

CASO CLÍNICO

1. Doctor en Medicina Clínica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Venezuela. ORCID 0000-0002-5433-7149

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría: El autor declara que ha realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. El autor declara que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: El autor declara que ha seguido los protocolos del Hospital Central de Maracaibo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: El autor ha obtenido el consentimiento informado de la paciente y/o sujeto referido en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: El autor certifica que no ha recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Recibido: 5 mayo 2023

Aceptado: 1 junio 2023

Publicación en línea: 6 diciembre 2023

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil
Hospital Central "Dr. Urquinaona", Final Av. El Milagro, Maracaibo, Venezuela
+58162605233
sippenbauch@gmail.com

Citar como: Reyna-Villasmil E. Úlcera péptica perforada durante el puerperio. Rev peru ginecol obstet. 2023;69(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2574>

Úlcera péptica perforada durante el puerperio

Perforated peptic ulcer during the puerperium

Eduardo Reyna-Villasmil¹

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2574>

RESUMEN

La úlcera péptica es menos frecuente en las embarazadas que en las mujeres no gestantes. Aunque rara vez se perfora durante el embarazo y aún menos frecuentemente durante el puerperio, está asociada con mayor riesgo de muerte materna. El uso de analgésicos no esteroideos y la infección por *Helicobacter pylori* están relacionados con su patogénesis. Debido a sus características clínicas durante el embarazo, la sepsis puerperal e íleo paralítico pueden retrasar el diagnóstico. Luego del parto, signos clínicos como taquicardia de reciente aparición, dolor abdominal y el aumento de la distensión deben sugerir el diagnóstico. Dado que las complicaciones pueden provocar morbilidad y mortalidad significativas durante el puerperio, la detección precoz y el tratamiento rápido son imperativos. El tratamiento de la úlcera péptica perforada durante el puerperio es el mismo que el de una situación quirúrgica abdominal urgente. Una reparación satisfactoria con parche omental suele sellar el defecto y evitar nuevas perforaciones. Se presenta un caso de úlcera péptica perforada durante el puerperio.

Palabras clave. Úlcera péptica, perforada, Embarazo, Puerperio, Morbilidad, Mortalidad materna

ABSTRACT

Peptic ulcer is less frequent in pregnant women than in non-pregnant women. Although it rarely perforates during pregnancy and even less frequently during the puerperium, it is associated with an increased risk of maternal death. The use of non-steroidal analgesic and *Helicobacter pylori* infection are related to its pathogenesis. Due to its clinical features during pregnancy, puerperal sepsis and paralytic ileus may delay diagnosis. After delivery, clinical signs such as new-onset tachycardia, abdominal pain, and increased distension should suggest the diagnosis. Since complications can cause significant morbidity and mortality during the puerperium, early detection and prompt treatment are imperative. Treatment of perforated peptic ulcer during the puerperium is the same as for an urgent abdominal surgical situation. Successful repair with omental patching usually seals the defect and prevents additional perforations. A case of perforated peptic ulcer during the puerperium is presented.

Key words: Peptic ulcer, perforated, Pregnancy, Puerperium, Morbidity, Maternal mortality

INTRODUCCIÓN

La enfermedad ulcerosa péptica es rara durante el embarazo y puerperio. Puede ser difícil de diagnosticar debido a que sus síntomas más comunes (náuseas, vómitos y dolor epigástrico) pueden confundirse con los producidos por el embarazo^(1,2). Su aparición está asociada a infección por *Helicobacter pylori* y uso de analgésicos no esteroideos⁽¹⁾.

Las complicaciones gastrointestinales posparto son raras, siendo el colon el sitio que presenta la mayor frecuencia de lesiones, en especial en pacientes sometidas a cesárea⁽³⁾. La úlcera péptica perforada es una complicación muy rara del puerperio. Sus manifestaciones clínicas durante el embarazo pueden llevar al diagnóstico erróneo de íleo paralítico y, en algunos casos, sepsis puerperal⁽⁴⁾. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la perforación durante el puerperio son esenciales, ya que el retraso puede producir morbimortalidad materna significativa^(4,5). Se presenta un caso de úlcera péptica perforada durante el puerperio.



COMUNICACIÓN DEL CASO

Una paciente de 26 años acudió a la emergencia obstétrica por presentar dolor abdominal en hemiabdomen superior de inicio súbito, vómitos recurrentes inicialmente alimentarios y luego biliosos, evacuaciones blandas, fiebre y molestias vagas en la parte inferior del abdomen. La gestante refería antecedente de cesárea de emergencia por sufrimiento fetal a las 38 semanas sin complicaciones, siendo dada de alta 3 días antes. Negaba antecedentes de enfermedades gastrointestinales, uso de analgésicos no esteroideos en forma regular, consumo de alcohol / tabaco antes o durante el embarazo y otros antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia.

