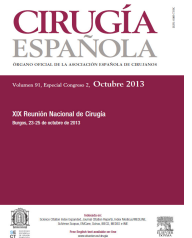




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-197 - ULCUS GASTRODUODENAL PERFORADO. NUESTRA EXPERIENCIA

M.L. Gutiérrez Díez, G. González Sanz, J. Martínez Bernard, N. Sánchez Fuentes, M. Herrero López, I. Gascón Ferrer, J.M. Rodríguez Artigas, S. Paterna López, C. Gracia Roche, M.P. Cebollero Benito y J.M. Esarte Muniáin

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

### Resumen

**Introducción:** Clásicamente se describen 3 complicaciones del ulcus gastroduodenal (UGD): estenosis pilórica, perforación y hemorragia. La hemorragia digestiva es la complicación más frecuente. La perforación se presenta en 1-3% de los pacientes ulcerosos.

**Objetivos:** Analizar los resultados obtenidos en los pacientes tratados en nuestro centro por UGD perforado desde su ingreso en el Servicio de Urgencias.

**Métodos:** Desde enero de 2008 hasta diciembre de 2012 han sido tratados un total de 54 pacientes. Analizamos su país de origen, tiempo de evolución sin atención médica, factores predisponentes, pruebas diagnósticas empleadas, tiempo medio transcurrido hasta la intervención quirúrgica, técnica quirúrgica aplicada y morbilidad y mortalidad.

**Resultados:** Se han tratado 18 mujeres y 36 varones, con una edad media de 55 años (rango 17-102 años); 20% eran extranjeros y 80% españoles. El tiempo medio de evolución clínica hasta su llegada al servicio de urgencias fue de 6 horas. En cuanto a los factores predisponentes: 12 pacientes presentaban antecedente de ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (22%), 10 historia de epigastralgia prolongada (18%), 6 alcoholismo (11%), 6 tabaquismo (11%), 5 Infección por *Helicobacter pylori* (9%), 3 inflamación crónica de la mucosa gastroduodenal, 3 antecedente ulceroso y 2 inmunodepresión por quimioterapia y esteroides. Pruebas radiológicas realizadas en Urgencias: radiografía simple de tórax en bipedestación en 17 pacientes (31%), en 23 (42%) pacientes se utilizó la tomografía computarizada abdominal, en 12 (22%) ecografía abdominal más tomografía y en 2 (4%) radiología simple más ecografía. El tiempo medio hasta llegar al diagnóstico e inicio del tratamiento definitivo fue de 6 horas. Tratamiento aplicado: recibieron tratamiento quirúrgico 51 pacientes (94%) mientras que 3 fueron tratados de forma conservadora (6%). Atendiendo a la vía de acceso, en 12 (24%) pacientes se optó por la cirugía laparoscópica y en 39 (76%) pacientes por cirugía abierta. El origen de la perforación fue gástrico en 29 pacientes (54%) y piloroduodenal en 25 (46%). Técnicas quirúrgicas practicadas: por vía laparoscópica, sutura simple de la perforación con o sin epiploplastía en 12 pacientes (100%); Un paciente precisó conversión por sospecha de neoplasia gástrica. Por laparotomía se realizó sutura simple en 16 pacientes (41%), en 13 sutura y epiploplastía (33%), sutura y piloroplastía en 4 (10%), antrectomía en 2 (5%) y gastrectomía subtotal en 4 (10%). Se añadió vagotomía en 2 pacientes por recidiva ulcerosa. La anatomía patológica informó de 4 neoplasias gástricas. Se han registrado complicaciones en 8 pacientes (14%). Requirieron reintervención quirúrgica 2 pacientes por dehiscencia de sutura y 1 por evisceración, 1 paciente presentó fístula duodenal que se trató de forma conservadora y 3 presentaron neumonía nosocomial. Falleció 1 paciente por shock séptico. Los pacientes

intervenidos por laparoscopia no presentaron complicaciones. La estancia media postoperatoria fue de 9 días.

**Conclusiones:** En nuestra serie la ingesta previa de AINES es el factor predisponente más importante con un alto porcentaje de pacientes que no son de origen español. La laparoscopia es un método seguro y efectivo. Por contra la demora hasta el tratamiento nos parece algo elevada.