

ARTÍCULO ORIGINAL**Úlcera gastroduodenal perforada en el Hospital "Dr Agostinho Neto" de Guantánamo. Estudio de 10 años****Gastroduodenal ulcer in the "Dr Agostinho Neto" Hospital Guantanamo. 10-year study**

Servio Tulio Cintra Brooks, Amara Cintra Pérez, Servio Cintra Pérez

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Introducción: la úlcera péptica en circunstancias normales puede ser fácilmente diagnosticada y tratada, pero su perforación resulta una catástrofe abdominal que pone en peligro la vida. **Objetivo:** Caracterizar el comportamiento del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica gastroduodenal perforada, durante el periodo comprendido desde enero de 2001 hasta diciembre de 2010, ambos inclusive. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el Hospital Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, se seleccionaron 210 historias clínicas de pacientes a quienes se les efectuó intervención quirúrgica urgente por presentar úlcera gastroduodenal perforada, las variables recogidas fueron: edad, sexo, localización de las perforaciones, hábitos tóxicos, perfil ocupacional, procedimientos quirúrgicos empleados, complicaciones posoperatorias y causa directa de las muertes. **Resultados:** predominó el grupo de edad de 40 a 59 años, y el sexo masculino, las perforaciones duodenales fueron las más frecuentes, el tabaquismo, consumo de café y alcoholismo se consideraron los hábitos tóxicos predominantes en los pacientes el proceder quirúrgico más empleado fue la sutura y epiploplastia, la bronconruminia y la sepsia dela herida quirúrgica resultaron ser las complicaciones más frecuentes. **Conclusiones:** los pacientes atendidos por úlcera gastroduodenal perforada correspondieron fundamentalmente al sexo masculino, mayores de 40 años de edad y consumidores de café, tabaco, alcohol, y el tratamiento quirúrgico, fue la sutura y epiploplastia.

Palabras clave: úlcera péptica; úlcera gastroduodenal perforada; complicaciones posoperatorias

ABSTRACT

Introduction: peptic ulcer in normal circumstances can be easily diagnosed and treated, but drilling is an abdominal catastrophe that endangers the life. **Objective:** Characterize the behavior of the surgical treatment of perforated gastroduodenal peptic ulcer from January 2001 to December 2010 inclusive. **Methods:** A descriptive and retrospective study was conducted in Dr. Agostinho Neto Hospital Guantanamo, 210 medical records of patients who were attended in emergency surgery for perforated peptic ulcer. Variables were collected: age, sex, location of drilling, toxic habits, occupational profile, employees surgical procedures, postoperative complications and direct cause of the deaths. **Results:** predominant age group of 40-59 years, male gender, duodenal perforations were the most frequent, smoking, drinking coffee and alcohol predominant toxic habits were considered in patients the surgical procedure most often used suture epiploplasty. Bronconruminia and surgical wound sepsis were the most frequent complications. **Conclusions:** Patients treated by gastroduodenal perforated ulcer males, aged 40 years old consumers of coffee, snuff, alcohol, and surgical treatment was suture and epiploplasty.

Keywords: peptic ulcer; perforated peptic ulcer; postoperative complications

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica en circunstancias normales puede ser fácilmente diagnosticada y tratada, pero su perforación resulta una catástrofe abdominal que pone en peligro la vida. Constituye después de la hemorragia la complicación ulcerosa más frecuente y la más grave de todas, con un pronóstico incierto cuando esta se presenta en pacientes seniles, y de cierta limitación cuando ocurre en jóvenes; la misma es considerada una de las operaciones de urgencia de relativa frecuencia en los servicios de cirugía general del país y registra una mortalidad elevada. Es la segunda gran causa de peritonitis difusa, provocada por la acción del jugo gástrico derramado en la cavidad abdominal.

La incidencia y prevalencia de la úlcera péptica perforada ha decrecido a un 10 % en hombre y un 5 % en mujeres. En Europa del Este ha existido una aparente disminución en el número de casos en hombres en los últimos años. El mayor por ciento de decrecimiento ha sido en la cirugía mayor electiva y la mortalidad por úlcera también ha decrecido. No obstante, actualmente representa un problema de salud mundial afectando entre un 6 y 7 % de los pacientes con úlcera péptica. Aflige a más de 10 millones de ciudadanos en los Estados Unidos y, tal vez, solo se conozca la mitad de los casos.

