

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **gpc**

## Tratamiento de la Perforación de Úlcera Péptica en Pacientes Adultos en el 2° Nivel de Atención

### Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: ISSSTE-527 -12

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE-10: K 25.1 Úlcera gástrica aguda con perforación. K 26.1 Úlcera duodenal aguda con perforación.  
GPC: Tratamiento de la perforación de úlcera péptica en pacientes adultos en 2º nivel de atención

## Definiciones

Úlcera péptica es la denominación resultante del daño de la mucosa gástrica o duodenal por el desequilibrio entre los factores protectores (irrigación sanguínea, secreción de bicarbonato de la mucosa, uniones intercelulares de la mucosa y recambio epitelial) y los factores dañinos (infección por *H. Pylori*, alcohol, tabaco, estado de choque, AINES, esteroides, desnutrición e inmunosupresión).

Las úlceras duodenales o gástricas suele aparecer en una mucosa previamente inflamada (gastritis o duodenitis), en la mayoría de los casos la presencia de inflamación, hiperemia y edema se documenta mediante endoscopia, siendo la única manera de tener el diagnóstico de certeza el estudio histopatológico de la inflamación de la mucosa.

Una úlcera péptica es un defecto de la mucosa gástrica o duodenal de por lo menos 0.5 cm de diámetro (lesiones menores se les denomina erosiones), que penetra la muscularis mucosae. Las úlceras gástricas se dividen en proximales, las que se encuentra en el cuerpo y las distales en antro. La localización más frecuente es la curvatura menor. Las úlceras duodenales por lo regular, se encuentran en la parte anterior y/o posterior del bulbo. Los pacientes sometidos a cirugía radical tipo Billroth I o II frecuentemente desarrollan úlceras en el sitio de la anastomosis. Las principales complicaciones de la úlcera péptica son sangrado, perforación, obstrucción y degeneración neoplásica.

## FACTORES DE RIESGO

El tabaquismo, el uso de AINES y la infección por *Helicobacter pylori*, son factores de riesgo para la perforación de úlcera péptica.

Comparado con no fumadores, fumar 15 cigarrillos por día aumenta más del triple el riesgo de úlcera perforada.

El uso de AINES es el factor más importante para la perforación de úlcera péptica. El riesgo de perforación aumenta con el uso simultáneo de varios AINE's, o con el uso de uno solo a dosis altas.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma principal es dolor abdominal (70% de los casos), inicialmente epigástrico y posteriormente generalizado, tipo transfixivo, intenso, de inicio súbito, que se exagera con los movimientos y se irradia hacia abdomen bajo derecho o a hombros, acompañado de distensión abdominal y datos de irritación peritoneal (56.7%), vómito y deshidratación (50%), oliguria (30%) y choque séptico (20%).

Los síntomas iniciales se presentan en las primeras 2 horas de haberse presentado la perforación, entre 2 a 12 horas aumenta el dolor abdominal referido por acumulación de fluidos gastroduodenales a hipogastrio y cuadrante inferior derecho. Después de 12 horas, se incrementa el dolor y el paciente presenta fiebre, signos de hipovolemia y distensión abdominal.

El dolor súbito e intenso que presentan los pacientes con perforación gástrica o duodenal es debido a la rápida instalación de una peritonitis química, seguida de respuesta inflamatoria sistémica.

Estadística, biológica y clínicamente, la distensión abdominal es útil como predictor de complicación postoperatoria, ya que refleja la cantidad de contaminación peritoneal.

A la exploración de abdomen hay datos de irritación peritoneal, rigidez de la pared abdominal y disminución de los ruidos intestinales; estos signos pueden enmascarse en pacientes mayores, en inmunosuprimidos, en los que toman esteroides y en los que toman analgésicos narcóticos.

El diagnóstico de perforación se sospecha mediante interrogatorio, los hallazgos de la exploración física y la presencia de gas debajo del diafragma, pero sólo se confirma con la exploración quirúrgica.

## DIAGNÓSTICO PARACLÍNICO

La evaluación radiológica inicial en busca de neumoperitoneo, se efectúa con teleradiografía de tórax y placa simple de abdomen de pie; si las condiciones lo permiten, el paciente previamente debe colocarse de pie o sentado por 5 a 10 minutos.

Ante la sospecha clínica de úlcera péptica perforada el estudio diagnóstico de primera elección es la tomografía axial computarizada con medio de contraste hidrosoluble, en busca de aire libre intraabdominal o fuga de medio de contraste.

En caso de no contar con ella, las placas simples y contrastadas con material hidrosoluble, son una excelente alternativa.

## TRATAMIENTO

El manejo médico inicial de la úlcera perforada incluye ayuno estricto, resucitación hídrica con fluidos intravenosos, inhibidores H<sub>2</sub> o inhibidores de bomba de protones, antibióticos de amplio espectro, succión nasogástrica y manejo de la sepsis.

Los analgésicos se pueden indicar, previa valoración de su gastrotoxicidad, siempre y cuando se tenga el diagnóstico de certeza y el plan terapéutico.

El tratamiento de elección en úlcera péptica perforada, es cirugía con abordaje abierto o laparoscópico.

