

Abordaje laparoscópico de úlcera gástrica perforada

Leopoldo González Castro^a, Marco Antonio González Acosta^b, José Antonio Manjarrez Cuenca^b, Miguel Ángel Cruz Salinas^a, Yoeli Marisa Escandón Espinoza^a, José Roberto Vázquez Nieves^a, Ileana Mondragón Moreno^a, Ivonne Teresa Campos Palacios^d



Resumen

Antecedentes: La reparación de una úlcera péptica perforada puede efectuarse con un simple cierre con sutura o con parche de epiplón (Graham) suturado o grapado. El cierre primario más parche de Graham se ha convertido en el método predilecto de un sinnúmero de instituciones. Aparentemente, el tratamiento urgente por vía laparoscópica es bastante efectivo y goza de tasas aceptables de morbilidad y mortalidad comparado con la cirugía convencional.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 66 años de edad, el cual presenta antecedentes de HAS y AR sin tratamiento, fue llevado al servicio de urgencia del hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE con un cuadro de 12 h de evolución caracterizado por dolor en epigastrio de tipo ardoroso, inicio súbito, intenso, el cual se generalizó posteriormente a todo el abdomen, presentado datos de respuesta inflamatoria sistémica y mal estado general, abdomen con irritación peritoneal y abdomen en madera, leucocitosis y aire libre subdiafragmático en placa simple de tórax, por lo que diagnosticó úlcera péptica perforada y se decidió realizar cirugía de urgencias.

Se utilizó reparación laparoscópica de úlcera gástrica perforada con colocación de parche de epiplón y lavado de cavidad peritoneal con evolución satisfactoria del paciente y posterior egreso de éste.

Con el advenimiento de las técnicas laparoscópicas, la factibilidad y seguridad del cierre laparoscópico de las úlceras pépticas perforadas ha sido demostrada en algunas series publicadas recientemente.

Conclusión: es evidente que la reparación laparoscópica de úlceras pépticas perforadas puede ser considerada como un método seguro y efectivo, particularmente en pacientes con menos de 24 h de evolución, contando además con algunas de las ventajas ya establecidas de las técnicas mínimamente invasivas.

Palabras clave: úlcera péptica perforada, parche de epiplón, laparoscopia.

Laparoscopic treatment of perforated gastric ulcer

Abstract

Background: The repairment of perforated peptic ulcer can be done with a simple suture closure with omental patch

^aResidente de Cirugía General. Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda". ISSSTE.

^bMédico adscrito. Servicio de Cirugía General. Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda". ISSSTE.

^cEstudiante de Medicina. UNAM.

^dEstudiante de Medicina. Facultad de Estudios Superiores. Iztacala.

(Graham) stitches. Primary closure plus Graham patch has become the preferred method of many institutions. Apparently, the laparoscopic emergency treatment is quite effective, enjoying acceptable rates of morbidity and mortality compared with conventional surgery.

Clinical case: We report a case of male patient aged 66 who has a history of SAH and AR without treatment, is brought to the emergency service of General Hospital "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE with 12 hrs of evolution presenting epigastric pain of sudden onset of intense burning rate which subsequently generalize to the entire abdomen, reported data of systemic inflammatory response and poor general health, abdomen with peritoneal irritation and wood abdomen, leukocytosis, and subdiaphragmatic air on simple chest plate, diagnosed as perforated peptic ulcer and emergency surgery say using laparoscopic repair of perforated gastric ulcer with omental patch placement and washing of peritoneal cavity of the patient with satisfactory outcome and completion of he. With the advent of laparoscopic techniques, the feasibility and safety of laparoscopic closure of perforated peptic ulcers has been demonstrated in some studies published recently.

Conclusion: it is clear that the laparoscopic repair of perforated peptic ulcer can be considered as a safe and effective, particularly in patients with less than 24 hrs of evolution, and also boasts some of the already established advantages of minimally invasive techniques.

