

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Úlcera Péptica Complicada:

Conceptos Básicos

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-169-09

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

K 26.4 Úlcera de duodeno crónica con hemorragia

K 26.5 Úlcera de duodeno crónica con perforación

K 311 Estenosis hipertrófica del píloro

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Úlcera Péptica Complicada: Conceptos Básicos

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La úlcera péptica, también conocida como úlcera gastroduodenal, es una enfermedad que se caracteriza por una lesión localizada y en general única, de la mucosa del estómago (úlcera gástrica) o del duodeno (úlcera duodenal).

La úlcera péptica complicada, es el daño necrótico de la mucosa que se extiende mas allá de la *muscularis mucosae*, produciendo una lesión excavada secundaria a la acción de la pepsina y el ácido clorhídrico *acompañado de lesión a estructuras subyacentes que afectan a la función y pueden o no poner en peligro la vida.*

Hablamos de úlcera péptica complicada aguda, cuándo se compromete la vida del paciente y amerita una atención inmediata y/o de urgencia (sangrado o perforación).

La úlcera péptica complicada crónica, es aquella que se presenta en forma lenta y permite realizar un protocolo de estudio completo (obstrucción).

FACTORES DE RIESGO

La edad mayor a 60 años, la infección por *H. pylori* y el uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), son factores de riesgo para la presencia de *sangrado de la úlcera péptica*

- Pacientes con úlcera péptica y portadores de *H. pylori* ameritan tratamiento de erradicación (ver tabla 1, de anexo)
- En pacientes adultos mayores, utilizar AINES, sólo si hay una indicación clara
- Pacientes con uso prolongado de AINES dar tratamiento de protección de mucosa (IBP, Bloqueadores H₂,)

El tabaquismo, uso de cocaína y psicoestimulantes; uso de AINES y la infección por *H. pylori* son factores de riesgo para la *perforación de úlcera péptica*

- Pacientes con úlcera péptica y que sean portadores de *H. pylori*, ameritan tratamiento de erradicación

- En pacientes adultos mayores, utilizar AINES, sólo si hay una indicación clara
- Pacientes con uso prolongado de AINES dar tratamiento de protección de mucosa (IBP, Bloqueadores H₂,)
- Ofrecer consejería para evitar y/ó abandonar el tabaquismo y uso de cocaína o psicoestimulantes

La infección por *H. pylori*, recurrente o no tratada en pacientes con úlcera péptica previa, es factor de riesgo para la *obstrucción al vaciamiento gástrico*.

- Realizar la detección oportuna y tratamiento temprano de la infección por *H. Pylori*

Factores de riesgo *para re- sangrado y muerte*:

La edad mayor a 60 años, presencia de comorbilidad, cirrosis, datos de choque inicial, la continuación de sangrado después de la admisión así como la presencia de hematemesis inicial y/o hematoquezia, son factores de riesgo para presentar re-sangrado y mayor mortalidad.

Los pacientes que presenten uno ó más de los factores de riesgo ya mencionados, deben ser hospitalizados y recibir un manejo oportuno con endoscopia temprana.

DIAGNÓSTICO

(Ver algoritmo 1)

Los datos clínicos para sospechar sangrado de úlcera péptica son:

- Antecedente de enfermedad ácido-péptica con factores de riesgo asociados.
- Hematemesis (30%)
- Melena (20%)
- Hematemesis y melena juntos (50%)
- Síndrome anémico
- Hematoquezia (5%)

Los datos clínicos para sospechar perforación de úlcera péptica son:

- Antecedente de enfermedad ácido-péptica y presencia de factores de riesgo asociados:
- Dolor localizado en abdomen alto, tipo transfixivo, intenso de inicio súbito, que se exagera con los movimientos y que se irradia hacia el abdomen bajo derecho ó a hombros
- Datos de irritación peritoneal
- La presencia de choque y sepsis (fiebre, hipotensión y oliguria) acompañado de los datos anteriores sugieren fuertemente el diagnóstico de perforación

