

ÚLCERA DUODENAL COMPLICADA: ETIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO. HOSPITAL SANTO TOMÁS. ENERO 1995- JUNIO 2000.

De Obaldía, Noel; Hau, Alexis; Vergara, Sally; Wilson MC, Cindy C.

Estudiantes del XII semestre de la carrera de Doctor en Medicina. Universidad de Panamá

Asesor: Dr. Elías García Mallorca

Cirujano General, Hospital Santo Tomás

Resumen

La úlcera duodenal (UD) representa la principal causa de hospitalización por hemorragia digestiva alta. La etiología de la úlcera duodenal es multifactorial, aunque actualmente sabemos que la infección por *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) es la principal causa. Las complicaciones de la UD incluyen hemorragia, rupturas y obstrucciones con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Metodología: Este es un estudio descriptivo retrospectivo, cuyo universo es todo paciente admitido en las salas 9 y 10 de cirugía del Hospital Santo Tomás (HST) desde enero de 1995 hasta junio de 2000 con diagnóstico de UD.

Resultados: El estudio tiene un universo de 43 casos, de los cuales el 14% pertenecían al grupo de edad de 31-40 años. 91% de los casos eran del sexo masculino y la complicación más frecuente fue la hemorragia (74%). Diez pacientes (23.2%) tenían documentado el test para detección de *H. pylori*, de los cuales 90% (9) fueron positivos para esta prueba. 58% de los casos (25) tenían una historia positiva de tabaquismo.

Discusión: Similar a los textos consultados, la edad promedio de presentación de la UD es 40 años, más frecuente en el sexo masculino. La hemorragia fue la complicación más frecuente y también similar a varios estudios consultados, la infección por *H. pylori* estuvo en el orden de 90%.

Palabras claves: úlcera duodenal, hemorragia, perforación, obstrucción.

COMPLICATED DUODENAL ULCER: ETHIOLOGY, RISK FACTORS AND TREATMENT. SANTO TOMÁS HOSPITAL. JANUARY 1995-JUNE 2000.

Abstract

Duodenal Ulcer (DU) represents the main upper digestive hemorrhage hospitalization reason. The etiology of DU is multifactorial, nevertheless we know yet that the *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection is the leading cause of it. The DU complications include hemorrhage, ruptures and obstructions with high morbidity and mortality rates. Methodology: This is a retrospective descriptive study, whose universe is every patient admitted to the 9 & 10 large surgery rooms of the Santo Tomás Hospital (HST) since January 1995 to June 2000 with the DU diagnose. Results: The study has a universe of 43 cases. 14% of them belong to the 31 - 40 age group. 91 % of them were males and the most frequent complication was the hemorrhage (74 %). Ten (23.2 %) patients had the *H. pylori* detection test documented and 90% (9) were positive for that test. 58% of the cases (25) had a positive history of smoking. Discussion: Similar to the texts related, the average age of presentation of DU is 40 years, more frequently in males. The most frequent complication was the hemorrhage and also similar to various consulted studies, the *H. pylori* infection was in the 90 % order.

Key words: duodenal ulcer, hemorrhage, ruptures, obstruction.

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica consiste en una pérdida de sustancia del tracto digestivo que alcanza en profundidad hasta la submucosa como mínimo y puede llegar hasta la muscular de la mucosa; ésta resulta de la acción lesiva del ácido clorhídrico y de la pepsina secretados por el estómago.¹

La prevalencia anual de úlcera péptica se sitúa alrededor del 1-2% y su incidencia oscila entre 0,04%-2.4%, siendo de tres a cuatro veces más frecuente la úlcera duodenal (UD) que la gástrica (UG).²

