UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ULCERA PÉPTICA PERFORADA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO

ROMERO QUIMI BIANCA ORNELLA
MÉDICA

MACHALA
2022

UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ULCERA PÉPTICA PERFORADA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO

ROMERO QUIMI BIANCA ORNELLA
MÉDICA

MACHALA
2022

UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

ULCERA PÉPTICA PERFORADA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO

ROMERO QUIMI BIANCA ORNELLA
MÉDICA

ROMERO ALVARADO CARLOS ALBERTO

MACHALA, 27 DE OCTUBRE DE 2022

MACHALA
27 de octubre de 2022

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO

por Bianca Ornella Romero Quimi

Fecha de entrega: 14-oct-2022 11:29a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1925364654

Nombre del archivo: ICA_PERFORADA_COMO_DIAGN_STICO_DIFERENCIAL_EN_ABDOMEN_AGUDO.docx (65.25K)

Total de palabras: 2755

Total de caracteres: 14961

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, ROMERO QUIMI BIANCA ORNELLA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado ULCERA PÉPTICA PERFORADA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 27 de octubre de 2022

ROMERO QUIMI BIANCA ORNELLA
0704414879

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO

RESUMEN

Introducción: La úlcera péptica continúa siendo una patología de incidencia mundial, la que ha experimentado una disminución en su incidencia, por la utilización de los inhibidores de la bomba de protones y de los antibióticos para la erradicación de la infección por Helicobacter pylori, a pesar a ello, persisten las complicaciones de la úlcera péptica, entre las más comunes encontramos a la perforación. Siendo así que, el objetivo de la investigación es determinar las características clínicas de la úlcera péptica perforada para el diagnóstico diferencial en abdomen agudo. **Metodología:** Estudio realizado de manera descriptiva retrospectiva a través de una revisión bibliográfica en las bases científicas de PUBMED, SCIENCE DIRECT, SCIELO, MESH; con relación a úlcera péptica perforada, abdomen agudo. **Resultados:** Se encontraron artículos científicos, de los cuales: 5 artículos corresponden al cuartil 1, 4 artículos cuartil 2 y 8 artículos cuartil 3. **Conclusiones:** La úlcera péptica perforada es una emergencia quirúrgica asociada a altas tasas de morbilidad y mortalidad; sus características clínicas nos permiten establecer como diagnóstico sindrómico al abdomen agudo, el mismo que conlleva a una amplia gama de diagnósticos diferenciales. Siendo importante el examen físico del paciente y los estudios complementarios como la Tomografía Computarizada. De igual manera, la reanimación del paciente permite obtener mejores resultados al momento de la cirugía, la misma que va a depender de la edad, la evolución de la sintomatología y la experiencia del equipo.

Palabras clave: Úlcera péptica, Abdomen agudo, Úlcera péptica perforada, Neumoperitoneo, Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: Peptic ulcer continues to be a pathology of worldwide incidence, which has experienced a decrease in its incidence, due to the use of proton pump inhibitors and antibiotics for the eradication of Helicobacter pylori infection, despite this, the complications of peptic ulcer persist, among the most common we find perforation. Thus, the objective of the research is to determine the clinical characteristics of perforated peptic ulcer for differential diagnosis in acute abdomen. **Methodology:** Study carried out in a retrospective descriptive manner through a bibliographic review in the scientific bases of PUBMED, SCIENCE DIRECT, SCIELO, MESH; in relation to perforated peptic ulcer, acute abdomen. **Results:** Scientific articles were found, of which: 5 articles correspond to quartile 1, 4 articles quartile 2 and 8 articles quartile 3. **Conclusions:** Perforated peptic ulcer is a surgical emergency associated with high rates of morbidity and mortality; Its clinical characteristics allow us to establish acute abdomen as a syndromic diagnosis, which leads to a wide range of differential diagnoses. Being important the physical examination of the patient and complementary studies such as Computed Tomography. Similarly, the resuscitation of the patient allows to obtain better results at the time of surgery, which will depend on age, the evolution of the symptoms and the experience of the team.

