

**DOI:** 10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.568-576

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2250>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 568-576








## Manejo integral de la úlcera péptica perforada: colaboración entre gastroenterología, cirugía y cirugía plástica

Comprehensive management of perforated peptic ulcer: collaboration between gastroenterology, surgery, and plastic surgery

Gestão abrangente da úlcera péptica perfurada: colaboração entre gastroenterologia, cirurgia e cirurgia plástica

**Marcos Manuel Vásquez Mendoza<sup>1</sup>; Miguel Ángel Carbo Vélez<sup>2</sup>; Viviana Estefanía Román Medina<sup>3</sup>; José Gregorio Pincay Cedeño<sup>4</sup>; Gema Patricia Villamar Anchundia<sup>5</sup>**

**RECIBIDO:** 10/01/2024 **ACEPTADO:** 15/02/2023 **PUBLICADO:** 24/07/2024

1. Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias en Hospital General Manta IESS; Manta, Ecuador; marcosmanuel\_1112@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0006-7085-1654>
2. Médico; Médico General en Consultorio Privado; Guayaquil, Ecuador; xmiguelangel21@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0008-9427-6601>
3. Médico; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; vivis.roman@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-1500-432X>
4. Médico Cirujano; Médico General en Ministerio de Salud Pública Hospital Verdi Cevallos Balda; Portoviejo, Ecuador; gregopc25@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0008-2501-8350>
5. Médica Cirujana; Médico General en Centro Médico Farosi; Portoviejo, Ecuador; gemavillamar96@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0002-0998-2883>

### CORRESPONDENCIA

**Marcos Manuel Vásquez Mendoza**

marcosmanuel\_1112@hotmail.com

**Manta, Ecuador**

## RESUMEN

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. La úlcera péptica perforada se reporta como una entidad relativamente rara, sin embargo, por los riesgos de muerte que una perforación puede traer para el paciente, el tratamiento quirúrgico inmediato es imprescindible. Para llevar a cabo la presente revisión bibliográfica sobre el manejo integral de la úlcera péptica perforada, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se incluyeron estudios publicados entre 2000 y 2023 que abordaran la colaboración interdisciplinaria entre gastroenterología, cirugía y cirugía plástica en el tratamiento de esta condición. El manejo integral de la úlcera péptica perforada mediante un enfoque multidisciplinario representa una estrategia esencial para asegurar el éxito del tratamiento y una recuperación adecuada.

**Palabras clave:** Úlcera, Perforada, Quirúrgico, Complicación, Péptica.

## ABSTRACT

This condition has been addressed in international medical literature for over a century and is considered one of the gastrointestinal ailments that have most affected the global population, particularly when dealing with one of its complications: perforated peptic ulcer. Although perforated peptic ulcer is reported as a relatively rare entity, the risks of death that a perforation can bring to the patient make immediate surgical treatment imperative. For the present literature review on the comprehensive management of perforated peptic ulcer, an exhaustive search was conducted in medical databases such as PubMed, Scopus, and Cochrane Library. Studies published between 2000 and 2023 that addressed interdisciplinary collaboration between gastroenterology, surgery, and plastic surgery in the treatment of this condition were included. The comprehensive management of perforated peptic ulcer through a multidisciplinary approach represents an essential strategy to ensure successful treatment and proper recovery.

**Keywords:** Ulcer, Perforated, Surgical, Complication, Peptic.

## RESUMO

Esta patologia tem sido abordada na literatura médica internacional há mais de um século e é considerada uma das doenças gastrointestinais que mais têm afetado a população mundial, particularmente quando se trata de uma das suas complicações: a úlcera péptica perfurada. Embora a úlcera péptica perfurada seja relatada como uma entidade relativamente rara, os riscos de morte que uma perfuração pode trazer ao paciente tornam imperativo o tratamento cirúrgico imediato. Para a presente revisão da literatura sobre o tratamento exaustivo da úlcera péptica perfurada, foi efectuada uma pesquisa exaustiva em bases de dados médicas como a PubMed, a Scopus e a Biblioteca Cochrane. Foram incluídos estudos publicados entre 2000 e 2023 que abordavam a colaboração interdisciplinar entre gastroenterologia, cirurgia e cirurgia plástica no tratamento dessa condição. O manejo abrangente da úlcera péptica perfurada através de uma abordagem multidisciplinar representa uma estratégia essencial para garantir o sucesso do tratamento e a recuperação adequada.