Un cuadro clínico progresivo y/ó episodios recurrentes con los siguientes datos clínicos, debe hacer sospechar de una obstrucción secundaria a úlcera péptica:

- Antecedente de enfermedad ácido-péptica
- Infección por *H. pylori* no tratada
- Desnutrición y pérdida de peso
- Vómitos postprandiales
- Alcalosis metabólica hipocloremica e hipokalemica
- Plenitud postprandial y saciedad temprana

- Distensión abdominal
- Presencia de una masa epigástrica timpánica (estomago dilatado)
- Se debe realizar el diagnóstico diferencial, con causas más comunes de obstrucción (procesos malignos)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Sangrado:

- Biometría hemática completa, urea y creatinina, niveles séricos de electrolitos, pruebas de coagulación, grupo sanguíneo y Rh; para valorar la pérdida sanguínea, comorbilidad y necesidad de uso de derivados hemáticos
- En donde se cuente con el recurso, se sugiere realizar pan endoscopia temprana (primeras 24 horas) ya que puede ser diagnóstica y terapéutica
- En caso de no contar con endoscopia y en ausencia de datos de abdomen agudo se sugiere la colocación de sonda naso gástrica con lavado gástrico con solución a la temperatura ambiente para hacer diagnóstico de sangrado activo

Perforación:

- Si se cuenta con TAC, realizar como estudio de primera elección; en caso de no contar con ella las placas simples y contrastadas con material hidrosoluble son una excelente alternativa
- Las placas simples de abdomen y tórax de pie y decúbito (o tangenciales si no se logra la bipedestación) así como una placa con deglución de material hidrosoluble son también útiles en el diagnóstico

Obstrucción:

- La pan endoscopia con toma de biopsia es el estudio ideal, para establecer el diagnóstico específico
- La serie esofagogastroduodenal es el segundo estudio de elección para el diagnóstico. Este estudio puede no diferenciar estenosis pilórica hipertrófica de un problema neoplásico o inflamatorio

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Sangrado:

- Los pacientes con datos de choque, deben recibir rápidamente fluidos para reemplazo de volumen. La transfusión de paquete globular, se debe considerar, después de una pérdida de 30% del volumen circulante. Mantener vía aérea permeable y valorar intubación para evitar bronco aspiración
- Los pacientes con sangrado por úlcera péptica deben de recibir tratamiento con inhibidor de bomba de protones: se ha comprobado que la dosis de IBP de 80mg IV en bolo, mas 8mg/hr en infusión por 72 horas, son las más costo-efectivas. Posteriormente se recomienda el uso de IBP a dosis de 20 mg dos veces al día, por 3 semanas posterior al tratamiento de erradicación de *H pylori*
- Se debe dar tratamiento de erradicación de *H. pylori*, si se corrobora la infección (ver tabla 1 de anexos)

Perforación:

- El manejo expectante se puede realizar en pacientes de bajo riesgo sin enfermedades concomitantes, que tengan serie esofagogastroduodenal (SEGD) con material hidrosoluble que no muestre fuga; pacientes en quienes no se haya demostrado la presencia de *H. Pylori*, y pacientes que no tengan deterioro clínico
- Iniciar manejo de resucitación con cristaloides, uso de antibióticos de amplio espectro IV, colocación de sonda nasogástrica (SNG) a succión e iniciar manejo de la sepsis.
- Una vez resuelta la urgencia es necesaria la búsqueda de *H. pylori* y su erradicación si procede

Obstrucción:

- Se deben de corregir las anomalías hidroelectrolíticas, el desequilibrio ácido base y mejorar el estado nutricional con el apoyo parenteral total. Tratar y estabilizar las enfermedades concomitantes
- Es necesario hacer la detección y la erradicación de *H. pylori* antes de realizar algún procedimiento de drenaje

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Sangrado (ver algoritmo 2):