Al momento del ingreso, la paciente estaba en regulares condiciones, afebril y moderadamente deshidratada. Las constantes vitales fueron frecuencia cardíaca 90 latidos/minuto, presión arterial 110/70 mm de Hg, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 98% con aire ambiental. Al examen físico se observó ligera distensión abdominal con sensibilidad epigástrica y ausencia de ruidos intestinales sin signos de irritación peritoneal. El examen ginecológico mostró útero al nivel de la cicatriz umbilical con cuello uterino cerrado y loquios sanguinolentos no fétidos. El tacto rectal descartó la presencia de sangre macroscópica en las heces.

Los resultados de las pruebas de laboratorio mostraron valores de hemoglobina de 8,4 g/dL, glóbulos blancos 15,200/mL, neutrófilos 83% y proteína C reactiva 125 mg/L (valor normal menos de 10 mg/L). El resto de las pruebas de funcionalismo renal y hepático, electrolitos, perfil de coagulación y examen de orina estaban dentro de límites normales.

Las imágenes de la radiografía abdominal sin contraste y con la paciente de pie mostraron neumoperitoneo, asas intestinales distendidas y evidencia de líquido intraperitoneal. La ecografía abdomino-pélvica confirmó la presencia de líquido en el cuadrante superior derecho, alrededor del hígado y la vesícula biliar, con múltiples asas intestinales llenas de gas. No se encontró evidencia de lesiones en otros órganos abdominales y pélvicos. En vista de estos hallazgos se decidió realizar tomografía computarizada de

abdomen, confirmando la presencia de neumoperitoneo y líquido en corredera parietal derecha (figura 1).

La paciente fue inicialmente tratada con sustitución de líquidos por vía intravenosa y antibioterapia de amplio espectro, sin mejoría de las condiciones clínicas en las siguientes 24 horas. A pesar de la administración de antieméticos, los vómitos eran cada vez más frecuentes y con mayor tinción por bilis, por lo que se decidió realizar laparotomía exploradora.

Durante la cirugía se encontró aproximadamente 500 mL de líquido gástrico y partículas de comida dentro de la cavidad peritoneal, procediendo al drenaje y lavado peritoneal con suero fisiológico. En la exploración de las asas intestinales se halló perforación de aproximadamente 9 milímetros de diámetro en la cara anterior de la segunda porción del duodeno con adherencias laxas a órganos vecinos. La lesión fue reparada utilizando un parche de epiplón de refuerzo (parche de Graham) fijado con seda 2-0 (figura 2). El resto de los órganos abdominales no mostraban alteraciones. La inspección cuidadosa del resto del tracto gastrointestinal y de la cavidad abdominal no reveló otra anomalía. Se realizó nuevo aseo peritoneal y se fijaron drenajes en la región subhepática y pélvica.

La paciente fue manejada con sonda nasogástrica y sin ingestión de alimentos por 36 horas. Permaneció clínicamente estable durante el resto de la hospitalización y fue dada de alta a los 7 días. Se le realizó la prueba de urea en el aliento para la detección de *H. pylori*, la cual fue positiva, por lo cual fue tratada con la combinación

FIGURA 1. IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA QUE MUESTRA PRESENCIA DE LÍQUIDO INTRAPERITONEAL Y ASAS INTESINALES LLENAS DE GAS.

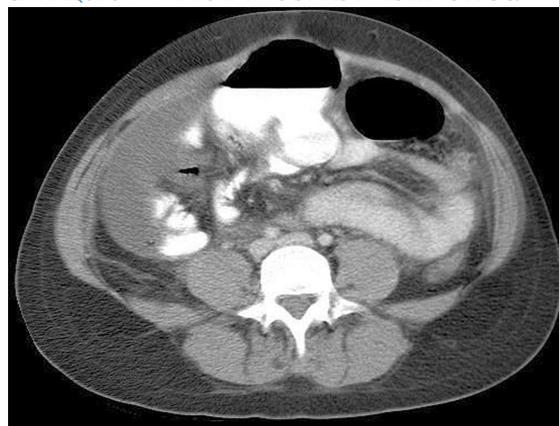
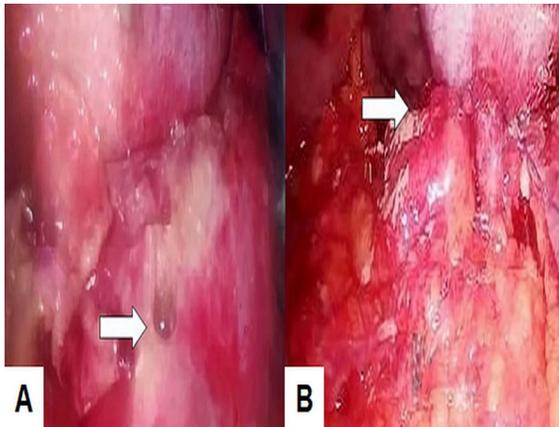




FIGURA 2. IMAGEN INTRAOPERATORIA DE LA ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA. LA FLECHA SEÑALA: A) SITIO DE PERFORACIÓN EN EL DUODENO Y B) PARCHES DE EPIPLÓN SOBRE EL SITIO PERFORACIÓN.



de omeprazol, amoxicilina, metronidazol y claritromicina por 14 días. En la visita postoperatoria a los 4 meses, la paciente mostró recuperación completa.