**Palavras-chave:** Úlcera Perfurada, Cirúrgica, Complicação, Péptica.

## Introducción

La úlcera gástrica es una pérdida circunscrita de tejidos que alcanza la mucosa, submucosa y muscular; se produce en áreas más lábiles en el estómago expuestas a la acción del jugo gástrico. El primer reporte conocido de una úlcera gástrica perforada fue documentado en el año 167 a.C. El primer caso exitoso de reparación de úlcera gástrica perforada corresponde a Taylor J.W. reportado en 1886. Hasta principios del siglo XX, la enfermedad ácido péptica era considerada como una enfermedad asociada con hábitos alimentarios y estrés, y el tratamiento consistía en reposo y dieta libre de irritantes; así como el tratamiento de sus complicaciones mediante procedimientos quirúrgicos de escasa o nula eficacia (1).

Un dolor localizado en el cuadrante inferior derecho es una consulta habitual en el servicio de urgencias, siendo la apendicitis una de las etiologías más comunes. Sin embargo, del 20 al 33% se presenta de manera atípica, por lo que es un verdadero desafío diagnóstico. Una de sus causas es la úlcera péptica perforada, una seria complicación con un elevado porcentaje de mortalidad. Esta complicación, asociada un dolor en el cuadrante inferior derecho y simulando una apendicitis aguda, constituyen el síndrome Valentino. Este síndrome recibe su epónimo debido a la muerte del famoso actor estadounidense Rudolph Valentino, quien, al ser inicialmente diagnosticado por una apendicitis aguda, se le realizó una apendicetomía sin mejorar su pronóstico, desarrollando una peritonitis y falla orgánica múltiple llevándolo hasta su muerte. Revelándose en la autopsia una úlcera gástrica perforada (2).

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. La úlcera péptica perforada se re-

porta como una entidad relativamente rara, sin embargo, por los riesgos de muerte que una perforación puede traer para el paciente, el tratamiento quirúrgico inmediato es imprescindible. 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. 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 (3).

La prevalencia de úlcera péptica en la población mundial es de 10%, con una incidencia anual de 0.3% y la frecuencia de úlcera duodenal es más elevada (11%) que la de úlcera gástrica (1.2%). En Estados Unidos se observan 500000 casos nuevos y cuatro millones de recurrencias anuales. Los principales factores de riesgo asociados a la de úlcera péptica son la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, la edad mayor de 65 años, el tabaquismo, el uso combinado de AINE's y la colonización por *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica. Actualmente el *Helicobacter pylori* es la causa más frecuente de úlcera péptica y la mayoría de los pacientes pueden desarrollar recurrencia ulcerosa meses o años después de su cicatrización; la erradicación del *Helicobacter pylori* disminuye la recidiva de úlcera gástrica o úlcera duodenal (4).

## Metodología

Para llevar a cabo la presente revisión bibliográfica sobre el manejo integral de la úlcera péptica perforada, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se incluyeron estudios publicados entre 2000 y 2023 que abordaran la colaboración interdisciplinaria entre gastroenterología,

cirugía y cirugía plástica en el tratamiento de esta condición. Los criterios de inclusión fueron artículos en inglés y español, estudios clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica. Se excluyeron artículos que no detallaran la interacción entre las especialidades mencionadas o que se enfocaran exclusivamente en tratamientos farmacológicos. Los datos recopilados se analizaron cualitativamente para identificar

las mejores prácticas y los resultados clínicos asociados con un enfoque colaborativo.

