

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Actualización sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica

Update on the pathophysiology, diagnosis and treatment of peptic ulcer disease

Lisette Gamboa-Molina¹ , **Vladimir Molina-Raad²**  , **Isabel Carmenate-Mora²** 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”. Las Tunas, Cuba.

Recibido: 05 de abril de 2021**Aceptado:** 22 de abril de 2024**Publicado:** 30 de abril de 2024

Citar como: Gamboa-Molina L, Molina-Raad V, Carmenate-Mora I. Actualización sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2024 [citado: fecha de acceso]; 20(2024): e709. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/709>

RESUMEN

Introducción: la úlcera péptica perforada es una entidad de gran importancia médica por los riesgos que supone en la vida del paciente.

Objetivo: describir la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica perforada.

Métodos: se realizó una búsqueda de información en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO y Scopus. Se seleccionaron artículos en español e inglés quedando seleccionadas 37 referencias bibliográficas para la presente revisión.

Desarrollo: la úlcera péptica es una brecha o ruptura que aparece en las paredes estomacales, en el duodeno, y ocasionalmente en el esófago bajo; también puede presentarse en la parte alta del yeyuno. Entre los factores etiológicos de esta enfermedad destacan la infección por *Helicobacter pylori*, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, la hipersecreción gástrica, las enfermedades de la propia mucosa gastroduodenal, el estrés, una dieta altamente condimentada, los hábitos tóxicos, así como factores genéticos y antecedentes familiares. El diagnóstico de la úlcera péptica perforada se realiza siguiendo la clínica. El tratamiento se basa en el tratamiento médico (los antagonistas de los receptores de histamina y los inhibidores de la bomba de protones) y quirúrgico.

Conclusión: la úlcera péptica es una enfermedad multifactorial, en la que inciden estilos de vida, hábitos alimenticios, consumo de fármacos y estrés, entre otros factores. Los tratamientos pueden ser médicos, en casos simples, o quirúrgico, ante la presencia de perforaciones. El diagnóstico se basa en la clínica, de ahí que un correcto interrogatorio y examen físico sean de vital importancia. Las pruebas imagenológicas y de laboratorio comprueban el diagnóstico.

Palabras clave: Úlcera Péptica; Úlcera Péptica Perforada; Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Introduction: perforated peptic ulcer is an entity of great medical importance due to the risks it poses to the patient's life.

Objective: to describe the pathophysiology, diagnosis and treatment of perforated peptic ulcer.

Methods: a search for information was carried out in the PubMed/MEDLINE, SciELO and Scopus databases. Articles in Spanish and English were selected, leaving 37 bibliographic references for the present review.

Development: Peptic ulcer is a breach or rupture that appears in the stomach walls, in the duodenum, and occasionally in the lower esophagus; it can also occur in the upper part of the jejunum. Among the etiological factors of this disease are *Helicobacter pylori* infection, consumption of non-steroidal anti-inflammatory drugs, gastric hypersecretion, diseases of the gastroduodenal mucosa itself, stress, a highly seasoned diet, toxic habits, as well as genetic factors and family history. The diagnosis of perforated peptic ulcer is made clinically. Treatment is based on medical (histamine receptor antagonists and proton pump inhibitors) and surgical treatment.

Conclusion: peptic ulcer is a multifactorial disease, influenced by lifestyle, dietary habits, drug consumption and stress, among other factors. Treatment can be medical, in simple cases, or surgical, in the presence of peptic ulcer.

Keywords: Peptic Ulcer; Pectic Ulcer Perforation; Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica se define como una solución de continuidad que se desarrolla casi exclusivamente en el estómago o en el duodeno, y es el resultado de la ruptura del equilibrio de la resistencia natural de la mucosa y la acción agresiva del jugo gástrico. Este desequilibrio se expresa en un trastorno de la estabilidad entre factores agresores y protectores. Los principales factores agresores son el ácido gástrico, las secreciones estomacales, la pepsina, la presencia de *Helicobacter pylori* y la hostilidad de agentes externos como los antiinflamatorios no esteroideos, mientras que los factores protectores son la mucosa, las prostaglandinas, el bicarbonato, entre otros.⁽¹⁾

Esta enfermedad ha sido tratada en la literatura médica internacional desde hace más de cien años y es considerada como una de las afecciones gastrointestinales que más ha afectado a la población mundial, específicamente cuando se trata de una de sus complicaciones: la úlcera péptica perforada.^(2,3) La úlcera péptica perforada se reporta como una entidad relativamente rara,⁽²⁾ sin embargo, por los riesgos de muerte que una perforación puede traer para el paciente, el tratamiento quirúrgico inmediato es imprescindible.⁽³⁾

