

TM
Z6658
FM
1988
R31

TM

Z6658

FM

1988

R31



1020091106

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
NUEVO LEON
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO
DR. BERNARDO SEPULVEDA
S.S.A.

CIRUGIA EN EL PACIENTE ULCEROSO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

DR. JESUS MARIA RANGEL FLORES

ASESOR:

DR. LUIS FERNANDO ARANA P.

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DE 1988

I N D I C E

	PAGINA
1. INTRODUCCION	1
2. MATERIAL Y METODOS	5
3. RESULTADOS	6
4. COMENTARIOS	8
5. CUADRO 1	11
6. CUADRO 2	12
7. CUADRO 3	13
8. CUADRO 4	14
9. CUADRO 5	15
10. CUADRO 6	16
11. CUADRO 7	17
12. CUADRO 8	18
13. CUADRO 9	19
14. BIBLIOGRAFIA	20

TM
Z6658
FM
1988
R31



162026

CIRUGIA EN EL PACIENTE ULCEROSO

LA ULCERA PEPTICA ES UN DEFECTO LOCALIZADO EN UNA AREA DEL EPITELIO ACIDOSECRETOR O EN UNA MUCOSA ADYACENTE. DE ACUERDO CON ELLO, SE PUEDE ENCONTRAR EN LA PORCION INFERIOR DEL ESOFAGO, EL CUERPO DEL ESTOMAGO, EL DUODENO, EL YEYUNO MARGINAL A UNA GASTRO-YEYUNOSTOMIA CONSTRUIDA QUIRURGICAMENTE Y EL ILEON A NIVEL DE LA ABERTURA DE UN DIVERTICULO DE MECKEL QUE CONTENGA MUCOSA GASTRICA ABERRANTE. LA RELACION ENTRE ULCERA DUODENAL Y ULCERA GASTRICA HA CAMBIADO CONSIDERABLEMENTE DESDE EL SIGLO PASADO, CUANDO LAS ULCERAS PEPTICAS ERAN GENERALMENTE GASTRICAS Y LA ULCERACION DUODENAL RARAMENTE MENCIONADA (1, 2, 5). LA FRECUENCIA DE ULCERACION DUODENAL HA IDO EN AUMENTO, JUNTO CON UNA DISMINUCION EN LA PREVALENCIA DE ULCERACION GASTRICA, TENIENDO UNA RELACION GENERALMENTE ACEPTADA DE ULCERA DUODENAL: ULCERA GASTRICA DE 10:1 (11). AUNQUE DATOS RECIENTES INDICAN QUE HA COMENZADO A DISMINUIR LA FRECUENCIA DE ULCERA DUODENAL (2, 10).

LA ULCERA PEPTICA ES MAS FRECUENTE EN LA EDAD DE 40 A 65 ANOS Y MAS FRECUENTE EN VARONES QUE EN MUJERES. CON UNA FRECUENCIA EN LA POBLACION GENERAL DEL 6% AL 15% (11).

EL SINTOMA PRINCIPAL ES EL DOLOR (3, 5).

ENTRE LOS FACTORES AMBIENTALES EL MAS FRECUENTE --

ENCONTRADO ES EL HABITO DE FUMAR RELACIONANDOLO CON LA INHIBICION DE SECRECION DE BICARBONATO POR EL PANCREAS (3, 4).

LOS METODOS DIAGNOSTICOS MAS EFICACES PARA EL -- DIAGNOSTICO DE ULCERA PEPTICA SON LA ENDOSCOPIA Y LA -- SERIE GASTRODUODENAL RADIOLOGICA. POR ENDOSCOPIA SE -- DIAGNOSTICA EL 85% DE LAS ULCERAS DUODENALES DIAGNOSTICADAS RADIOLOGICAMENTE, PERO DEL 10% AL 15% DE LAS ULCERAS DEMOSTRADAS ENDOSCOPICAMENTE NO SE VEN EN LAS RADIOGRAFIAS (11).

HA HABIDO CONTROVERSIA EN CUANTO AL MANEJO DE LA ULCERA PEPTICA. EN EL AÑO DE 1881 SE REALIZO LA PRIMERA GASTROYEYUNOSTOMIA POR ANTON-WOLFER, PROSIGUIENDO EN EL AÑO 1886 LA PRIMERA PILOROPLASTIA POR HEINEKE-MIKULICZ, EVOLUCIONANDO HACIA OTRAS TECNICAS QUIRURGICAS COMO LA VAGOTOMIA TRONCULAR EN EL AÑO DE 1943 POR DRAGSTEDT-OWENS, ANTRECTOMIA CON VAGOTOMIA EN EL AÑO DE 1957 POR FORME-SMITHWICK Y VAGOTOMIA DE CELULAS PARIETALES EN 1969 POR JOHNSTON-WIKINSON (6).

