

TRABAJO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE

***Cirugía Electiva de Úlcera Péptica en el Hospital Clínico
Regional de Concepción***

Univs. Bruno E. Caselli, Juan P. Cabrera,* Paulina A. Díaz,* Marcelo L. Elgueta,*
Michael D. Frelinghuysen,* Dr. Héctor E. Molina***

**Sociedad Científica Estudiantes de Medicina Universidad de Concepción (SCEMUDEC),*

**Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción,
Concepción, Chile. **Cirujano Digestivo, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de
Concepción, Concepción, Chile.*

E-mail: bcaselli@gmail.com

Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):88-93.

Resumen

Introducción: El tratamiento de la úlcera péptica (UP) ha cambiado en las últimas décadas, con disminución de las intervenciones quirúrgicas y cambios en el tipo de cirugía, como consecuencia de la introducción de antagonistas receptores H2 e inhibidores de bomba de protones, además del conocimiento del rol de *Helicobacter pylori* (Hp) en la patogénesis y recurrencia de la UP. Objetivo: Comunicar la experiencia en cirugía electiva de UP en el Hospital Clínico Regional Concepción (HCRC) durante 10 años. Material y método: Estudio observacional y descriptivo, corte transversal mediante fichas clínicas. Se consideraron 13 pacientes sometidos a cirugía electiva de UP entre 1996-2005 en el HCRC. Se utilizó el programa SPSS® v.13.0. Resultados: Hombres 12(92,3%), mujeres 1(7,7%). Edad promedio 44,3(±12,1) años, mínima 28 y máxima 67. Ubicación de úlcera; predominó duodenal 61,5%, seguido prepilórica 23%. En 3(23,1%) pacientes no hubo antecedentes de tratamiento médico previo. Tiempo promedio entre primera consulta y cirugía 3,6 años, mínimo 3 meses y máximo 12 años. En 11(84,6%) pacientes se consignaba Hp(+). En 10 pacientes la indicación fue fracaso al tratamiento médico. En todos los pacientes con úlcera duodenal se realizó vagotomía troncular (VT), y en 5/8 de éstos antrectomía. Reconstitución de tránsito; Billroth II 8/13 pacientes, Y de Roux 4/13, Billroth I 1/13. En 1 paciente se registró complicaciones postoperatorias. Tiempo promedio hospitalización postoperatoria 6,9(±2,3) días. No hubo mortalidad. Conclusiones: La cirugía electiva de UP es poco frecuente en nuestro medio, siendo indicada mayormente debido a fracaso de tratamiento médico y realizándose preferentemente antrectomía más VT.

Palabras Clave: úlcera péptica, cirugía, vagotomía.

(fuente: DeCS Bireme)

Abstract

Introduction: The treatment of the peptic ulcer (PU) has changed into the last decades, with decrease of the surgical interventions and changes into the type of surgery, as consequence of antagonists recipients H2 introduction and inhibiting of bomb of protons, besides the knowledge of *Helicobacter pylori* role (Hp) into the pathogenesis and recurrence of the PU. Objective: To communicate the experience in PU elective surgery in the Clinical Regional Hospital Concepcion (HCRC) for 10 years. Material and method: Observational and descriptively, transversal study, by means of clinical cards. They were considered 13 patients submitted to UP's elective surgery between 1996-2005 in the HCRC. There was in use the software SPSS®v.13.0. Results: Men 12(92.3%), women 1(7.7%). Average age 44.3(±12.1), minimum 28 and maximum 67. Ulcer location; it predominated duodenal 61.5%, followed prepyloric 23 %. In 3(23.1%) patients there were no precedents of medical previous treatment. Time mediated between the first consultation and surgery 3,6 years, minimum 3 months, maximum 12 years. In 11(84,6 %) patients Hp was

recorded (+). In 10 patients the indication was a failure to the medical treatment. In all the patients with duodenal ulcer was realized truncal vagotomy(TV), and in 5/8 of these antrectomy. Reconstitution of transit; Billroth II 8/13 patients, Y Roux 4/13, Billroth I 1/13. In 1 patient postoperative complications were registered. Time average of postoperative hospitalization 6,9($\pm$ 2,3) days. There was no mortality. Conclusions: The UP's elective surgery is not too frequent in our environment, being indicated mainly due to failure of medical treatment and being realized preferably antrectomy more TV.

