



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**
Revista de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

O-237 - Resultados del tratamiento quirúrgico urgente DE LA Hemorragia digestiva alta POR Úlcera duodenal en la era del "control de daños"

M.J. Pons Fragero, J.J. Sancho-Inserer, E. Membrilla-Fernández, F. Isbert-Trullás, Á. Gallego-Vila, M. Pera y L. Grande-Posa

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: El tratamiento inicial de la hemorragia digestiva alta (HDA) por ulcus duodenal (UD) es farmacológico y endoscópico, pero entre el 2% y el 5% de los pacientes precisan tratamiento quirúrgico. Las tasas de recurrencia, morbilidad, y mortalidad tras tratamiento quirúrgico siguen siendo elevadas. Las causas de estos pobres resultados han sido poco estudiadas, dada su baja prevalencia. Asimismo, la técnica quirúrgica más efectiva para conseguir la hemostasia sigue siendo motivo de controversia.

Objetivos: Valorar la morbilidad y mortalidad de una serie de técnicas quirúrgicas que fueron utilizadas para el tratamiento de la HDA por UD en una Unidad de Urgencias Quirúrgicas de un Hospital Universitario.

Métodos: Desde enero 2009 a diciembre 2013 se intervinieron 22 pacientes por HDA, 15 por UD. Se analizan de forma retrospectiva edad, sexo, localización, técnicas quirúrgicas empleadas, tasa de reintervenciones y sus causas, morbilidad y mortalidad postoperatorias.

Resultados: El 93,3% eran hombres y la edad media fue $65,2 \pm 13$ años. La localización del UD fue posterior en el 86,6%. Los 15 pacientes se habían sometido a un total de 30 endoscopias digestivas altas y todos recibieron transfusión preoperatoria ($6,7 \pm 3$ unidades por paciente). El UD fue clasificado en la primera endoscopia como Forrest Ia: 26,6%; Ib: 13,3%; IIa: 20%; IIb: 26,6% y III: 6,6%. En un 86,7% de pacientes se utilizaron sólo técnicas hemostáticas (sutura en 5 pacientes; ligadura de arterias gastroduodenal y/o gastroepiploica derecha en 2 y sutura + ligadura arteria gastroduodenal en 6). Se aunó técnica para control definitivo del ulcus en 13,3% (vagotomía en 1 paciente y antrectomía + Y de Roux en 1). En dos pacientes (13,3%) se asoció otro procedimiento quirúrgico (hemicolecotomía derecha y colecistectomía). La recidiva de la HDA ocurrió en 3 pacientes tras sutura, en los 2 tras ligadura arterial y en ninguno de los casos en los que se realizó sutura + ligadura de la arteria gastroduodenal, requiriendo reintervención quirúrgica 2 pacientes tras sutura y 2 pacientes tras ligadura arteria gastroduodenal. La dehiscencia de sutura se objetivó en 2 pacientes de los tratados por sutura y en 2 tras sutura + ligadura arterial. De forma global, 7 pacientes requirieron reintervención (46,7%), el 60% de los tratados con sutura, el 100% de los tratados con ligadura arterial y el 33,3% tras sutura + ligadura. Un paciente requirió embolización postoperatoria. Ninguno de los pacientes tratados con técnicas para el control definitivo presentó recidiva, reintervención, dehiscencia ni mortalidad. La mortalidad global fue del 13,3% (ambos tras sutura + ligadura, dehiscencia, varias reintervenciones y abdomen abierto).

Conclusiones: El tratamiento actual de la HDA por UD conlleva una elevadísima morbi-mortalidad. La ligadura arterial sin sutura del ulcus debería eliminarse del arsenal terapéutico. En esta serie, los pacientes

tratados con técnicas clásicas orientadas al tratamiento definitivo no han experimentado complicaciones postoperatorias.