopia, y en todos los casos existió un fracaso del tratamiento conservador.

Se cuantificaron los casos intervenidos anualmente y se agruparon en períodos de 5 años para su comparación estadística mediante el test de *t* de Student (significación estadística para $p < 0,05$). Esta división se basa, aproximadamente, en la introducción de los antihistamínicos H2 en nuestra institución, en diciembre de 1979, con un período previo de 5 años (1976-1980) y cuatro períodos después de dicha introducción, dos de ellos previos a la generalización de los inhibidores de la bomba de protones (finales de los ochenta-principios de los noventa) y dos posteriores.

Resultados

En la figura 1 se expone la frecuencia anual de las intervenciones por EPP. El número de casos intervenidos por año demuestra un descenso progresivo durante los 25 años considerados. Si analizamos los períodos de 5 años (fig. 2), observamos un número similar de pacientes intervenidos entre el primer período (1976-1980) y los dos períodos siguientes (hasta 1990). Sin embargo, en el período 1991-1995 ya se produce un descenso significativo ($p < 0,05$), continuando este descenso en el siguiente período de 5 años.

Discusión

En nuestra experiencia⁹ y para otros autores^{5,6} existe un descenso muy importante de la cirugía por UD no complicada, debido al mejor control de la enfermedad péptica por el uso de antihistamínicos H2 e inhibidores de la bomba de protones, así como del tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Sin embargo, no es bien conocido el efecto que la generalización de estos tratamientos ha ocasionado sobre las complicaciones (hemorragia y perforación) de la úlcera^{7,8}, aunque en estudios previos existió un descenso significativo en la incidencia de perforación a finales de los ochenta¹⁰. En cuanto a la estenosis, el número de operaciones realizadas permaneció más o menos constante hasta 1992¹¹. En el presente trabajo, el número de intervenciones por EPP permaneció estable hasta 1990, a pesar de la introducción de los antihistamínicos H2, iniciándose un descenso a partir de 1991, que fue más significativo en los años 1996-2000.

Diferentes factores pueden haber contribuido a este descenso. En primer lugar, se puede relacionar con un cambio en los criterios requeridos para indicar la intervención quirúrgica. En este sentido, como la estenosis puede ser reversible cuando existe edema y pilorospasmo secundario a la actividad inflamatoria en el lecho ulceroso, realizamos siempre el tratamiento conservador ya comentado e indicamos la cirugía cuando, tras un período de tratamiento de más de 7 días, se confirma la irreversibilidad del proceso mediante la realización de gastroscopia y radiología baritada. En la terapéutica conservadora no realizamos la dilatación pilórica debido al alto porcentaje de recidivas y al riesgo de perforación^{2,12}.

Un segundo factor a considerar es la política sanitaria regional, que puede realizar cambios en la sectorización de los hospitales, como resultado de abrir nuevos hospitales y cerrar otros. Este factor se descarta en nuestro caso, ya que no ha habido modificaciones en la población atendida.

Por último, numerosos autores relacionan el descenso de la cirugía por UD y sus complicaciones con la intro-

ducción de los antihistamínicos H2^{7,8,13-15}, inhibidores de la bomba de protones y tratamiento antibiótico erradicador de *Helicobacter pylori*¹⁶⁻¹⁹. En nuestro hospital no se produjo un descenso significativo del número de intervenciones por EPP hasta 1991, a pesar de haber introducido los antihistamínicos H2 en 1979. Esto puede haber estado relacionado con la utilización progresiva de estos fármacos en la población general. A partir de 1989-1990 se introduce el omeprazol, condicionando un descenso progresivo del número de intervenciones, muy significativo en el período 1996-2000, al que también puede haber contribuido la utilización del tratamiento antibiótico erradicador de *Helicobacter*.

En conclusión, aunque con los datos de este trabajo no podemos concluir que exista una relación directa entre el uso de estos medicamentos y el descenso en la indicación del tratamiento quirúrgico por EPP, sí observamos una diferencia significativa entre los años previos y posteriores al uso de estos medicamentos.