Key Words: peptic ulcer, surgery, vagotomy.
(source: *DeCS Bireme*)

Introducción

El tratamiento de la úlcera péptica (UP) ha cambiado radicalmente en las últimas décadas, con disminución notable del número de intervenciones quirúrgicas y con cambios en el tipo de cirugía desde la década de los 70 ¹, como consecuencia de la introducción de diversos fármacos para su tratamiento, tales como antagonistas de receptores H₂ e inhibidores de bomba de protones, cuyo rendimiento es sobre el 90% a las 6 semanas de tratamiento, además del conocimiento del rol de la bacteria *Helicobacter pylori* (Hp) en la patogénesis y recurrencia de la úlcera péptica, por lo que su erradicación es un arma fundamental en el tratamiento médico de la úlcera péptica. A esto hay que agregarle el efecto de los AINES en la génesis de la úlcera péptica.

La incidencia de las intervenciones para el tratamiento de la úlcera péptica se redujo en los últimos 20 años. Actualmente existen indicaciones precisas para el tratamiento quirúrgico, siendo una de las más frecuentes a causa de una perforación de la úlcera péptica, cuyo tratamiento siempre es una urgencia. Existen otras indicaciones de cirugía, las cuales pueden ser diferidas, tales como: fracaso del tratamiento médico, que hasta antes de la década del 80, constituía una razón importante de indicación quirúrgica de la enfermedad ulcerosa.² Sin embargo actualmente constituye un 1-3% de las causas de cirugía y está representada casi exclusivamente por la úlcera gástrica gigante. Las indicaciones actuales de cirugía electiva, por lo tanto, están representadas, aparte del fracaso de tratamiento médico, por las complicaciones de la úlcera, tales como: obstrucción y hemorragia. Las intervenciones quirúrgicas para la úlcera duodenal están dirigidas a extirpar el área productora de gastrina, interrumpir el estímulo nervioso a las células productoras de ácido y pepsina y la extirpación parcial del área productora de ácido y pepsina.³⁻⁵ En el caso de las úlceras gástricas, el propósito del tratamiento quirúrgico de la úlcera es la extirpación de la úlcera junto con la resección de la zona antral, que es el área donde toma lugar la gastritis crónica que es susceptible a la formación de la úlcera.³

El objetivo de nuestro trabajo es comunicar la experiencia en el tratamiento quirúrgico electivo de úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional Concepción (HCRC) durante 10 años.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional y descriptivo, de corte transversal en el cual se analizaron 13 pacientes con diagnóstico de úlcera péptica, sometidos a

tratamiento quirúrgico electivo, y que fueron intervenidos consecutivamente durante el período comprendido entre el 1 de Enero del año 1996 y el 31 de Diciembre del año 2005 en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Regional de Concepción. Se registraron 12 (92.3%) hombres y 1 (7.7%) mujer, con una edad promedio de 44.3 años (± 12.1), con una edad mínima de 28 y máxima de 67 años. La información se obtuvo a partir de fichas clínicas de Archivo del Hospital Clínico Regional Concepción.

Como herramienta de registro de datos, se utilizó el programa Microsoft Excel® 2003 Pro, y para análisis estadístico el programa SPSS® v.13.0 for Windows.

Resultados

En cuanto a la ubicación de la úlcera, predominó la úlcera duodenal en 8 pacientes, seguido de la ubicación prepilórica en 3 pacientes (Tabla 1). En 3 (23,1%) pacientes no se tenían antecedentes de tratamiento médico previo. El tiempo transcurrido entre la primera consulta y la cirugía tuvo un promedio de 3,6 años, con un mínimo de 3 meses y un máximo de 12 años.