CON EL ADVENIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA TALES COMO CIMETIDINA, RANITIDINA, OMEPRAZOL, PIRENZEPINA, PROSTAGLANDINAS Y METOCLOPRAMIDA, EL MANEJO DE LA ULCERA PEPTICA CAMBIO (7)

LA CURACION DE LA ULCERA PEPTICA CON BLOQUEADORES H2 CON TRATAMIENTO POR SEIS SEMANAS ES DEL 80% AL 90%, PERO LAS RECAIDAS EN PERIODOS DE DOCE MESES ES DEL 25% AL 30% (7, 8).

LAS INDICACIONES QUIRURGICAS ESTAN RESERVADAS BASICAMENTE PARA LAS COMPLICACIONES DE LA ULCERA PEPTICA, TALES COMO: 1. HEMORRAGIA, LA CUAL OCURRE EN APROXIMADAMENTE EL 20% DE LOS PACIENTES CON ULCERA DUODENAL, PUDIENDO HABER UNA RECURRENCIA DE SANGRADO EN CERCA DEL 40% DE LOS PACIENTE CON UNA HEMORRAGIA INICIAL. EN MUCHOS PACIENTES LA HEMORRAGIA DE UNA ULCERA PEPTICA RESPONDE A TRATAMIENTO MEDICO.

2. OBSTRUCCION AL VACIAMIENTO GASTRICO OCURRE EN 2% AL 4% DE LOS PACIENTES ADMITIDOS AL HOSPITAL CON ULCERA PEPTICA.

3. FALLA A RESPUESTA SATISFACTORIA AL TRATAMIENTO MEDICO REQUIERE CONSIDERACION PARA CIRUGIA.

4. PERFORACION LIBRE DENTRO DE LA CAVIDAD PERITONEAL OCURRE EN APROXIMADAMENTE EL 6% DE LOS PACIENTES CON ULCERA, OCURRE HEMORRAGIA SIMULTANEA EN CERCA DEL 10% DE ESTOS PACIENTES (3).

ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN EL CIERRE PRIMARIO DE LA PERFORACION (1). PERO ESTUDIOS MAS RECIENTES HAN AUMENTADO LA EXPERIENCIA EN ESTE PUNTO REALIZANDO CON EXITO LA VAGOTOMIA PROXIMAL GASTRICA EN PACIENTES CON ULCERA DUODENAL COMPLICADA POR PERFORACION, SANGRADO O ESTENOSIS PILORICA (12, 13, 14).

LA VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL PUEDE SER REALIZADA TAN SEGURA Y EFICAZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE URGENCIA POR ULCERA PERFORADA COMO EN PACIENTES OPERA--

DOS ELECTIVAMENTE (9). LA VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL TIENE UN RANGO DE MORTALIDAD EN CIRUGIA ELECTIVAS DE CERCA DEL 0.3% (9, 15).

LA INCIDENCIA DE ULCERACION RECURRENTE ESTA FUERTEMENTE INFLUENCIADA POR LA HABILIDAD INDIVIDUAL DEL CIRUJANO (9).

REVISANDO LAS TRES CIRUGIAS MAS UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA NOS ENCONTRAMOS QUE:

1. LA VAGOTOMIA CON ATRECTOMIA TIENE UNA MORTALIDAD DEL 2%, UNA RECURRENCIA MENOR DEL 5% Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL 30%.
2. LA VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA TIENE UNA MORTALIDAD DEL 1%, UNA RECURRENCIA DEL 6% Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL 15% AL 20%.
3. LA VAGOTOMIA DE CELULAS PARIETALES TIENE UNA MORTALIDAD MENOR AL 1%, UNA RECURRENCIA DEL 12% Y EFECTOS SECUNDARIOS MENOR AL 5% (6).

ANALIZANDO LO ANTERIORMENTE DESCRITO DECIDIMOS REALIZAR UNA REVISION DE NUESTROS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CON DIAGNOSTICO DE ULCERA PEPTICA, DADA QUE ESTA PATOLOGIA ES MUY FRECUENTE EN NUESTRA SOCIEDAD NOS INTERESA SABER LO QUE ESTAMOS REALIZANDO A ESTE TIPO DE PACIENTES EN CUANTO A SU MANEJO QUIRURGICO Y VALORAR LOS METODOS DIAGNOSTICOS QUE ESTAMOS UTILIZANDO PARA SU DETECCION Y SU EFECTIVIDAD EN CUANTO AL DIAGNOSTICO.