El tratamiento de la úlcera péptica es médico cuando ésta se encuentra en una etapa precoz e incluye tres tipos básicos: psicoterapéutico, higiénico-dietético y medicamentoso.^(4,5) Por otra parte, el tratamiento es quirúrgico cuando se está en presencia de una úlcera péptica perforada y es realizado por los especialistas en cirugía general. Para el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada se deben tener en cuenta dos aspectos fundamentales: las condiciones generales del paciente y el grado de contaminación de la cavidad abdominal.^(4,5)

Existen dos tipos básicos de tratamiento quirúrgico para esta afección: la sutura y epiploplastia y el tratamiento curativo.⁽³⁾ La literatura describe el empleo de ambos procedimientos y se explican los alcances médicos de cada uno,⁽⁴⁾ sin embargo, la selección del tipo de tratamiento quirúrgico depende del contexto, el cual está determinado por factores de índole científica, investigativa y económica. De igual forma se emplea la cirugía laparoscópica, pero no existen grandes diferencias de eficacia entre la cirugía laparoscópica y la cirugía convencional.^(1,3,4)

En el contexto cubano, los procedimientos quirúrgicos de sutura y epiploplastia y de vagotomía se mantienen como las opciones básicas para el tratamiento de la úlcera péptica perforada, ya que otras técnicas de uso internacional no se han generalizado. En esto intervienen razones económicas, así como por debilidad en la evidencia científica. Teniendo en cuenta la importancia clínico-quirúrgica de esta enfermedad dentro de la asistencia médica, el presente estudio tiene como objetivo describir la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica perforada.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de información en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO y Scopus. La consultase se realizó mediante la combinación de términos, unidos mediante operadores booleanos.

Se siguió como criterios que se refiriesen a los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en el desarrollo de la úlcera péptica perforada, su diagnóstico o tratamiento, y que se encontrasen publicados en el periodo 2016 y 2021; se incluyeron artículos externos al marco temporal por la importancia y se excluyeron las editoriales y cartas al editor. La búsqueda resultó en 37 artículos, en español e inglés. Se emplearon métodos empíricos como la revisión documental y métodos del nivel teórico como el analítico - sintético.

RESULTADOS

La úlcera péptica es una brecha o ruptura que aparece en las paredes estomacales, en el duodeno, y ocasionalmente en el esófago bajo; también puede presentarse en la parte alta del yeyuno. Se denomina úlcera gástrica a la úlcera que se desarrolla en el estómago, mientras que la úlcera duodenal es la que afecta la primera sección del intestino delgado.⁽²⁾ Esta afección es también conocida como enfermedad ácido-péptica. Dentro de las enfermedades ácido-pépticas, las diferentes formas de úlcera péptica, gástrica o duodenal, pertenecen al grupo de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, debido a sus complicaciones: hemorragia, perforación y obstrucción.

Cuando la úlcera péptica es diagnosticada sobre la base de sus síntomas y signos, sin presencia de una complicación, el manejo de la enfermedad se realiza con tratamiento médico. Sin embargo, cuando esta presenta complicaciones, su desenlace puede ser fatal. Entre las complicaciones más graves de la úlcera péptica se encuentra la perforación o úlcera péptica perforada, la cual es, después de la hemorragia digestiva, la complicación ulcerosa más frecuente y grave, representando un peligro potencial para la vida del paciente.^(2,5)

Reseña histórica de la enfermedad

En la Antigüedad Clásica, Hipócrates en Grecia describía los síntomas gástricos. En nuestra era, notables médicos como el italiano Marcellus Donatus y el británico Matthew Baillie reportaron descripciones científicas sobre las úlceras gástricas.⁽¹⁾

Concerniente a la perforación, la historia registra a la hija del rey Carlos I de Inglaterra, reportada como el primer caso, en 1670. Y en la primera mitad del siglo XX se destaca el caso del famoso actor estadounidense de origen italiano Rodolfo Valentino quien murió el 23 de agosto de 1926 luego de ser operado por presentar una úlcera péptica perforada que desencadenó una peritonitis. En la actualidad, el dolor que se presenta en el cuadrante inferior derecho del abdomen causado por una úlcera duodenal con perforación en el retroperitoneo se conoce con el nombre de síndrome de Valentino.^(6,7)

El año 1984 marcó un hito importante en la historia de la enfermedad. Varios investigaciones llevados a cabo por investigadores como Barry Marshall y J. Robin Warren determinaron la relación entre el HP y la úlcera péptica.⁽⁸⁾

En cuanto a la úlcera péptica perforada en sí, la primera operación practicada a un paciente con esta complicación data de 1885 y fue realizada con éxito por el cirujano polaco Jan Mikulicz-Radecki. Mikulicz fue el primero en suturar una perforación de estómago provocada por una úlcera gástrica;⁽⁹⁾ sin embargo, la supervivencia hasta esa fecha era baja. El primer tratamiento quirúrgico con cierre simple lo realizaron Bennett y Dean en 1894.⁽¹⁰⁾

En 1937 apareció la publicación de Graham, donde se explicaba que al procedimiento quirúrgico de Mickulics se le añadía una plastia de epiplón, mostrando un incremento en la supervivencia. En la actualidad han surgido otras técnicas que se derivan de la resección y el drenaje, y están asociadas a la vagotomía.⁽¹⁰⁾

Morfofisiología del estómago y el duodeno

Teniendo en cuenta los factores fisiopatológicos de la úlcera péptica y su clasificación en úlcera gástrica y úlcera duodenal, en dependencia de su localización, se interpreta la incidencia mayor de la enfermedad en dos órganos principales: el estómago y el duodeno.