## Resultados

### Clasificación

Si bien casi todas las úlceras gástricas perforadas son prepilóricas, se reconocen 5 localizaciones de úlceras gástricas perforadas, según la clasificación propuesta por Jhonnson (5).

**Tabla 1.** Clasificación de Johnson para úlcera gástrica perforada

GRADO	HALLAZGOS
I	Primaria a nivel de la curvatura menor
II	Gástrica y duodenal combinadas
III	Pre pilórica
IV	Yuxtaesofagica
V	Relacionada con fármacos AINES

**Fuente:** Aguila Gómez & Nava Cordero (5).

### Manifestaciones clínicas

El síntoma principal es dolor abdominal (70% de los casos), inicialmente epigástrico y posteriormente generalizado, tipo transfixivo, intenso, de inicio súbito, que se exacerba con los movimientos y se irradia hacia abdomen bajo derecho o a hombros, acompañado de distensión abdominal y datos de irritación peritoneal (56.7%), vómito y deshidratación (50%), oliguria (30%) y choque séptico (20%). Los síntomas iniciales se presentan en las primeras 2 horas de haberse presentado la perforación, entre 2 a 12 horas aumenta el dolor abdominal referido por acumulación de fluidos gastroduodenales a hipogastrio y cuadrante inferior derecho. Después de 12 horas, se incrementa el dolor y el paciente presenta fiebre, signos de hipovolemia y distensión abdominal. El dolor súbito e intenso que presentan

los pacientes con perforación gástrica o duodenal es debido a la rápida instalación de una peritonitis química, seguida de respuesta inflamatoria sistémica (6).

### Diagnóstico

A la exploración de abdomen hay datos de irritación peritoneal, rigidez de la pared abdominal y disminución de los ruidos intestinales; estos signos pueden enmascarse en pacientes mayores, en inmunosuprimidos, en los que toman esteroides y en los que tomen analgésicos narcóticos. El diagnóstico de perforación se sospecha mediante interrogatorio, los hallazgos de la exploración física y la presencia de gas debajo del diafragma, pero sólo se confirma con la exploración quirúrgica (6).

La evaluación radiológica inicial en busca de neumoperitoneo, se efectúa con telera-

diografía de tórax y placa simple de abdomen de pie; si las condiciones lo permiten, el paciente previamente debe colocarse de pie o sentado por 5 a 10 minutos. Ante la sospecha clínica de úlcera péptica perforada el estudio diagnóstico de primera elección es la tomografía axial computarizada con medio de contraste hidrosoluble, en busca de aire libre intraabdominal o fuga de medio de contraste. En caso de no contar con ella, las placas simples y contrastadas con material hidrosoluble, son una excelente alternativa (6).

Se recomienda realizar en pacientes con sangrado digestivo alto los siguientes estudios de forma inicial:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea (glucosa, urea, creatinina).
- Aminotransferasas (AST, ALT).
- TP, TPT e INR.
- Electrocardiograma seriado y enzimas de daño miocárdico en situaciones especiales (adultos mayores, pacientes con historia de enfermedad arterial coronaria, o pacientes con dolor precordial y disnea) (7).

### Factores de riesgo

- **Ácido clorhídrico y pepsina:** desde hace años se conoce que los pacientes con úlcera duodenal como grupo presentan una secreción ácida gástrica basal y estimulada elevada y una respuesta secretora a la comida más prolongada que los individuos sanos. Esta hipersecreción de ácido se ha atribuido a un incremento en la masa de células parietales, a hipertonia vagal, a una mayor sensibilidad de la célula parietal a los secretagogos o a la alteración de reflejos inhibitorios en la liberación de gastrina y de la secreción gástrica. La secreción ácida en la úlcera gástrica prepilórica y en la úlcera gástrica aso-

ciada a úlcera duodenal es similar a la de la úlcera duodenal. En la úlcera gástrica tipo I la secreción ácida es normal o baja en relación con la gravedad de la gastritis subyacente. La normalidad de la secreción ácida gástrica en la mayoría de las úlceras duodenales y la secreción ácida normal o baja en las úlceras gástricas sugieren la importancia de la alteración de los mecanismos defensivos de la barrera en la mucosa en la patogenia de esta enfermedad.