- Realizar endoscopia temprana con algún método hemostático (térmico, esclerosante como polidocanol, alcohol absoluto y adrenalina o fotocoagulación por láser) en caso de un paciente sin urgencia vital.
- Se recomienda de preferencia el uso combinado de inyección de al menos 13 ml de adrenalina 1:10,000 en forma conjunta con la termocoagulación o uso de grapas, al uso de una modalidad simple
- La cirugía de emergencia está indicada cuando hay inestabilidad hemodinámica, re-sangrado o hemorragia masiva (hemotransfusión de 3 o más hemoderivados sin estabilidad hemodinámica), el tratamiento endoscópico no está disponible ó ha fallado para detener la hemorragia, así como en pacientes con úlceras de diámetro mayores a 2 cm

Perforación (ver algoritmo 3):

- Intervención quirúrgica temprana con la técnica quirúrgica disponible en la unidad, en cuanto las condiciones del paciente lo permitan
- Se sugiere la realización de procedimiento definitivo siempre que las condiciones del paciente lo permitan (ver tabla 2 de anexos). Si se cuentan con los recursos y el personal capacitado el manejo puede ser laparoscópico.
- La cirugía abierta se recomienda en: paciente inestable con perforación y sangrado simultáneo, paciente con choque a la admisión, atención tardía (más de 24 horas), paciente con comorbilidad cardiovascular o respiratoria, que comprometan la habilidad del paciente para tolerar el neumoperitoneo; pacientes con antecedente de cirugía abdominal, que pudiera dificultar el acceso seguro por laparoscopia, localización inadecuada de la úlcera (conversión de cirugía laparoscópica a abierta), perforación mayor de 6 mm (conversión de cirugía laparoscópica a abierta) y úlcera con bordes fijos ó infiltrativos (conversión de cirugía laparoscópica a abierta)

- La irrigación de la cavidad peritoneal es una de las partes más importantes de la cirugía, algunos autores recomiendan de 6 a 10 litros de solución salina y otros hasta 30 litros. Se debe irrigar los espacios supra y subhepáticos, el canal lateral así como la cavidad pélvica menor y subdiafrágica izquierda.
- Algunos autores recomiendan dejar drenaje peritoneal
- Se recomienda el uso de aspiración nasogástrica por al menos 48 horas

Obstrucción (ver algoritmo 4):

- Los pacientes con estenosis péptica que no se resuelve con tratamiento médico, ameritan manejo quirúrgico como primera opción
- En pacientes con riesgo alto para la cirugía, una alternativa de tratamiento es la dilatación endoscópica con balón

Se sugiere que la erradicación de *H. pylori*, puede estar indicada como tratamiento de primera línea en los pacientes con infección. El tratamiento de erradicación podría disminuir el riesgo de recurrencia de obstrucción, cuando esta indicada una dilatación endoscópica

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Envío a segundo nivel de atención a:

- Paciente con datos clínicos de anemia, melena o hematoquezia y antecedente de enfermedad ácido-péptica sospechar úlcera péptica sangrante, dependiendo de las condiciones del paciente se sugiere envío a segundo nivel y/o urgencias para su estudio y manejo oportuno
- Paciente con datos clínicos de enfermedad ácido-peptica, infección con *H. pylori* no tratada, desnutrición, pérdida de peso, vómitos post-prandiales, distensión, sensación de plenitud postprandial sospechar estenosis pilórica péptica. Ante estos datos se sugiere envío a segundo nivel para su estudio y manejo oportuno

Se contra referirá al primer nivel de atención una vez que el paciente se haya egresado para su vigilancia y mantenimiento de tratamiento antisecretor y/o erradicación *H. pylori* en caso de no haberse realizado procedimiento definitivo. Continuar con el tratamiento antisecretor y/o erradicación hasta el momento de su resolución definitiva