MATERIAL Y METODOS

FUERON ESTUDIADOS TODOS LOS PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA CON DIAGNOSTICO DE ULCERA PEP--TICA DE JUNIO DE 1985 A NOVIEMBRE DE 1987.

LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON:

1. ULCERA DUODENAL COMPROBADA RADIOLOGICAMENTE O EN--DOSCOPICAMENTE.
2. ESTENOSIS PILDRO-DUODENAL BENIGNA CON O SIN ULCERA EVIDENTE.
3. PERFORACION GASTRICA O DUODENAL NO NEOPLASICA.
4. HEMORRAGIA GASTRODUODENAL CON DEMOSTRACION O NO POR ENDOSCOPIA DE PROCESO ULCEROSO EN AUSENCIA DE VARI--CES ESOFAGICAS.
5. COMPROBACION TRANSOPERATORIA DE LAS ANTERIORES.

LOS PARAMETROS VALORADOS FUERON: LA FRECUENCIA --POR EDAD Y SEXO, ANTECEDENTES, CUADRO CLINICO, DATOS --MAS IMPORTANTES DE LABORATORIO Y GABINETE, INDICACION --QUIRURGICA, LOCALIZACION DE LA ULCERA, TIPOS DE CIRUGIA REALIZADAS Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS CONSIDERAN--DO LOS 30 DIAS POSTQUIRURGICOS.

RESULTADOS

SE ESTUDIARON UN TOTAL DE 20 PACIENTES CON EDAD --
COMPRENDIDA ENTRE 21 Y 87 AÑOS CON UNA EDAD PROMEDIO --
DE 50 AÑOS, MASCULINOS 16 Y FEMENINOS 4, DANDONOS UNA --
RELACION MASCULINO:FEMENINO 4:1 (CUADRO #1).

ENTRE LOS ANTECEDENTES EL MAS FRECUENTE ENCONTRADO
FUE EL TABAQUISMO CON 80%, SIGUIENDOLE EN FRECUENCIA --
EL ALCOHOLISMO CON 65% Y DIABETES MELLITUS EN UN 10%.

DOS DE NUESTROS PACIENTES HARIAN SIDO PREVIAMENTE
INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE POR PATOLOGIA ULCEROSA.

TODOS NUESTROS PACIENTES SON DE NIVEL SOCIOECONO--
MICO BAJO DADO QUE NUESTRO HOSPITAL ES DE BENEFICIENCIA
(CUADRO #2).

EL SINTOMA PRINCIPAL FUE EL DOLOR EL CUAL LO EN--
CONTRAMOS EN EL 95% DE LOS PACIENTES, SIGUIENDO EN FRE--
CUENCIA EL VOMITO CON 80%, NAUSEA 75% Y PIROSIS EN 60%
(CUADRO #3).

EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO ENCONTRAMOS LEUCO--
CITOSIS EN UN 35%, HIPOPROTEINEMIA EN 15% Y ANEMIA EN --
UN 10%.

SE REALIZO ENDOSCOPIA A 17 PACIENTES SIENDO POSI--
TIVA PARA ULCERA EN 15 PACIENTES Y EN DOS FUE DIAGNOS--
TICO FALSO DE CARCINOMA. SERIE GASTRODUODENAL SE REA--
LIZO A 14 PACIENTES, SIENDO TODAS POSITIVAS PARA ULCERA
PEPTICA (CUADRO #5).

LA INDICACION QUIRURGICA MAS FRECUENTE FUE OBSTRUCCION PILORICA CON UN 35%, SIGUIENDO EN FRECUENCIA PERFORACION CON UN 25%, SANGRADO 10% Y NEOPLASIA 5% (CUADRO #6).

LA LOCALIZACION DE LA ULCERA SE ENCONTRO EN EL BULBO DUODENAL EN EL 50% DE LOS CASOS, EN PILORO 30% Y ESTOMAGO 20% (CUADRO #7).

LOS TIPOS DE CIRUGIA REALIZADOS FUERON VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA EN UN 40%, VAGOTOMIA CON ANTRECTOMIA 40%, A UN PACIENTE SE LE REALIZO FUNDUPLICACION, ULCERA PERFORADA 15% Y VAGOTOMIA SUPRASELECTIVA 5% (CUADRO 8 Y 9).

