SCRIPTA SCIENTIA
ISSN: 3134-5824 | Vol. 1 (2026)

Publicado por
ChauxLab Institute

ARTÍCULO ORIGINAL

Peritonitis por úlcera gástrica perforada en un hospital regional de Paraguay, 2019-2022: Una serie retrospectiva de casos

Ruth Natalia Alvarenga Arévalos[1], Rosalía Mariel Ovelar Ferreira[1], Diana Beatriz Chaparro Morel[1], José Luis Wuyk Britos[1], Alexis Chaparro Morel[1], Norberto Vázquez[1]

[1]Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este, Ciudad del Este, Paraguay

Recibido: 24 ago 2026
Aceptado: 7 oct 2026
Publicado: 13 oct 2026

DOI: 10.66201/ss.v1.65

Licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0 (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La perforación de una úlcera gástrica es una emergencia quirúrgica con elevada morbilidad y mortalidad; los datos de hospitales regionales de Paraguay son limitados. El objetivo fue describir las características clínicas, los métodos diagnósticos, el abordaje quirúrgico y la necesidad de reintervención en pacientes operados por peritonitis secundaria a úlcera gástrica perforada en el Hospital Regional de Ciudad del Este entre 2019 y 2022.

Materiales y métodos: Serie retrospectiva y descriptiva de casos, a partir de las fichas clínicas de 24 adultos operados. Se analizaron variables sociodemográficas, hábitos, comorbilidades, presentación clínica, imagen, hallazgos y técnica quirúrgica, y reintervención, con estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes: 21 mujeres (87,5 %) y 9 (37,5 %) de 31 a 50 años. Todos consultaron por dolor abdominal. El tiempo desde el inicio de los síntomas fue mayor de 2 semanas en 13 (54,2 %). La radiografía fue el estudio por imagen en 20 (83,3 %). La perforación fue antral en 17 (70,8 %). Se operó por laparotomía en 23 (95,8 %) y se hizo sutura primaria con epiploplastia en 15 (62,5 %). No se registraron reintervenciones; no constan otros desenlaces.

Conclusiones: En esta serie pequeña predominaron las mujeres, la localización antral y la reparación por laparotomía. La ausencia de reintervenciones no permite concluir sobre la seguridad ni la efectividad de la técnica, porque no se registraron la mortalidad ni otras complicaciones.

Palabras clave: Úlcera gástrica, Peritonitis, Laparotomía, Procedimientos quirúrgicos operativos, Paraguay.

Correspondencia: Ruth Natalia Alvarenga Arévalos.
✉ natalia25alvarenga@gmail.com.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La perforación de una úlcera péptica es una urgencia quirúrgica frecuente en todo el mundo, con una mortalidad que puede alcanzar el 30 % (1). Se estima que entre el 10 % y el 20 % de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica presentan alguna complicación (2). Cuando se rompe la pared gástrica, el contenido gastroduodenal pasa a la cavidad peritoneal y el cuadro puede evolucionar a peritonitis y sepsis si la intervención se retrasa (1).

La infección por *Helicobacter pylori* y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son causas frecuentes de perforación, pero la edad, el sexo, la localización y la etiología varían entre países (1). En un estudio de casos y controles, el antecedente de enfermedad ulcerosa péptica y la defensa muscular abdominal se asociaron de forma independiente con la perforación (3).

El diagnóstico se apoya en la sospecha clínica y en los estudios de imagen. La guía de la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia (WSES) recomienda la tomografía computarizada ante un abdomen agudo con sospecha de perforación y, si no se dispone de ella con prontitud, la radiografía de tórax o abdomen como evaluación inicial (2).

El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos. La reparación puede hacerse con sutura primaria o con parche de epiplón, y hoy se considera preferible el abordaje mínimamente invasivo (4). Los metaanálisis que comparan la reparación laparoscópica con la abierta describen resultados al menos comparables, con menos complicaciones posoperatorias en los estudios no aleatorizados y menor infección del sitio quirúrgico en los ensayos aleatorizados, y piden estudios de mayor calidad (5,6). Además, el retraso de la cirugía se asocia con menor supervivencia (7).

En la úlcera gástrica debe considerarse la posibilidad de una neoplasia: se estima que entre el 10 % y el 16 % de las perforaciones gástricas se deben a un carcinoma (2). En Paraguay, una serie de 50 pacientes operados por úlcera gástrica perforada en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, en Asunción, halló neoplasia en el 6 % y una mortalidad del 46 % (8). Describir esta enfermedad en un hospital regional del Alto Paraná aporta datos locales que complementan los de los centros de referencia.