El estómago es un órgano hueco situado, principalmente, en la porción superior izquierda del abdomen. La región más proximal se denomina cardias y se encuentra unida al esófago, distalmente se encuentra el píloro, el cual conecta el estómago con el duodeno; el fondo es la parte superior del estómago. Por la parte superior el estómago limita con el diafragma y por la parte lateral izquierda con el bazo. El cuerpo es la parte más grande del estómago y limita a la derecha con la curvatura menor, la cual es poco pronunciada y a la izquierda con la curvatura mayor. En la escotadura angular o antro, la curvatura menor se acoda hacia la derecha, es aquí donde termina el cuerpo del estómago y comienza el antro. Presenta otro ángulo de importancia, el ángulo de His, el cual está dado por el fondo del estómago y el borde izquierdo del esófago; por debajo el estómago se relaciona con el colon transversal. La función principal del estómago es preparar los alimentos ingeridos para la digestión y absorción, al mismo tiempo que son impulsados hacia el intestino delgado.⁽¹¹⁾

El duodeno es la primera porción del intestino delgado, se origina en el extremo pilórico del estómago y se extiende en forma de herradura alrededor de la cabeza del páncreas. El órgano recibe esta denominación debido a que su largo equivale a 12 traveses de dedo. Presenta cuatro porciones y sus paredes están compuestas por cuatro capas tisulares. Las funciones del duodeno son servir como reservorio para la alcalinización y digestión de los alimentos, proporcionar control endocrino de las secreciones biliares y pancreáticas y aportar control neuroendocrino para la motilidad gastrointestinal.⁽¹²⁾

Epidemiología de la enfermedad

La epidemiología de la enfermedad varía entre regiones, sin embargo, su complicación más sentida es la perforación. La contextualización al medio geográfico donde se desarrolla la enfermedad es de vital importancia para una comprensión científica de estos indicadores.

Se estima que, anualmente, alrededor de cuatro millones de personas padecen de la enfermedad en todo el mundo.⁽⁵⁾ Sin embargo, esta cifra pudiera ser superior, si tenemos en cuenta que existen países del Tercer Mundo donde los estudios epidemiológicos son escasos, y donde los sistemas de salud pública no ofrecen cobertura total a sus poblaciones. De igual forma, los estudios reflejan principalmente la incidencia de la enfermedad en el mundo occidental.⁽¹³⁾

Del total de pacientes con úlcera péptica, alrededor de un 10 % a un 20 % desarrollan complicaciones y del 2 % al 14 % de las úlceras terminan con perforación.⁽¹⁴⁾ La prevalencia de por vida de la perforación en pacientes con úlcera péptica ha sido calculada en un 5 %, con una mortalidad que abarca de un 1,3 % a un 20 %.⁽¹⁵⁾

Es importante destacar que, aunque existen estos estudios en determinadas provincias del país, estos no abarcan la totalidad de los territorios y por lo tanto la información es insuficiente.⁽⁵⁾ No obstante, se puede determinar que en los estudios realizados en el contexto nacional se refleja un porcentaje similar a los datos de los países desarrollados que aparecen registrados en la documentación internacional.^(4,10,13,14,15,16)

En los últimos años se ha observado un descenso en la incidencia y la prevalencia de la enfermedad debido al empleo de medicamentos como los antagonistas H₂ y los inhibidores de la bomba de protones. Estos medicamentos, surgidos entre 1970 y 1980, han reducido la prevalencia del HP. Las recaídas también se han visto disminuidas, en el contexto cubano se ha observado una similitud con los datos ofrecidos por la epidemiología internacional.^(5,14,15) Con respecto a la perforación, las cifras oscilan entre un 1,3 % y un 20 %.^(3,14,15,17)

Se reporta una frecuencia mayor de la úlcera duodenal en el sexo masculino, pero con escasa diferencia entre ambos sexos en la úlcera gástrica. Con respecto a la edad, se registra una incidencia mayor entre los 55 y los 65 años en la úlcera duodenal, mientras que la úlcera gástrica se manifiesta a los 25 años en el sexo masculino y a los 45 años en el sexo femenino.^(18,19) De manera general, se reporta una mayor incidencia tanto de úlcera péptica como de perforación en el sexo masculino.^(20,21)