En caso de recidiva de sintomatología ácido péptica se sugiere control endoscópico con toma de biopsia por posibilidad de re-infección por *H. Pylori*. Cita de control en segundo nivel al mes, 3 meses, 6 meses y al año para vigilancia de la función gástrica

INCAPACIDAD

- Dependiendo del evento, evolución y procedimientos queda a criterio del médico Ciprofloxacina 250 mg. cada 12 horas IV

ESCALAS

Tabla 1

Tratamiento quirúrgico actual de la úlcera péptica

CUADRO 1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ÚLCERAS		
Complicación de la úlcera	Paciente grave	Paciente quirúrgico ideal
Úlcera perforada	Parche de epiplón Exceisión de la úlcera con parche de epiplón	Sólo parche de epiplón Exceisión de la úlcera con parche VT/VS-P VSSE con/sin P VT/VS + resección Billroth I/II
Úlcera con estenosis	VSS + P/GY VT/VS + P VT/VS + resección Billroth I/II	VSSE + P/GY (abierta o laparoscópica) VT/VS + P (abierta o laparoscópica) VT/VS + resección Billroth I/II
Úlcera duodenal sangrante	VT/VS + P VT/VS + resección Billroth I/II	VSSE + P (transfixión de la úlcera) VT/VS + P (transfixión) VT/VS + resección Billroth I/II
Úlcera gástrica sangrante	Transfixión/exceisión del sitio sangrante VT/VS + P + transfixión/exceisión del punto sangrante o VT/VS + resección Billroth I/II	VSSE + P (transfixión de la úlcera) VT/VS + (transfixión) VT/VS + resección Billroth I/II
Úlceras marginales después de VT-P o VT-A	Repetir VT (abdominal o transtorácica)	

VT: vagotomía troncular; VS-P: vagotomía selectiva-pilorooplastia; VSSE: vagotomía superselectiva extendida; P: pilorooplastia; VS: vagotomía selectiva; GY: gastroyeyunonastomosis; VT-A: vagotomía troncular-antrectomía.

Fuente: Hurtado-Andrade Humberto. Tratamiento quirúrgico actual de la úlcera péptica. Rev Gastroenterol Mex 2003;68(2):143-54

Tabla 2: Tratamiento de erradicación de *H. pylori*. Esquema de tratamiento de acuerdo al III Consenso Mexicano sobre *Helicobacter pylori* del 2007.

TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCION

Utilizar un triple esquema durante un periodo de 14 días

La combinación más eficaz sigue siendo: claritromicina 500mg dos veces al día; amoxicilina 1 gr dos veces al día e IBP 40 mg cada 12 hrs. (Evidencia I a)

TRATAMIENTO DE SEGUNDA ELECCION

Esquema cuádruple durante un periodo de 14 días: tinidazol 1 gr dos veces al día; tetraciclina 500mg cuatro veces al día y bismuto 525mg cuatro veces al día mas IBP 40mg dos veces al día (Evidencia I a)