El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, los métodos diagnósticos, el abordaje quirúrgico y la necesidad de reintervención en los pacientes operados por peritonitis secundaria a úlcera gástrica perforada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Ciudad del Este entre 2019 y 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una serie retrospectiva y descriptiva de casos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Ciudad del Este, centro de referencia para la patología quirúrgica de urgencia en el Departamento de Alto Paraná, Paraguay. El período de estudio abarcó cuatro años calendario, del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2022.

Se incluyeron pacientes de 18 años o más, de ambos sexos, que ingresaron por el servicio de urgencias y fueron operados por peritonitis secundaria a úlcera gástrica perforada, con diagnóstico intraoperatorio, anatomopatológico o ambos. Se excluyeron las perforaciones gástricas de causa no ulcerosa (traumatismo abdominal, cuerpos extraños, lesiones iatrogénicas o neoplasia gástrica confirmada), los pacientes trasladados a otros centros antes de completar el tratamiento quirúrgico o el posoperatorio inmediato y los casos con fichas clínicas o protocolos operatorios ausentes, ilegibles o incompletos. Se analizaron las fichas de los 24 pacientes que cumplieron los criterios de elegibilidad en el período.

Tras obtener la autorización de la Dirección General del hospital y de la jefatura del Servicio de Cirugía, los datos se extrajeron de las fichas clínicas físicas archivadas en el Departamento de Estadística, mediante un formulario estructurado, y se transcribieron a una base de datos. A cada ficha se le asignó un código numérico para disociar la información de la identidad de los pacientes.

Las variables fueron: sexo; edad, en grupos de 18 a 30, 31 a 50, 51 a 70 y más de 70 años; procedencia (urbana o rural); nivel educativo y estado civil; consumo de tabaco y de alcohol y uso previo de AINE (sí o no); hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras comorbilidades; motivo de consulta (dolor abdominal, náuseas y vómitos); tiempo de evolución, definido como el intervalo entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital y categorizado en menos de 1 semana, de 1 a 2 semanas y más de 2 semanas; estudio de *H. pylori*; método de imagen (radiografía simple de tórax o abdomen en bipedestación, o tomografía computarizada); localización de la perforación (antro gástrico, curvatura menor, región pilórica o curvatura mayor); abordaje (laparotomía o laparoscopia); técnica de reparación (sutura primaria simple o sutura primaria con epiploplastia, o parche de Graham); colocación de drenaje cavitario; y reintervención quirúrgica. La reintervención fue el único desenlace posoperatorio consignado en las fichas. No

constaban la mortalidad, otras complicaciones, la estancia hospitalaria ni la condición al alta, y no se definió un período de seguimiento.

Se aplicó estadística descriptiva, con frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. No se realizaron pruebas de hipótesis.

Este trabajo forma parte de la especialización de la Universidad Nacional del Este. El protocolo se aprueba antes de la ejecución por el Comité de Ética y por el Comité Científico del posgrado. Los pacientes firmaron el consentimiento previsto para este tipo de trabajo. Al usar fichas del Servicio de Cirugía General del hospital regional, se aplicaron las directivas de ese hospital. El número de protocolo no consta en este expediente. Los datos se manejaron de forma confidencial.

RESULTADOS

Se analizaron las fichas de 24 pacientes operados por peritonitis secundaria a úlcera gástrica perforada. Veintiuno (87,5 %) eran mujeres y 3 (12,5 %) varones. Por grupos de edad, 9 pacientes (37,5 %) tenían entre 31 y 50 años, 8 (33,3 %) entre 51 y 70, 5 (20,8 %) entre 18 y 30 y 2 (8,3 %) más de 70 años. No se dispuso de la edad media ni de la mediana. Veinte pacientes (83,3 %) procedían de zona urbana y 4 (16,7 %) de zona rural. El nivel educativo fue primario en 15 (62,5 %), secundario en 8 (33,3 %) y universitario en 1 (4,2 %). Doce pacientes (50,0 %) eran solteros, 9 (37,5 %) casados, 2 (8,3 %) divorciados y 1 (4,2 %) viudo.

Dieciséis pacientes (66,7 %) fumaban, 9 (37,5 %) consumían alcohol y 7 (29,2 %) tenían antecedente de uso de AINE. Nueve (37,5 %) tenían hipertensión arterial, 6 (25,0 %) diabetes mellitus y 9 (37,5 %) otras comorbilidades, sin especificar.