Etiología

Entre los factores etiológicos de esta enfermedad destacan la infección por HP, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, la hipersecreción gástrica y las enfermedades de la propia mucosa gastroduodenal, así como el estrés, una dieta altamente condimentada, los hábitos tóxicos como el café, el tabaco y el alcohol, así como factores genéticos de antecedentes familiares, el sexo, la edad y algunos tumores que producen un exceso de ácido.^(17,20) En Cuba, además de los ya mencionados, se han identificado la hipersecreción ácida, síndromes mieloproliferativos con basofilia, hiperplasia/hiperfunción de las células G antrales, infecciones como el herpes simple tipo I y citomegalovirus, entre otros.⁽¹⁹⁾

En la actualidad se emplean los términos factores etiológicos y factores de riesgo indistintamente, en ocasiones empleándolos de forma similar. Otros distinguen un grupo de factores de otro, determinando que la combinación de los agentes etiológicos y los factores de riesgo repercuten en el desarrollo de la enfermedad y su ulterior incidencia y prevalencia.⁽¹⁹⁾ La etiología de la úlcera péptica ha tenido cambios en su concepción y se identifican de acuerdo con su clasificación.

Clasificación

De manera general, la úlcera péptica se clasifica, de acuerdo con su localización anatómica, en úlcera gástrica y úlcera duodenal. Por otra parte, de acuerdo con su duración, la úlcera péptica se clasifica en aguda y crónica.⁽²⁰⁾ Según la etiología, se divide en tres grupos: Úlcera por infección por *Helicobacter pylori*, por antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y por úlceras idiopáticas (también llamadas úlceras por estrés).⁽²¹⁾

Algunos autores incluyen, dentro de la úlcera idiopática, aquellas cuya etiología guarda relación con las infecciones por HP, con los antecedentes familiares (factores etiológicos genéticos), con el abuso en el consumo de AINES, con la hipergastrinemia, entre otros.⁽²⁰⁾

La úlcera gástrica es una ulceración en la mucosa del estómago y se subdivide en cuatro grupos según localización, de ahí que las tipo I son aquellas cercanas a la incisura angularis, la tipo II las localizadas en el cuerpo gástrico, tipo III las prepilóricas y tipo IV aquellas en la curvatura menor, cercanas al cardias. La úlcera duodenal es una ulceración en el duodeno. Desde un punto de vista epidemiológico, la úlcera duodenal es más frecuente que la úlcera gástrica.^(22,23,24)

En cuanto a la úlcera péptica perforada, ésta se clasifica, generalmente, de acuerdo con la localización de la perforación; de este modo, se pueden encontrar la perforación gástrica, la prepilórica, la pilórica y la duodenal.^(15,25) Todas las perforaciones deben clasificarse como agudas, esta clasificación determina que la úlcera péptica perforada constituya una urgencia quirúrgica, que puede ser fatal si no es tratada a tiempo.^(15,17,18)

Diagnóstico

El diagnóstico de la úlcera péptica perforada se realiza siguiendo la clínica, lo cual se traduce como la transposición del método científico a la atención médica a un paciente individual.⁽²⁶⁾

En este sentido, se deben tener como fundamento los tres componentes claves del proceso de diagnóstico, incluidos en el acto médico, y que han quedado establecidos dentro de los principios modernos del método clínico: el interrogatorio, el examen físico y los exámenes diagnósticos complementarios. Un correcto manejo de estos tres componentes conduce a un diagnóstico certero y ofrece la posibilidad de descartar otras afecciones.

Usualmente, alrededor del 70 % de los pacientes con úlcera péptica en un principio son asintomáticos, sin embargo, la mayoría de los pacientes con perforación sí presentan síntomas. Con un interrogatorio minucioso, como parte de la entrevista médica, se pueden identificar determinados síntomas que pudieron estar presentes antes de la perforación.⁽¹⁵⁾ Durante el interrogatorio se deben tener en cuenta algunos grupos poblacionales cuyos datos pueden no ser confiables, como los pacientes de edad avanzada o con trastornos de orden psiquiátrico o psicológico.

El síntoma más común en los pacientes con úlcera péptica es la indigestión con dolor abdominal, que puede estar localizado en cualquiera de los cuadrantes superiores del abdomen o en el epigastrio. El diagnóstico clínico de la úlcera péptica y su definición en gástrica o duodenal se puede determinar por la agudización del dolor durante las comidas o de dos a cinco horas después de comer.⁽¹⁵⁾ Así, en la úlcera gástrica, el dolor se manifiesta durante las comidas, ya que la producción de ácido se incrementa cuando estas penetran en el estómago. Por otra parte, en la úlcera duodenal, el dolor se alivia al inicio con las comidas, debido a que el esfínter pilórico se cierra y el ácido no llega al duodeno; de este modo, el dolor en la úlcera duodenal se presenta de dos a cinco horas después de las comidas, cuando el estómago comienza a evacuar alimentos digeridos y ácido en el duodeno.⁽¹⁶⁾

