

# ULCERA GASTRODUODENAL

(PEPTIC ULCER DISEASE)

Revista Médica Sinergia  
ISSN 2215-4523  
Vol.1 Num:7  
Julio 2016 pp:10- 13

\* Rocío Arias Silva

## RESUMEN

Úlcera péptica es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial.

Su fisiopatología es compleja y multifactorial. Aproximadamente el 85% se deben a la bacteria *H. pylori*. El desarrollo de la enfermedad es representado por un desbalance entre daño crónico inflamatorio, secreción ácido y defensa de la mucosa.

El síntoma pivote es el dolor epigástrico descrito como quemante, inclusive en ocasiones como una estaca. La mayoría de pacientes refiere que es peor en horas de la mañana que mejora con antiácidos.

La evaluación de los pacientes con sospecha de úlcera péptica por lo general implica la endoscopia, que es el método a elección para el diagnóstico.

El tratamiento actual en caso de úlcera péptica involucra una combinación de un fármaco inhibidor de la bomba de protones con antibióticos.

## DESCRIPTORES

Úlcera péptica, *Helicobacter pylori*, anti ácidos, dolor epigástrico, endoscopia.

## SUMMARY:

Peptic ulcer is one of the public health problems worldwide.

Its pathophysiology is complex and multifactorial. Approximately 85% are due to *H. pylori*. The development of the disease is represented by an imbalance between chronic inflammatory damage, acid secretion and mucosal defense.

The pivot symptom epigastric pain is described as burning, sometimes even as a stake. Most patients report worse in the morning that gets better with antacids.

The evaluation of patients with suspected peptic ulcer usually involves endoscopy, which is the method of choice for diagnosis.

Current treatment of peptic ulcer in case involves a combination of an inhibitory drug proton pump with antibiotics.

## KEYWORDS

Peptic ulcer, *Helicobacter pylori*, anti-acids, epigastric pain, endoscopy.

\*Médico General.  
Universidad de Ciencias  
Médicas (UCIMED). San  
José- Costa Rica.

## INTRODUCCION

Úlcera péptica es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial. En diferentes revisiones se menciona que cada año aumenta la cifra en 300mil nuevos casos y se le atribuyen 10.000 casos de mortalidad a causa de la enfermedad. Es la causa más común de sangrado digestivo alto, alcanzando un 40%. En realidad, no hay una clara predilección racial, pero si hay un importante componente genético involucrado.

## FISIOPATOLOGIA

Su fisiopatología es compleja y multifactorial. Aproximadamente el 85% se deben a la bacteria *H. pylori*. El desarrollo de la enfermedad es representado por un balance ente daño crónico inflamatorio, secreción ácido péptico y defensa de la mucosa (la cual se hace defectuosa al estar infectada).

- *Helicobacter Pylori*: es una bacteria en forma de espiral con flagelo polar y se transmite de persona a persona. Hay estudios que indican que se puede adquirir desde la infancia y estar asintomáticos; y que su transmisión está asociada a un evento de gastroenteritis, más si estuvo asociada a vomito. En la mitad de la población con dispepsia sin ulceración, va a presentar un proceso infeccioso activo.
- Anormalidades en la secreción ácida gástrica: para la formación de la úlcera depende de 2 factores el ácido gástrico y la pepsina. En personas con úlcera péptica tienen niveles mayores de ácido que personas sin patología. Hay dos propuestas a que

esto suceda: aumento de células parietales o a mayor sensibilidad a la gastrina circulante. También es una consecuencia directa de la infección por *H. pylori*.

- Problemas de defensa de la mucosa: los pacientes con úlceras duodenales se han demostrado tener significativamente menor secreción de bicarbonato basal en el duodeno proximal que los sujetos normales. Además, de que la bacteria *H. pylori* provoca hipergastrinemia, que empeora el cuadro clínico.
- Factores ambientales: antiinflamatorios no esteroideos, fumado activo.

## DIAGNOSTICO

El síntoma pivote es el dolor epigástrico descrito como quemante, inclusive en ocasiones como una estaca. La mayoría de pacientes refiere que es peor en horas de la mañana que mejora con antiácidos.

Hay que tener en cuenta diagnósticos diferenciales, como por ejemplo, dispepsia no ulcerativa, neoplasia gástrica, colelitiasis y otras enfermedades biliares.

La evaluación de los pacientes con sospecha de úlcera péptica por lo general implica la endoscopia, que es el método a elección para el diagnóstico. Permite la realización de biopsia del esófago, el estómago y el duodeno. A nivel endoscópico, los bordes son por lo general demarcados y la base de la úlcera es a menudo limpia y lisa, aunque las úlceras agudas y aquellos con hemorragia reciente pueden demostrar escaras o exudado adherente. La localización más frecuente de la úlcera

péptica es la primera porción del duodeno, raro en la segunda porción. Si hay úlceras en la tercera y cuarta porción del duodeno es inusual y se sospecha de un gastrinoma.

En presencia de una úlcera duodenal se debe realizar biopsia de la mucosa para demostrar la presencia de *H. pylori* y dar terapia subsiguiente. La úlcera puede extenderse por una variable distancia a través de la pared del duodeno, incluso en todo el espesor del intestino en los casos de perforación.

