EL CONSUMO DE CRACK COMO FACTOR DE RIESGO PRINCIPAL EN PACIENTES CON ULCERA PEPTICA PERFORADA

CRACK COCAINE COMSUPTION AS A MAIN RISK FACTOR IN PACIENTS WITH PERFORATED PEPTIC ULCER

Dr. Ricardo Abed¹, Dr. Baudilio Zalazar¹, Dra. Carolina Gomez², Dr. Agustín Rodríguez³

RESUMEN

Los pacientes consumidores de crack con ulcera péptica perforada en la IICCCx del Hospital de Clínicas durante el periodo 2011-2016 corresponden a un grupo de pacientes adultos jóvenes de sexo masculino, procedentes de la capital y ciudades contiguas a la misma, con clínica de peritonitis aguda generalizada.

Palabras clave: crack, ulcera gastrica perforada, peritonitis

SUMMARY

Patients addicts to crack with perforated peptic ulcer in the IICCCx of the Hospital de Clínicas, during the period 2011-2016, correspond to a group of young adult male patients, from the capital and cities adjacent to it, with clinic of generalized acute peritonitis.

Key words: crack, gastric ulcer perforated, peritonitis

INTRODUCCIÓN

La perforación de la úlcera péptica no es una patología de tiempos modernos¹. A finales del siglo XVII, la úlcera péptica duodenal fue reconocida como patología², y los primeros reportes de perforación documentados fueron descritos en 1.746². En la actualidad, existen reportes en la literatura médica mundial que demuestran una disminución de la incidencia de la enfermedad ulcerosa péptica en países de primer mundo, no así en la incidencia de perforación³. Se reconoce que el desequilibrio entre los factores protectores tales como la motilidad gástrica, la secreción de moco, la secreción neuronal de factores inductores de la protección⁴ y los factores agresores, como la hipersecreción, el tabaquismo intenso, el alcoholismo y la exposición prolongada del ácido a la mucosa, están directamente relacionados con el desarrollo de úlcera péptica. Sin embargo, aún no se determinan los mecanismos por los cuales ya sean sistémicos o locales, una úlcera se perfora.

En esta época, en donde el uso y abuso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y antagonistas H₂^{3,5,6} deberían de disminuir la incidencia de úlceras perforadas, se especula que los efectos del tabaco, alcohol, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y prednisona, pueden ser determinantes para la perforación de una úlcera. Además de estos factores y a consecuencia de los cambios sociales, económicos y demográficos, existe el surgimiento de nuevos factores que condicionan la perforación.

Tal es el caso del uso y el abuso de sustancias ilícitas, predominantemente la utilización crónica de cocaína y crack, principalmente por vía inhalada^{3,7,8}.

OBJETIVO

Determinar los aspectos socio demográficos y clínicos en pacientes consumidores de crack con ulcera péptica perforada internados en la IICCCx del Hospital de Clínicas durante el periodo 2011-2016.

DISEÑO

Observacional, retrospectivo, longitudinal, observacional, no aleatorio.

PACIENTES Y METODOS

En todo momento se preservó la privacidad y anonimato de los pacientes. En todos los pacientes el diagnóstico se realizó en el intraoperatorio, fueron incluidos aquellos pacientes con diagnóstico de ulcera péptica perforada internados en la IICCCx durante el periodo 2011-2016. Utilizamos variables como edad, sexo, ubicación y tamaño de la ulcera, consumo de crack. Los datos fueron asentados en planillas Excel y sometidos a estudios estadísticos.

RESULTADOS

La Prevalencia del consumo de crack en pacientes con ulcera péptica perforada es del 24% (4 casos). Pacientes no consumidores 76% (13 casos) (**Figura 1**). El 100% de los pacientes consumidores de crack eran de sexo masculino provenientes de Asunción y Gran Asunción.

Figura 1. Prevalencia de consumo de crack en pacientes con ulcera péptica perforada (n17).

1. Médico Residente de Cirugía General de 2do año

2. Médico Residente de Cirugía General de 3er año

3. Jefe de Guardia

II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

Autor correspondiente: Dr. BaudilioZalazar. Correo electrónico: bau.tkdif@gmail.com

Artículo recibido: 15/11/17 - Artículo aceptado: 1/12/17

Figura 2. Distribución según promedio de edad en pacientes consumidores y no consumidores de crack (n 17).

Figura 4. Tamaño de las úlceras en pacientes consumidores de crack y no consumidores (n 17).

El promedio de edad de presentación de úlcera péptica perforada en pacientes consumidores de crack es de 27 años. No consumidores 60 años (**Figura 2**).

Ubicación de la úlcera péptica perforada en pacientes consumidores de crack: 3 casos en región pre pilórica, 1 caso en piloro. En no consumidores: 2 en región pre pilórica, 1 en duodeno, 1 en piloro, 5 en antro, 4 en curvatura menor (**Figura 3**). Todos los pacientes estudiados fueron sometidos a laparotomía exploradora, reavivamiento de bordes de la úlcera, rafia primaria y parche de epiplón.