Los 24 pacientes (100 %) consultaron por dolor abdominal de inicio agudo; ninguno tenía registro de náuseas ni vómitos. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso fue mayor de 2 semanas en 13 pacientes (54,2 %), de 1 a 2 semanas en 6 (25,0 %) y menor de 1 semana en 5 (20,8 %). En 21 pacientes (87,5 %) no constaba estudio de *H. pylori* y en 3 (12,5 %) el resultado fue negativo. El estudio por imagen fue la radiografía simple de tórax o abdomen en bipedestación en 20 pacientes (83,3 %) y la tomografía computarizada en 4 (16,7 %).

La perforación se localizó en el antro gástrico en 17 pacientes (70,8 %), en la curvatura menor en 4 (16,7 %) y en la región pilórica en 3 (12,5 %); ninguno tuvo lesión en la curvatura mayor. El abordaje fue laparotomía en 23 pacientes (95,8 %) y laparoscopia en 1 (4,2 %). Se realizó sutura primaria con epiploplastia en 15 pacientes (62,5 %) y sutura primaria simple en 9 (37,5 %). Se colocó drenaje cavitario en 18 (75,0 %). No se registraron reintervenciones quirúrgicas (0 de 24; 0,0 %). No constaban otros desenlaces posoperatorios.

DISCUSIÓN

Esta serie de 24 pacientes operados por peritonitis secundaria a úlcera gástrica perforada en un hospital regional de Paraguay mostró predominio de mujeres, concentración de los casos entre los 31 y los 50 años, localización antral de la perforación y reparación por laparotomía con sutura primaria, con o sin epiploplastia. No se registraron reintervenciones. Por el diseño descriptivo, el tamaño de la serie y la ausencia de otros desenlaces en las fichas, los hallazgos describen lo observado y no permiten inferir causalidad ni comparar técnicas.

El predominio femenino (21 de 24; 87,5 %) llama la atención. En una serie de Maracaibo, Venezuela, el 88,1 % de los pacientes con perforación péptica eran varones (9), y en la serie del Hospital Central del Instituto de Previsión Social lo eran el 60 % (8). Se ha descrito que el perfil demográfico de la perforación varía entre países (1) y que, en algunas series, la perforación ha aumentado en mujeres de edad avanzada (10). Esta última explicación difícilmente aplica aquí: la mayoría de las pacientes tenía entre 31 y 50 años y solo 7 de 24 (29,2 %) tenían antecedente de uso de AINE, de modo que el patrón no puede atribuirse al consumo de estos fármacos. Una hipótesis que merece evaluarse es la perforación en úlceras no asociadas a *H. pylori*, que en una serie estadounidense fue más frecuente en mujeres (11); en esta serie, sin embargo, no constaba el estudio de *H. pylori* en el 87,5 % de los casos, por lo que no es posible explorarla. También deben considerarse el sesgo de selección (la serie incluye solo úlceras gástricas y no se conoce el número de casos identificados ni excluidos), el de clasificación y el de registro, propios de las fichas retrospectivas.

El tabaquismo (16 de 24; 66,7 %), el consumo de alcohol (9; 37,5 %) y el uso de AINE (7; 29,2 %) fueron frecuentes, pero, sin un grupo de comparación, la serie no permite estimar su contribución a la perforación. El uso de AINE se ha identificado como factor independiente de morbilidad posoperatoria en una serie del sudeste de Taiwán (12), y en una serie quirúrgica de úlcera gastroduodenal perforada los pacientes con serología positiva para *H. pylori* fumaban con mayor frecuencia que los seronegativos (13).

En 13 pacientes (54,2 %) el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso fue mayor de 2 semanas. Este dato debe interpretarse con cautela. El intervalo

se contó desde el inicio de los síntomas, y las fichas no permiten distinguir si este correspondía al cuadro agudo de la perforación o a síntomas ulcerosos previos; por ello no equivale al tiempo entre la perforación y la cirugía ni puede tomarse como un retraso en la atención de la peritonitis. El tiempo hasta la cirugía es un determinante de la supervivencia en la perforación péptica (7), y su registro sistemático, desde la perforación hasta el ingreso y desde el ingreso hasta la cirugía, sería necesario para evaluarlo en esta población. Tampoco se registraron náuseas ni vómitos en ningún paciente, lo que puede reflejar su ausencia real o que solo se consignó el motivo principal de consulta.

