

## ÚLCERA PILÓRICA PERFORADA

**CASO:** varón de 52 años que consulta en urgencias por un cuadro de dolor abdominal intenso y vómitos de varios días de evolución.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

**1º Analítica general**, a destacar un valor de **leucocitos** de **21.000** (valor normal 4.500-11.000, lo que orienta a un cuadro de infección o de inflamación).

**2º TC:** se puede observar neumoperitoneo (aire en el abdomen, flecha amarilla), líquido alrededor del hígado (flecha roja) y un **engrosamiento en el antro gástrico** (casi al final del estómago, flecha verde) sugestivo de **perforación**.



Con estos hallazgos -> **cirugía urgente** !

**TRATAMIENTO:** el tratamiento conservador se podría plantear en casos con unas características muy concretas, pero en la mayoría de los casos de perforación gástrica se lleva a cabo un **tratamiento quirúrgico**. Consiste, por laparoscopia, en el lavado y aspiración del contenido gástrico-intestinal libre en la cavidad, identificación de la zona de la úlcera perforada y cierre de la misma apoyada en una epiploplastia (se envuelve el epiplon sobre la sutura para protegerla).

**EVOLUCIÓN:** tras comenzar la alimentación oral, en el 4º-5º día post-operatorio, el paciente comienza con febrícula:

**1º** Se solicita un **TC abdominal urgente** con hallazgo de **absceso subfrénico** de unos 10 cm, por lo que se coloca un drenaje para recoger muestras del mismo.

**2º** En la **analítica** del drenaje, se observan valores de amilasa y bilirrubina elevados.

**3º** Se sospecha, por tanto, un **fallo en la sutura de cierre** de la úlcera de la perforación inicial.

### ¿Qué ocurre cuando hay dehiscencia de la sutura?

Estamos en un entorno de fibrosis que sabemos que no va a cerrar de forma conservadora. Esto ocurre en el **10%** de los casos de perforación por úlcera yuxtapiórica.

#### ¿Por qué puede producirse la dehiscencia?

- Más de 2 puntos para el cierre de la úlcera
- Duración de la cirugía >75min
- Paciente >45 años

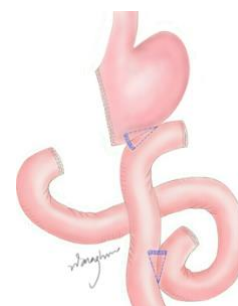
#### Tratamiento conservador:

- Antibióticos
- Sonda nasogástrica
- Drenaje de la colección

En nuestro caso se planteó la reintervención, observando que la úlcera ocupaba más del 50% de la circunferencia del estómago. Tras ver imposible un nuevo cierre, se llevó a cabo una **antrectomía** (quitar el antro gástrico) y una reconstrucción en **"Y de Roux"** en la que el yeyuno se une con el estómago y el duodeno, quedando este último excluido como un muñón cerrado (*pinza metálica*).



Durante la intervención, nos encontramos con un conducto pancreático accesorio (*hilo blanco*) insertándose en el duodeno que, aunque se preservó íntegramente, durante el **postoperatorio** se abrió y dio lugar a una **fístula pancreática**, que a su vez originó una **apertura** del muñón duodenal.



Y de Roux

La fuga de líquido de ese conducto pancreático es la que termina provocando la apertura del muñón duodenal y la fístula del mismo



Muñón duodenal abierto -> fístula

**EVOLUCIÓN:** la fístula del muñón duodenal comenzó a drenar líquido biliar, recogido por el drenaje, hacia el 9º día postoperatorio. El paciente fue dado de alta con un TC normal, y en el seguimiento la fístula acabó cerrándose al tener el paciente un buen vaciamiento digestivo.

- Pacientes frágiles
- Perforación de poco tiempo de evolución
- Sin mucho líquido libre en el abdomen