Entre los síntomas más frecuentes de la úlcera péptica, se incluyen náusea, vómito, acidez, dolor con pirosis en el estómago, y en casos severos se han reportado vómitos de sangre, deposición oscura y dolor estomacal intenso.^(16,20) Las dos formas de complicación de la úlcera péptica más graves son la hemorragia digestiva y la perforación. Un correcto interrogatorio es la clave para lograr una diferenciación de una entidad de la otra, en este sentido, el paciente usualmente refiere, cuando hay hemorragia, síntomas como náusea, hematemesis o deposiciones melanóticas.⁽¹⁶⁾ En la perforación de la úlcera péptica no es frecuente la hemorragia.

En la úlcera péptica perforada, los síntomas se establecen de forma progresiva, como en la apendicitis, o de forma súbita, brusca e intensa.⁽²⁷⁾ Suele describirse en la porción del abdomen donde se originó, y muchas ocasiones aparece como dolor reflejo distante del órgano que lo ocasionó. El vómito es un reflejo que luego desaparece; el dolor abdominal es intenso, de comienzo brusco, como una puñalada en epigastrio que luego se irradia a todo el abdomen. Pueden presentarse náusea, manifestaciones clínicas del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, así como síntomas febriles.⁽¹⁶⁾

Un examen físico profundo y exhaustivo es de vital importancia para el diagnóstico de la úlcera péptica perforada. Éste se debe realizar a todos los pacientes con dolor abdominal para determinar la posibilidad de una perforación. En este caso, el paciente puede presentar hipersensibilidad abdominal difusa que evoluciona hacia la rigidez.⁽¹⁶⁾ El examen físico, se revelan signos importantes que son esenciales para diagnosticar una úlcera péptica perforada.^(15,28)

A la inspección puede identificarse palidez cutánea, fría y sudorosa, deshidratación, abdomen distendido o abdomen excavado y facies hipocrática. A la auscultación se observó taquicardia, hipotensión y ruidos hidroaéreos anormales. A la palpación puede determinarse rigidez abdominal (vientre en tabla), irritación peritoneal y tacto rectal doloroso. Por su parte, a la percusión se identifica borramiento de la matidez hepática (signo de Jaubert).

Una serie amplia de medios diagnósticos se emplean como exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico presuntivo de úlcera péptica perforada. Estos exámenes son importantes tanto para la confirmación del diagnóstico como para descartar otras posibles afecciones.⁽¹⁵⁾ Sin embargo, se reitera la clínica es el principal examen, y que los complementarios dependen de las condiciones económicas y tecnológicas de cada país.

Entre los principales medios diagnósticos se encuentran los estudios imagenológicos, que incluyen la radiografía de tórax, la tomografía axial computarizada (con un 98 % de precisión) y la ecografía clínica, así como los estudios de sangre propios de laboratorio clínico.^(15,16) De forma general, en el contexto cubano, los exámenes complementarios que se emplean durante el proceso de diagnóstico son: hemograma completo, ionograma, gasometría, radiografía de tórax y ecografía abdominal.

El diagnóstico diferencial es la distinción que se hace de una enfermedad o afección de otras que presentan síntomas y signos similares. Todo el proceso de diagnóstico trae consigo la realización del diagnóstico diferencial, el cual se va determinando durante toda la entrevista médica, mediante el examen físico y con confirmación mediante los exámenes complementarios. El diagnóstico diferencial de la úlcera péptica perforada incluye al síndrome coronario agudo, síndrome de Valentino, diverticulitis, duodenitis, esofagitis, gastritis, nefrolitiasis, pielonefritis, disección aórtica de un aneurisma, apendicitis, síndrome de Boerhaave, colecistitis, colelitiasis, coledocolitiasis, isquemia mesentérica y ureterolitiasis.^(6,15,16,29,30,31,32)

Tratamiento

De manera general, la úlcera péptica en sus dos formas principales se maneja con un tratamiento médico basado en la supresión de la producción de ácido.⁽³³⁾ Se emplean, fundamentalmente, los antagonistas de los receptores de histamina y los inhibidores de la bomba de protones, así como nuevos medicamentos contra la infección por HP.^(10,14)

Por otra parte, la perforación de la úlcera péptica requiere de tratamiento quirúrgico, ya que, después de la apendicitis perforada, la úlcera péptica perforada es la más común de las perforaciones.⁽³⁴⁾ Una vez que la perforación gastroduodenal queda diagnosticada, se procede a su tratamiento quirúrgico, el cual debe realizarse de manera urgente, por las consecuencias devastadoras de la afección si ésta llegara a complicarse.^(35,36)