Key words: perforated peptic ulcer, omental patch, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El primer reporte conocido de una úlcera péptica perforada fue documentado en el año 167 a. C.¹ Aunque existen algunas publicaciones que mencionan el manejo no quirúrgico de este padecimiento, el tratamiento es esencialmente quirúrgico.² Entre más rápido y oportuno se haga el diagnóstico y se realice el tratamiento quirúrgico, mejor será el pronóstico. Un diagnóstico tardío se asocia con una mortalidad superior al 90% comparado al 0-10% observado con el tratamiento oportuno.³

La reparación de una úlcera péptica perforada puede efectuarse con un simple cierre con sutura, o con parche de epiplón (Graham) suturado o grapado, con pegamento de fibrina, con esponja de ge-

Aunque algunas publicaciones mencionan el manejo no quirúrgico de la úlcera péptica perforada, el tratamiento es esencialmente quirúrgico. Entre más oportuno se haga el diagnóstico y se realice el tratamiento quirúrgico, mejor será el pronóstico. Un diagnóstico tardío se asocia con una mortalidad superior al 90%.



latina, o mediante el uso de tapón de ligamento redondo o falciforme, entre otros métodos. El cierre primario más parche de Graham se ha convertido en el método predilecto de un sinnúmero de instituciones. Es técnicamente fácil de realizar y muy confiable, sobre todo en pacientes de alto riesgo.⁴⁻⁷

En Francia, en 1990, Phillipe Mouret et al reportaron la primera reparación laparoscópica exitosa de una úlcera péptica perforada.⁸ Desde entonces, grandes series de pacientes tratados exitosamente con cirugía de mínima invasión han sido reportadas. Apparently, el tratamiento urgente vía laparoscópica es bastante efectivo, gozando de tasas aceptables de morbilidad y mortalidad comparado con la cirugía convencional.⁹⁻¹⁵

A continuación presentamos un caso clínico con reparación laparoscópica de una úlcera gástrica perforada.

Varón de 66 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y artritis reumatoide sin control médico, cuyo padecimiento inició 12 h previas a su internamiento, con dolor en epigastrio de tipo ardoroso de inicio súbito, intenso, sin irradiaciones, el cual se generalizó posteriormente a todo el abdomen, acompañado de náuseas.

Se diagnosticó úlcera péptica perforada, por lo que decidió realizar cirugía de urgencia.



Figura 1. Úlcera perforada en cara anterior de cuerpo gástrico.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente varón de 66 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica (HAS) y artritis reumatoide (AR) sin control médico, cuyo padecimiento inició 12 h previas a su internamiento al servicio de urgencias del hospital general “Dr. Gonzalo Castañeda” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con dolor en epigastrio de tipo ardoroso de inicio súbito, intenso, sin irradiaciones, el cual se generalizó posteriormente a todo el abdomen, acompañado de náuseas.

- **Exploración física:** el paciente estaba consciente pero desorientado, con palidez de tegumentos, deshidratación de mucosas y mal estado general, taquicárdico de hasta 122 latidos por minuto, taquipneico 28 respiraciones por minuto, TA de 125/58 mmHg, T de 36.6, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen plano, peristalsis ausente, abdomen en madera, dolor a la palpación superficial y profunda con datos de irritación peritoneal, al tacto rectal refiere dolor.
- **Exámenes de laboratorio:** hemoglobina 8.1, hematocrito 25.7, plaquetas 586, leucocitos 16.5, neutrófilos 92.2, linfocitos 700, glucosa 160, nitrógeno ureico en sangre (BUN) 31, creatinina 1.4, sodio 140, potasio 4.1, cloro 107, tiempo de protombina (TP) 13.8, tiempo parcial de tromboplastina (TPT) 38.2, cociente internacional normalizado (INR) 68.4%.

Radiografía de tórax, con la que se aprecia aire libre subdiafragmático, radiografía de abdomen con imagen en vidrio despulido.