Es responsable de las dos terceras partes de todas las muertes por úlcera. Del 30 al 50 % de los pacientes con perforaciones no presentan antecedentes de enfermedad ulcerosa. La mayor parte de aquellas ocurren poco tiempo después de las comidas y se ignora si en estos casos posee importancia la hipersecreción gástrica.

La hija de Carlos I de Inglaterra fue el primer caso registrado de perforación de una úlcera péptica, en el año 1670. La úlcera gástrica fue mencionada por *Galeno* y descrita en el siglo XVI por Jean Baihin en una joven fallecida con hematemesis y perforación gástrica. Baillie Voigtel en 1799 planteó la primera e inequívoca úlcera duodenal describiéndola en ocasión de múltiples úlceras gástricas. Se prestó poca atención a la úlcera duodenal hasta 1828 cuando John Obercrombie identifica los síntomas característicos de la úlcera duodenal, en 1884, Mickulicz realizó la primera corrección de una úlcera perforada.¹

En 1984, *Marshall* y *Warren* descubren la presencia de un agente infeccioso en biopsias antrales de pacientes con gastritis y úlceras pépticas. Desde entonces, se ha implicado al *Helicobacter pylori* en la patogenia de la entidad.^{1,2}

Las úlceras, al igual que sus complicaciones son más frecuentes en hombres que en mujeres.^{2,3} La perforación puede sobrevenir en un indeterminado grupo de pacientes ulcerosos, algunas series reportan entre un 10 y un 20 % (más frecuente en la úlcera duodenal). Las localizaciones más frecuentes son en cara anterior de estómago (10-20 %) y duodeno (80-90 %) y menos frecuentes en curvatura mayor del estómago y porción superior de duodeno.^{4,5}

Se calcula que las úlceras gastroduodenales se producen en 6 a 15 % de la población occidental. Su incidencia declinó de manera constante de 1960 a 1980, y se ha mantenido estable desde entonces.

Las tasas de mortalidad, la necesidad de cirugía y las visitas al médico han disminuido más de 50 % durante los últimos 30 años. Las razones de esta reducción en la frecuencia de las úlceras gastroduodenales

probablemente estén relacionadas con el descenso de la frecuencia de *Helicobacter pylori*. Antes del descubrimiento de esta bacteria la evolución natural de la úlcera gastroduodenal estaba marcada por frecuentes recaídas después del tratamiento inicial.

La erradicación de *H. pylori* ha reducido en gran medida esta tasa de recaídas.^{3,5} Pese a la importante reducción experimentada en los últimos años en la incidencia de la úlcera gastroduodenal y la perforación como parte de las complicaciones, continúa siendo un problema complejo para el cirujano su tratamiento y evolución posoperatoria una vez recurrido al tratamiento quirúrgico.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de las 210 historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, a quienes se les efectuó intervención quirúrgica urgente por úlcera gastroduodenal perforada, durante el periodo comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2011.

Se contemplaron diferentes variables como edad, sexo, localización de la úlcera, perfil ocupacional, medios diagnósticos utilizados, hábitos tóxicos, uso de fármacos ulcerogénicos, procedimientos quirúrgicos, complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria y causa directa de la muerte. Una vez recogida la información, se confeccionó una base de datos que se procesó mediante una planilla al respecto.

Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. Como criterios de inclusión, todo paciente con diagnóstico de úlcera gastroduodenal perforada, o dudas diagnósticas con afecciones del abdomen agudo quirúrgico y criterios de exclusión todo paciente que antes del acto quirúrgico se compruebe un diagnóstico diferente de úlcera péptica gastroduodenal perforada.

RESULTADOS

Como se puede apreciar la morbilidad y mortalidad global del servicio de cirugía general en el periodo de tiempo estudiado (2001-2010), se encontró que hubo un total de 17463 ingresos, de estos 1106 (6.33 %) por úlceras gastroduodenales y 210 (18.98 %) de ellas por perforación. De un total de 4 546 operaciones urgentes, 209 (4.59 %) fueron por úlceras gastroduodenales perforadas. De 256 fallecidos, 36 (14.06 %) fueron por úlceras gastroduodenales perforadas (Tabla 1).