- **Reflujo de bilis y jugo pancreático:** permite la difusión retrógrada de los iones de hidrógeno, se plantea que los ácidos biliares, la lisolecitinas y las enzimas pancreáticas son factores agresivos sobre todo en la génesis de la úlcera gástrica (8).
- **Factores exógenos:**
  - Tabaquismo.
  - Bebidas con alcohol o cafeína.
  - **Drogas ulcerogénicas:** existen medicamentos que aumentan la secreción clorhidropéptica y la acidez o producen erosiones de la mucosa por sí mismos, entre ellos se encuentran la reserpina, fenilbutazona, salicilatos, cafeína y antiinflamatorios no esteroideos.
  - **Malos hábitos nutricionales:** largos períodos de ayuna, ingestión de comidas muy condimentadas, alimentos ácidos, productos enlatados (8).
- **Agentes infecciosos:** el *Helicobacter pylori*, bacilo gram negativo en forma de S o curvo, microaerófilo, se confirma su presencia en la mayoría de las úlceras duodenales (90 al 95 %), en las gástricas es menor (60 al 70%) y puede favorecer la aparición de un linfoma o un cáncer gástrico. El *Helicobacter pylori* produce:
  - Inflamación de la mucosa.
  - Degrada la capa de moco por acción de una proteasa. \

- Disminuye la capa de fosfolípidos lumbinales.
- Presenta acción ureasa sobre la urea que difunde pasivamente desde el plasma hacia la luz estomacal.
- Produce interleukinas 1,2 y 6, factor de necrosis tumoral y liberación de radicales libres de oxígeno.
- Disminuye la capacidad antioxidante en la mucosa gastroduodenal.
- Libera leucotrienos C4, B4 y D4.
- Deprime la producción de somatostatina que modula e inhibe la producción de gastrina (8).
- Deprime la producción de somatostatina que modula e inhibe la producción de gastrina. Otros agentes infecciosos que se han aislados en la úlcera gástrica son: Citomegalovirus y *Cándida albicans*.

### Complicaciones

Alrededor del 35 % de pacientes con úlcera van a presentar futuras complicaciones, las cuales van de forma ordenada y en frecuencia: penetración, hemorragia digestiva, perforación y obstrucción pilórica.

- **Penetración:** se estima que entre un 15% a 50% las úlceras pueden perforar órganos cercanos como lo es el hígado, vía biliar, páncreas etc. esto se da por el avance de la enfermedad
- **Hemorragia digestiva:** el 25% de los pacientes con esta patología van a padecer de hemorragia esto debido a que los pacientes que presentan esta complicación se han medicado con AINES. En ciertos casos este suele ser la primera complicación.
- **Perforación:** este es la tercera fase y es posiblemente la más complicada se da entre un 5% a 10% de los pacientes ulcerados y se relaciona mucho con el

consumo de alcohol y tabaco y tiene mayor incidencia en hombres.

- **Obstrucción pilórica:** se trata de la disminución del calibre de la válvula la cual puede darse por que la úlcera se encuentra en esa región o inclusive por la cicatrización de la misma se presenta en un 5% en pacientes con úlcera (9).

### Diagnóstico

- **Clínicos:** se pueden presentar tanto leves y graves, sin embargo, los síntomas más frecuentes que presenta un paciente con úlcera gástrica o péptica es sensación de ardor e incluso se describe como una picazón a nivel del epigastrio además de presentar dolor recurrente, náuseas, vómitos ácidos, regurgitaciones etc.
- **Endoscópico:** hoy en día es una de las prácticas más frecuentes ya que la misma permite establecer si la enfermedad digestiva esta ya presente, aunque en ocasiones solo se necesita la clínica los expertos manifiestan que esta es una técnica con mayor eficacia a la hora de identificar problemas a nivel digestivo (9).