EL 70% DE LAS CIRUGIAS REALIZADAS FUERON ELECTIVAS Y EL 30% FUERON DE URGENCIA, DE ESTAS ULTIMAS 5 CIRUGIAS FUERON POR PERFORACION Y UNA POR SANGRADO.

EN EL TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO, EL TIEMPO PROMEDIO DE SONDA NASOGASTRICA FUE DE 4 DIAS Y EL DE AYUNO FUE DE 3 DIAS, SOBRESALIENDO QUE EN LA VAGOTOMIA SUPRASELECTIVA NO SE UTILIZO SONDA NASOGASTRICA Y EL TIEMPO DE AYUNO FUE DE 1 DIA.

EN TRES PACIENTES SE PRESENTARON COMPLICACIONES, A UNO SE LE REALIZO VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA DESARROLLANDO OBSTRUCCION EN EL SITIO DE LA PLASTIA SIENDO ESTA POR FALLA TECNICA, A LOS OTROS DOS PACIENTES SE LES REALIZO VAGOTOMIA CON ANTRECTOMIA, UNO DE LOS CUALES TUVO OBSTRUCCION DE LA BOCA ANASTOMOTICA Y EL OTRO

HEMORRAGIA Y SEPSIS.

TUVIMOS UNA DEFUNCION CUYA CAUSA NO FUE DEBIDA A LA CIRUGIA SINO AL ESTADO PREVIO QUE PRESENTABA EL PACIENTE YA QUE AL INTERVENIRLO QUIRURGICAMENTE POR UN SANGRADO ACTIVO DE ULCERA GASTRICA SECUNDARIO A SEPTICEMIA.

COMENTARIOS

LA FRECUENCIA MAYOR DE ULCERA PEPTICA EN NUESTRO MEDIO FUE A LA EDAD DE 50 ANOS, PREDOMINA EN EL SEXO MASCULINO, LO CUAL SE CORRELACIONA CON LO OBTENIDO EN OTRAS SERIES.

ADEMAS TAMBIEN SE COMPROBO QUE EL TABAQUISMO SIGUE SIENDO UN FACTOR IMPORTANTE EN LA PRODUCCION DE ULCERA PEPTICA; RELACIONANDOSE EN MENOR FRECUENCIA, PERO TAMBIEN DESEMPEÑANDO UN PAPEL IMPORTANTE EL ALCOHOLISMO.

EL SINTOMA PRIMORDIAL LO SIGUE CONSTITUYENDO EL DOLOR, EL CUAL LO ENCONTRAMOS EN TODOS NUESTROS PACIENTES A EXCEPCION DE UNO. SE ENCONTRARON SIGNOS DE PERITONITIS EN CUATRO PACIENTES LOS CUALES TODOS PRESENTABAN PERFORACION DE LA ULCERA.

LOS DATOS DE LABORATORIO NO NOS BRINDARON GRAN AYUDA EN EL DIAGNOSTICO DE ULCERA PEPTICA, SOLAMENTE EN LOS CASOS DE PERFORACION ENCONTRAMOS LEUCOCITOSIS.

LA ENDOSCOPIA NOS DIO UNA POSITIVIDAD DEL 88% DANDONOS DOS FALSOS DIAGNOSTICOS DE CARCINOMA, EN CAMBIO -- EL ESTUDIO RADIOLOGICO POR MEDIO DE LA SERIE GASTRODUODENAL EL CUAL SE REALIZO A 14 PACIENTES NOS DIO UNA -- EFECTIVIDAD DIAGNOSTICA DEL 100%.

LA LOCALIZACION DE LA ULCERA EN NUESTRO MEDIO SI -- QUE SIENDO MAS FRECUENTE EN EL DUODENO, LOCALIZANDOSE -- SOLAMENTE EN 4 PACIENTES LA ULCERA EN EL ESTOMAGO, DE -- LAS CUALES 3 SE ENCONTRARON EN LA CURVATURA MENOR Y UNA EN LA MAYOR.

LOS TIPOS DE CIRUGIA MAS UTILIZADOS FUERON VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA CUYA INDICACION QUIRURGICA PRIN -- CIPAL FUE LA OBSTRUCCION PILORICA Y LA FALLA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO Y LA VAGOTOMIA CON ANTRECTOMIA CUYA INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL FUE LA OBSTRUCCION PILORICA.