Tabla 1. Morbilidad y mortalidad global (2001-2010)

Indicadores	No.	%
Total de ingresos	17 463	-
Ingresos por úlcera gastroduodenal	1 106	6.33
Ingresos por úlcera gastroduodenal perforada	210	18.98
Total de intervenciones quirúrgicas urgentes	4 546	-
Interv. por úlcera gastroduodenal perforada	209	4.59
Total de fallecidos	256	-
Fallecidos por úlcera gastroduodenal perforada	36	14.06

La relación hombre/mujer observada en esta investigación es de 9:1 (Tabla 2). La explicación al fenómeno y en correspondencia con lo que afirman otros autores, se basa en la mayor secreción de ácido en el sexo masculino por una mayor masa de células parietales en el estómago en relación con las que se hayan en la mujer (180 millones).

Tabla 2. Grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 19	12	5.71	-	-		
20 - 29	20	9.52	-	-	20	9.52
30 - 39	30	14.28	6	2.85	36	17.14
40 - 49	39	18.57	2	0.95	41	19.52
50 - 59	35	16.66	4	1.90	39	18.57
60 - 69	22	10.47	6	2.85	28	13.33
70 y más	32	15.23	2	0.95	34	16.19
Total	190	90.04	20	9.96	210	100.00

% relacionado al total de pacientes N=210

Esto demuestra la acción irritante de estas sustancias sobre la mucosa gastroduodenal, al favorecer el estadio de la perforación. (Tabla 3) Según los perfiles ocupacionales, los trabajadores manuales y los desocupados, en su mayoría, jubilados y añosos, constituyeron los grupos más numerosos; en ambos predominó la úlcera duodenal.

Esto demuestra que la entidad aparece tanto en etapas de actividad laboral plena como en la ociosa de la vida, donde unos por el trabajo y las tensiones y, otros, por la abulia propia de sus años y el arrastre crónico de su padecimiento no realizaban tratamientos adecuados, hacían transgresiones dietéticas y eran adictos a los hábitos tóxicos, que como se ha dicho propician de esta forma la perforación de la úlcera péptica.

Tabla 3. Hábitos tóxicos y localización de las úlceras

Hábitos tóxicos	Duodenales		Gástricas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Café	82	39.4	110	52.38	190	90.47
Tabaco	72	34.28	5	2.38	124	59.04
Alcohol	48	22.85	54	25.71	102	48.57
Med. ulcerógenos	4	1.90	10	4.76	14	6.66

% relacionado al total de pacientes N=210

DISCUSIÓN

Al exponer una panorámica global y sintética de nuestro servicio de cirugía general, hay que señalar que el número de pacientes afectados por úlcera gastroduodenal perforada en el periodo de tiempo estudiado concuerda con lo señalado por otros estudios^{3,6}; se muestra además una mortalidad elevada comparada con otras bibliografías revisadas.^{3,7}

El mayor porcentaje de pacientes estudiados estaban comprendidos en las edades medias y avanzadas de la vida; La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 50 años y un rango entre los 15 y 85 años, similares resultados encontraron otros autores^{8,9,10}, lo que corrobora que el accidente perforativo aparece en los periodos en que el ser humano despliega una mayor actividad productiva y desempeña importantes funciones en el desarrollo social, momentos en que el estrés está presente y los procesos ulcerosos tienen un largo periodo de evolución que unido a otras condicionantes favorecen el estadio de su perforación.

