



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## TEMA: ULCERA PEPTICA Y DUODENAL

PRESENTA:

ANDRES ALONSO CANCINO GARCIA

5ºB

MEDICINA INTERNA

 UDS-Mi Universidad

 @UDS\_universidad

[www.uds.mx](http://www.uds.mx)

Mi Universidad

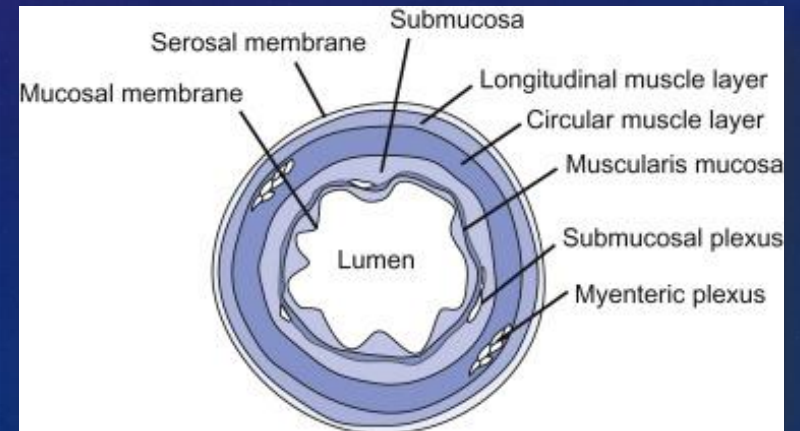
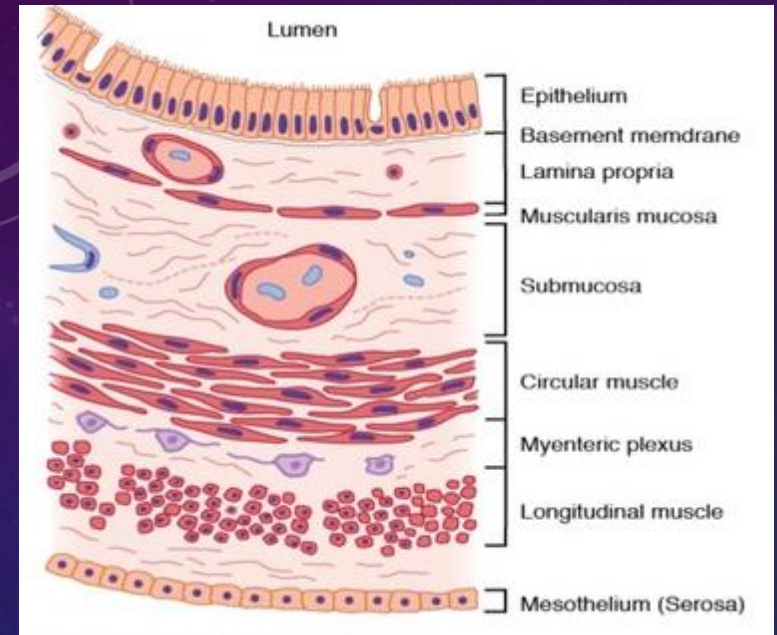
Tel. 01 800 837 86 68

# DEFINICION

Una úlcera se define como la pérdida de la integridad de la mucosa del estómago o el duodeno que produce un defecto local o excavación a causa de inflamación activa.

Las úlceras se producen en el estómago o el duodeno y con frecuencia son de naturaleza crónica.

La úlcera péptica es un defecto de la mucosa gastrointestinal que se extiende a través de la muscularis mucosae y que permanece como consecuencia de la actividad de la secreción ácida del jugo gástrico.



# EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la úlcera péptica se estima entre el 5% y el 10% de la población general (esta cifra asciende al 10%-20% si se consideran los individuos infectados por *H. pylori*).

La incidencia oscila entre el 0,1% y el 0,3%, pero llega hasta el 1% entre las personas *H. pylori* positivas.

La úlcera duodenal era 2-3 veces más frecuente en varones que en mujeres, datos epidemiológicos más recientes indican que en la actualidad su incidencia es similar en ambos sexos.

Úlcera duodenal ocurre su pico de incidencia a los 45 años.

Úlcera gástrica ocurre a los 55 y los 65 años y raras veces se presenta antes de los 40 años de edad.



## **Cuadro 15-7** Etiología de la enfermedad ulcerosa péptica y enfermedades asociadas

### **CAUSAS MÁS FRECUENTES**

*H. pylori*

Antiinflamatorios no esteroideos

Úlcera por estrés

### **CAUSAS MÁS RARAS**

Hipersecreción ácida

Gastrinoma

Mastocitosis sistémica

Síndromes mieloproliferativos con basofilia

Hiperplasia/hiperfunción de las células G antrales

Infecciones virales: virus del herpes simple de tipo 1, citomegalovirus

Otras posibles infecciones

Obstrucción duodenal (anillo congénito, páncreas anular)

Insuficiencia vascular (cocaína)

Radiación

Quimioterapia (vía arteria hepática)

Amiloidosis de tipo III

Síndrome de Neuhauser (temblor-nistagmo-úlceras)

Porfiria cutánea *tarda* (forma familiar)

Idiopática

## **ETIOLOGIA**

Las cuatro causas fundamentales de la enfermedad ulcerosa: infección por *H. pylori*, consumo de AINE, hipersecreción gástrica (con el síndrome de Zollinger-Ellison) y enfermedades de la propia mucosa gastroduodenal.