### Predictores de Mal Pronóstico

Los predictores de mal pronóstico en úlcera péptica complicada incluyen:

- Comorbilidades (principalmente sepsis, disfunción multiorgánica, enfermedad pulmonar, cáncer avanzado, hipoalbuminemia).
- Edad avanzada.
- Estado hemodinámico a la presentación.
  - Choque o acidosis metabólica.
- Daño renal agudo.
- La edad se considera un factor independiente de mal pronóstico posterior a perforación o sangrado por úlcera péptica complicada (7).

Se recomienda evaluar los factores de mal pronóstico ante sangrado:

- Sangrado activo en la presentación.
- Hematemesis.
- Resangrado.
- Necesidad de cirugía.
- Hipotensión y úlceras > 2 cm como predictores de potencial falla el tratamiento endoscópico (7).

Se recomienda evaluar los factores de mal pronóstico ante perforación:

- Estado de choque inicial.
- Acidosis metabólica en el prequirúrgico.
- Taquicardia.
- Daño renal agudo.
- Hipoalbuminemia.
- Retraso en la cirugía >24 horas.
- Persistencia de signos de peritonitis.

La morbilidad asociada a perforación varía de 17 a 63%. Siendo la neumonía y la infección de la herida la causa más común de infecciones posoperatorias. Las infecciones fúngicas después de la perforación son también comunes (13 a 37%), con una mortalidad asociada de 21.75% (7).

## Tratamiento

El manejo integral de la úlcera péptica perforada requiere una colaboración estrecha entre diversas especialidades médicas para optimizar los resultados del paciente. La coordinación entre gastroenterología, cirugía general y cirugía plástica es esencial debido a la complejidad de esta condición y la necesidad de un enfoque multidisciplinario.

- **Gastroenterología:** Esta especialidad se encarga del diagnóstico inicial y de la gestión médica de la úlcera péptica, incluyendo el uso de inhibidores de la bomba de protones y antibióticos para erradi-

car *Helicobacter pylori*, si está presente. Los gastroenterólogos también juegan un papel crucial en la evaluación endoscópica de la perforación y en la determinación de la extensión del daño (10).

- **Cirugía General:** La intervención quirúrgica es a menudo necesaria para reparar la perforación y evitar complicaciones severas como la peritonitis. Los cirujanos generales realizan procedimientos como la sutura de la perforación o la realización de una gastrectomía parcial, dependiendo de la localización y tamaño de la úlcera. La elección del procedimiento quirúrgico depende de varios factores, incluyendo la estabilidad del paciente y la experiencia del equipo quirúrgico (10).
- **Cirugía Plástica:** La cirugía plástica puede ser requerida para el manejo de las complicaciones postquirúrgicas y para la reconstrucción en casos de daño extenso a los tejidos adyacentes. Los cirujanos plásticos ayudan en la reparación de defectos complejos y en la mejora de los resultados estéticos y funcionales postoperatorios, lo que es particularmente relevante en casos de resecciones extensas (10).

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. Este tratamiento puede ser indicado por especialistas en gastroenterología o en cirugía general. 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. 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 *Helicobacter pylori* (11).

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. De este modo, la urgencia del tratamiento quirúrgico está determinada por el grado de compromiso que un manejo incorrecto de la afección traería consigo para la vida del paciente. Una terapéutica quirúrgica acertada y precisa es vital para evitar las posibles complicaciones de la entidad y es un factor determinante para el pronóstico de la enfermedad en un paciente individual (11).

Por otra parte, el tratamiento es quirúrgico cuando se está en presencia de una úlcera péptica perforada y es llevado a cabo 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.

Existen dos tipos básicos de tratamiento quirúrgico para esta afección médica:

- Sutura y epiploplastia, el cual se realiza previa resección de una muestra de tejido para biopsia.
- Tratamiento curativo, el cual se realiza a través de una vagotomía troncular (11).