Bibliografía

1. Knight CH, Van Heerden J, Kelly K. Proximal gastric vagotomy: update. *Ann Surg* 1983; 177: 22-26.
2. Gorey TH, Lennon F, Heffernan S. Highly selective vagotomy in duodenal ulceration and its complications. *Ann Surg* 1984; 200: 181-184.
3. Ellis H. Pyloric stenosis complicating duodenal ulceration. *World J Surg* 1987; 11: 315-318.
4. Meyer C, Bachelier BC, Rohr S, De Manzini N, Leclercq A. Surgical treatment of pyloric stenosis of ulcerous origin. Apropos of 68 cases. *J Chir Paris* 1991; 128: 112-115.
5. Penn I. The declining role of the surgeon in the treatment of the acid-peptic diseases. *Arch Surg* 1980; 115: 134-135.
6. Kurata JH, Haile BM. Epidemiology of peptic ulcer disease. *Clin Gastroenterol* 1984; 13: 289-307.
7. Christensen A, Bousfield R, Christiansen J. Incidence of perforated and bleeding peptic ulcers before and after the introduction of H2-receptor antagonists. *Ann Surg* 1988; 207: 4-6.
8. Paimela H, Tuompo PK, Peräkylä T, Saario I, Höckerstedt K, Kivilakso E. Peptic ulcer surgery during the H2-receptor antagonist era: a population-based epidemiological study of ulcer surgery in Helsinki from 1972 to 1987. *Br J Surg* 1991; 78: 28-31.
9. Robles R, Parrilla P, Luján JA, Cifuentes J, García Ayllón J, Aguayo JL et al. Has there been a decrease in the incidence of uncomplicated gastroduodenal peptic ulcer surgery? *Dig Surg* 1990; 7: 26-30.
10. Sánchez-Bueno F, Marín P, Aguayo JL, Robles R, Piñero A, Parrilla P. ¿Ha disminuido la incidencia de la úlcera péptica perforada en la última década? *Cir Esp* 2001; 69: 118-120.
11. Makela J, Laitinen S, Kairaluoma MI. Complications of peptic ulcer disease before and after the introduction of H2-receptor antagonists. *Hepatogastroenterol* 1992; 39: 144-148.
12. Blackett RL, Axon ATR, Barker MC. Highly selective vagotomy with pyloric dilatation for pyloric stenosis due to peptic ulcer. *Br J Surg* 1982; 69: 289.
13. Bardhan KD, Cust G, Hinchliffe RF, Williamson FM, Lyon C, Bose R. Changing pattern of admissions and operations for duodenal ulcer. *Br J Surg* 1989; 76: 230-236.
14. McIntyre IM, Millar A. Impact of H2-receptor antagonists on the outcome of treatment of perforated duodenal ulcer. *J R Coll Surg Edinb* 1990; 35: 348-352.
15. Syter M, Herrmann M, Alaili R, Merlini M. Definitive surgery in complicated gastroduodenal ulcers. *Helv Chir Acta* 1992; 59: 365-369.
16. Sito E, Konturek PC, Konturek SJ, Bielanski W, Stachura J. *Helicobacter pylori* ingestion after gastrectomy and vagotomy in duodenal ulcer patients. *J Physiol Pharmacol* 1996; 47: 229-237.
17. Hunt RH. Eradication of *Helicobacter pylori* infection. *Am J Med* 1996; 20: S42-S51.
18. Mihmali M, Isgor A, Kabukcoglu F, Turkay B, Cikla B, Baykan A. The effect of *H. pylori* in perforation of duodenal ulcer. *Hepatogastroenterol* 1998; 45: 1610-1612.
19. Donovan AJ, Berne TV, Donovan JA. Perforated duodenal ulcer: an alternative therapeutic plan. *Arch Surg* 1998; 133: 1166-1171.