Las complicaciones de la úlcera péptica se estima en un 11% de los pacientes.³ Las complicaciones de la úlcera duodenal son hemorragia que se presenta en un 15-25 % de los pacien-

tes; perforación en un 2-3% y obstrucción de 2-4% de los pacientes.⁴

La infección por *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) y el consumo de AINES son considerados en la actualidad los principales agentes etiológicos de la úlcera péptica.⁵ La infección por *H. pylori* cursa en la mayoría de los pacientes de forma asintomática.⁶ La mayoría de los pacientes afectados por una úlcera péptica son *H. pylori* positivos: como ejemplo, en un análisis que incluía a pacientes reclutados en 24 estudios previos, se halló infección por *H. pylori* en las biopsias de antro en el 95% de los pacientes con UD.⁷ Estudios clínicos prospectivos en los que se ha realizado de forma sistemática una exploración endoscópica a pacientes que reciben antiinflamatorios no esteroides (AINEs) han demostrado la aparición de una UG en el 10%-20% y una UD en el 4%-10% de los pacientes, no

existentes previamente, en el plazo de tres meses a partir del inicio del tratamiento.⁸ El consumo de tabaco incrementa el riesgo de complicaciones asociadas a la úlcera péptica, así como la necesidad de cirugía. Un estudio de Noruega mostró una fuerte asociación entre úlcera perforada y fumadores. Del 20%-50% de los pacientes afectados de una UD presentan historia familiar positiva, comparado con el 5%-15% hallado en los sujetos sanos.⁹

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son perforación, obstrucción, hemorragia masiva y dolor abdominal intratable.

OBJETIVO GENERAL

Describir las causas, factores de riesgo y el tratamiento de los pacientes con úlcera duodenal complicada que fueron admitidos en las salas 9 y 10 de cirugía del Hospital Santo Tomás en el período de enero de 1995 a junio del 2000.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo.

Área de estudio: realizamos el estudio en las salas 9 y 10 de cirugía del Hospital Santo Tomás (HST).

Sujetos: *Universo:* pacientes con diagnóstico de úlcera duodenal complicada hospitalizados en estas salas entre enero de 1995 y junio del 2000.

Se revisaron los registros de egreso del Servicio de Cirugía por mes desde enero de 1995 a junio del 2000 en las salas 9 y 10 del Hospital Santo Tomás; de los cuales seleccionamos todos los pacientes con diagnóstico de egreso de UD.

Posteriormente obtuvimos los expedientes en las oficinas del Departamento de Registros Médicos del HST. De los expedientes obtenidos se utilizaron los que reuniesen los criterios de inclusión (N=43).

Criterios de inclusión:

1. Todo caso que tenga como diagnóstico de egreso úlcera duodenal en su expediente.
2. Todo caso que haya sido hospitalizado entre enero de 1995 y junio del 2000 en la sala 9 y 10 de cirugía del HST.
3. Todo caso que en su expediente hubiera sido consignado las variables estudiadas.

MATERIALES

Se utilizó una encuesta tipo cédula, la cual fue llenada con la información obtenida de los expedientes clínicos de nuestro universo de estudio incluyendo las variables de relevancia que se definen operacionalmente como sigue:

Edad: número de años cumplidos a la fecha de su última hospitalización.

Sexo: género referido en el expediente.

Tabaquismo: consumo de 10 o más cigarrillos por día.

Infección por *H.pylori*: confirmación de infección por *H.pylori* por cualquier prueba documentada en el expediente.

Tratamiento previo de úlcera duodenal: cualquier medida terapéutica (médico o quirúrgica) dirigido a los síntomas de úlcera duodenal confirmada.

Uso de AINES: historia de consumo de cualquier medicamento tipo AINES durante un periodo mínimos de 3 meses previos a la fecha del diagnóstico de úlcera duodenal con cualquier finalidad terapéutica. Utilizamos este periodo mínimo basándonos en el estudio de Mellen H et al. (8)

Diagnóstico previo de úlcera duodenal: diagnóstico de úlcera duodenal realizado por un médico idóneo (diagnóstico por métodos endoscópicos) antes de la fecha de su última hospitalización.