Se diagnosticó úlcera péptica perforada, por lo que decidió realizar cirugía de urgencia.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El paciente recibió hidratación intravenosa, analgésicos y antibióticos parenterales, así como colocación de sonda nasogástrica antes de la cirugía. Fue colocado en posición Lloyd-Davis (litotomía modificada). El neumoperitoneo fue creado mediante una aguja de Veress, la presión intraabdominal se mantuvo en 12 mmHg. Se colocaron 3 trócares (1 de 5 mm y 2 de 10 mm): 2 trócares de trabajo el superior en el área epigástrica 2 cm inferior y a la izquierda de apéndice xifoide, el otro a nivel de la línea medaclaravicular 2 centímetros abajo del arco costal y 1 umbilical para la cámara. El cirujano permanece entre las piernas del paciente, con un asistente a cada lado. Se examinó minuciosamente el área afectada y se identificó la perforación (**figura 1**).

El siguiente paso fue realizar un lavado exhaustivo y succión de los 4 cuadrantes, empezando por el cuadrante superior derecho y siguiendo una trayectoria en el sentido de las manecillas del reloj. Las



Figura 2. Colocación de puntos en úlcera gástrica.



Figura 3. Puntos colocados.

membranas fibrinosas del intestino delgado fueron removidas en la medida de lo posible sin dañar la superficie serosa del mismo. Se tomaron biopsias incisionales de los bordes de la úlcera, y se enviaron al Departamento de Patología para descartar malignidad. La perforación fue cerrada colocando puntos simples de espesor total a 1 cm de cada uno de los bordes de la úlcera sin anudar con poliglactina (Vicryl®, Ethicon, Johnson & Johnson, Bruseles, Bélgica) de calibre 2-0 (**figuras 2 y 3**).

Posteriormente se colocó un parche de epiplón mayor (ligamento gastrocólico) sobre la zona de la úlcera, anudando progresivamente de superior a

inferior los cabos libres de cada una de las hebras cubriendo totalmente dicha área (**figura 4**).

Se colocaron drenajes de sistema cerrado. La aponeurosis fue cerrada solamente en los puertos de 10 mm con ácido poliglicólico del 0. La piel de todos los sitios fue cerrada con nylon 3-0.

Una vez hospitalizado fue manejado con cefalosporinas de tercera generación y metronidazol intravenoso (IV), analgésicos, sonda nasogástrica (SNG) y control hidroelectrolítico con base en la presión venosa central (PVC) y diuresis. Se comenzó a usar la vía oral al sexto día y se retiraron los drenajes de características serosas al séptimo día, por lo que fue dado de alta y egresó para volver a su domicilio. La vigilancia posoperatoria dio un reporte de patología negativo a malignidad. Endoscopia de control positivo a *Helicobacter pylori*, por lo que se complementó el manejo con tratamiento de erradicación.

DISCUSIÓN

La frecuencia de úlceras pépticas complicadas requiriendo de manejo quirúrgico no ha cambiado a través del tiempo y la incidencia de perforación es aproximadamente del 5%.¹⁶ Con el advenimiento de las técnicas laparoscópicas, la factibilidad y seguridad del cierre laparoscópico de las úlceras pépticas perforadas ha sido demostrada en algunas series publicadas recientemente.¹⁷⁻¹⁸

El simple cierre primario de la perforación con parche de Graham por vía laparoscópica pueden llevarse a cabo con relativa facilidad y probablemente constituyen un tratamiento suficiente. Después de llevar a cabo dicha técnica más el tratamiento posquirúrgico con bloqueadores de la bomba de protones, menos del 20% de los pacientes requerirán tratamiento quirúrgico definitivo subsecuente.¹⁹ Tokunaga et al²⁰ demostraron que en más del 85% de los pacientes con úlceras pépticas perforadas se encuentra presente el *H. pylori*. La adición de tratamiento postoperatorio contra el *Helicobacter pylori* reduce aún más el número de pacientes que requerirán de tratamiento quirúrgico definitivo.