DE LOS CINCO PACIENTES QUE TUVIERON ULCERAS PER -- FORADAS A TRES SE LES REALIZO CIERRE PRIMARIO DE LA ULCERA, A OTRO SE LE REALIZO VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA Y A UNO MAS SE LE EFECTUO VAGOTOMIA CON ANTRECTOMIA, -- TODOS PRESENTARON UNA EVOLUCION SATISFACTORIA, DANDONOS ADEMAS BUENOS RESULTADOS COMO LOS DESCRITOS POR ALGUNOS AUTORES EN CASOS DE PACIENTES SELECCIONADOS ADECUADA -- MENTE PARA SER SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS -- MAS DEFINITIVOS CON MENOR INDICE DE RECURRENCIA PARA LA ULCERA.

LA INDICACION QUIRURGICA EN LA VAGOTOMIA SUPRASE --

LECTIVA FUE FALLA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO.

EN LA ACTUALIDAD NUESTROS PACIENTES OPERADOS SE --
ENCUENTRAN CON BUENA EVOLUCION, AUNQUE EL PERIODO POST-
OPERATORIO ES CORTO COMO PARA PODER EVALUAR ADECUADA--
MENTE EL RESULTADO DEFINITIVO.

DEBEMOS DE TOMAR EN CUENTA LA INDICACION QUIRURGI--
CA PARA ELEGIR EL TIPO DE CIRUGIA A REALIZAR Y EL ESTA-
-DO EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA CI-
RUGIA, DEBIENDO INDIVIDUALIZAR CADA PROCEDIMIENTO QUI--
RURGICO DE ACUERDO A CADA CASO EN PARTICULAR.

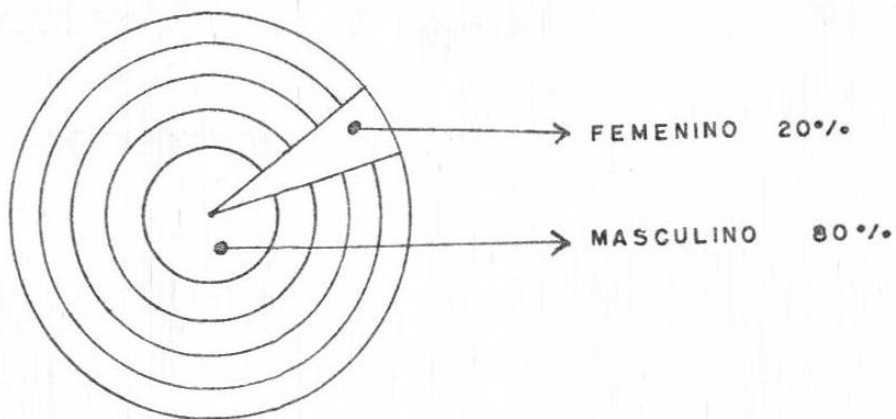
CUADRO I

TOTAL DE PACIENTES 20

EDAD 21 - 87 ANOS PROMEDIO 50 AÑOS

MASCULINOS 16 PACIENTES 80 %

FEMENINOS 4 PACIENTES 20 %



C U A D R O 2

ANTECEDENTES

TABAQUISMO	16 PACIENTES	80 %
ALCOHOLISMO	13 PACIENTES	65 %
DIABETES	2 PACIENTES	10 %
CIRUGIAS PREVIAS		
POR ULCERA	2 PACIENTES	10 %
NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO		

C U A D R O 3

C U A D R O C L I N I C O

DOLOR	19 P A C I E N T E S	95 %
VOMITO	16 P A C I E N T E S	80 %
NAUSEA	16 P A C I E N T E S	75 %
PIROSIS	12 P A C I E N T E S	60 %
↓ PESO	11 P A C I E N T E S	55 %
MELENA	10 P A C I E N T E S	50 %
HEMATEMESIS	6 P A C I E N T E S	30 %
PERITONITIS	4 P A C I E N T E S	20 %

CUADRO 4

LABORATORIO

LEUCOCITOSIS	7 PACIENTES
HIPOPROTEINEMIA	3 PACIENTES
ANEMIA	2 PACIENTES

C U A D R O 5

GABINETE

ENDOSCOPIA	17	PACIENTES	
POSITIVA	15	PACIENTES	80%
NO SE REALIZO	3	PACIENTES	
DIAGNOSTICO CARCINOMA	2	PACIENTES	

RAYOS X

SGD	14	PACIENTES	
POSITVA	14	PACIENTES	100%

1020091106

CUADRO 6

INDICACION QUIRURGICA

OBSTRUCCION PILORICA	7	PACIENTES
PERFORACION	5	PACIENTES
FALLA A TRATAMIENTO MEDICO	5	PACIENTES
SANGRADO	2	PACIENTES
NEOPLASIA	1	PACIENTE