Existe una notable disminución de la incidencia de los distintos tipos de úlcera péptica, por las razones ya descritas, y por consiguiente de la perforación. Sin embargo, por los peligros que entraña la perforación para la vida, el tratamiento quirúrgico de esta complicación de la úlcera gastroduodenal es un desafío para la cirugía como especialidad, que no ha estado ajena a la exposición de criterios controversiales sobre cuál es el procedimiento selectivo para la afección.^(13,21)

Para desarrollar el acto quirúrgico se examinan las diferentes posibilidades terapéuticas y se toma la decisión sobre la base de un acuerdo integral realizado por el equipo médico-quirúrgico, dirigido por los cirujanos con más experiencia.⁽¹⁸⁾

Se ha sugerido la indicación de tratamiento médico para la perforación, pero esta terapéutica es rechazada por otros expertos que basan sus pronunciamientos en las posibles consecuencias de la entidad.⁽¹⁴⁾ En el caso de Cuba, prevalece el tratamiento quirúrgico, el cual está caracterizado por la aplicación de métodos no definitivos.⁽³⁷⁾

En algunos estudios se detallan los beneficios de la reparación laparoscópica y sus ventajas sobre otras técnicas tradicionales de reparación abierta.⁽²²⁾ Se plantea que la epiploplastia de manera general ha reemplazado a la resección gástrica, e igualmente reporta beneficios de la técnica laparoscópica tanto para pacientes con un estado general frágil como para aquellos que no presentan riesgos. Se mantiene el procedimiento rutinario de la sutura y epiploplastia, pero se insiste en las ventajas del tratamiento laparoscópico. Algunos reportes describen la intervención laparoscópica como comparablemente igual o superior a la intervención abierta,⁽¹⁵⁾ mientras que otros estudios reportan que no existen evidencias a favor de ninguno de los métodos.⁽²⁹⁾

Complicaciones

La úlcera péptica perforada es una de las complicaciones de la úlcera péptica; es la más grave después de la hemorragia digestiva, y la más común de las perforaciones después de la apendicitis perforada. Otra complicación de la úlcera péptica es la penetración en otros órganos.

En cuanto a la úlcera péptica perforada en sí, las complicaciones pueden clasificarse en preoperatorias, operatorias y postoperatorias, también clasificadas como precoces y tardías.⁽²⁴⁾ Cuando ésta no es tratada oportunamente, las complicaciones incluyen hipovolemia, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, sepsis, formación de absceso y formación de fístula gastrocólica.⁽¹⁴⁾

Durante la intervención quirúrgica pueden presentarse lesiones iatrogénicas como la lesión del intestino delgado, del intestino grueso, del estómago, del hígado, y de otros órganos, así como hemorragias. En la fase postoperatoria se pueden presentar hemorragia, shock séptico, dehiscencia de la sutura gástrica o duodenal, abscesos a diferentes niveles de la cavidad abdominal, fístula enterocutánea y estenosis de la anastomosis si se realiza.

Pronóstico

En estos pacientes puede ocurrir un determinado nivel de incertidumbre para el pronóstico de la úlcera péptica perforada, tanto antes de aplicarse el tratamiento quirúrgico como después de la operación. La tasa de mortalidad es más alta que la de la apendicitis aguda y la colecistitis.^(13,16) Al compararse la úlcera péptica perforada con la hemorragia digestiva, la tasa de mortalidad es también más alta en la perforación.⁽¹⁴⁾

Otros factores que influyen en un pronóstico incierto son la edad mayor de 65 años, las complicaciones cardíacas, pulmonares o de anemia, así como el shock séptico prequirúrgico y la perforación con más de 24 horas.^(14,25) En un estudio realizado en el Hospital “Dr Agostinho Neto” de Guantánamo, un estudio de 10 años determinó una mortalidad elevada, lo cual sustenta un pronóstico incierto.⁽⁵⁾

CONCLUSIONES

La úlcera péptica es una enfermedad multifactorial, en la que inciden estilos de vida, hábitos alimenticios, consumo de fármacos y estrés, entre otros factores. Los tratamientos pueden ser médicos, en casos simples, o quirúrgico, ante la presencia de perforaciones. El diagnóstico se basa en la clínica, de ahí que un correcto interrogatorio y examen físico sean de vital importancia. Las pruebas imagenológicas y de laboratorio comprueban el diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