En 11 (84,6%) pacientes se consignaba en la biopsia la presencia de *Helicobacter pylori* positivo. En un 46,1% la indicación de cirugía se debió a fracaso del tratamiento médico con posterior obstrucción gástrica, mientras que en un 30,8% sólo fracaso del tratamiento médico (Tabla 2). En todos los pacientes con úlcera duodenal se realizó vagotomía troncular (VT), en 5/8 pacientes se efectuó además antrectomía y en los 3/8 pacientes se realizó hemigastrectomía.

En cuanto a la ubicación prepilórica, se realizó en todos los pacientes vagotomía troncular, en 2/3 pacientes se indicó antrectomía, mientras que en 1/3 hemigastrectomía (Tabla 3). En cuanto a la reconstitución de tránsito, se realizó gastroyeyunoanastomosis tipo Billroth II en 8 pacientes, seguido de asa en Y de Roux en 4 pacientes y gastroduodenoanastomosis tipo Billroth I en sólo un paciente (Tabla 4). Sólo en 1 paciente se registraron complicaciones postoperatorias.

El tiempo de hospitalización postoperatoria promedio fue de 6,9 días ($\pm 2,3$). No hubo mortalidad operatoria en la serie.

Discusión

De acuerdo a nuestro estudio, los pacientes con úlcera péptica ubicada en el duodeno, fueron los que se sometieron a un mayor número de intervenciones quirúrgicas.

En cuanto a los pacientes, es importante señalar que en 3/11 pacientes no se tenían antecedentes de haber sido tratados anteriormente en forma médica. Esto es un factor muy importante en cuanto a la evolución de la úlcera, ya que hoy en día más del 90% de ellas son tratadas en forma efectiva a través de terapia farmacológica.

El tiempo que hubo entre la primera consulta y la cirugía denotan los esfuerzos por tratar esta patología médicamente, para así aplazar y diferir un tratamiento de mayor complejidad como es una cirugía mayor. Esto debido a las múltiples complicaciones que pueden haber tanto en el intraoperatorio y

postoperatorio de estos pacientes, los cuales, muchas veces presentan antecedentes de deterioro orgánico u otras comorbilidades que pueden complicar el tratamiento quirúrgico.

La presencia de *Helicobacter pylori* en la biopsia es un antecedente muy importante, ya que es un agente patógeno que influye en la génesis y progresión de la úlcera. Se ha visto que casi 100% de los ulcerosos duodenales y el 80% de los ulcerosos gástricos, los sujetos están infectados por *Helicobacter pylori*. Sin embargo no todos los sujetos infectados por *Helicobacter pylori* desarrollan úlcera. Esto implica que las características del huésped, la variabilidad de la cepa y otros factores, desempeñan un papel en la génesis de la úlcera.

En la mayoría de los pacientes, la indicación del tratamiento quirúrgico fue el fracaso del tratamiento médico. Hasta antes de la década del 80, el fracaso del tratamiento médico constituía una razón importante de indicación quirúrgica de la enfermedad ulcerosa. Actualmente constituye un 1-3 % de las causas de cirugía y está representada casi exclusivamente por la úlcera gástrica gigante (mayor de 3 cm. de diámetro). En nuestra casuística, sin embargo, ningún paciente presentaba úlcera gigante.

Las distintas operaciones que se han utilizado para tratar la úlcera duodenal usan algunos de los 3 objetivos señalados anteriormente, usados solos o en combinación. En nuestra experiencia, se realizó en 5 pacientes con úlcera duodenal la antrectomía asociada a vagotomía troncular, mientras que en los otros 3 pacientes se realizó hemigastrectomía junto con vagotomía troncular, siempre aplicando los objetivos de cada intervención en la patogenia de la úlcera.

A diferencia del tratamiento de la úlcera duodenal, la vagotomía no tiene un rol importante en la cirugía de la úlcera gástrica.^{2,3} A excepción de la úlcera tipo III (prepilórica), la sección de los vagos no aporta mejores resultados a la resección gástrica exclusiva. En el caso de nuestro, en los 3 pacientes con úlcera prepilórica, se realizó vagotomía troncular, asociada tanto a antrectomía en 2 pacientes, como a hemigastrectomía en 1 paciente; mientras que en los otros 2 pacientes con úlcera gástrica (subcardial y corporo-antral), no se efectuó vagotomía, sino que gastrectomía subtotal; por lo que este principio se cumple en nuestra casuística.

