

Avances en Ciencia, Salud y Medicina

Órgano Oficial de Difusión de los Servicios de Salud de Oaxaca

Enero- Marzo 2020

Vol. 7 Núm. 1

Fistula gástrica recidivante en úlcera péptica perforada, manejada exitosamente con gastrostomía y parche de Graham

Serna-Cortez Giovanni¹

¹Servicio de Cirugía General. Hospital General de Putla Villa de Guerrero, Oaxaca.

Correspondencia:

Dr. Giovanni Serna Cortez.
Servicio de Cirugía General.
Hospital General de Putla Villa de Guerrero.

Carretera Alfonso Pérez Gazga s/n Malpica, C.P. 71000
Putla Villa de Guerrero, Oaxaca, México.

Teléfono: 953 553 1013
Correo-e:
g_s_c_32@hotmail.com.

Detalles de artículo

Recibido: 20-noviembre-2019

Aceptado: 15-enero-2020

Cómo citar este artículo:

Serna-Cortez G. Fistula gástrica recidivante en úlcera péptica perforada. Manejada exitosamente con gastrostomía y parche de Graham. *Avan C Salud Med* 2020; 7 (1): 21-25

Recurrent gastric leak in perforated peptic ulcer, successfully managed with gastrostomy and Graham patch

Abstract

Repair of a perforated peptic ulcer can be complicated by leakage of gastric contents; a condition that, without proper management, progresses to peritonitis, septic shock, and death. We present the case of a 60-year-old patient diagnosed with a gastric fistula, after repair of a perforated peptic ulcer. In relaparotomy, an important inflammatory process of the stomach and duodenum is found that makes any surgical maneuver difficult. It was decided to perform a controlled gastric fistula and a Graham patch. The patient evolved favorably. It is concluded that the described technique is an effective treatment option in some cases.

Keywords: Peptic Ulcer Perforation, Gastric Fistula, Gastrostomy.

Resumen

La reparación de una úlcera péptica perforada, puede complicarse con la fuga del contenido gástrico; condición que, sin el manejo adecuado, progresa hacia la peritonitis, choque séptico y muerte. Presentamos el caso de una paciente de 60 años diagnosticada con una fistula gástrica, posterior a la reparación de una úlcera péptica perforada. En la relaparotomía, se encuentra un importante proceso inflamatorio del estómago y duodeno que dificulta cualquier maniobra quirúrgica. Se decidió realizar una fistula gástrica controlada y parche de Graham. La paciente evolucionó de forma favorable. Se concluye que la técnica descrita es una opción de tratamiento efectiva en algunos casos.

Palabras clave: Úlcera Péptica Perforada, Fístula Gástrica, Gastrostomía.

Introducción

La enfermedad ulcerosa péptica, ha presentado en las últimas décadas una disminución en su incidencia, que oscila entre 0.1-0.3% por año y una prevalencia de 5-10% en la población general, a lo largo de su vida. Esto puede explicarse por los avances en el manejo de *Helicobacter pylori* en los últimos años y los nuevos fármacos para el control del ácido gástrico, como los inhibidores de la bomba de protones.¹

Sin embargo, entre 2 a 10% de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica se pueden complicar con perforación de la pared gástrica o duodenal, condición que puede presentar una alta mortalidad de hasta 40%.^{2,3} Esto se explica por diversos factores, como el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), convirtiéndose en el principal factor de riesgo en algunas poblaciones, como adultos mayores o alcoholicos;⁴ además de tabaco, cocaína, antineoplásicos, procedimientos bariátricos, entre otros.⁵

Las manifestaciones clínicas consisten en dolor abdominal de inicio súbito, con localización en epigastrio; que puede progresar hasta la peritonitis, choque séptico y por último la muerte. Los estudios por imagen, como rayos X y tomografía abdominal, tienen una función importante al documentar aire libre intrabdominal apoyando el diagnóstico de una perforación de víscera hueca.^{5,6}

Entre las modalidades de tratamiento se han descrito el manejo conservador con buenos resultados en pacientes seleccionados;⁶ sin embargo, en la mayoría de los casos el manejo es quirúrgico, el cual consiste en el cierre de la perforación péptica. Se han descrito diferentes técnicas, como el cierre primario de la lesión, al cual se le puede reforzar con omento o simplemente, sellar el defecto con un parche de Graham.³