LGM y VMR se encargaron de la conceptualización de la investigación. LGM se encargó de la administración del proyecto y VMR se encargó de la supervisión. Todos los autores participaron en la redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hafeel MHM, Mobeen A, Rizwana AA, Mohammad A. Concept of Peptic Ulcer in Unani Medicine: A Comprehensive Appraisal. *Eur J Pharmac Med Res* [Internet]. 2018 [citado 10/05/21]; 5(5): 184-188. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Hafeel-Mohamed/publication/342750755_CONCEPT_OF_PEPTIC_ULCER_IN_UNANI_MEDICINE_A_COMPREHENSIVE_APPRAISAL/links/5f04adc7a6fdcc4ca45351e6/CONCEPT-OF-PEPTIC-ULCER-IN-UNANI-MEDICINE-A-COMPREHENSIVE-APPRAISAL.pdf
2. Gamboa-Molina L, Molina-Raad V. Insuficiente producción bibliográfica sobre úlcera péptica perforada en la revista médica de Las Tunas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2018 [citado 20/12/19]; 43(3). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1282>
3. Boyd-Carson H, Doleman B, Cromwell D. Delay in Source Control in Perforated Peptic Ulcer Leads to 6 % Increased Risk of Death Per Hour: A Nationwide Cohort Study. *World Journal of Surgery* [Internet]. 2019 [citado 20/12/19]; 44(3): 869-875. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-019-05254-x>
4. Rasane RK, Horn CB, Coleoglou Centeno AA. Are Patients with Perforated Peptic Ulcers Who are Negative for Helicobacter pylori at a Greater Risk? *Surgical Infections* [Internet]. 2019 [citado 20/12/19]; 20(6): 444-8. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/sur.2018.249>
5. Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S. Úlcera gastroduodenal perforada en el Hospital “Dr Agostinho Neto” de Guantánamo. Estudio de 10 años. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2016 [citado 20/12/19]; 95(1):127-138. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/787/626>
6. Zuluaga-Arbeláez N, Uribe-Castaño S, Machado-Rivera FA. Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda. *Rev CES Med* [Internet]. 2018 [citado 20/12/19]; 32(2): 74-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n1/0120-8705-cesm-32-01-00074.pdf>
7. Ramírez-Ramírez MM, Villanueva-Saenz E. Síndrome de Valentino. Úlcera péptica perforada con presentación clínica inusual. *Rev Gastroent México* [Internet]. 2016 [citado 20/12/19]; 81(4): 225-6. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0375090616300271>
8. Kyle RA, Steensma DP, Shampo MA. Barry James Marshall - Discovery of Helicobacter pylori as a Cause of Peptic Ulcer. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 2016 [citado 20/12/19]; 91(5): e67-e68. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30032-5/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30032-5/pdf)
9. Grzybowski A, Sak J. Jan Mikulicz-Radecki (1850-1905): His impact on modern medicine. *Clinics in Dermatology* [Internet]. 2012 [citado 20/12/19]; 30(1): 129-36. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257243948_Jan_Mikulicz-Radecki_1850-1905_His_impact_on_modern_medicine/link/5c94a3aa299bf111693eb2dd/download

10. Bejerano García RJ. Perforación gastroduodenal por úlcera péptica: estudio de 99 pacientes operados. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. 2007 [citado 20/12/19]; 46(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-74932007000300006&script=sci_arttext&tlng=en
11. Chaudhry SR, Liman MNP, Peterson DC. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Stomach. StatPearls Publishing [Internet]. StatPearls; 2022 [citado 20/12/19]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482334/>
12. Lopez PP, Gogna S, Khorasani-Zadeh A. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Duodenum. StatPearls Publishing [Internet]. StatPearls; 2023 [citado 20/12/19]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482390/>
13. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. *World J Gastrointest Surg* [Internet]. 2017 [citado 20/12/19]; 9(1):1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237817/>
14. Flores Miranda E, Flores Delgado EA. Resultados del tratamiento de la úlcera péptica perforada. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. 2009 [citado 20/12/19]; 48(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200005
15. Cabrera Cárdenas FA, Hidalgo Herrera M, Lorda Galiano L. Comportamiento de la úlcera gastroduodenal perforada. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2011 [citado 20/12/19]; 40(1): 12-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572011000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
16. Stern E, Sugumar K, Journey JD. Peptic Ulcer Perforated. StatPearls Publishing LLC [Internet]. StatPearls; 2019 [citado 20/12/19]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538326/>
17. Jonson C, Malean R, McCallum I, Phillips AW. Perforated duodenal ulcers: Changes in management and outcomes [Internet]. NHS; 2019 [citado 20/12/19]. Disponible en: <https://nogu.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Perforated-duodenal-ulcers.pdf>
18. Khan S, Gupta OP. Surgical outcome of management of perforated peptic ulcer: retrospective analysis of 148 cases. *Int Surg J* [Internet]. 2019 [citado 20/12/19]; 6(10): 3643-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20194418>
19. Romero Barrientos C, Castellanos Garden L, Fuentecilla Jiménez S, García Díaz M, Pérez Villalón E. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes ingresados con úlcera péptica. *Revista Información Científica* [Internet]. 2016 [citado 20/12/19]; 95(5): 683-691. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/48/2133>
20. Sarda DK, Garg PK. Study of Incidence of Peptic Ulcer Perforation in Young Adults: A Hospital Based Study. *International Archives of BioMedical and Clinical Research* [Internet]. 2018 [citado 20/12/19]; 4(1): 120-3. Disponible en: <https://iabcr.org/index.php/iabcr/article/view/508>
21. Flores Miranda E, Sánchez Brizuela JA, Flores Delgado EA. Eficacia de sutura y epiploplastia con tratamiento médico posterior en la úlcera perforada. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. 2016 [citado 20/12/19]; 55(3): 201-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932016000300002&script=sci_arttext&tlng=en
22. Chao-Wen P, Li-Ren L, Fan-Yun M, Min-Jen T, Guo-Shiou L. Simple laparoscopic repair of perforated peptic ulcer without omental match. *Asian Journal of Surgery* [Internet]. 2020 [citado 20/2/2020]; 43(1): 311-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1015958419307869>