DISCUSIÓN

La úlcera gástrica o duodenal perforada es una urgencia quirúrgica asociada a mortalidad a corto plazo cercana al 30%, por lo que requiere diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz⁽⁶⁾. La úlcera duodenal perforada durante el embarazo o el puerperio es relativamente rara, ya que el embarazo disminuye los síntomas de la enfermedad ulcerosa péptica y la tasa de complicaciones parece disminuir en forma significativa⁽²⁾. Su incidencia estimada durante el embarazo es aproximadamente de 1 a 6 casos de cada 23,000 embarazos, pero la frecuencia durante el puerperio es desconocida⁽⁷⁾. La sintomatología habitual de la perforación duodenal puede ser escasa o estar ausente durante el puerperio y suele atribuirse a causas obstétricas^(8, 9), provocando retrasos diagnósticos y terapéuticos⁽³⁾. No obstante, los estudios por imágenes pueden contribuir a un diagnóstico precoz⁽¹⁰⁾.

La úlcera duodenal es producto de la infección por *H. pylori*. El otro factor causal es el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Ambos disminuyen la capacidad del sistema gastrointestinal para protegerse tanto del ácido como de la pepsina⁽⁴⁾. En vista de lo anterior, es obligatorio preguntar por antecedentes médicos y terapéuticos durante el periodo preconcepcional y prenatal. La evidencia indica que cerca del 70% de las pacientes con úlcera péptica perforada no tienen

antecedentes de tratamiento previo y cerca del 90% refieren antecedentes de uso de antiinflamatorios no esteroideos⁽¹¹⁾. Otras causas menos frecuentes son síndrome de Zollinger-Ellison, enfermedad por reflujo gastroesofágico y cáncer gástrico⁽⁷⁾.

La tríada de síntomas clásicos de la úlcera péptica perforada incluye dolor abdominal de inicio súbito, taquicardia y rigidez abdominal. El dolor abdominal agudo puede confundirse con molestias del puerperio o postoperatorias⁽³⁾. La taquicardia es causada por el reflejo compensatorio al dolor intenso, respuesta inflamatoria sistémica por la peritonitis química y déficit de líquidos secundario a escasa ingesta, vómitos y/o pirexia⁽¹⁾. Sin embargo, la taquicardia de reciente aparición y sin cambios primarios en la presión arterial y el dolor abdominal constante en el puerperio inmediato (entre 10 horas y 3 días después del parto) acompañado de distensión abdominal progresiva deben considerarse como signos de alarma, ya que pueden ser erróneamente diagnosticados como íleo paralítico, el cual es muy frecuente durante el postoperatorio⁽⁴⁾.

La presencia de neumoperitoneo en la radiografía simple de abdomen con el paciente de pie es altamente sugestiva de perforación de víscera hueca⁽⁵⁾. No obstante, en el contexto postoperatorio, la demostración radiológica no debería desempeñar un papel crítico en la decisión de la exploración quirúrgica, ya que este signo radiológico posterior a la cirugía abdominal está presente en más de dos terceras partes de los pacientes y puede tardar entre 1 y 24 días en desaparecer⁽¹²⁾.

La ecografía abdominal puede identificar algunos signos indirectos de perforación, como disminución del peristaltismo y presencia de líquido libre entre las asas intestinales. Tiene la ventaja que puede realizarse con facilidad y comodidad para el paciente y sin exposición a radiaciones ionizantes⁽¹⁰⁾. La tomografía computada abdominal permite descartar otras patologías como aneurisma de aorta abdominal o pancreatitis aguda. Las pruebas de laboratorio deben incluir hematología completa, urea, creatinina, electrolitos séricos, pruebas de función hepática y amilasa sérica. Las pruebas de laboratorio no son útiles en el diagnóstico de úlcera péptica perforada, pero pueden ayudar a excluir otras condiciones⁽⁵⁾.