Keywords: Peptic ulcer, Acute abdomen, Perforated peptic ulcer, Pneumoperitoneum, Differential diagnosis.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN……1

ABSTRACT…….....2

INTRODUCCIÓN..……..4

DESARROLLO……....6

-Presentación del caso……6

-Pregunta a resolver……6

-Marco teórico……6

CONCLUSIONES……....14

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……...…15

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Regímenes de antibióticos en infecciones intraabdominales de acuerdo con las guías WSES…….…13

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica continúa siendo una patología de incidencia mundial, la que ha experimentado una disminución en su incidencia, debido a la utilización de los inhibidores de la bomba de protones y de los antibióticos para la erradicación de la infección por Helicobacter pylori, a pesar a ello, persisten las complicaciones de la úlcera péptica, entre las más comunes mencionamos el sangrado y la perforación, que ocurre en un 10 a 20% de los pacientes (1,2).

La perforación de la úlcera péptica es una emergencia quirúrgica que se asocia a una tasa de morbilidad y mortalidad significativa, la cual, al presentar un retraso en el diagnóstico y tratamiento se asocia con tasas de mortalidad que fluctúa entre el 1,3 y 20% (3). Los pacientes con úlcera péptica perforada presentan una respuesta inflamatoria significativa producto de la sepsis abdominal que presentan, por ello el retraso en el diagnóstico se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad (1).

De acuerdo con Mohamed "la úlcera péptica perforada (UPP) se caracteriza por la triada clásica de malestar general repentino, taquicardia y sensibilidad abdominal" (3). Al observar los signos y síntomas del paciente, nos plantea un diagnóstico diferencial amplio, hasta lograr determinar la etiología del dolor, siendo así que el manejo es desafiante por la clínica diversa y sumado a las alteraciones de líquidos y electrolitos, además del shock séptico que presenta el paciente (4).

Es por eso, que, ante la sospecha de la UPP, la primera investigación diagnóstica es la tomografía computarizada abdominal debido a los hallazgos como líquido intraperitoneal, neumoperitoneo y engrosamiento de la pared intestinal. Pero al no contar con este método, se dispone de la radiografía de tórax para observar la presencia de aire libre subfrénico (5). De este modo, obteniendo los hallazgos de imagen y exámenes analíticos, se decide el manejo adecuado para el paciente, el mismo que al ser quirúrgico se debe determinar el abordaje

adecuado, tomando en cuenta si el paciente se encuentra estable o inestable hemodinámicamente, para así decidir si se realiza procedimiento laparoscópico o abierto y controlar la perforación (3,5).

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo determinar las características clínicas de la úlcera péptica perforada para el diagnóstico diferencial en abdomen agudo, debido a que el mismo es originado por una amplia gama de enfermedades y trastornos, que pueden poner en peligro la vida del paciente (6).

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 40 años con antecedente de ingesta crónica de esteroides y salicilatos, que ingresa a urgencias por dolor abdominal que inicio 6 horas antes, el cual se inició de manera súbita en epigastrio. Se difundió a todo el vientre y que describe como muy intenso. Está en posición de gatillo y no quiere movilizarse; aumenta su dolor a la palpación. El vientre se palpa en madera. A la percusión está perdida la matidez hepática y se ausculta silencio abdominal. T.A., 140/90, pulso 100, respiración 20 y temperatura 37.5.

PREGUNTA A RESOLVER

Cuál sería su diagnóstico más probable en base al presente diferencial: A) Oclusión intestinal B) Apendicitis aguda C) Pancreatitis D) Cólico renal E) Ulcera péptica perforada.

A partir de las características clínicas y antecedentes nos enfocamos en la presencia de un abdomen agudo que luego al establecer el diagnóstico diferencial nos hace sospechar de una úlcera péptica perforada, dado por la descripción del inicio del dolor abdominal, ubicación, intensidad del dolor, rigidez abdominal involuntaria y ausencia de ruidos hidroaéreos, así mismo con la ayuda de los exámenes complementarios se descarta patologías como la oclusión intestinal, pancreatitis y cólico renal. La variabilidad de la sintomatología de la úlcera péptica perforada nos puede confundir con la sintomatología de una apendicitis aguda, para su diferenciación los estudios de imagen nos permitirían determinar la causa del dolor.

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA

La lesión en la mucosa del estómago o del duodeno, que puede ir desde el epitelio hasta la capa muscular de la mucosa, se la conoce como úlcera péptica. Dicha patología puede complicarse y provocar una hemorragia o perforación. Esta última, está dada por la penetración de la úlcera

en todas las capas del estómago o duodeno llegando a la cavidad peritoneal, y permitiendo la salida del líquido gástrico o duodenal con la consiguiente respuesta inflamatoria (4).