Históricamente, el abordaje de elección para la reparación de la úlcera péptica perforada se ha realizado a través de laparotomía.³ Sin embargo, en las últimas décadas el abordaje laparoscópico ha tenido gran aceptación, documentándose en múltiples estudios su eficacia y seguridad;^{7,8} conservando los beneficios de la cirugía por mínima invasión, como menos dolor posoperatorio, menor incidencia de infecciones de la herida quirúrgica y disminución en los días de estancia intrahospitalaria. Incluso, en algunos centros hospitalarios abordan desde un inicio por vía laparoscópica a

este grupo de pacientes, sin importar la gravedad de la enfermedad.^{8,9} De manera independiente del abordaje seleccionado, se pueden presentar complicaciones posquirúrgicas, como la fístula gástrica o duodenal a cavidad abdominal, condición que, en caso de no recibir un manejo adecuado, puede llevar al paciente a la sepsis abdominal, choque séptico y la muerte.¹⁰ Se han descrito diferentes marcadores para predecir dichas complicaciones, entre los cuales se encuentra la edad del paciente, concentraciones de proteína C reactiva (PCR), escala ASA (*American Society of Anesthesiologists*) para el riesgo quirúrgico, índice de peritonitis de Mannheim, duración de los síntomas entre otros, para ofrecer un manejo oportuno y por ende mejorar el pronóstico.¹¹

En casos complicados, el paciente puede llegar a requerir cuidados intensivos, múltiples reintervenciones, manejo con abdomen abierto y la necesidad de procedimientos mayores como la gastrectomía distal.^{12,13} Sin embargo, el proceso inflamatorio y las adherencias dificultan la disección quirúrgica en este grupo de pacientes, representando un gran reto para el equipo médico.¹⁴

Por tal razón, presentamos el caso de una paciente intervenida quirúrgicamente de urgencia al presentar una úlcera péptica perforada, complicándose en el periodo posquirúrgico con una fístula gástrica, condicionando sepsis abdominal y choque séptico, presentando poca mejoría con el manejo conservador, por lo que se decide reingresar a tiempo quirúrgico para intentar la reparación de la lesión. Sin embargo, ante la intensa inflamación de los tejidos es imposible realizar la disección del estómago distal y duodeno sin agregar una alta morbilidad, por lo que se optó realizar un drenaje controlado del estómago con gastrostomía y, por la falta de nutrición parenteral, se realiza una yeyunostomía para nutrir al paciente por vía enteral.

Presentación del caso

Femenino de 60 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, enfermedad vascular cerebral (EVC) e ingesta crónica de AINEs. Ingresa al servicio de urgencia en el mes de abril del 2018 con dolor en epigastrio de cuatro días de evolución (día 4) el cual aumenta hasta tornarse incapacitante (tabla 1); se agrega náusea, llegando al vómito en múltiples ocasiones y evacuaciones melénicas, por lo que acude a valoración. En la exploración clínica se encuentra con datos de distensión e irritación abdominal. En el perfil bioquímico se documenta anemia, leucocitosis y trombocitosis,

Tabla I. Línea del tiempo del caso presentado.

Día	Evento
0	Perforación péptica.
4	Laparotomía de urgencia, se procede a realizar cierre primario con parche de epiplón.
7	Se documenta la dehiscencia de la reparación gástrica.
9	Reingresa por segunda ocasión a exploración abdominal, documentando los hallazgos descritos en el texto, se realiza gastrostomía, parche de Graham y yeyunostomía.
23	Se retira la sonda de gastrostomía.
30	Se retira la sonda de yeyunostomía.

Se resumen los principales eventos descritos en el caso clínico, desde el inicio de la enfermedad hasta la cronología de los procedimientos realizados durante el manejo de la enfermedad.

resto de laboratorios sin alteraciones. En la serie de abdomen agudo, se observó aire libre diafragmático compatible con neumoperitoneo. Horas después de su ingreso, se integra el diagnóstico de úlcera péptica perforada, por lo que se programa laparotomía exploradora de urgencia, encontrando una perforación prepilórica de casi 4 cm en la cara anterior del estómago, se procedió a realizar cierre primario con Vicryl del 2-0 y refuerzo con parche de omento. En el posquirúrgico se manejó con hidratación parenteral, sonda nasogástrica, antibióticos de amplio espectro, inhibidores de bomba de protones y analgésicos. De inicio se observó buena evolución, pero al tercer día de la reparación gástrica (día 7), se observa a través de la sonda de Penrose, salida de líquido gástrico con un gasto de hasta 500 ml por día, acompañándose de irritación peritoneal y respuesta sistémica. A pesar de iniciar el manejo con carbapenémicos y aumentar las dosis de inhibidores de la bomba de protones, la paciente desarrolla datos de choque séptico, por lo cual se toma la decisión de iniciar aminas vasoactivas, con el objetivo de mantener la tensión arterial en parámetros aceptables. En ese momento se toma la decisión de reintervenir a la paciente (día 9), encontrando en el transquirúrgico como principal hallazgo la dehiscencia del cierre gástrico, acompañándose de una importante respuesta inflamatoria de la cavidad abdominal y la pérdida de las relaciones anatómicas del estómago distal, condicionando una gran dificultad técnica para la reparación de la perforación e inclusive para planear una gastrectomía distal. Se decide realizar una gastrostomía con el objetivo de disminuir el gasto a través de la zona perforada; yeyunostomía para iniciar la alimentación