El tratamiento de la úlcera péptica perforada durante el puerperio es igual al tratamiento estándar de la urgencia quirúrgica abdominal aguda. Esto incluye reanimación con líquidos, corrección de posibles desequilibrios electrolíticos, analgesia e intervención quirúrgica. La laparotomía es la intervención quirúrgica de elección debido a que es necesaria la exposición adecuada de los tejidos para la correcta visualización y lavado peritoneal. El uso de laparoscopia puede ser más útil en casos que aparecen en el puerperio más tardío⁽¹³⁾. La reparación mediante parche omental es generalmente exitosa para sellar la perforación y evitar nuevas perforaciones. También es necesario realizar el tratamiento para la infección por *H. pylori*⁽⁷⁾. El absceso intraabdominal postoperatorio es la complicación más frecuente de este tipo de cirugías⁽¹⁴⁾. Puede producirse infección secundaria de la herida y septicemia debido a contaminación peritoneal por contenido intestinal, por lo que es obligatorio utilizar antibioticoterapia de amplio espectro en el postoperatorio⁽¹⁵⁾.

Los cambios hemodinámicos perioperatorios, aumento del estrés psicológico y uso de analgésicos no esteroideos durante el postoperatorio pueden provocar aumento en el riesgo de perforación de la úlcera duodenal. En pacientes con factores de riesgo se debe administrar antiácidos y antagonista de los receptores H2 de histamina 30 minutos antes de la cirugía y evitar largos periodos de ayuno durante el postoperatorio⁽⁵⁾.

En conclusión, la úlcera péptica perforada durante el puerperio es una condición poco común y potencialmente mortal. Es necesario considerar esta complicación en pacientes con taquicardia, dolor y distensión abdominal, ya que puede confundirse con íleo paralítico. Los estudios por imágenes son herramientas útiles que pueden disminuir la tasa de mortalidad. No obstante, es preciso tener en cuenta esta condición para lograr un diagnóstico rápido y tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weledji EP. An overview of gastroduodenal perforation. *Front Surg.* 2020;7:573901. doi: 10.3389/fsurg.2020.573901
2. Laila B, Vinciane L, Michael V, Patrick F, Awada A, Maria GG, et al. Diagnosis, pathophysiology, and treatment of SIRT-induced gastroduodenal ulcers: A systematic literature review. *Surg Oncol.* 2020;35:520-6. doi: 10.1016/j.suronc.2020.10.014
3. Shirazi M, Zaban MT, Gummati S, Ghaemi M. Peptic ulcer perforation after cesarean section; case series and literature review. *BMC Surg.* 2020;20(1):110. doi: 10.1186/s12893-020-00732-9
4. Engemise S, Oshowo A, Kyei-Mensah A. Perforated duodenal ulcer in the puerperium. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279(3):407-10. doi: 10.1007/s00404-008-0722-4
5. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10000):1288-98. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00276-7
6. Choi YS, Heo YS, Yi JW. Clinical characteristics of primary repair for perforated peptic ulcer: 10-year experience in a single center. *J Clin Med.* 2021;10(8):1790. doi: 10.3390/jcm10081790
7. Bojanapu S, Malani RA, Ray S, Mangla V, Mehta N, Nundy S. Duodenal perforation: Outcomes after surgical management at a tertiary care centre - a retrospective cross-sectional study. *Surg Res Pract.* 2020;2020:8392716. doi: 10.1155/2020/8392716
8. Jidha TD, Umer KM, Beressa G, Tolossa T. Perforated duodenal ulcer in the third trimester of pregnancy, with survival of both the mother and neonate, in Ethiopia: a case report. *J Med Case Rep.* 2022;16(1):322. doi: 10.1186/s13256-022-03562-w
9. Dongo AE, Uhunmwagho O, Kesieme EB, Eluehike SU, Alufohai EF. A five-year review of perforated peptic ulcer disease in Irrua, Nigeria. *Int Sch Res Notices.* 2017;2017:8375398. doi: 10.1155/2017/8375398
10. Ansari D, Torén W, Lindberg S, Pyrhönen HS, Andersson R. Diagnosis and management of duodenal perforations: a narrative review. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(8):939-44. doi: 10.1080/00365521.2019.1647456
11. Ali AM, Mohamed AN, Mohamed YG, Keleşoğlu Sİ. 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.* 2022;17(1):23. doi: 10.1186/s13017-022-00428-w
12. Malgras B, Placé V, Dohan A, Lo Dico R, Duron S, Soyer P, et al. Natural history of pneumoperitoneum after laparotomy: findings on multidetector-row computed tomography. *World J Surg.* 2017;41(1):56-63. doi: 10.1007/s00268-016-3648-1
13. Häger RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P, Henriksen T. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(2):428-34. doi: 10.1016/j.ajog.2003.08.037
14. 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):2566-74. doi: 10.3748/wjg.v23.i14.2566
15. Gupta S, Alawad AA, Dacosta K, Mahmoud A, Mohammed T. Operative versus non-operative management for perforated peptic ulcer disease. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;82:104643. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104643