TRATAMIENTO DE TERCERA ELECCION

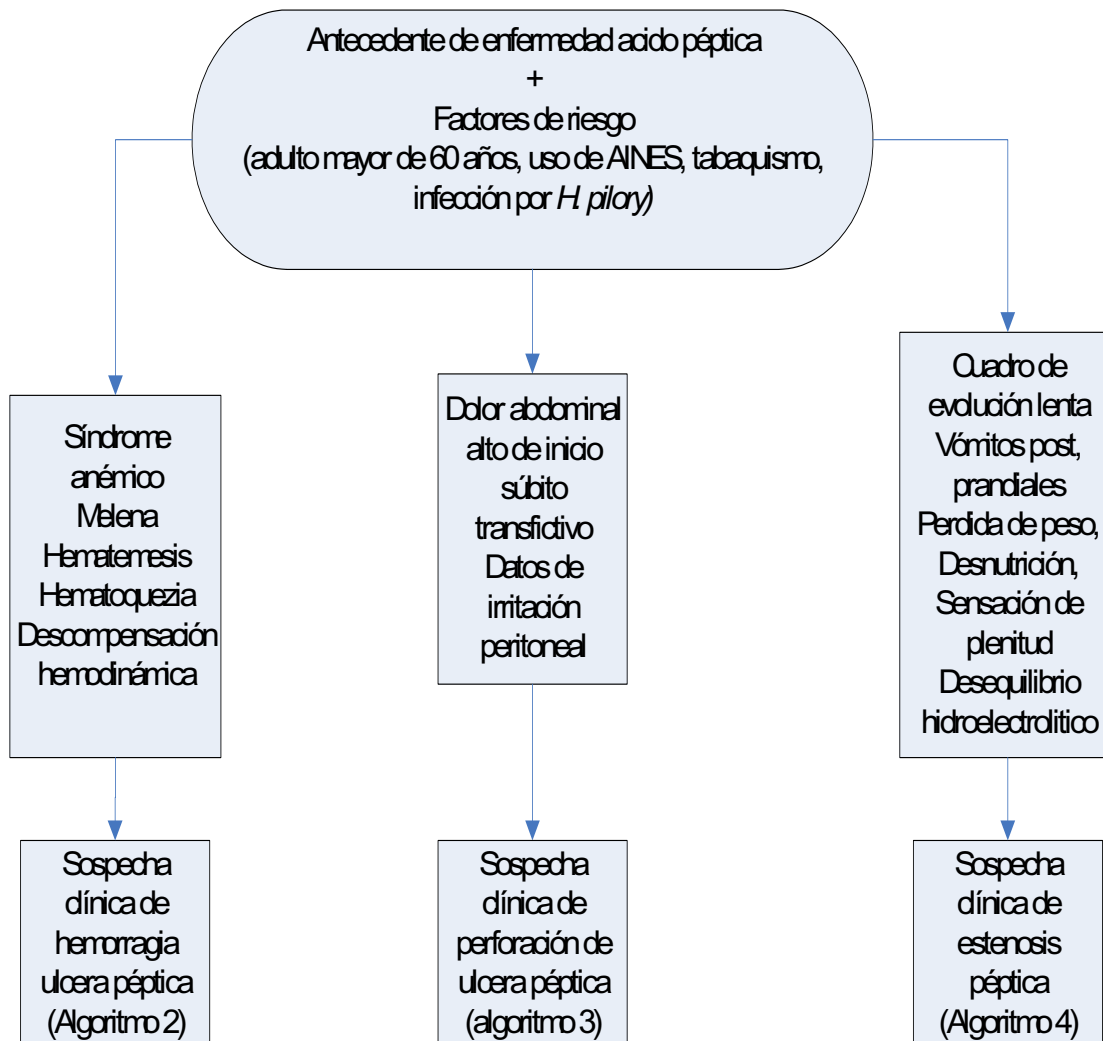
Azitromicina 500mg al día por 3 días seguidos de IBP a dosis doble con furazolidona 200mg tres veces al día durante 10 días. (Evidencia 3)

Cuando las alternativas de tratamiento han fallado, es recomendable que la elección de una tercera línea de tratamiento llamada de rescate se fundamente en el cultivo y sensibilidad de la bacteria, existen publicaciones que proponen el uso de quinolonas como parte del manejo de rescate en quienes NO responden a estos esquemas de manejo o presentan re-infección