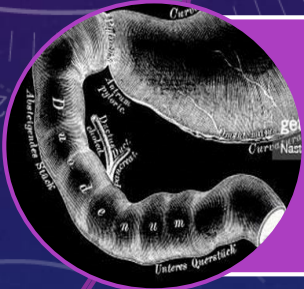
# ANATOMÍA PATOLÓGICA

La lesión ulcerosa consiste en una pérdida de sustancia localizada de la mucosa y, en grado variable, de las restantes capas de la pared gástrica o duodenal.



La úlcera gástrica suele ser única, redondeada u oval, aunque puede ser lineal, y su diámetro es, en general, menor de 3 cm.

Se localiza a lo largo de la curvatura menor, cerca de la incisura angular, en la unión del cuerpo con el antro gástrico.



La úlcera duodenal suele tener menos de 2 cm de diámetro y en más del 90% de los casos se localiza en el bulbo duodenal, con mayor frecuencia en la pared anterior

Algunos casos aparecen simultáneamente úlceras en las paredes anterior y posterior (las denominadas kissing ulcers)

# ANATOMÍA PATOLÓGICA

## *LESIONES DE LA MUCOSA GASTRODUODENAL*

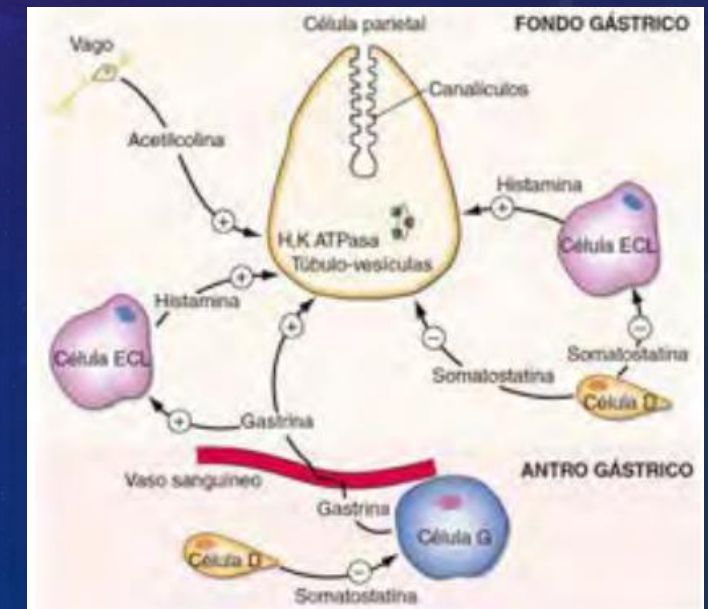
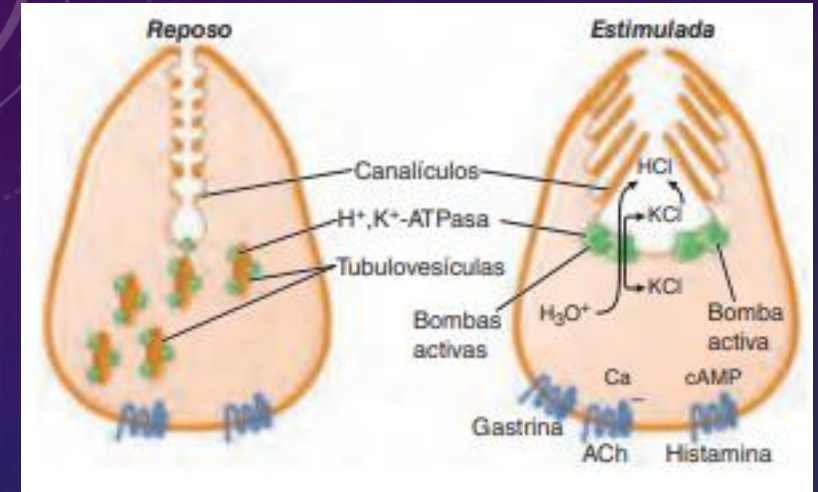
Erosiones	Lesiones superficiales y redondeadas, de menos de 5 mm de diámetro, márgenes poco sobreelevados, fondo pardo o enrojecido y, por lo general, múltiples.
Úlcera aguda	Las úlceras agudas son lesiones únicas o múltiples de aspecto similar pero de mayor tamaño que las erosiones. Son más profundas y se extienden al menos hasta la muscularis mucosae
Úlcera crónica	La existencia de fibrosis en su base, que determinará la cicatrización de la zona. Penetra en la mucosa, la submucosa y, por lo general, en mayor o menor grado, en la capa muscular.