De acuerdo con el estudio retrospectivo de Mohamed demuestra que los hombres tienen mayor predominio en esta patología, es decir 88,2% de los pacientes, teniendo una relación hombre: mujer de 7,5:1, además que los pacientes llegan con una presentación clínica tardía (3). La etiología de la úlcera péptica perforada es relacionada con múltiples factores, entre ellos el uso de fármacos por un tiempo prolongado, como lo son los corticoides, betabloqueantes y AINES, estos últimos, provocan efectos indeseables debido a su amplia prescripción y uso inadecuado (7,8).

En relación con lo indicado anteriormente, según el estudio de Mohamed que incluye a 114 pacientes, se identifica la relación de los AINES y la aspirina con esta patología, de los cuales el 1,75% corresponde a prescripción médica, mientras que más de la mitad provenían de la automedicación, y dependiendo del tipo de medicamento como se lo describe, el diclofenaco 28,07%, aceclofenaco 33,33%, aspirina 7,89% y AINES no selectivos 6,14% (7).

De igual manera, Gbenga O encontró en el Hospital Docente de la Universidad Estatal de Ekiti, que los pacientes con UPP, presentaron algunos factores de riesgo, como lo son los AINES 54,3%, brebaje de hierbas, es decir mezcla de vino palma, ginebra y especias 52,2%, alcohol 30,4%, tabaquismo 21,7% y dispepsia previa 34,8% (4).

Por otra parte, una causa relacionada con la UPP es la infección por Helicobacter pylori, debido a que esta bacteria gramnegativa tiene un papel importante en la patogenia del desarrollo de la úlcera péptica, que, al no dar el tratamiento adecuado, puede conllevar a una perforación. Existen datos limitados que refiere al H. coli como una causa para UPP, como lo describe el estudio realizado en el Saint Paul Hospital Millennium Medical College, que incluyó a 141 pacientes, obteniendo el 41,3% positividad para dicha bacteria, en donde el 21,7% se realizó

en antígeno fecal y el 23,9% en serología (2). Así mismo es semejante con los hallazgos de John B, en donde la prevalencia de la infección en la úlcera péptica perforada es del 46,9%, estudio realizado en el Departamento de cirugía Government Medical College (9).

La clínica se basa en la aparición repentina de dolor a nivel de epigastrio el cual se manifiesta de una gran intensidad, con irradiación hacia espalda o extenderse al resto del abdomen. También cursan con silencio a la auscultación de ruidos hidroaéreos, signo de descompresión positivo y contractura muscular involuntaria dependiendo del tiempo de evolución. Por consiguiente, Tadesse nos indica en su estudio observacional basado en 51 pacientes, que los síntomas más frecuentes fueron la aparición repentina de dolor epigástrico intenso 82,4%, distensión abdominal 70,6%, vómitos 60,8%, dolor abdominal a la palpación 80,4% y signos de peritonitis 74,5% (2,3).

En comparación con el estudio de Gbenga O, donde se obtuvo que las características clínicas fueron dolor abdominal 100%, fiebre 63%, anorexia 52,2%, distensión abdominal 67,4% y shock 21,7%, en donde el último, los pacientes presentaron hipovolemia y otros shock séptico (4).

De este modo, las úlceras pépticas perforadas generalmente presentan dolor epigástrico agudo de inicio súbito que a veces se irradia al hombro, evidenciando neumoperitoneo en el estudio de imagen. Se considera que en el 60% de los casos la perforación se produce en la pared duodenal anterior (10). En ciertos pacientes la perforación de la úlcera duodenal hacia el retroperitoneo, cursa con dolor en el cuadrante inferior derecho, por la presencia de fuga de líquido y acumulación en la canaleta paracólica derecha, conociéndose como Síndrome de Valentino; el mismo que simula una apendicitis aguda, pudiendo llevar a errores diagnósticos (11).

Los estudios de laboratorio empleados en el diagnóstico de abdomen agudo nos permiten realizar un diagnóstico diferencial con el fin de llegar a la etiología que dicho síndrome, por lo cual, pueden cursar con una leucocitosis con desviación a la izquierda, debido a la presencia de una respuesta inflamatoria, dicha alteración puede presentarse en diversas patologías, como lo es en la apendicitis aguda o peritonitis provocada por una perforación intestinal. También pueden existir elevación de amilasa, por una perforación intestinal o por una pancreatitis aguda, pudiendo diferenciarse mediante el análisis de su resultado, siendo que para una pancreatitis aguda debe de estar elevada más de 3 veces el límite superior de la normalidad (5,12), sumado a las características clínicas de la misma.