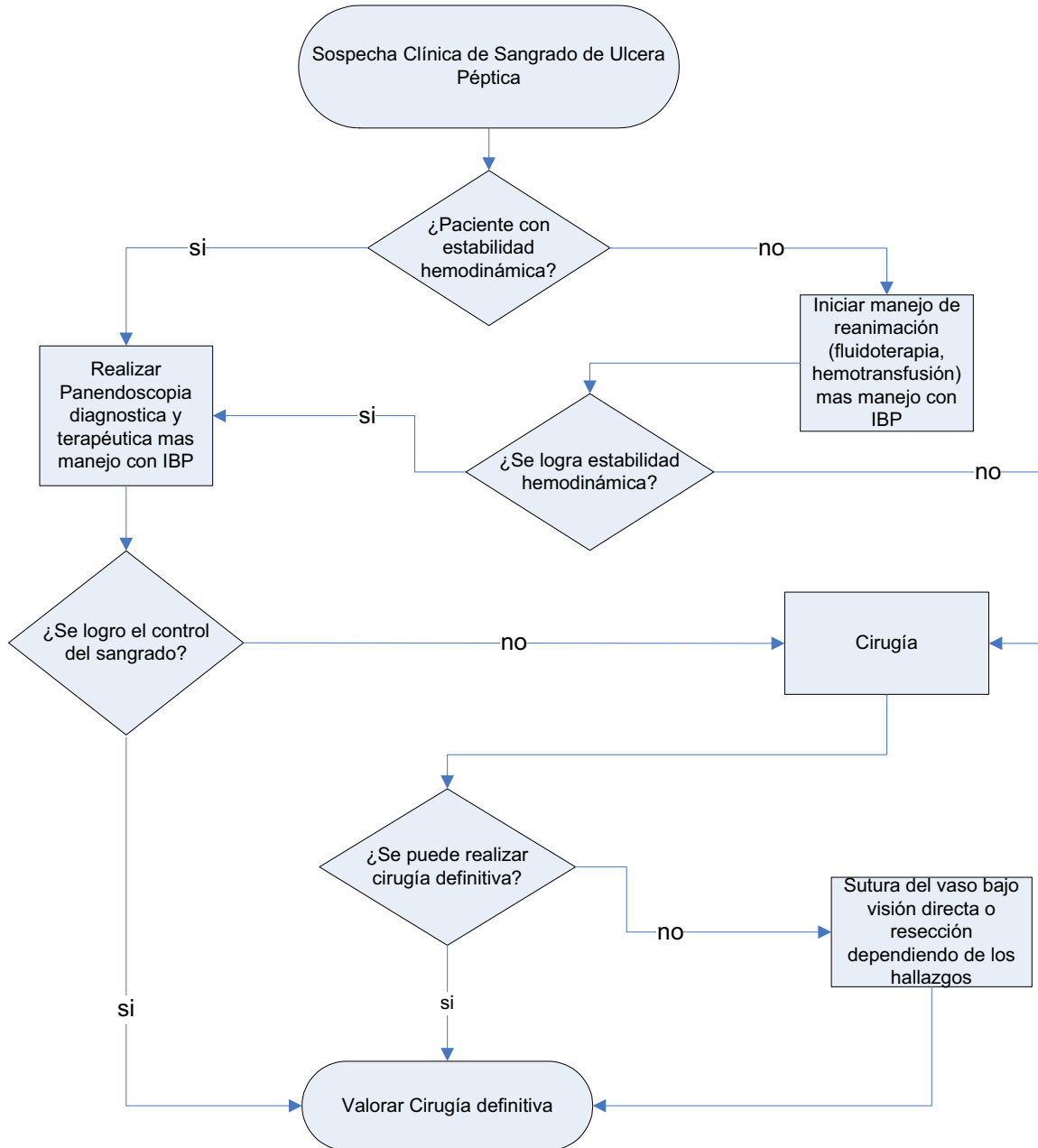
Fuente: Abdo Francis Juan Miguel, Uscanga Domínguez Luis y cols. III Consenso Mexicano sobre *Helicobacter pylori*. Rev Gastroenterol Mex 2007;72(3):136.153