## TRATAMIENTO

### Médico

La infección de por *H. pylori* es de por vida. La curación espontánea de la mucosa infectada es muy rara, que ocurre en menos del 0,5% de los pacientes. El tratamiento actual en caso de úlcera péptica involucra una combinación de un fármaco inhibidor de la bomba de protones con antibióticos. Un gran número de regímenes de fármacos se han descrito, pero los protocolos de tratamiento más ampliamente usados combinan un inhibidor de la bomba de protones, por lo general Omeprazol, con dos antibióticos, por lo general la Claritromicina y Metronidazol. Esto se administra la terapia triple durante 7 o 14 días. Esta terapia tiene tasas de erradicación de más de un 90%.

- Antagonistas receptores de histamina: se utiliza como sustituto del inhibidor de bomba de protones, a la hora de prolongar el tratamiento para evitar recidivas de úlcera.
- Inhibidor de bomba de protones: parte principal del tratamiento para úlcera péptica. Las comparaciones

directas con los receptores antagonistas H<sub>2</sub> generalmente han favorecido al omeprazol en términos de alivio del dolor y la tasa de curación de la úlcera.

- Sucralfato: provoca una barrera protectora a nivel de la mucosa gástrica y regenera la mucosa de la úlcera. Sin embargo, no hay método de almacenamiento y no se produce absorción sistémica. Se puede utilizar en embarazo.

### Quirúrgico

Se reserva para tratamiento de complicaciones de la enfermedad. Las tres complicaciones más comunes y que constituyen las indicaciones para la úlcera péptica cirugía de la hemorragia, perforación y obstrucción. Hay 3 procedimientos que se pueden realizar, pero que han ido disminuyendo la cantidad de este tipo de procedimientos quirúrgicos, los cuales son: vagotomía Truncal, vagotomía Proximal y antrectomía.

Con la vagotomía se pretende inhibir la secreción ácida de células parietales a nivel de antro gástrico. Debido a que la denervación impide la coordinación del píloro y puede resultar en el deterioro del vaciado gástrico debe ser combinado con un procedimiento para eliminar la función del esfínter pilórico, usualmente piloroplastia. .

## COMPLICACIONES

Sus complicaciones son tres:

- **Perforación:** ocurre en un 10% de los pacientes. Su sintomatología es un dolor importante a nivel epigástrico permanente que empeora conforme transcurre el tiempo. Al

examen físico, disminución de ruidos intestinales y presentar datos de irritación peritoneal. Las radiografías de tórax revelan neumoperitoneo. La tomografía axial computarizada del abdomen es muy sensible para demostrar si hay perforación y neumoperitoneo. Para tratamiento, perforación gástrica es una de las indicaciones de cirugía en la mayoría de las circunstancias.

- **Obstrucción:** puede ser agudo o crónico. La obstrucción aguda es causada por el edema y la inflamación asociada con úlceras en el canal pilórico y la primera porción del duodeno. Con sintomatología de vómitos recurrentes, deshidratación y alcalosis hipoclorémica debido a la pérdida de gástrico secreciones. Se trata con sonda nasogástrica, rehidratación, e intravenosa administración de agentes antiseoretos o inhibidor de bomba de protones. En la mayoría de los casos, la obstrucción aguda se resuelve con este tipo de medidas de apoyo dentro de las 72 horas. La endoscopia superior está indicada para confirmar la naturaleza de la obstrucción y para excluir neoplasia. Aproximadamente el 85% de

estenosis pilórica son susceptibles de dilatación con balón. El tratamiento quirúrgico de la obstrucción de la salida gástrica debe estar centrado en el alivio de la anomalía anatómica, usualmente se realiza antrectomía.

- **Sangrado:** causa principal de muerte asociado con úlcera péptica. El riesgo de hemorragia en los pacientes con duodenal úlcera que no han tenido la cirugía y que no reciben continuar terapia con medicamentos de mantenimiento se aproxima a 15 %. La mayoría de las hemorragias se producen durante el episodio inicial de ulceración o durante una recaída y los pacientes que han hemorragias anteriores tienen un mayor riesgo de sangrar de nuevo. El estudio diagnóstico e inclusive terapéutico a realizar es la endoscopia digestiva alta, efectiva en un 90% de los casos. Siempre es importante realizar una adecuada resucitación del paciente, con soluciones IV. Si el paciente está entrando en shock hipovolémico, o que requiera transfusión, si no funciona la terapia endoscópica o tiene sangrado recurrente pese a tratamiento inicial debe de llevarse a sala de operaciones.

## BIBLIOGRAFIA

- Mulholland, M, Lillemoe, K, et al. Greenfield's Surgery Scientific Principles & Practice. Quinta edición, capítulo 44. pags 699-712
- Lafferty, H; Morris, J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gastrointestinal Emergencies. (2014), 43:3, pags 161-166
- Feinman, M; Haut, E. Upper gastrointestinal Bleeding. Surg Clin N Am 94 (2014), pags 43-46

Recepción: 09 Junio de 2016

Aprobación: 20 Junio de 2016