La Radiografía de Tórax es el estudio que se emplea para el diagnóstico de la úlcera péptica perforada, logrando observar el signo radiológico de neumoperitoneo, este método imagenológico tiene una sensibilidad del 54,5% y una especificidad del 92,3%, por lo que, este hallazgo es considerado muy variable en los casos clínicos, el cual va entre un 30 y 85% de las perforaciones, debido a que existen posibilidades de ausencia de neumoperitoneo, que puede ser causado por un sellado temprano de una perforación o una escasez de gas debido a la succión por medio de una sonda nasogástrica (1,5).

Sin embargo, el Gold estándar del diagnóstico lo constituye la Tomografía Computarizada Abdominal, debido a que su sensibilidad va entre un 78-100% y una especificidad del 98%; los hallazgos tomográficos que podemos encontrar son engrosamiento de la pared intestinal, presencia de grasa mesentérica heterogénea, líquido libre en abdomen, evidencia de fuga de contraste y neumoperitoneo. No obstante, el 12% de los casos con perforaciones puede cursar con una tomografía normal (5,13).

Otro estudio de imagen es la Ecografía abdominal, en la que se identifica líquido libre a nivel intraperitoneal, además de neumoperitoneo debajo de la fascia abdominal, sin embargo cuenta

con una sensibilidad y especificidad baja, que corresponde al 78% y 46% respectivamente, los resultados dependerán de la experticia del profesional que realiza el procedimiento (3,5).

El manejo de un paciente con úlcera péptica perforada se puede realizar mediante tratamiento conservador o quirúrgico, el mismo que, dependerá de la estabilidad del paciente, si la úlcera se ha sellado la misma que sea confirmada por un estudio de contraste hidrosoluble, en el que no se evidencia fuga del mismo, ausencia de peritonitis o sepsis (14).

El manejo no quirúrgico consiste en nada por vía oral, hidratación intravenosa, descompresión por sonda nasogástrica, terapia de inhibidores de la bomba de protones, antibióticos intravenosos y endoscopia de seguimiento a las 4-6 semanas. Este es utilizado en el caso de perforaciones pequeñas, las cuales, son selladas por adherencias omentales y que la peritonitis no necesita de cirugía. Por lo que permite evitar la cirugía, los riesgos de la anestesia y complicaciones postoperatorias. En un estudio que se analizó a 82 pacientes, los cuales fueron tratados de manera conservadora, mostró que el 54% presentaron una mejoría clínica y no requirieron una intervención quirúrgica. Así mismo, esta estrategia requiere de muchos recursos y compromiso de un examen clínico periódico en compañía de la disponibilidad del cirujano y, si hay deterioro clínico, se justificará la cirugía de emergencia (5,14).

Mientras tanto, si el paciente requiere de un tratamiento quirúrgico, este puede ser realizado mediante laparoscopía o laparotomía. Para determinar qué intervención se va a realizar, se debe de priorizar la estabilidad hemodinámica del paciente, la edad, el tiempo de evolución de los síntomas y la experiencia del equipo quirúrgico (15).

Por lo que, pacientes con un puntaje de Boey 0-1, tamaño de úlcera menor de 10mm, hemodinámicamente estables, sin cirugías abdominales previas y sin sospecha de úlceras malignas son adecuados para una reparación laparoscópica. Pero si los pacientes presentan una puntuación de Boey 3, edad mayor de 70 años, síntomas que duran más de 24 horas y sospecha

de malignidad, se debe de realizar una cirugía abierta, por tener una mayor morbilidad y mortalidad (14,15).

En el abordaje inicial los pacientes necesitan de una reanimación adecuada y rápida para reducir la mortalidad, mediante el ABC (permeabilidad de las vías aéreas, respiración y circulación) considerando los objetivos para la reanimación, es decir, la presión arterial media >65 mmHg, producción de orina >0,5 ml/kg/h y la normalización del lactato. Esto se realiza por medio de la administración de cristaloides isotónicos y analgésicos, además de la descompresión nasogástrica y la colocación de sonda de Foley para controlar la producción de orina y evaluar la idoneidad de la reanimación con líquidos (5,15).