Al igual que lo descrito por otros autores¹¹⁻¹³ la mayoría de los pacientes afectados por esta enfermedad son hombres 190 (90.04 %) y mujeres 20 (9.96 %) probablemente explicado porque la úlcera péptica se desarrolla mayoritariamente en el sexo masculino.¹⁴

En otras series de estudios se señala la tendencia en los últimos años a la igualación en los dos sexos, a causa de los cambios en el hábito de fumar, la mayor incorporación laboral, la infección por *Helicobacter pylori* y al uso elevado de AINE (antiinflamatorios no esteroideos).¹¹

El medio diagnóstico auxiliar más usado y el de mayor positividad fue el estudio radiográfico de tórax en posición de pie, ya fuera previa insuflación de aire a través de una sonda de Levin colocada en el estómago o sin ella. Similares resultados obtuvieron otros autores revisados.^{2,13}

El proceder quirúrgico más empleado fue la sutura y epipoplastia, un método fácil, rápido y seguro, que resuelve inicialmente la afección de urgencia y conserva la vida del paciente, le sigue un escaso grupo que se realizó como proceder definitivo, la vagotomía y piloroplastia. El decidir una intervención definitiva esta en relación con la experiencia del cirujano y con su formación personal, señala Casall¹⁴ y similar a lo informado por diversos autores.^{4,8,9}

No se operó un paciente por tener varios días de perforado y buen estado general; se interpretó que la úlcera se había taponado y se le aplicó tratamiento médico con aspiración, antibióticos e hidratación y evolucionó satisfactoriamente hasta el alta; método similar ha sido usado por otros.^{15,16}

Esta forma de tratamiento fue iniciada por Wangesteen e impulsada por Taylor. De los hábitos tóxicos el café fue el más hallado, seguido del tabaco, el alcohol y los medicamentos llamados "ulcerógenos" con predominio en los pacientes con úlceras duodenales; similares datos refieren otros estudios revisados.^{9,12,16} Chalya¹⁶ informa un caso perforado con betametasona.

Entre los pacientes de la serie predominaron las perforaciones duodenales, 2.7:1 en relación a la gástrica; iguales resultados encontraron otros autores revisados^{4,6,17}; sin embargo, Jae-Miung¹⁵ informa que la perforación de la úlcera gástrica constituyo en su estudio la afección mas frecuente.

Esta localización de preferencia fue debido posiblemente a la constitución más débil de la pared del duodeno y a la entrada brusca y constante de las secreciones gástricas ácidas, lo que favoreció la formación de un proceso ulcerado y posteriormente su perforación.

En las complicaciones post-operatorias, la bronconeumonía y la sepsis de la herida fueron las más frecuentes, lo cual coincide con otros estudios revisados^{16,17}, y discrepa con otros autores^{9,10,18} quienes hallaron la sepsis de la herida como la primera complicación. Estas alteraciones respiratorias fueron debidas al encamamiento o el mal estado general de los pacientes seniles y a la falta de fisioterapia respiratoria en el post-operatorio inmediato.

En total hubo 53 pacientes con complicaciones, encontrándose en varios de ellos más de una. Teniendo en cuenta que la cuarta parte de los pacientes estudiados se complicaron, cabe señalar lo referido por Thorsen¹⁸ acerca de que el uso preoperatorio de antibióticos disminuye el número de complicados en el post-operatorio, al informar solo un 4.3 % de una serie de 90 pacientes.

Teniendo en cuenta que las normas en vigor indican el uso de los mismos, estos fueron empleados solo en un reducido grupo de casos, lo que muestra de esta manera el deficiente preoperatorio que tuvieron estos pacientes, aun más si se toma en cuenta que la mayor parte de ellos tenían más de 24 horas del accidente antes de ser operados, mal estado general y una peritonitis que en su inicio fue química, pero que en esta fase era séptica, lo cual debió ser índice de la obligatoriedad de su uso.

La mayor estadía hospitalaria de los pacientes fue de 6 días a 10 días; similares resultados hallaron otros estudios revisados^{5,11}, Si se tiene en cuenta que el costo día-paciente en el servicio de cirugía general ascendió como promedio en el periodo que se estudia a 27, 31 pesos diarios, se observa que representó un costo total de 17 721.45 pesos, sin contar el uso excesivo de medicamentos, equipos y personal calificado, ya que muchos de estos pacientes complicados necesitaban ser tratados en la sala de terapia intensiva.