Complicación de úlcera duodenal: cualquiera de las descritas en el trabajo (hemorragia, perforación u obstrucción) documentada en el expediente.

RESULTADOS

El grupo de edad que presentó con mayor frecuencia úlcera duodenal complicada fue entre 31 y 40 años (14 %), con una mediana de 39 años y un promedio de 40 años.

El sexo masculino presentó mayor frecuencia de úlcera duodenal complicada (39, 91%), con una proporción hombre/mujer de 10:1.

La complicación que con mayor frecuencia se presentó fue hemorragia (32, 74%), luego la perforación (10, 23%) y por último la obstrucción (1, 2%). De los 10 pacientes que les realizaron pruebas para la detección de *H.pylori*, 9 (90%) tuvieron diagnóstico positivo.

Encontramos que un paciente (2%) tenía antecedente de uso de AINES en los casos estudiados. El antecedente de tabaquismo estuvo presente en el 58% (25) de los pacientes.

De los pacientes, 3 (6%) tenían antecedentes familiares de enfermedad ulcero-péptica. A los pacientes tratados quirúrgicamente por hemorragia gastrointestinal como complicación de úlcera duodenal, a la mitad (8 casos) se les realizó vagotomía troncular bilateral + piloroplastia.

DISCUSIÓN

La edad promedio en la que se presentó úlcera duodenal complicada es nuestro estudio fue de 40 años, lo cual concuerda con lo descrito en el Shwartz. La aparición de complicaciones de UD fue mayor en el sexo masculino, coincidiendo con Vilardes F.

Millat describe que la complicación más frecuente de UD es el sangrado, similar a lo obtenido en este trabajo, luego la perforación y por último la obstrucción. Kuipers ha reportado que el 90% de los pacientes con úlcera duodenal con positivos para infección por *H.pylori*, en nuestro estudio, de 10 pacientes que

se les realizó la prueba para detección de infección por *H.pylori* 9 salieron positivos, lo cual muestra similitud.

De acuerdo a los hallazgos del estudio 1 pte (2%) tenía antecedentes de uso de AINES, a pesar que Mellen describe que el uso de AINES se encuentra fuertemente asociado a las complicaciones de UD, lo que se puede atribuir a una mala consignación de datos en los expedientes. El antecedente de tabaquismo se encontró en un 58% de los pacientes, Millat reporta un 70%.

Se ha reportado que los pacientes que tienen antecedentes familiares de úlcera duodenal la prevalencia de úlcera duodenal es tres veces mayor. Nuestros resultados no son similares a lo encontrado por Rotter. Harrison describe una gran variedad de procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de úlcera duodenal complicada, coincidiendo con lo encontrado en este estudio.

REFERENCIAS

1. Schwartz S, Shires T, Spencer F, Fischer J, Galloway A, Daly J. Principios de Cirugía. 7ma ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
2. Vilardell F, Rodes J, Malagelada JR, Pajares JM, Pérez Mota A, Moreno González E et al. Enfermedades digestivas. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A.; 1998.
3. Millat, Bertrand MD, et al. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials. World Journal of Surgery 2000; 3 (24).
4. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D. Harrison Principios de Medicina Interna. 14va ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998.
5. Sainz R. Úlcera duodenal. Madrid: CEA S.A 1990:721-744.
6. Taylor DN. The epidemiology of Helicobacter pylori infection. Epidemiology. Rev 1991; 13: 42-59.
7. Kuipers EJ. The prevalence of Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. Aliment Pharmacol Ther 1995; 9 (Suppl 2): 59-69.
8. Mellem H. Symptoms in patients with peptic ulcer and hematemesis and/or melena related to the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. Scand J Gastroenterol 1990; 20: 1.246-1.248.
9. Rotter JI. The principles and practice of medical genetics. New York: Churchill Livingstone 1992: 863-878.



"Pólvora antigua". Portobelo, provincia de Colón, Panamá. Fotografía: Yasiel A. Burillo R.