# FISIOPATOLOGIA

## SECRECIÓN ÁCIDA Y ACTIVIDAD PÉPTICA

Úlcera duodenal: presentan una secreción ácida gástrica basal y estimulada elevada, así como una respuesta secretora a la comida más prolongada. Esta hipersecreción de ácido se ha atribuido a un incremento en la masa de células parietales, a una hipertonía vagal, a una mayor sensibilidad de las células parietales a los secretagogos o a una alteración de los reflejos inhibitorios en la liberación de gastrina y de la secreción ácida. La secreción ácida en la úlcera gástrica prepilórica.

En la úlcera gástrica del cuerpo gástrico, la secreción ácida es normal, o incluso baja, y guarda relación con la gravedad de la gastritis subyacente.

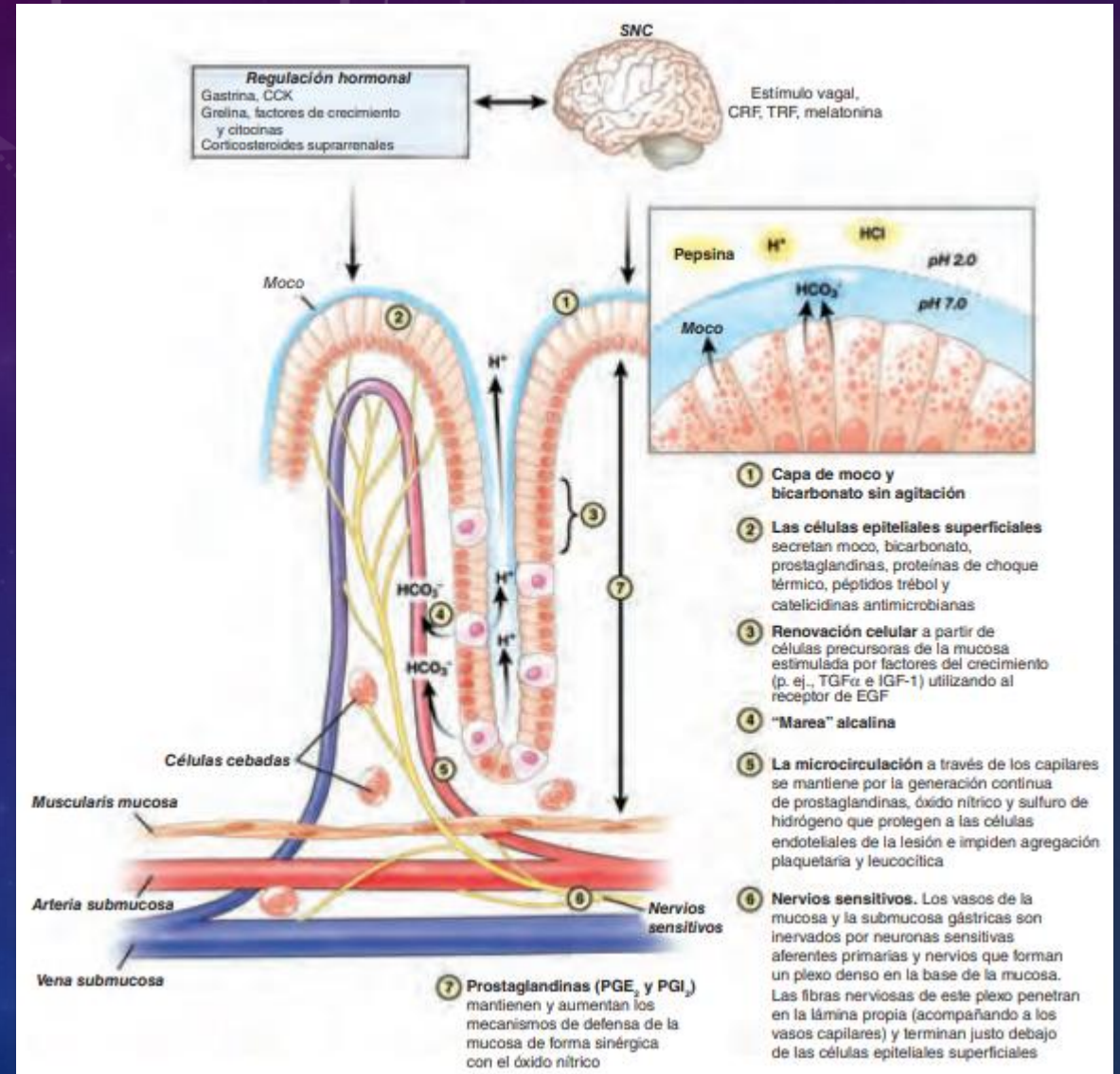


# FISIOPATOLOGIA

## MECANISMOS DEFENSIVOS DE LA BARRERA MUCOSA

La mucosa gastroduodenal posee una serie de mecanismos defensivos que contribuyen al mantenimiento de la integridad de la mucosa en el medio ácido del estómago.