El procedimiento quirúrgico consta de realizar un lavado de cavidad abdominal con solución salina para asegurar una limpieza adecuada de la contaminación peritoneal, consecutivamente localizado el defecto en la pared gástrica o duodenal se procede a cerrar de forma primaria con puntos de aproximación, posteriormente se fija un parche de epiplón, debido a que permite la formación de fibrina evitando que las suturas corten los bordes friables y provoquen el agrandamiento de la perforación, y por último, se realiza un lavado y colocación de drenaje cerrado con presión negativa procediendo a cerrar con sutura (15), la cirugía de úlcera péptica ha presentado cambios importantes en los últimos años debido al empleo de los inhibidores de la bomba de protones en el manejo clínico de la misma, lo que ha llevado a que las perforaciones sean de menor tamaño evitando la cirugía que involucraban resecciones amplias del estómago con la consecuente reconstrucción del tránsito intestinal.

Dichas procedimiento pueden ser realizado por laparoscopia o cirugía abierta, que, de acuerdo con los estudios, la incidencia de infección del sitio quirúrgico fue menor en el grupo laparoscópico (0%) frente al grupo abierto (13,2%), de igual manera la estancia hospitalaria fue más corta en el grupo de laparoscopia (3,3 días frente a 7,8 días), y las puntuaciones del

dolor postoperatorio fue más bajo en el grupo laparoscópico que en el grupo de cirugía abierta (2,7% vs 3,3%) (15).

Además, se sugiere que ante la presencia de una úlcera gástrica grande (>2 cm), se realice una resección con examen patológico, debido a que, el 10% al 16% de las perforaciones gástricas son causadas por carcinoma gástrico. También se considera que la probabilidad de que sea maligno es por la presencia de márgenes festoneados y pérdida de pliegues rugosos alrededor de la úlcera (5).

Como la úlcera péptica perforada conduce a una peritonitis por el derrame de contenido gastroduodenal hacia la cavidad peritoneal, conllevando a la presencia de bacterias grampositivas, gramnegativas y anaerobias, las directrices WSES recomiendan iniciar el régimen antibiótico empírico de amplio espectro por una corta duración, es decir 3-5 días o hasta que los marcadores inflamatorios estén normales (Tabla 1) (5,16).

Además, se sugiere recoger muestras para análisis microbiológicos tanto de las bacterias como de hongos, debido a que las infecciones fúngicas después de la perforación son comunes y son asociadas a una prolongada estadía hospitalaria. Siendo así, que se demostró en un estudio prospectivo en 84 pacientes sometidos a cirugía, de los cuales era mayor los cultivos positivos en comparación con cultivos negativos y que de aquellos casos tenían cultivos mixtos, es decir para bacterias y hongos en comparación con cultivos bacterianos aislados ($p < 0,001$) (14,17).

La prevalencia de bacterias productoras de BLEE, los mecanismos de resistencia de carbapenémicos y la resistencia a quinolonas, deben de tenerse en cuenta al momento de utilizar los antibióticos empíricos. Así mismo, se sugiere el régimen antibiótico utilizado en pacientes con exposición al entorno sanitario, es decir, que se han sido reintervenidos quirúrgicamente, hospitalizados durante más de 1 semana, uso de corticoides, trasplante de órganos o enfermedad pulmonar o hepática basal (5,14).

Tabla 1. Regímenes de antibióticos en infecciones intraabdominales de acuerdo con las guías WSES.

Pacientes no críticos y función renal normal	Amoxicilina + ácido clavulánico 1,2-2,2 gr cada 6 horas o ceftriaxona 2 gr cada 24 horas + metronidazol 500 mg cada 6 horas.
	Alergia a betalactámicos: ciprofloxacino 400 mg cada 8 horas + metronidazol 500 mg cada 6 horas.
Pacientes críticos y función renal normal	Piperacilina + tazobactam 4,5 gr cada 6 horas o cefepima 2 gr cada 8 horas + metronidazol 500 mg cada 6 horas.
Asociado a la atención médica	
Pacientes no críticos y función renal normal	Piperacilina + tazobactam 4,5 gr cada 6 horas
	Meropenem 1 gr cada 8 horas + ampicilina 2 gr cada 6 horas
Pacientes en estado crítico con función renal normal	Meropenem 1 gr cada 8 horas + vancomicina 25-30 mg/kg dosis luego 15-20 mg/kg dosis cada 8 horas

Fuente: Elaboración propia. 2022

CONCLUSIÓN

La úlcera péptica perforada es una emergencia quirúrgica asociada a altas tasas de morbilidad y mortalidad; sus características clínicas nos permiten establecer como diagnóstico sindrómico al abdomen agudo, el mismo que conlleva a una amplia gama de diagnósticos diferenciales. Por lo que, se considera importante el examen físico del paciente y los estudios complementarios como la Tomografía Computarizada, y pudiendo llegar a un diagnóstico.