En el diagnóstico predominó la radiografía simple (20 pacientes; 83,3 %), y la tomografía se empleó en 4 (16,7 %). La guía de la WSES recomienda la tomografía y acepta la radiografía como evaluación inicial cuando aquella no está disponible con prontitud (2), situación frecuente en hospitales periféricos; el motivo de la elección del estudio no se registró. En 21 pacientes (87,5 %) no constaba estudio de *H. pylori* y en 3 (12,5 %) el resultado fue negativo, sin que sea posible distinguir entre estudio no realizado y no registrado. Es una carencia relevante: la infección es una causa frecuente de perforación (1), pero su frecuencia en pacientes operados es variable, con un 53,2 % de positivos entre 79 pacientes estudiados con serología en una serie estadounidense (11) y un 61 % de seropositivos en el seguimiento de una serie quirúrgica (13).

La perforación fue antral en 17 pacientes (70,8 %), en la curvatura menor en 4 (16,7 %) y pilórica en 3 (12,5 %). En la úlcera gástrica perforada se plantea la exclusión de neoplasia: la guía de la WSES señala que las úlceras gástricas grandes deben hacer sospechar malignidad y que entre el 10 % y el 16 % de las perforaciones gástricas se deben a un carcinoma (2), mientras que la serie del Instituto de Previsión Social halló neoplasia en el 6 % (8). En esta serie no se registró cuántos pacientes tuvieron confirmación anatomopatológica ni cómo se distinguió la región pilórica de la perforación yuxtapilórica o duodenal, de modo que la clasificación de las lesiones depende del hallazgo intraoperatorio. La conducta sobre la biopsia sigue en debate: una serie retrospectiva unicéntrica de 135 pacientes asoció la biopsia por escisión con más complicaciones posoperatorias (14), otra de 51 pacientes cuestionó su utilidad porque la endoscopia posoperatoria se solicita de todos modos (15), y un metaanálisis describe como no resuelto el debate entre el parche de epiplón y la resección gástrica (16).

El abordaje fue la laparotomía en 23 pacientes (95,8 %) y la laparoscopia en 1 (4,2 %). Los metaanálisis describen resultados comparables o mejores con la reparación laparoscópica (5,6), y una revisión reciente la considera el abordaje preferido (4). En una serie portuguesa la laparoscopia se asoció con menor mortalidad, aunque los grupos no eran comparables y los pacientes con criterios de sepsis predominaron en el grupo abierto (17). No se registraron los criterios de elección del abordaje ni la disponibilidad de equipamiento o entrenamiento, por lo que no es posible explicar la baja frecuencia de laparoscopia. Se hizo sutura primaria con epiploplastia en 15 pacientes (62,5 %) y sutura simple en 9 (37,5 %). Una revisión indica que el parche de epiplón puede ser más útil en perforaciones grandes con tejido friable (4), y un estudio comparativo laparoscópico halló que la sutura simple acorta el tiempo operatorio frente a la omentopexia (18). Los criterios para elegir cada técnica tampoco constaban en las fichas. Se colocó drenaje en 18 pacientes (75,0 %).

No se registraron reintervenciones, pero este es el único desenlace disponible y no equivale a ausencia de complicaciones. Una revisión reciente informa una morbilidad cercana al 50 %, una mortalidad cercana al 30 % y fuga desde la úlcera reparada en el 12 % al 17 % de los casos (4), y la serie del Instituto de Previsión Social describió una mortalidad del 46 % (8). Como no constan la mortalidad, las fugas, las infecciones, la estancia ni el estado al alta, esta serie no puede compararse con esas cifras ni sustentar afirmaciones sobre la seguridad o la efectividad de la técnica empleada.

Este estudio tiene limitaciones importantes. Es retrospectivo, unicéntrico y de solo 24 pacientes, lo que limita la precisión y la generalización. No se dispone del flujo de selección (casos identificados y excluidos por cada criterio, incluidas las fichas ausentes o incompletas), lo que impide valorar el sesgo de selección. No se distinguió entre confirmación intraoperatoria y anatomopatológica ni se definió la región pilórica. Se desconoce si el tiempo de evolución se midió desde síntomas ulcerosos previos o desde la perforación. Faltan datos sobre *H. pylori*, las náuseas y los vómitos, la naturaleza de las otras comorbilidades (9 pacientes; 37,5 %), el tratamiento médico y antibiótico y la edad media o mediana, que solo se registró por grupos. El único desenlace fue la reintervención, sin período de seguimiento definido. No se aplicaron pruebas inferenciales, por lo que las comparaciones son descriptivas. Como fortaleza, la serie aporta datos locales de un hospital regional, con recuentos y denominadores para todas las variables informadas.