Los factores que participan en este proceso son la secreción de moco y bicarbonato, el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica y la capacidad de regeneración celular frente a la lesión de la mucosa



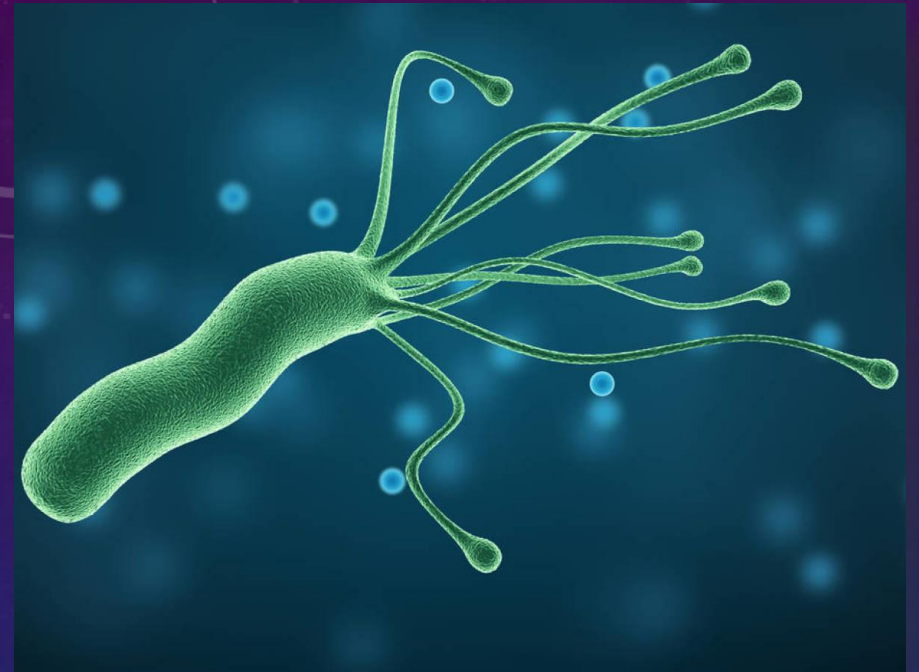


# FISIOPATOLOGIA

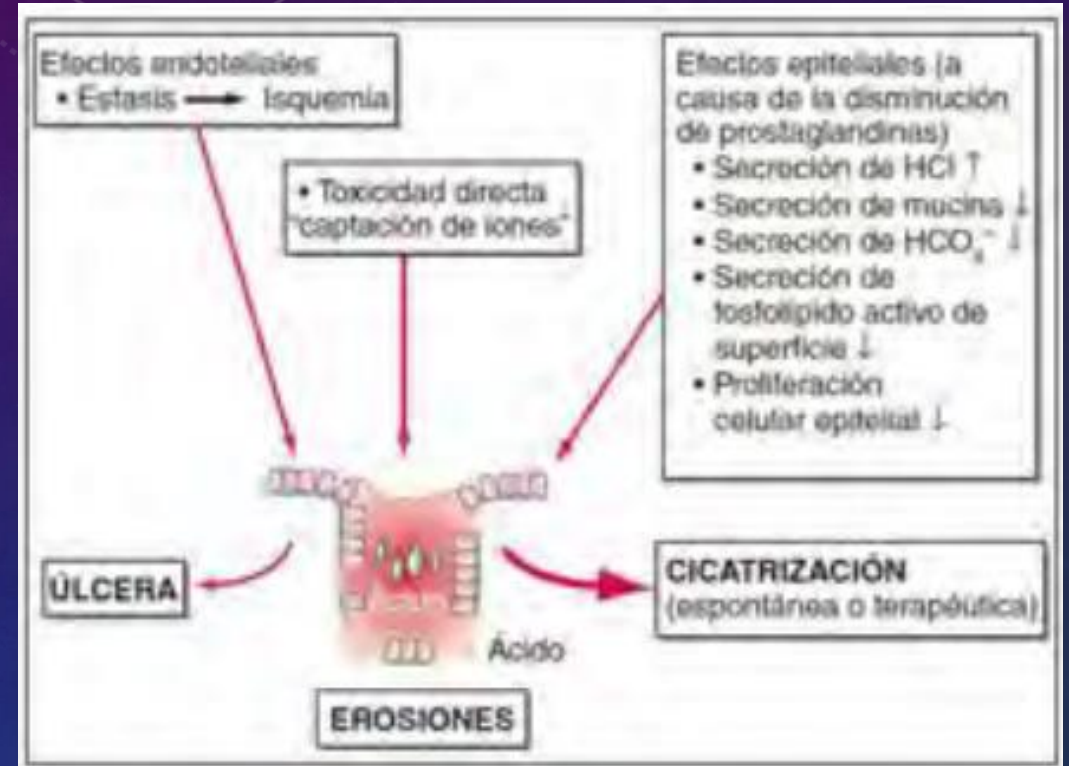
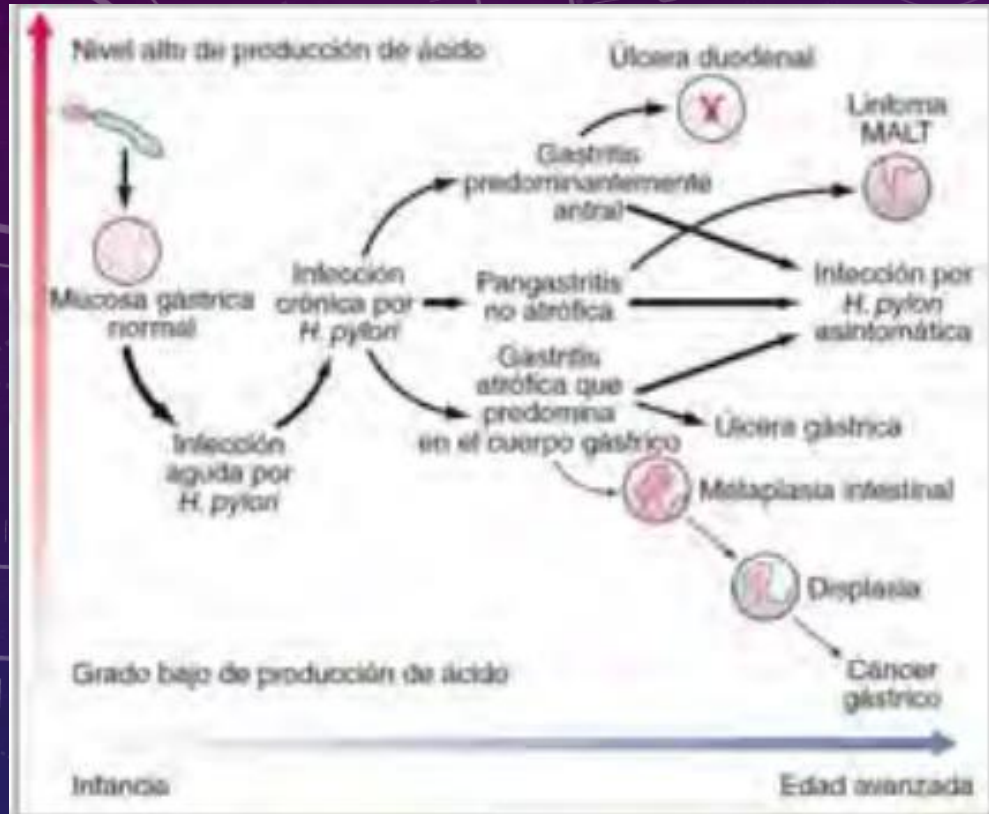
## ❑ FACTORES PATOGENICOS

La infección por *H. pylori* y los AINE son los factores que más comúnmente comprometen la resistencia de la barrera mucosa frente a la actividad acidopéptica.

*H. pylori* representa el principal agente causal de la úlcera gastroduodenal. Sin embargo, no es suficiente por sí misma para provocar la enfermedad ulcerosa péptica. Es decir, el microorganismo sería un factor necesario (en la gran mayoría de los casos), pero no suficiente.



# FISIOPATOLOGIA



# OTROS FACTORES

El hábito de fumar retrasa la cicatrización de las úlceras, promueve las recidivas y aumenta el riesgo de complicaciones, atribuido a al aumento de la secreción ácida basal y estimulada, a alteraciones en el flujo sanguíneo de la mucosa y la motilidad gástrica, y a la reducción de la secreción pancreática de bicarbonato.

El alcohol a altas concentraciones y el estrés pueden provocar el desarrollo de lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal.



# CUADRO CLÍNICO

- Dolor abdominal: (El síntoma más frecuente de la úlcera péptica) se localiza en el epigastrio y suele describirse como ardor, dolor corrosivo o sensación de «hambre dolorosa». Presenta un ritmo horario relacionado con la ingesta alimentaria (1 y 3 h después de las comidas y, por lo general, cede con la ingesta de alimentos o con alcalinos). El 50%-90% de los pacientes refiere dolor nocturno.
- Sigue un curso crónico recidivante, con brotes sintomáticos de varias semanas seguidos de remisiones espontáneas con períodos libres de síntomas de meses o años.
- La anorexia y la pérdida de peso no son infrecuentes.
- Náuseas y vómitos.
- Aeructos
- distensión abdominal
- Intolerancia a las grasas o pirosis.
- Algunos permanecen asintomáticos y la enfermedad debuta con alguna complicación, como: la hemorragia digestiva.