Algoritmos

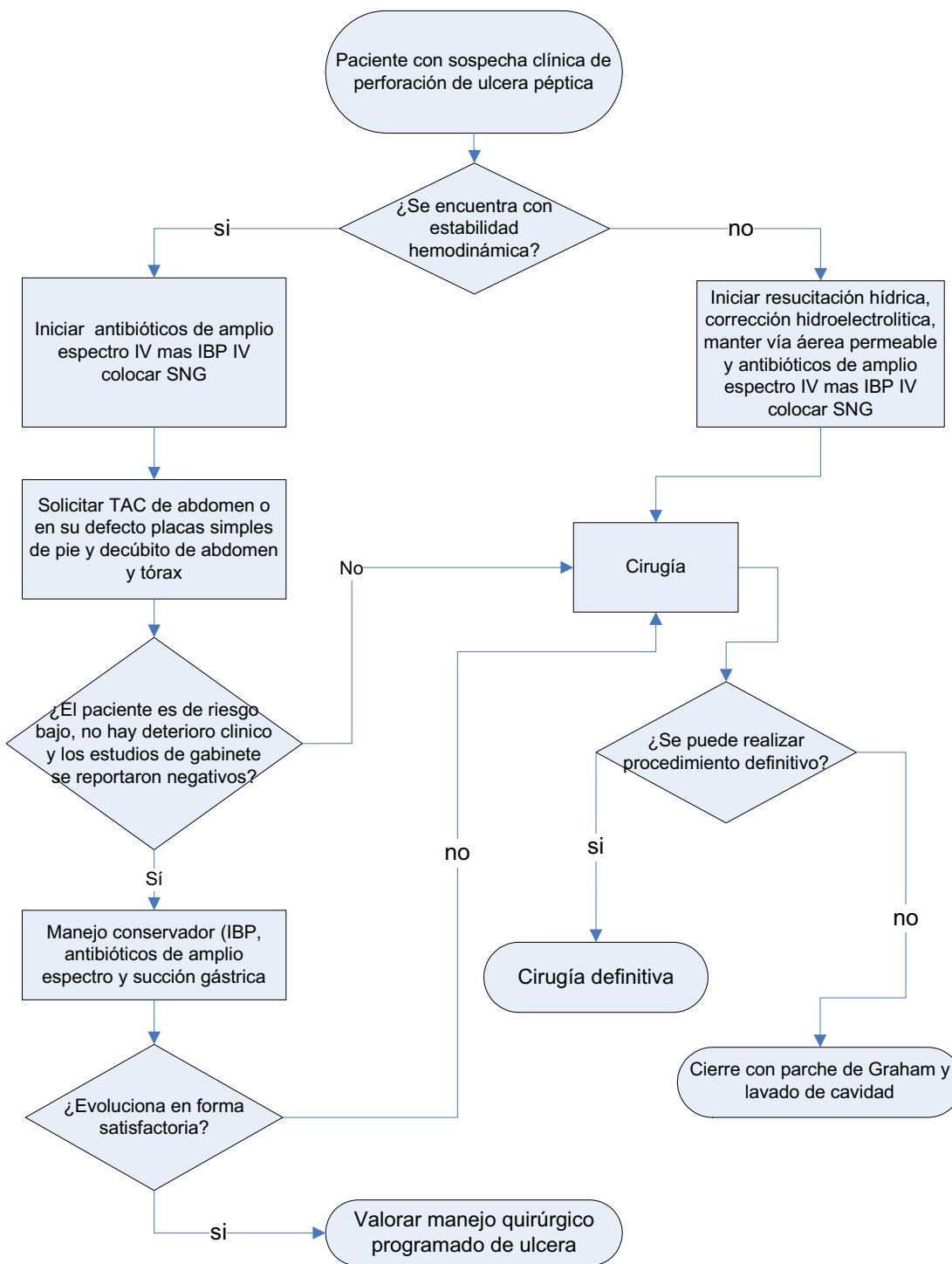
ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES DE ÚLCERA PÉPTICA



ALGORITMO 2. MANEJO DE SANGRADO DE ULCERA PÉPTICA



ALGORITMO 3. TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN DE ÚLCERA PÉPTICA



ALGORITMO 4. TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN POR ESTENOSIS PÉPTICA