Una vez que se ha extirpado la porción distal del estómago, ya sea por úlcera gástrica o duodenal, debe restablecerse la continuidad del tránsito digestivo. Esto se logra mediante la anastomosis entre el segmento de estómago remanente (muñón gástrico) y un segmento del intestino delgado, sea éste duodeno o yeyuno. Cada una de las reconstituciones tiene características propias, ventajas y desventajas. La realización de una u otra dependerá de las condiciones locales y de las preferencias del cirujano. En el caso de nuestro centro, se realizó en 8 pacientes Billroth II, en 4 pacientes Y de Roux y en 1 paciente Billroth I.

Es de destacar que no hubo mortalidad en nuestra serie, y que sólo un paciente presentó complicaciones postoperatorias, la cual fue una colección residual al 10° día postoperatorio; no se registraron hemorragias, gastroparesia ni dehiscencia de la sutura, las cuales son las complicaciones postoperatorias más frecuentemente reportadas por la literatura⁶⁻⁸.

Como conclusión podemos señalar que la cirugía electiva de úlcera péptica está en franco descenso en cuanto a su frecuencia, ya que el tratamiento médico

ha demostrado ser eficaz en la resolución de las úlceras, por lo que sus indicaciones son muy precisas en nuestro medio y en general en todos los centros.

Referencias

1. Sarosi G, Jaiswal K, Nwariaku F, Asolat Mi, Fleming J and Anthony T. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think. Am J Surg, November 1, 2005; 190(5): 775-9.
2. Hurtado H. Tratamiento quirúrgico actual de la úlcera péptica. Rev Gastroenterol Mex 2003; 68(2): 143-155.
3. Sadcheva. A K. Surgical treatment of peptic ulcer disease. Med Clin North Am 1991; 75(4): 999-12.
4. Paimela H, Oksala N, Kivilaakso E. A Study on the Incidence, Methods and Mortality in Surgery for Peptic Ulcer in Finland between 1987 and 1999. Digestive Surgery 2004; 21: 185-191.
5. Jordan P.H. Operation for duodenal ulcer disease. Annv Rev Med 1989; 40:1-15.
6. Mintello C, Volpin E, De Santi L, Mortella B, Nistri R. Complications of peptic ulcer disease in the elderly. Chi-ital.1997; 48 (4-5):37-41.
7. Duggan JM, Zinsmeister AR, Kelly KA, Melton LJ. Long-term survival among patients operated upon for peptic ulcer disease. J Gastroenterol Hepatol 1999; 14 (11): 1074-82.
8. JW Freston. Management of peptic ulcers: emerging issues. World J Surg, Mar 2000; 24: 250-5.

Tabla 1

Ubicación de úlcera péptica en el tratamiento quirúrgico electivo en el Hospital Clínico Regional de Concepción

Ubicación	n	%
Duodenal	8	61,6
Prepilórica	3	23
Subcardial	1	7,7
Corporal y antral	1	7,7
TOTAL	13	100

Tabla 2

Indicaciones de tratamiento quirúrgico electivo de úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción.

Indicaciones	n	%
Fracaso de tratamiento médico	4	30,8
Fracaso de tratamiento médico + Obstrucción	6	46,1
Obstrucción	2	15,4
Hemorragia	1	7,7
TOTAL	13	100

Tabla 3

Cirugía realizada según ubicación de la úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción.

Ubicación	VT + Antrectomía	VT + Hemigastrectomía	Gastrectomía Subtotal
Duodenal	5	3	0
Prepilórica	2	1	0
Subcardial	0	0	1
Corporal y antral	0	0	1
TOTAL	7	4	2

Tabla 4

Tipo de reconstitución de tránsito según cirugía realizada en el tratamiento electivo de úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción.

Cirugía	Billroth I	Billroth II	Y de Roux
VT + Antrectomía	1	6	0
VT + Hemigastrectomía	0	2	2
Gastrectomía Subtotal	0	0	2
TOTAL	1	8	4