El abordaje laparoscópico ofrece ventajas muy conocidas en otros procedimientos bien establecidos. Se demuestra un rápido retorno a la vía oral y una estancia intrahospitalaria relativamente corta,

El abordaje laparoscópico ofrece ventajas muy conocidas en otros procedimientos. Hay un rápido retorno a la vía oral y una estancia intrahospitalaria corta. Otras ventajas del abordaje mínimamente invasivo son el menor trauma a la pared abdominal y una menor morbilidad en las heridas.

La reparación laparoscópica de úlceras pépticas perforadas puede ser considerada un método seguro y efectivo, particularmente en pacientes con menos de 24 h de evolución.



Figura 4. Parche Graham colocado.

resultados muy similares a otras series publicadas durante la última década. Otras de las ventajas dignas de mencionar del abordaje mínimamente invasivo son el menor trauma a la pared abdominal y una menor morbilidad en las heridas.

En conclusión, es evidente que la reparación laparoscópica de úlceras pépticas perforadas puede considerarse como un método seguro y efectivo, particularmente en pacientes con menos de 24 h de evolución, contando además con algunas de las ventajas ya establecidas de las técnicas mínimamente invasivas. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lau WY, Leow CK. History of perforated duodenal and gastric ulcers. *World J Surg.* 1997;21:890.
2. Crofts TJ, Park KG, et al. A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer. *N Engl J Med.* 1989; 320:970.
3. Memon MA, Fitzgibbons RJ. The role of minimal access surgery in the acute abdomen. *Surg Clin North Am.* 1997;77: 1333.
4. Takeuchi A, Kawano T, Toda T. Laparoscopic repair for perforation of duodenal ulcer with omental patch: report of initial 6 cases. *Surg Laparosc Endosc.* 1998;8:153.
5. Costalat G, Alquier Y. Combined laparoscopic and endoscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcer using the ligamentum teres hepatis. *Surg Endosc.* 1995;9:677.
6. Costalat G, Dravet F, Noel P. Coelioscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcer using the ligamentum teres hepatis. *Surg Endosc.* 1991;5:154.
7. Munro WS, Bajwa F, Menzies D. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers with a falcoform ligament patch. *Ann Roy Coll Surg Endosc.* 1996;78:390.
8. Mouret P, Francois Y, Vignal J. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 1990;77:1006.
9. Lau WY, Leung KL, et al. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 1995;82:814.
10. Matsuda M, Nishiyama M. Laparoscopic omental patch repair for perforated peptic ulcer. *Ann Surg.* 1995;221:236.
11. Thompson AR, Hall TJ, Anglin BA. Laparoscopic application of perforated ulcer: results of a selective approach. *South Med J.* 1995;88:185.
12. Champault GG. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Endosc Surg Allied Technol.* 1994;2:117.
13. Robertson GS, Maddern GJ. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. The role of laparoscopy in generalized peritonitis. *Ann Roy Coll Surg Engl.* 2000;82:6.
14. Druart ML, Van Hee R, Etienne J, et al. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer. A prospective multicenter trial. *Surg Endosc.* 1997;11:1017.
15. Katkhouda N, Mavor E, Mason RJ. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: outcome and efficacy in 30 consecutive patients. *Arch Surg.* 1999;134:845.
16. Donovan AJ, Berne TV. Perforated duodenal ulcer: an alternative therapeutic plan. *Arch Surg.* 1998;133:1166-71.
17. Matsuda M, Nishiyama M, Hanai T, et al. Laparoscopic omental patch repair for perforated peptic ulcer. *Ann Surg.* 1995; 221:236-40.
18. Siu WT, Leong HT, Li MKW. Single stitch laparoscopic omental patch repair of perforated peptic ulcer. *J R Coll Surg Edinb.* 1997;42:92-4.
19. Sebastian M, Chandran VP, Elashaal YI, et al. Helicobacter pylori infection in perforated peptic ulcer disease. *Br J Surg.* 1995;82:360-2.
20. Tokunaga Y, Hata K, Ryo J. Density of Helicobacter pylori infection in patients with peptic ulcer perforation. *J Am Coll Surg.* 1998;186:659-63.