enteral, ya que es la vía de nutrición de elección puesto que en nuestra unidad hospitalaria no contamos con nutrición parenteral; por último, se refuerza el defecto con un parche de Graham y se recoloca la sonda de Penrose para vigilancia del gasto. Una semana después del segundo evento quirúrgico, se observan los resultados deseados al observar franca mejoría de sus condiciones generales, ausencia de gasto a través de la sonda de Penrose y permeabilidad de la gastrostomía, con volúmenes entre 400-500 ml por día, decidiendo su egreso. Una semana posterior a su egreso, en consulta externa se observa ausencia de gasto por la sonda de Penrose, signo que indica la ausencia de fuga a través de la zona gástrica afectada, por lo que se decide retirar la sonda de gastrostomía (día 23) y permitir el paso fisiológico de las secreciones gástricas. Durante su segunda valoración, continúa sin gasto por el drenaje de Penrose, momento en el cual se decide retirar la sonda de yeyunostomía (día 30) e iniciar la dieta vía oral. En la tercera valoración se documenta buena tolerancia de la vía oral y ausencia de gasto por la sonda de Penrose, procediendo a retirar este último drenaje. Se dio seguimiento a la paciente por seis meses, encontrándola con buen estado de salud, la única complicación que presentaba en ese momento fue una eventración en el sitio de la sonda de Penrose, la cual se encuentra en protocolo prequirúrgico para cierre del defecto de la pared abdominal.

Discusión

Un estudio publicado por *Havens et al.*, encontró que la edad promedio de presentación de la enfer-

medad ulcerosa péptica es de 64 años, la complicación más frecuente en este grupo de pacientes es el sangrado de tubo digestivo; sin embargo, la perforación péptica toma un lugar importante, ya que es la complicación que causa mayor mortalidad.¹⁵ Yang YJ *et al.*, documento que el factor etiológico más importante para desarrollar enfermedad ulcerosa péptica perforada se encuentra la ingesta de AINEs, pero en los pacientes que no son consumidores de AINEs se ha encontrado que el principal factor de riesgo en el desarrollo de dicha enfermedad es la ingesta de alcohol.⁴ En el caso que presentamos, la edad de la paciente es de 60 años, compatible con lo descrito en varios artículos, por otro lado, concordamos en que es una paciente dependiente de AINEs debido al dolor crónico condicionado por la incapacidad funcional que dejaron como secuela los múltiples eventos cerebrovasculares.

En la úlcera péptica perforada se ha descrito el manejo conservador en pacientes seleccionados,⁶ pero la mayor parte de los pacientes amerita reparación quirúrgica. El abordaje laparoscópico ha ganado una gran aceptación alrededor del mundo por su seguridad, factibilidad y, sobre todo, por preservar las bondades del tratamiento de mínima invasión.^{1,6,7} Concordamos con la literatura que el abordaje ideal en este grupo de pacientes es por laparoscopia; sin embargo, en nuestra unidad hospitalaria no se cuenta con el recurso necesario para desarrollar dicha técnica, razón por la cual se abordó de manera inicial por laparotomía.

Por lo general, las fistulas gástricas se presentan con fuga de líquido a través de la herida quirúrgica o drenajes, se han descrito fistulas a otros órganos o inclusive presentación tardía de esta complicación.¹⁴ La forma de presentación en el caso descrito fue unos días después del primer procedimiento quirúrgico, con fuga de líquido gástrico por el drenaje en un inicio y más tarde hasta por la herida quirúrgica.