CUADRO 7

LOCALIZACION DE LA ULCERA

DUODENO		10 PACIENTES	50 %
PILORO		6 PACIENTES	30 %
ESTOMAGO		4 PACIENTES	20 %
CURVATURA	MENOR	3 PACIENTES	
CURVATURA	MAYOR	1 PACIENTES	

CUADRO 8

VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA	8 PACIENTES	40 %
VAGOTOMIA CON ANTRECTOMIA	8 PACIENTES	40 %
CIERRE PRIMARIO	3 PACIENTES	15 %
VAGOTOMIA SUPRASELECTIVA	1 PACIENTE	5 %

C U A D R O 9

	OBSTRUCCION	FALLA A TAX. MEDICO	SANGRADO	PERFORACION
VAGOTOMIA - PILOROPLASTIA	3	3	1	1
VAGOTOMIA - ANTRECTOMIA	6	1	1	1
CIERRE PRIMARIO	-	-	-	3
VAGOTOMIA SUPRASELECTIVA	-	1	-	-

B I B L I O G R A F I A

1. SCHWARTZ, S.I., SHIRES, G.T., SPENCER, F.C., - -
STORER, E.H., EDITORS: PRINCIPLES OF SURGERY, -
1979, MC GRAW-HILL BOOK COMPANY, PP 1127-1153.
2. SABISTON, D.C., ET. AL, EDITORS: TRATADO DE PA-
TOLOGIA QUIRURGICA DE DAVIS-CHRISTOPHER, 1981, - -
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V., PP
879-908
3. PETERSDORF, R.G., ET. AL, EDITORS: HARRISONS -
PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE, 1983, MC GRAW--
HILL INTERNATIONAL BOOK COMPANY, PP 1697-1712.
4. HARDY, J.D., ET. AL, EDITORS: HARDYS TEXTBOOK
OF SURGERY, 1983, J.B. LIPPINCOTT COMPANY, - --
PHILADELPHIA, PP 502-516.
5. DUNPHY, J.E., ET. AL, EDITORS: DIAGNOSTICO Y --
TRATAMIENTO QUIRURGICOS, 1979, EDITORIAL EL MA--
NUAL MODERNO, S.A., PP 535-549.
6. WOODWARD, E.R. THE HISTORY OF VAGOTOMY, AM.J. -
SURG. 1987, 153:9-17.
7. MORALES, P.M., ULCERA PEPTICA: UN PUNTO DE VIS-
TA MEDICO, REV. GASTROENTEROL. MEX., 1986, - --
51:4, 237.
8. HURTADO, H.A., ULCERA PEPTICA: UN PUNTO DE VIS-
TA QUIRURGICO. REV. GASTROENTEROL. MEX., 1986,
51:4, 247
9. CHOI, S., ET. AL, PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY IN -
EMERGENCY PEPTIC ULCER PERFORATION. SURG. - --
GYNECOL. OBSTET., 1984, 133:111-137

- ULCER. N. ENGL. J. MED. 1982, 307:9, 550-551.
11. BEESON, P.B., MC. DERMOTT, W.. EDITORES: TRATADO DE MEDICINA INTERNA. 1978. EDITORA IMPORTECNICA, S.A. PP 1426-1450.
 12. SAWYERS, J.L., AND HERRINGTON, J.L., JR. PERFORATED DUODENAL ULCER MANAGED BY PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY AND SUTURE PPLICATION. ANN. SURG., - - 1979, 186:656-660.
 13. BOEY, J., LEE, N.W., KOO, J., AND OTHERS. IMMEDIATE DEFINITIVE SURGERY FOR PERFORATED DUODENAL ULCERS. ANN. SURG., 1982, 196:338-344.
 14. JORDAN, P.H. JR. PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY WITHOUT DRAINAGE FOR TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCER. GASTROENTEROLOGY, 1982, 83:179-183.
 15. SAWYERS, J.L., HERRINGTON, J.L. AND BRUNNEY, D.P. PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY COMPARED WITH VAGOTOMY AND ANTRECTOMY AN SELECTIVE GASTRIC VAGOTOMY AND PTLOROPLASTY. ANN. SURG., 1977, 186:510-517.