Los procedimientos descritos en la bibliografía especializada abarcan desde el abordaje laparoscópico al abordaje abierto. En algunos estudios se detallan los beneficios de la reparación laparoscópica y sus ventajas sobre otras técnicas tradicionales de reparación abierta. Se plantea que la epiploplastia de manera general ha reemplazado a la resección gástrica, e igualmente describen los beneficios de la técnica laparoscópica tanto para pacientes con un estado general frágil como para aquellos que no presentan riesgos. Se informa que 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, mientras que otros estudios reportan que no existen evidencias a favor de ninguno de los métodos (11).

## **Conclusión**

La colaboración interdisciplinaria entre gastroenterología, cirugía general y cirugía plástica es fundamental para el manejo integral de la úlcera péptica perforada. Este enfoque colaborativo permite una evaluación precisa y un tratamiento eficiente, abarcando desde el diagnóstico inicial hasta la intervención quirúrgica y la recuperación postoperatoria. Los gastroenterólogos desempeñan un papel crucial en el diagnóstico y manejo médico, mientras que los cirujanos generales se encargan de la reparación quirúrgica de la perforación. La cirugía plástica complementa el tratamiento mediante la reparación de tejidos y la mejora de los resultados estéticos y funcionales, especialmente en casos de daño extenso. La coordinación y comunicación efectiva entre estas especialidades no solo optimizan los resultados clínicos, sino que también reducen las complicaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

## **Bibliografía**

- Carrillo Olachea DO. Manejo de la úlcera péptica perforada en el hospital general de Mexicali en el periodo enero 2011-diciembre 2016 [Internet]. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA; 2018. Available from: <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/d70fee6e-0a38-4e6a-95f7-d6edcd88c1b9/content>
- 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://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4213>
- Molina LG, Raad VM, Mora IC. Actualización sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica. *Univ Médica Pinareña*. 2023;(20).



Vargas Puetate RS. Úlcera péptica en pacientes mayores de 20 años de edad atendidos en el Hospital General de Latacunga de mayo del 2014 a abril del 2015 [Internet]. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES "UNIANDÉS"; 2016. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4023/1/TUAMED024-2016.pdf>

Aguila Gómez M V, Nava Cordero K. Úlcera gástrica perforada, ¿qué camino a seguir?: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Médica La Paz. 2015;21(2):54-9.

Consejo de salubridad general. Tratamiento de la Perforación de Úlcera Péptica en Pacientes Adultos en el 2o Nivel de Atención [Internet]. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-549-12/RR.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de ÚLCERA PÉPTICA AGUDA COMPLICADA En el Adulto [Internet]. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/169GER.pdf>

Fernández RR. Protocolo para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente "Capitán. [Internet]. 2009. Available from: <https://repotesis.cav.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=484>

Arriaga Cabezas LA. Proceso de atención nutricional en paciente masculino de 54 años de edad con úlcera gástrica [Internet]. UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO; 2022. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11610/E-UTB-FCS-NUT-000273.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nebyou Seyoum, Daba Ethicha, Zelalem Assefa, Berhanu Nega. Risk Factors that Affect Morbidity and Mortality in Patients with Perforated Peptic Ulcer Diseases in a Teaching Hospital. Ethiop J Health Sci [Internet]. 2020 Jul 1;30(4). Available from: <https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/199845>

Molina LG, Raad VM, Mora IC. Actualización sobre úlcera péptica perforada. Univ Médica Pinareña. 2023;(20).



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Vásquez Mendoza, M. M., Carbo Vélez, M. Ángel, Román Medina, V. E., Pincay Cedeño, J. G., & Villamar Anchundia, G. P. (2024). Manejo integral de la úlcera péptica perforada: colaboración entre gastroenterología, cirugía y cirugía plástica. RECIMUNDO, 8(1). [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.568-576](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.568-576)