Todo esto evidencia la repercusión socioeconómica individual que representa, así como la importancia de la educación higiénico-sanitaria y medicamentosa del paciente ulceroso y la prevención de sus complicaciones. Del total de los enfermos estudiados egresaron vivos 174 y 36 fallecieron; de estos últimos, el grupo más numeroso oscilaba en las edades avanzadas de la vida, siendo este dato significativo; lo cual coincide con Soler y Lui Fy^{3,12}, lo que refleja la seriedad que reviste la complicación en estos pacientes, que junto al desgaste propio de los años, a un sistema inmunológico deprimido, al tiempo prolongado desde la perforación a la intervención y el mal estado general en que llegaban, los hicieron fácil presa para un desenlace fatal.

El promedio de edad de los fallecidos fue de 69.3 años, todos con más de 24 horas del accidente hasta la intervención; similares datos señalan otros autores^{4,13}, es decir, 59.6 años como promedio. La peritonitis generalizada fue la causa directa de las muertes en la casi totalidad de los fallecidos, lo que coincide con algunos de los autores revisados^{5,8,18} aunque se debe señalar que la peritonitis y la bronconeumonía estuvieron asociadas en todos los casos; similar a lo encontrado por Montalvo.¹⁰

CONCLUSIONES

En resumen, la perforación de una úlcera péptica se mantiene como una complicación grave de la patología ulcerosa, con una morbimortalidad significativa.

La edad, forma de presentación clínica y métodos diagnósticos no han mostrado una variación en relación a la comunicación previa. La edad promedio está dentro del rango que ofrecen otros autores y el sexo masculino predominó sobre el femenino.

El proceder quirúrgico más empleado en los pacientes operados fue la sutura y epipolastia. La mortalidad de esta afección fue alta y en su mayoría seniles y con úlceras duodenales.

El uso de los hábitos tóxicos estuvo presente en la mayoría de los enfermos, siendo el café el más solicitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Cárdenas F A, Herrera M H, Lorda Galiano L. Comportamiento de la úlcera gastroduodenal perforada. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 Mar [citado 9 Jun 2015]; 40(1):[aprox.11p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100003&lng=es
2. Rodríguez-Loeches J. Cirugía del abdomen agudo [Internet]. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986 [citado 09 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=2.+Rodr%C3%ADguez-Loeches+Y.+Cirug%C3%ADa+del+abdomen+agudo.+La+Habana%3A+Editorial+Cient>

3. Soler R. Abdomen agudo no traumático [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 9 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=3.+Soler+R.+Abdomen+agudo+no+traum%C3%A1tico.+La+Habana%3A+Editorial+Ciencias>
4. Pérez A. Úlcera gastroduodenal perforada. Morbilidad y mortalidad. Rev Cubana Cir [Internet]. 1986 [citado 9 Jun 2015]; 25(2):[aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=4.+P%C3%A9rez+A.+%C3%A9+Alcera+gastroduodenal+perforada.+Morbilidad+y+mortalidad.+Rev+Cubana+Cir.+1986+Mar.-Abr>
5. Absjorn C, Bousfield R, Jhon C. Incidence of perforated and bleeding peptic ulcer before and after the introduction of H2-Receptor antagonist. Ann Surg [Internet]. 2007 Jan [citado 9 Jun 2015]; 207:41. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=+Absjorn+C%2C+Bousfield+R%2C+Jhon+C.+Incidence+of+perforated+and+bleedingpepticulcerbefore+>
6. Langman MJS. Epidemiología de la úlcera péptica. En: Bockus HL. Gastroenterología [Internet]. 3 ed. Barcelona: Salvat; 1980 [citado 9 Jun 2015]; Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=6.+Langman+MJS.+Epidemiolog>
7. Thorsen K, Glomsaker TB, Von Meer A, Sreide K, S0reide JA. Trends in diagnosis and surgical treatment of patients with perforated peptic ulcer. J Gastrointest Surg [Internet]. 2011 [citado 9 Jun 2015]; 15: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=+7.+Thorsen+K%2C+Glomsaker+TB%2C+von+Meer+A%2C+Sreide+K%2C+S0reide+JA.+Trend>
8. Lo HC, Wu SC, Huang HC, Yeh CC, Huang JC, Hsieh CH. Laparoscopic simple closure alone is adequate for low risk patients with perforated peptic ulcer. World J Surg [Internet]. 2011 [citado 9 Jun 2015]; 35: [aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=8.+Lo+HC%2C+Wu+SC%2C+Hua>
9. Egberts JH, Summa B, Schulz U, Schafmayer C, Hinz S, Tepl J. Impact of preoperative physiological risk profile on postoperative morbidity and mortality after emergency operation for complicated peptic ulcer disease. World J Surg [Internet]. 2011 [citado 9 Jun 2015]; 30:[aprox. 1 p.]. Disponible en: [http://www.google.com.cu/search?q=9.+Egberts+JH%2C+Summa+B%](http://www.google.com.cu/search?q=9.+Egberts+JH%2C+Summa+B%2C)
10. Montalvo-Javé EE, Corres-Sillas O, Athié-Gutiérrez C. Factores asociados con complicaciones posoperatorias y mortalidad en la úlcera péptica perforada. Cir [Internet]. 2011 [citado 9 Jun 2015]; 79: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=10.+MontalvoJav%C3%A9+EE>