# CUADRO CLÍNICO

## LA EXPLORACIÓN FÍSICA

### ☐ Úlcera no complicada:

❖ Suele ser normal o puede revelar únicamente dolor a la palpación profunda en el epigastrio.

### ☐ Úlcera complicada:

- ❖ Presencia de palidez cutáneo-mucosa: sugiere una hemorragia
- ❖ Abdomen en tabla con signos de irritación peritoneal: refleja la existencia de una perforación y la presencia de bazuqueo gástrico en ayunas hará sospechar una estenosis pilórica.

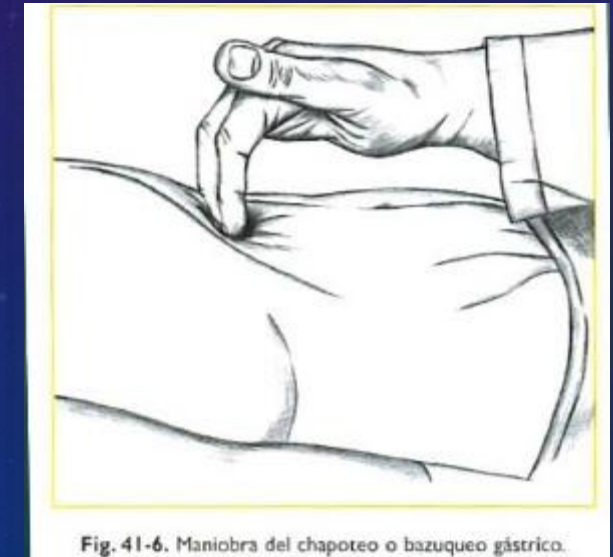


Fig. 41-6. Maniobra del chapoteo o bazuqueo gástrico.

# DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad ulcerosa péptica incluye dos aspectos esenciales: la identificación de la lesión ulcerosa y el diagnóstico etiológico de la misma.

- Diagnóstico endoscópico
- ❖ U.G. benigna
- ❖ U. G. malignidad
- Diagnóstico radiológico
- Análisis de la secreción ácida gástrica
- Diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*

**CUADRO 348-2** Métodos de detección para *H. pylori*

Prueba	Sensibilidad/ especificidad, %	Comentarios
<b>Con penetración corporal (se necesita endoscopia y toma de muestra para biopsia)</b>		
Ureasa rápida	80 a 95/95-100	Método sencillo; resultados negativos falsos si en fecha reciente se usaron PPI, antimicrobianos o compuestos de bismuto
Estudio histológico	80 a 90/>95	Requiere preparación histopatológica y tinción; aporta datos histológicos
Cultivo	—/—	Técnica lenta, costosa y que depende de la experiencia; permite conocer la sensibilidad a los antimicrobianos
<b>Método sin penetración corporal</b>		
Serología	>80/>90	Método económico y cómodo; es inútil para la vigilancia temprana
Detección de urea en el aliento	>90/>90	Técnica sencilla y rápida; útil para la vigilancia temprana; produce resultados negativos falsos con el tratamiento reciente (véase el método de ureasa rápida); exposición a radiación en bajas dosis con el método que usa <sup>14</sup> C
Antígeno en heces	>90/>90	Barato, cómodo

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dispepsia por fármacos, como teofilina, digoxina o antibióticos, o la gastritis aguda erosiva por AINE.
- El consumo de café, el alcohol o el tabaco también pueden causar síntomas similares.
- El carcinoma gástrico puede manifestarse igualmente con una sintomatología similar a la de la úlcera.
- Otras infecciones como tuberculosis, sífilis, citomegalovirus o herpes, o enfermedades granulomatosas como la sarcoidosis o la enfermedad de Crohn, pueden también presentarse con dispepsia y ulceración gastroduodenal.



# TRATAMIENTO

## CAMBIOS TERAPEUTICOS EN EL ESTILO DE VIDA

- Evitar ayunos prolongados
- Evitar comidas abundantes, ricas en grasa y condimentos. (poca cantidad-mas veces)
- Evitar estrés, consumo de tabaco, café, bebidas gaseosas y alcohólicas.
- Mantener un peso adecuado(sobrepeso-obesidad)
- Al dormir elevar la cabecera de la cama 5 a 10 cm
- Realizar ejercicio por 30min/5 días a la semana.
- Evitar automedicación ante cualquier síntoma
- Ingerir por menos 4 a 8 vasos de agua/día
- Evitar siestas después de la comida.