Una vez establecido el diagnóstico de tal complicación, la primera meta es estabilizar al paciente y, en caso necesario, ingresar a la unidad de cuida-

dos intensivos.¹² Si el paciente amerita reingresar a cirugía, es necesario planificar un nuevo cierre del defecto o una gastrectomía parcial distal, ya que este último es el tratamiento definitivo en casos recidivantes.^{13,14} En ocasiones, el manejo quirúrgico indicado planificado no se puede realizar, ya sea por la inestabilidad del paciente o por la intensa inflamación local, lo que dificulta la manipulación de los tejidos aumentando la comorbilidad del paciente, algunos autores han reportado el manejo exitoso en este grupo de pacientes con gastrostomía para derivar el contenido gástrico y facilitar el cierre de la lesión.¹⁰ En el caso presentado, en el transquirúrgico se encontró inflamación intensa que dificultaba el reconocimiento de las estructuras anatómicas y manipulación de éstas. Se decidió colocar una sonda de gastrostomía con parche de Graham de refuerzo, recolocación del drenaje de Penrose y por último, un tubo de yeyunostomía por las razones descritas en la presentación del caso clínico. La paciente presentó una evolución favorable y una increíble respuesta al manejo propuesto, razón por la cual decidimos compartir este interesante caso, ya que éste es un escenario al que muchos cirujanos generales se enfrentan día a día.

Conclusión

La dehiscencia de un cierre gástrico en el manejo de la úlcera péptica perforada, es un escenario en el cual el cirujano general se puede enfrentar en cualquier momento de su carrera. Existen múltiples opciones de tratamiento, siendo la gastrectomía distal subtotal el manejo definitivo; sin embargo, llevar a cabo un procedimiento quirúrgico de esta envergadura en un paciente con choque séptico y un abdomen hostil, supone un reto quirúrgico y además, una alta morbilidad y mortalidad para el paciente. En el caso presentado se decidió derivar la cámara gástrica con una gastrostomía, colocar drenajes, reparación con parche de Graham y yeyunostomía de alimentación, describiendo una técnica quirúrgica fácil de reproducir, segura y con resultados favorables, que pueden ser una opción de tratamiento en este grupo de pacientes.

Referencias bibliográficas

- Stepanyan SA, Petrosyan AA, Safaryan HH, Yeghiazaryan HH, Aleksanyan AY, Hakobyan VM, Papazyan KT et al. Laparoscopic and open repair for perforated duodenal ulcer: single-center experience. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2019; 14 (1): 60-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6372872/>
- Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2017; 390 (10094): 613-624. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lan/article/PIIS0140-6736\(16\)32404-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lan/article/PIIS0140-6736(16)32404-7/fulltext)
- Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg*. 2010; 27 (3): 161-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20571260>
- Yang YJ, Bang CS, Shin SP, Park TY, Suk KT, Baik GH et al. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. *World J Gastroenterol*. 2017; 23 (14): 2566-2574. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28465641>
- Kempnich JW, Sirinek KR. Acid Peptic Disease. *Surg Clin North Am*. 2018; 98 (5): 933-944. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30243454>
- Alizadeh L, Shakeri-Darzekonani M, Sadrazar A, Nouri-Vaskeh M, Basirjafari S. Conservative Management of Asymptomatic Pneumoperitoneum; Report of Two Cases. *Arch Acad Emerg Med*. 2019; 7 (1): e12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6377218/>
- Mirabella A, Fiorentini T, Tutino R, Falco N, Fontana T, De Marco P et al. Laparoscopy is an available alternative to open surgery in the treatment of perforated peptic ulcers: a retrospective multicenter study. *BMC Surg*. 2018; 18 (1): 78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30253756>
- Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, Jiang Y et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A metaanalysis of randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2016; 33: 124-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27504848>
- Quah GS, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer Disease Has Better Outcomes Than Open Repair. *J Gastrointest Surg*. 2019; 23 (3): 618-625. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30465190>
- Bowling K, Balcombe A, Rait J, Andrews S. Technique to manage persistent leak from a prepyloric ulcer where a distal gastrectomy is not appropriate. *J Surg Case Rep*. 2015 (8): 1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4531221/>
- Muller MK, Wrann S, Widmer J, Klasen J, Weber M, Hahnloser D. Perforated Peptic Ulcer Repair: Factors Predicting Conversion in Laparoscopy and Postoperative Septic Complications. *World J Surg*. 2016; 40 (9): 2186-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27119515>
- Irene M, Denver M, Omondi M, Dan K. Intra-abdominal sepsis from a perforated duodenal ulcer-Management of a difficult surgical abdomen. *Int J Surg Case Rep*. 2019; 55:171-173. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6369133/>
- Kumar P, Khan HM, Hasanrabba S. Treatment of perforated giant gastric ulcer in an emergency setting. *World J Gastrointest Surg*. 2014; 6 (1): 5-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3951808/>
- Kumar Sinha M, Mohakud S, Mishra TS, Barman A. An unusual presentation of gastric fistula following peptic perforation repair: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019; 56: 29-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30818159>
- Havens JM, Castillo-Angeles M, Nitzschke SL, Salim A. Disparities in peptic ulcer disease: A nationwide study. *Am J Surg*. 2018; 216 (6): 1127-1128. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30224069>