[%2C+CorresSillas+O%2C+Athi%2C%A9Guti%2C%A9rrez+C.+Factores+asociados+con+complicaciones+posop](#)

11. Chalya PL, Mabula JB, Koy M, McHembe MD, Jaka HM, Kabangila R, et al. Clinical profile and outcome of surgical treatment of perforated peptic ulcers in north western Tanzania: A tertiary hospital experience. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2011 [citado 10 Jun 2015]; 6: [aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=11.+Chalya+PL%2C+Mabula+JB>
12. Lui FY, Davis KA. Gastroduodenal perforation: Maximal or minimal intervention? *Scand J Surg* [Internet]. 2010 [citado 2015 Jun 10];99: [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=12.+Lui+FY%2C+Davis+KA.+Gastroduodenal+perforation%3A+Maximalorminimalintervention%3F+Scan>
13. Casali J Jr, Franzon O, Fernández KN, Duarte NB. Epidemiological analysis and use of rapid urease test in patients with perforated peptic ulcers. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2012 [citado 10 Jun 2015]; 39(2):[aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=13.+CasaliJJr%2C+Franzon+O%2C+Fernandes+KN%2C+Duarte+NB.+Epidemiologicalanalysis>
14. Bashinskaya B, Nahed BV, Redjal N, Kahle KT, Walcott BP. Trends in peptic ulcer disease and the identification of *Helicobacter pylori* as a causative organism: population-based estimates from UN Nation wide in patient sample. *J Glob Infect Dis*. 2011; 3(4):366-370.
15. Jae-Myung K, Sang-Ho J, Young-Joon L, Soon-Tae Park, Sang-Kyung Choi, et al., Analysis of risk factors for postoperative morbidity in perforated peptic ulcer. *J Gastric Cancer* [Internet]. 2012 [citado 10 Jun 2015]; 12(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=15.+Jae-Myung+Kim%2C+Sang-Ho+Jeong%2C+Young-Joon+Lee%2C+Soon-Ta>
16. Chalya PL, Mabula JB, Koy M, Mchembe MD, Jaka HM. Et al., Clinical profile and outcome of surgical treatment of perforated peptic ulcers in north western Tanzania: A tertiary hospital experience. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2011 [citado 10 Jun 2015]; 6: [aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=16.+Chalya+PL%2C+Mabula+JB>
17. Lee JH, Lee YC, Jeon SW, Kim JW, Lee SW. Guidelines of prevention and treatment for NSAID-related peptic ulcers. *Korean J Gastroenterol* [Internet]. 2009 [citado 10 Jun 2015]; 54: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=17.+Lee+JH%2C+Lee+YC%2C+Jeon+SW%2C+Kim+JW%2C+Lee+SW.+Guidelines+of+prevention+and+treatment>

18. Thorsen K, Glomsaker TB, Von Meer A, Søreide K, Søreide JA. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. J Gastrointest Surg [Internet]. 2011 [citado 10 Jun 2015]; 15:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?q=20.+Thorsen+K%2C+Glomsaker>

Recibido: 12 de junio de 2015

Aprobado: 14 de diciembre de 2015

Dr. Servio Tulio Cintra Brooks. Máster en Urgencias Quirúrgicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar y Consultante. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** cintra@infosol.gtm.sld.cu