El objetivo primario y más importante de la úlcera perforada, es cerrar la perforación.

El cierre primario de la úlcera péptica es un procedimiento seguro, debe combinarse con tratamiento contra *Helicobacter pylori*.

## PRONÓSTICO

Los factores de riesgo que influyen en la mortalidad son edad avanzada, padecimientos concomitantes, uso de AINE's o esteroides, presencia de estado de choque antes del ingreso al hospital, retraso en el tratamiento de más de 24 horas, calificación ASA III-IV y en algunos casos, la localización de la úlcera.

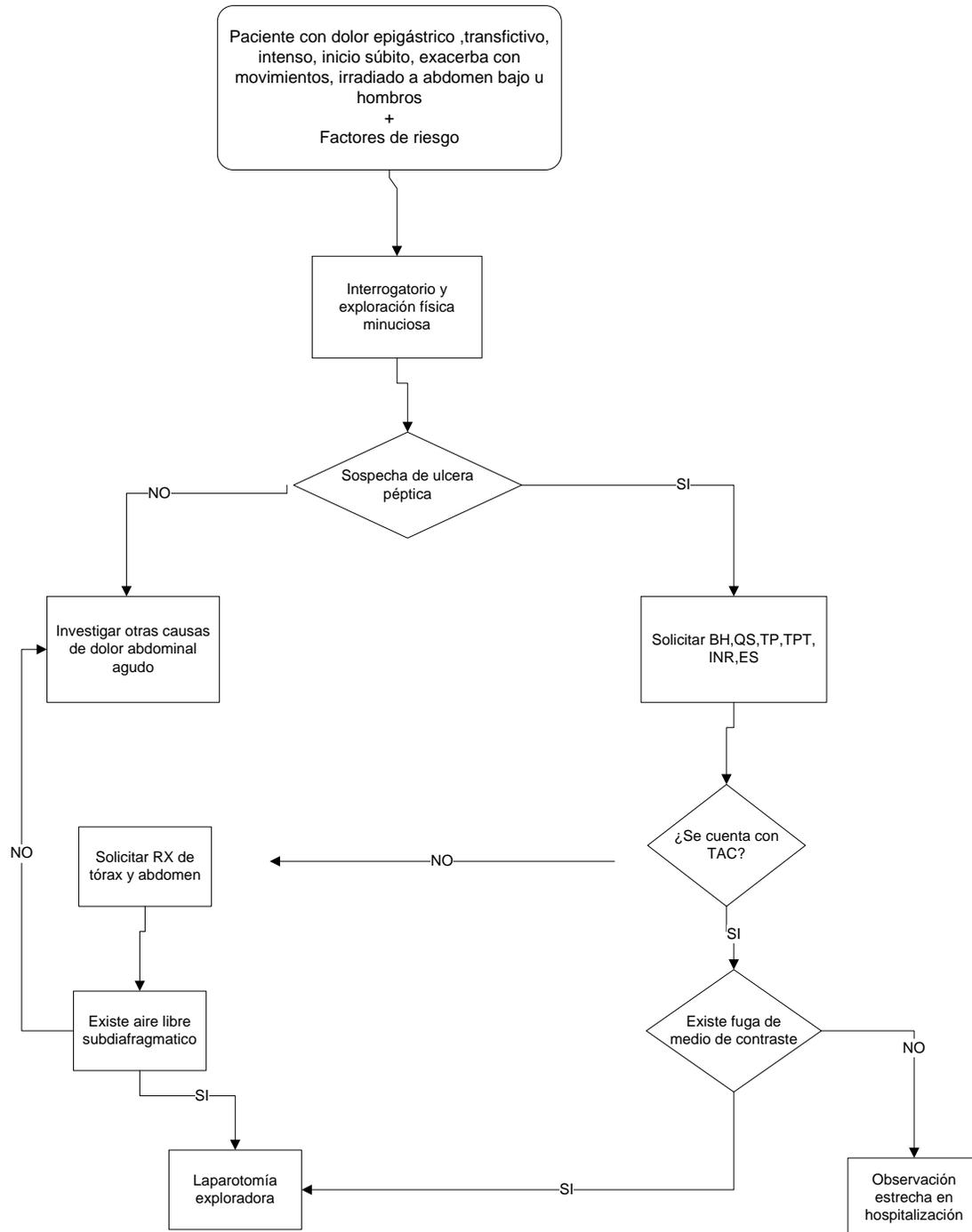
En México, el 70% de pacientes acude al hospital después de 24 horas de iniciado el cuadro, de estos 56.1% acude después de 48 horas.

Un retraso de más de 24 horas en la resolución de la úlcera péptica perforada incrementa la letalidad 7 a 8 veces más, así como 3 veces más el índice de complicaciones.

La localización atípica de la úlcera, una perforación mayor de 6 mm de diámetro, y úlceras con bordes friables, deben considerarse factores de riesgo en cirugía laparoscópica.

Para limitar el proceso abdominal y disminuir la respuesta sistémica que puede evolucionar a sepsis y a choque séptico, la estancia prequirúrgica del paciente con perforación de úlcera péptica no debe prolongarse más de 12 horas.

Diagnostico.



Tratamiento.