Se debe de recordar que el uso inadecuado de los AINES y corticoides son factores predisponentes para úlcera péptica perforada; de igual manera, la correcta erradicación de Helicobacter pylori ayuda a disminuir las tasas de morbilidad de dicha patología.

Además, realizar el correcto manejo de los pacientes con úlceras pépticas perforadas en emergencia, mediante la reanimación del paciente permite obtener mejores resultados al momento de la cirugía, la misma que va a depender de la edad, la evolución de la sintomatología y la experiencia del equipo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gormsen J, Brunchmann A, Henriksen NA, Jensen TK, Laugesen KB, Motavaf E, et al. Perioperative clinical management in relation to emergency surgery for perforated peptic ulcer: A nationwide questionnaire survey. Clin Nutr ESPEN [Internet]. 2022;47:299–305. Available from: https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.11.028

2. Tadesse M, Musie E, Teklewold B, Hailu E. Prevalence of H. Pylori in Perforated Peptic Ulcer Disease at Saint Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2021;31(5):969–74.

3. Mohamed Ali A, Nor Mohamed A, Garad Mohamed Y, Idris Keleşoğlu S. Clinical presentation and surgical management of perforated peptic ulcer in a tertiary hospital in Mogadishu, Somalia: a 5-year retrospective study. World J Emerg Surg [Internet]. 2022;17(1):1–8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9112500/

4. Gbenga OJ, Ayokunle DS, Ganiyu A, Adekoya I. Pattern of Presentation, Management and Early Outcome in Patients with Perforated Peptic Ulcer Disease in a Semi-urban Tertiary Hospital. Ethiop J Health Sci. 2021;31(5):975–84.

5. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl W, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg [Internet]. 2020;15(1):1–24. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947898/

6. García-Valenzuela S, Bonilla-Catalán P, Quintero-García B, Trujillo Bracamontes F, Ríos-Beltrán J, Sánchez-Cuén J, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir Gen [Internet]. 2017;39(4):203–8. Available from: www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.

7. Traoré O, Diarra AS, Kassogué O, Abu T, Maïga A, Kanté M. The clinical and endoscopic aspects of peptic ulcers secondary to the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs of various origins. Pan Afr Med J. 2021;38:4–9.

8. Järnbert-Pettersson H, Andersson ML, Bilén K, Broström O, Lindh JD, Mannheimer B. Is tramadol associated to bleeding peptic ulcer? A nationwide case-control study in hospitalized Swedish patients. PLoS One [Internet]. 2019;14(4):1–9. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0215356

9. Binni J, Bipin M, Vipin C. Prevalence of Helicobacter pylori in peptic ulcer perforation. Int Surg J [Internet]. 2017;4(10):3350–3. Available from: https://www.ijsurgery.com/index.php/isj/article/view/2066/1508

10. Noussios G, Galanis N, Konstantinidis S, Mirelis C, Chatzis I, Katsourakis A. Valentino's syndrome (With retroperitoneal ulcer perforation): A Rare Clinico-Anatomical Entity. Am J Case Rep [Internet]. 2020;21:1–4. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7347034/

11. Zuluaga-Arbeláez N, Uribe-Castaño S, Machado-Rivera FA. Síndrome de Valentino: úlcera péptica perforada simulando apendicitis aguda. Ces Med [Internet]. 2018;32(1):74–8. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n1/0120-8705-cesm-32-01-00074.pdf

12. Mutua I, Mariga D, Omondi M, Kiptoon D. Intra- abdominal sepsis from a perforated duodenal ulcer—Management of a difficult surgical abdomen. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2019;55:171–3. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.01.033

13. Byrne BE, Bassett M, Rogers CA, Anderson ID, Beckingham I, Blazeby JM. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: A cohort study. BMJ Open. 2018;8(8).

14. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. World J Gastrointest Surg [Internet]. 2017;9(1):1. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237817/

15. Siow SL, Mahendran HA, Wong CM, Hardin M, Luk TL. Laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer: Improving outcomes utilizing a standardized technique. Asian J Surg [Internet]. 2018;41(2):136–42. Available from: https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2016.11.004

16. 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):1–6.

17. Gupta S, Ali A, Dacosta K, Mahmoud A, Mohammed T. Operative versus non-operative management for perforated peptic ulcer disease. Ann Med Surg [Internet]. 2022;82(September):104643. Available from: https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104643