Tamaño de las úlceras perforadas en pacientes consumidores de crack 4 casos menores o iguales a 0,5cm. En no consumidores, 4 casos menores o iguales a 0,5cm, 3 casos entre 0,5 y 1cm y 6 casos mayores a 1cm. (**Figura 4**). En todos los casos el diagnóstico pre y pos operatorio fue de peritonitis generalizada por perforación.

Figura 3. Ubicación de la perforación en pacientes consumidores de crack y en no consumidores (n 17).

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo reportamos 4 pacientes con antecedente de consumo de crack como factor de riesgo principal de un total de 17 casos que presentaron úlcera péptica perforada, lo que corresponde a una prevalencia del 24%, en todos los casos fueron pacientes de sexo masculino. En los artículos internacionales se reporta una prevalencia del 20% con el mismo factor de riesgo y siendo predominante el sexo masculino.^{9,11}

El promedio de edad encontrado es de 27 años en los pacientes consumidores de crack en nuestra serie, mientras que hallazgos reportados en la literatura reportan edades entre 27 y 34 años.^{9,10,12}

La ubicación pre pilórica de la úlcera en pacientes consumidores de crack en este reporte fue predominante. En todos los casos la conducta quirúrgica fue reavivamiento de bordes de la úlcera, rafia primaria y parche de epiplón. Tanto la ubicación de la perforación como la conducta quirúrgica descrita en diferentes artículos coinciden con los resultados obtenidos en este reporte.^{9,10,12,13}

El tamaño de las úlceras en los casos registrados en este trabajo en consumidores de crack es menor o igual a 5mm de diámetro y como hallazgo intraoperatorio una extensa contaminación peritoneal. Artículos relacionados reportan úlceras de hasta 5mm en pacientes con las mismas características, con contaminación peritoneal extensa y signos de peritonitis aguda generalizada.^{9,12,13}

CONCLUSIÓN

Los pacientes consumidores de crack con úlcera péptica perforada en la II CCQx del Hospital de Clínicas durante el periodo 2011-2016 corresponden a un grupo de pacientes adultos jóvenes de sexo masculino, procedentes de la capital y ciudades contiguas a la misma, con clínica de peritonitis aguda generalizada.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Cheng TO. Glimpses of the past from the recently unearthened ancient corpses in China. *Ann Int Med* 1984; 101: 714-5.
- 2- Hamberger GE. Luxationibus et subluxationibus et rupture intestine (Rupture of duodenal intestine) Jena. *Lit Ritterianis* 1746, 1-5.
- 3- Feliciano DV, Ojukwu JC, Rozycki GS, *et al*. The epidemic of cocaine- related juxtapyloric perforations with a comment on the importance of testing for *Helicobacter pylori*. *Ann Surg* 1999; 229: 801-4.
- 4- Gray JL, Bunnet NW, Orloff SL, Mulvihill SJ, Debas HT. A role for calcitonin gene- related peptide in protection against gastric ulceration. *Ann Surg* 1994; 219: 58-64.
- 5- Matsuda M, Nishiyama M, Hanai T, Saeki S, Watanabe T. Laparoscopic omental patch repair for perforated peptic ulcer. *Ann Surg* 1995; 221: 236-40.
- 6- Jacobson BC, Ferris T, Shea TL, Mahlis EM, Lee TH, Wang TC. Who is using chronic acid suppression therapy and why?. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 51-8.
- 7- Jordan PH Jr, Thomby J. Perforated pyloroduodenal ulcers, long-term results with omental patch closure and parietal cell vagotomy. *Ann Surg* 1995; 221: 479-86.
- 8- Schifano F, Corkery J, Cuffolo G. Smokable (ice, crystal meth) and non-smokable amphetamine-type stimulants: clinical pharmacological and epidemiological issues, with special reference to the UK. *Ann Ist Super Sanita* 2007; 43: 110-5.
- 9- Abramson DL, Gertler JP, Lewis T, Kral JG. Crack-related perforated gastropyloric ulcer. *J ClinGastroenterol*. 1991 Feb;13(1):17-9.
- 10- Cheng CL, Svesko V. Acute pyloric perforation after prolonged crack smoking. *Ann Emerg Med*. 1994 Jan;23(1):126-8.
- 11- Gaduputi V, Tariq H, Ihimoyan A. Atypical gastric ulcer in an elderly cocaine user. *Case Rep Gastrointest Med* 2013; 795258. doi: 10.1155/2013/795258. Epub 2013 Jul 30.
- 12- Yahchouchy E, Debet A, Fingerhut A. Crack cocaine-related prepyloric perforation treated laparoscopically. *Surg Endosc* 2002; 16(1): 220. Epub 2001 Oct 13.
- 13- Kram HB, Hardin E, Clark SR, Shoemaker WC. Perforated ulcers related to smoking "crack" cocaine. *Am Surg* 1992; 58(5): 293-4.