23. Gómez Triana JM, Gallego Díaz BJ, Odales Ibarra R, Aquino Pérez L. Resultados del tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada. Estudio en 10 años. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2007 [citado 20/12/19]; 9(2): 7. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/787/626>
24. Armas Pérez B, Reyes Balseiro E, García Rodríguez M, Armas Moredo K. Cirugía exerética en la úlcera péptica complicada: ¿procedimiento extemporáneo? Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2010 [citado 20/12/19]; 49(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000100002
25. Rodríguez-Espínola G, Trejo-Ávila ME, Valenzuela-Salazar C, Solórzano-Vicuña D, Romero-Loera LS, Moreno-Portillo M. Tratamiento mínimamente invasivo de úlceras pépticas perforadas en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Cirujano General [Internet]. 2016 [citado 20/12/19]; 38(2): 72-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg162d.pdf>
26. Molina Raad V, Agüero Batista NN. Redefinir el concepto de método clínico: una necesidad de la práctica médica contemporánea. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2016 [citado 20/12/19]; 41(1). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/558>
27. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Tomo II. Afecciones quirúrgicas frecuentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018.
28. Shashi SS, Hossain S, Bar D, Rahman A, Reza M, Harun-Ar-Rashid M. Outcome of Non-operative Management of Perforated Peptic Ulcer Disease. Journal of Surgical Sciences [Internet]. 2018 [citado 20/12/19]; 22(2): 95-98. Disponible en: <http://www.sosbjournal.org/content/Vol%2022-No%202-July%202018/Outcome%20of%20Non-operative%20Management%20of%20Perforated%20Peptic%20Ulcer%20Disease.pdf>
29. Søreide K, Thorsen K. Management of Perforated Peptic Ulcer. En: Di Saverio S, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, Velmahos G. (eds) Acute Care Surgery Handbook [Internet]. Springer, Cham; 2016 [citado 20/12/19]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-15362-9_8
30. Mohan CP, Kabalimurthy J, Balamurugan E, Jayavarmaa R. A rare case of Valentino’s syndrome. International Surgery Journal [Internet]. 2018 [citado 20/12/19]; 5(8): 2933-5. Disponible en: <https://ijsurgery.com/index.php/isj/article/view/3114/2256>
31. Amann CJ, Austin AL, Rudinsky SL. Valentino’s Syndrome: A Life-Threatening Mimic of Acute Appendicitis. Clinical practice and cases in emergency medicine [Internet]. 2017 [citado 20/12/19]; 1(1): 44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5965439/>
32. Ponsky JL, Strong AT. The Evolution of Management of Peptic Ulcer Disease. En: Grams J, Perry K, Tavakkoli A. (eds) The SAGES Manual of Foregut Surgery [Internet]. Springer; 2019 [citado 20/2/2020]. P.623-634. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-96122-4_52
33. Yuval JB, Szold A. Laparoscopic Repair of Perforated Peptic Ulcer. En: Bonjer H. (eds) Surgical Principles of Minimally Invasive Procedures [Internet]. Springer; 2017 [citado 20/2/2020]. P 71-73. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43196-3_11
34. Vernon AH, Ferzoco SJ, Ashley SW. Surgical management of peptic ulcer disease [Internet]. UpToDate, Inc; 2019 [citado 20/12/19]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-peptic-ulcer-disease>

35. Mawla WA, Heggy IA, Osman G, Gertallah LM, Elgohary MN, Allam AS, et al. Surgical Management of Perforated Peptic Ulcer; Closure with Omental Patch versus Definitive Repair with Vagotomy and Gastrojejunostomy: A Comparative Study. Surgical Science [Internet]. 2019 [citado 20/12/19]; 10(09): 316-27. Disponible en: https://www.scirp.org/pdf/SS_2019092014590021.pdf

36. Rodríguez Pascual Y, Leyva Carralero CA, Vega Abascal L, Rodríguez García M, Pupo Zúñiga A. Comportamiento de la úlcera péptica perforada en pacientes atendidos en Cirugía del Hospital "V. I. Lenin". Correo Científico Médico [Internet]. 2008 [citado 20/12/19]; 12(1): 1. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no121/n121ori3.htm>