# TRATAMIENTO

**CUADRO 348-4** Regímenes recomendados para erradicar la infección por *H. pylori*

Fármaco	Dosis
<b>Tratamiento triple</b>	
1. Subsalicilato de bismuto <i>más</i> Metronidazol <i>más</i> Tetraciclina <sup>a</sup>	2 tabletas c/6 h 250 mg c/6 h 500 mg c/6 h
2. Ranitidina o citrato de bismuto <i>más</i> Tetraciclina <i>más</i> Claritromicina o metronidazol	400 mg c/12 h 500 mg c/12 h 500 mg c/12 h
3. Omeprazol (lansoprazol) <i>más</i> Claritromicina <i>más</i> Metronidazol <sup>b</sup> o Amoxicilina <sup>c</sup>	20 mg c/12 h (30 mg c/12 h) 250 o 500 mg c/12 h 500 mg c/12 h 1 g c/12 h
<b>Tratamiento cuádruple</b>	
Omeprazol (lansoprazol)	20 mg (30 mg)/día
Subsalicilato de bismuto	2 tabletas c/6 h
Metronidazol	250 mg c/6 h
Tetraciclina	500 mg c/6 h

**CUADRO 348-3** Fármacos utilizados para el tratamiento de la úlcera péptica

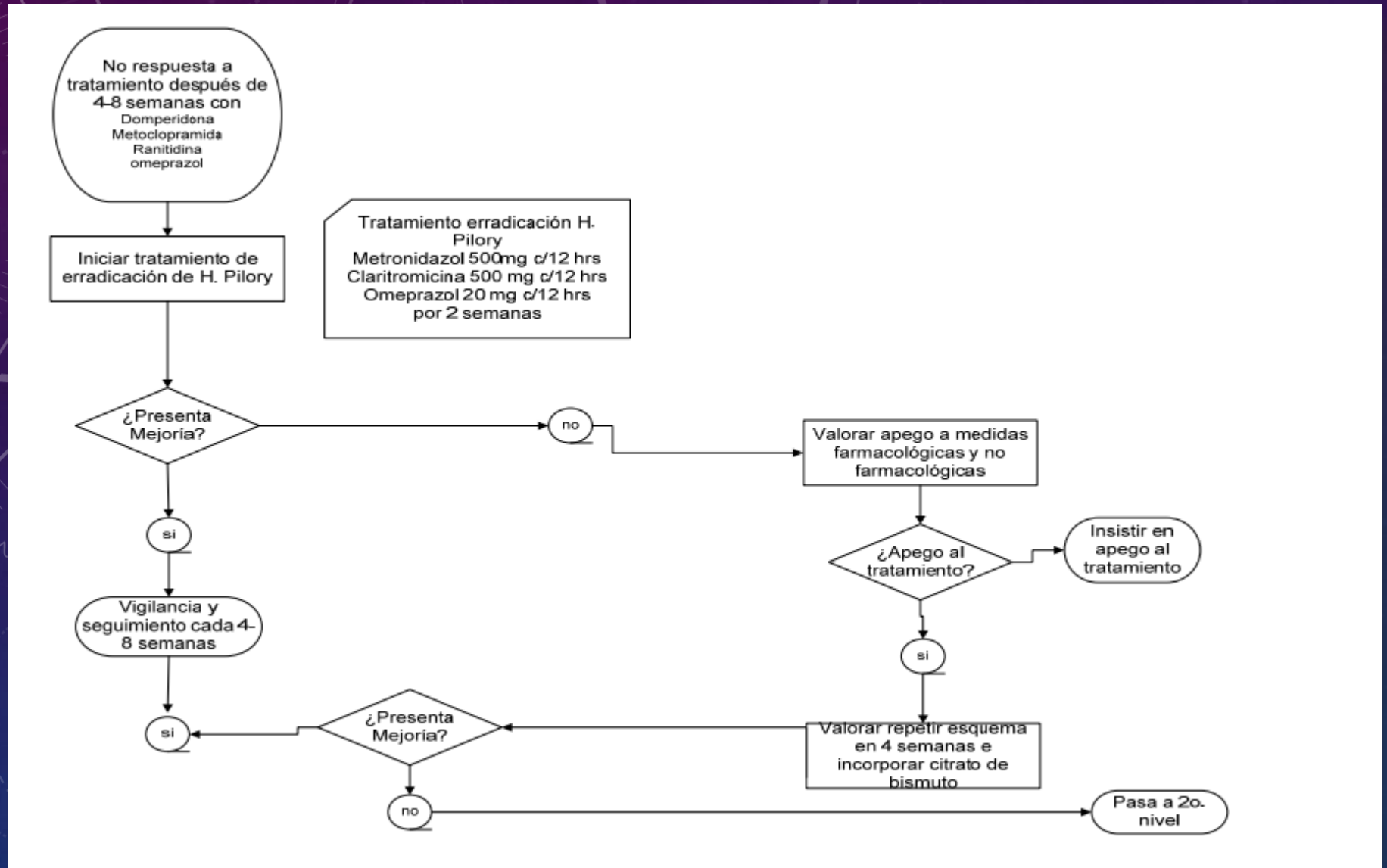
Tipo de fármaco o mecanismo	Ejemplos	Dosis
Fármacos supresores del ácido		
Antiácidos	Cualquier marca comercial	100 a 140 meq/L, 1 y 3 h después de las comidas y al acostarse
Antagonistas de los receptores H <sub>2</sub>	Cimetidina	400 mg c/12 h
	Ranitidina	300 mg al acostarse
	Famotidina	40 mg al acostarse
	Nizatidina	300 mg al acostarse
Inhibidores de la bomba de protones	Omeprazol	20 mg/día
	Lansoprazol	30 mg/día
	Rabeprazol	20 mg/día
	Pantoprazol	40 mg/día
	Esomeprazol	20 mg/día
	Dexlansoprazol	30 mg/día
Fármacos protectores de la mucosa		
Sucralfato	Sucralfato	1 g c/6 h
Análogos de prostaglandinas	Misoprostol	200 µg c/6 h
Compuestos con bismuto	Subsalicilato de bismuto (BSS)	Véanse los regímenes contra <i>H. pylori</i> (cuadro 348-4)