En conclusión, en esta serie descriptiva de 24 pacientes operados por peritonitis secundaria a úlcera gástrica perforada en un hospital regional de Paraguay predominaron las mujeres, los adultos de 31 a 50 años, la localización antral y la reparación por laparotomía

con sutura primaria, con o sin epiploplastia, y no se registraron reintervenciones. Dado que no se registraron otros desenlaces y que no hubo comparador, estos datos no permiten evaluar la seguridad ni la efectividad del tratamiento, y subrayan la necesidad de registrar de forma sistemática la mortalidad, las complicaciones, el tiempo hasta la cirugía y el estado de *H. pylori* en los pacientes con perforación péptica.

REFERENCIAS

1. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. Lancet. 2015;386(10000):1288-98. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00276-7
2. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15:3. https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9
3. Yamamoto K, Takahashi O, Arioka H, Kobayashi D. Evaluation of risk factors for perforated peptic ulcer. BMC Gastroenterol. 2018;18:28. https://doi.org/10.1186/s12876-018-0756-4
4. Arshad SA, Murphy P, Gould JC. Management of perforated peptic ulcer. JAMA Surg. 2025;160(4):450. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2024.6724
5. Zhou C, Wang W, Wang J, Zhang X, Zhang Q, Li B, et al. An updated meta-analysis of laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer. Sci Rep. 2015;5:13976. https://doi.org/10.1038/srep13976
6. Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, Jiang Y, et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: a meta analysis of randomized controlled trials. Int J Surg. 2016;33:124-32. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.07.077
7. Buck DL, Vester-Andersen M, Møller MH. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. Br J Surg. 2013;100(8):1045-9. https://doi.org/10.1002/bjs.9175
8. Schaerer Elizeche P, Hamdan K, Echeverría A, Benegas Mais A, Benedetti G. Prevalencia de neoplasia en úlceras gástrica perforada en el Servicio de Cirugía General - Hospital Central IPS, 2015-2020. An Fac Cienc Méd (Asunción). 2023;56(1):68-74. https://doi.org/10.18004/anales/2023.056.01.68
9. Añolis M, Reyes A, Al Awad A, Matera M. Perforated peptic ulcer: surgical management in the University Hospital of Maracaibo, experience in 4 years. Acta Sci Gastrointest Disord. 2022:48-53. https://doi.org/10.31080/asgis.2021.04.0341
10. Tarnowski W, Bielecki K, Kamiński P, Janaszek Ł. Results of surgical treatment of perforated peptic ulcer. Gastroenterol Rev. 2011;4:243-51. https://doi.org/10.5114/pg.2011.24307
11. Rasane RK, Horn CB, Coleoglou Centeno AA, Fiore NB, Torres Barboza M, Zhang Q, et al. Are patients with perforated peptic ulcers who are negative for *Helicobacter pylori* at a greater risk? Surg Infect (Larchmt). 2019;20(6):444-8. https://doi.org/10.1089/sur.2018.249
12. Li CH, Chang WH, Shih SC, Lin SC, Bair MJ. Perforated peptic ulcer in southeastern Taiwan. J Gastroenterol Hepatol. 2010;25(9):1530-6. https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2010.06348.x
13. Söreide JA, Söndenaa K, Ulvestad E. *Helicobacter pylori* status after treatment for perforated gastroduodenal ulcer. Dig Surg. 2008:366-70. https://doi.org/10.1159/000172577
14. Koca F, Koch C, Schulze F, Pession U, Bechstein WO, Malkomes P. Excisional biopsy of perforated gastric ulcer: mandatory or potentially harmful? Langenbecks Arch Surg. 2024;409:205. https://doi.org/10.1007/s00423-024-03393-x
15. Trindade M, Gomes Pinto D, Carvalho N, Luz C. Role of intraoperative biopsy and postoperative upper gastrointestinal endoscopy in patients undergoing surgery for perforated gastric ulcer: a retrospective study. Cureus. 2025;17:e77092. https://doi.org/10.7759/cureus.77092
16. Zhu C, Badach J, Lin A, Mathur N, McHugh S, Saracco B, et al. Omental patch versus gastric resection for perforated gastric ulcer: systematic review and meta-analysis for an unresolved debate. Am J Surg. 2021;221(5):935-41. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.07.039
17. Pereira A, Santos Sousa H, Gonçalves D, Lima da Costa E, Costa Pinho A, Barbosa E, et al. Surgery for perforated peptic ulcer: is laparoscopy a new paradigm? Minim Invasive Surg. 2021;2021:8828091. https://doi.org/10.1155/2021/8828091
18. Lin BC, Liao CH, Wang SY, Hwang TL. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: simple closure versus omentopexy. J Surg Res. 2017;220:341-5. https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.07.034