# TRATAMIENTO

## TRATAMIENTO DE ERRADICACION DE H. PILORY

Tratamiento de erradicacion de <i>h. pylori</i> *			
Terapia triple	Opción 1	IBP 20mg c/12 hrs	14 dias
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 dias
		Amoxicilina 1000mg c/12 hrs	14 dias
	Opción 2	IBP 20mg c/12 hrs	14 dias
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 dias
		Metronidazol 500mg c/12 hrs	14 dias
	Opción 3	Ranitidina 300mg c/12 hrs	14 dias
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 dias
		Amoxicilina 1000mg c/12 hrs	14 dias
Terapia cuádruple	Opción 1	IBP 20mg c/12 hrs	14 dias
		bismuto 120ml c/6 hrs	14 dias
		Metronidazol 500mg c/8 hrs	14 dias
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 dias

# TRATAMIENTO



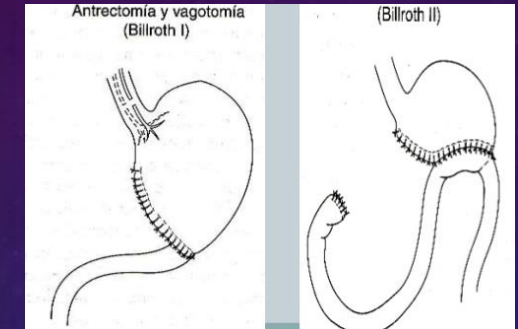
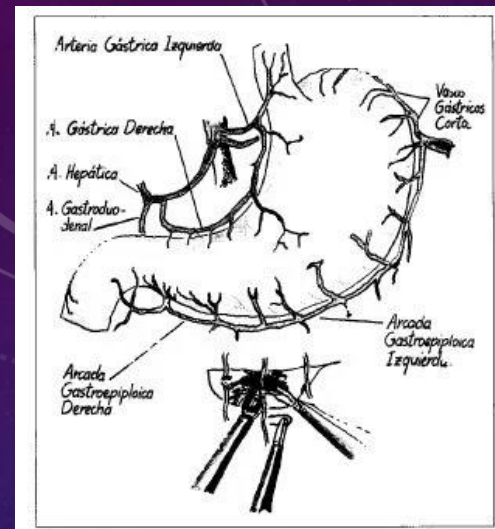
# TRATAMIENTO

## Cuidados generales y régimen de vida.

En cuanto a la dieta se recomienda que el paciente prescinda solamente de aquellos alimentos y bebidas que le produzcan síntomas. Debe aconsejarse al paciente que no fume y que evite el consumo de AINE.

## Tratamiento quirúrgico

- Tratamiento de urgencia ante la presentación de alguna complicación (hemorragia, perforación o estenosis).
- Vagotomía troncular con drenaje
- Vagotomía supraselectiva
- Vagotomía con antrectomía
- Restablece con gastroduodenostomía (Billroth I) o una gastroyeyunostomía (Billroth II)



## Complicaciones Qx:

- Úlcera recurrente postoperatoria
- Síndrome de vaciamiento rápido (dumping)
- Síndrome del asa aferente
- Gastritis y esofagitis por reflujo alcalino
- Diarrea crónica
- Anemia y alteraciones nutricionales
- Cáncer del muñón gástrico

# PRONÓSTICO

Un 80 a 90% de los pacientes sanarán con medicamentos y cambios en el estilo de vida; 60% recurrirá sin tratamiento (> 70% si el paciente es fumador); 20-30% recurrirá con tratamiento. Ocurre una disminución importante en la tasa de recurrencia de úlceras (las úlceras duodenales, con más frecuencia que las gástricas) posterior a la erradicación de la infección por *H. pylori*.

# BIBLIOGRAFIA

J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. (2016). Harrison. Principios de Medicina Interna. Ed. 19. McGraw-Hill Education.

Rozman, C. (2016). Farreras: Medicina Interna. 13 edición. Elsevier España, S.L.U. Doyma, Madrid.

CENETEC. (2008). Manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud.