

ULCERA PEPTICA

Lesión que penetra la capa mucosa y en ocasiones la capa muscular del estómago o duodeno, formando una cavidad con inflamación aguda y crónica a su alrededor, siendo esta la principal causa de sangrado digestivo alto.

➤ **EPIDEMIOLOGÍA**

El estudio de Najm, establece que es difícil tener una tasa de incidencia y prevalencia estable de úlcera péptica, esto debido a la dificultad de encontrar pacientes con sintomatología sugerente de presencia úlcera gástrica o duodenal documentada por medio de endoscopia. Además, establece que durante los años 1997 y 2003 se reportó una prevalencia de 4.1% en la población (2.0% gástrica, 2.1% duodenal) y una incidencia anual entre 0.10 y 0.19% en los Estados Unidos de América.

➤ **FACTORES DE RIESGO**

Factores de riesgo para Úlcera Péptica	
Factores de riesgo	Odds Ratio
AINES	3.7
<i>H. pylori</i>	3.3
EPOC	2.34
IRC	2.29
Tabaquismo Activo	1.99
Tabaquismo Inactivo	1.55
Policonsultante	1.49
Enf. Coronaria	1.46
Alcoholismo	1.29
Afroamericano	1.21
Obesidad	1.18
Diabetes	1.13

➤ **FISIOPATOLOGÍA**

Diversos factores pueden contribuir al desarrollo de una úlcera péptica, siendo la vía final común la lesión acidopéptica de la mucosa gástrica o duodenal. Hoy en día se considera que el desbalance entre factores agresores y protectores es el principal

mecanismo por medio del cual se producen ulceraciones en la mucosa gástrica o duodenal.

- **Úlcera duodenal:** Estudios han demostrado la presencia de *Helicobacter pylori* hasta en un 95% de los pacientes, siendo este el principal mecanismo de formación de las úlceras duodenales. La bacteria, se encuentra adaptada para sobrevivir en el ambiente estomacal; ya que posee una enzima llamada ureasa, que convierte la urea en amoníaco y bicarbonato, creando así un ambiente alrededor de la bacteria que amortigua el ácido secretado por el estómago.
- **Úlcera Gástrica:** Actualmente se han establecido pocas diferencias fisiopatológicas entre las úlceras gástricas y duodenales, encontrándose infección por *Helicobacter pylori* en un 60 a 80% de los pacientes con úlcera gástrica. La secreción de ácido en estos pacientes es variable, siendo la disminución en factores de defensa el principal mecanismo de formación.

➤ **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

Los pacientes de úlcera péptica presentan usualmente dolor epigástrico, que los despierta en la madrugada y se atenúa con la ingesta de comidas, sin embargo, no son los únicos síntomas a considerar.

Más del 90% de los pacientes con úlcera péptica presentan dolor epigástrico ardoroso asociando náuseas, vómitos, tos, meteorismo y en ocasiones pérdida de peso. Este dolor es usualmente localizado, no irradiado, dando inicio cuando el estómago se encuentra vacío, 2 a 5 horas después de la ingesta de comida. El dolor se alivia con la ingesta de comida o con el uso de antiácidos. El 66% de los pacientes con úlcera duodenal y el 33% de aquellos con úlcera gástrica suelen despertarse entre 12 y 3 AM refiriendo dolor epigástrico.

➤ **DIAGNÓSTICO**

Para lograr el diagnóstico de úlcera péptica es útil realizar estudios radiológicos del tracto gastrointestinal superior con doble medio de contraste. Sin embargo, pese a

lo anterior la endoscopia es el método más fiable y de primera elección para el diagnóstico de esta enfermedad.

➤ TRATAMIENTO

El tratamiento de la úlcera péptica consiste en sanar la lesión y prevenir complicaciones. Se debe promover el cese de consumo de alcohol y tabaco, así como dar uso adecuado a los AINES.

- **Triple terapia erradicadora de *H. pylori*:** Por medio de ésta se consigue acelerar el proceso de cicatrización evitando la aparición de complicaciones. Se recomienda y se ha descrito el uso un inhibidor de bomba de protones (Omeprazol, 1 comprimido cada 12 horas vía oral) en conjunto con Amoxicilina (1g cada 12 horas vía oral) y Claritromicina (500mg cada 12 horas vía oral) por un periodo entre 7 y 14 días.
- **Inhibidores de bomba de protones:** Es el tratamiento de elección ya que son los antisecretores más potentes. Disminuyen la secreción de ácido al unirse de manera irreversible con la bomba de protones en las células parietales del estómago.
- **Antihistamínicos H2:** Bloquean los receptores H2 en las células parietales del estómago, disminuyendo la secreción de ácido y pepsinógeno y la actividad de la pepsina. El más utilizado es la famotidina.
- **Prostaglandinas:** Actúan como agentes antisecretores aumentando la producción de moco gástrico.

Hemorragias de tubo digestivo

Hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Puede ser alta (si se produce sobre el ángulo de Treitz) o baja (su origen es bajo el ángulo de Treitz).

➤ **SANGRADO DIGESTIVO ALTO**

Suele manifestar por hematemesis y/o melena. La presencia de hematemesis (sangre en el vómito) generalmente sugiere que el origen del sangrado está próximo al ligamento de Treitz. El aspecto de las heces, también informa la altura del origen del sangrado, cuando la sangre ha permanecido por menos de 5 horas en el intestino, generalmente sale de color rojo en la heces, mientras la sangre que ha permanecido por 20 horas es, por lo general melénica (heces negras, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa).

Causas de SDA	Porcentaje de Pacientes %
Úlceras gástricas, duodenales	31-67
Varices esofágicas, gástricas, duodenales	6-39
Síndrome Mallory Weiss	2-8
Gastritis Hemorrágicas	2-18
Esofagitis Erosiva	1-13
Neoplasias	2-8
Ectasias Vasculares	0-6

➤ **SANGRADO DIGESTIVO BAJO**

Generalmente se manifiesta como hematoquecia, acompañada con frecuencia de dolor abdominal de carácter cólico y en ocasiones tenesmo rectal. Sin embargo, los sangrados digestivos masivos provocan con frecuencia la aceleración del tránsito intestinal y por ello la imposibilidad de formación de hematina y consiguiente transformación del color de la sangre.

Causas Sangrado Digestivo Bajo:

1. Enfermedades Anales: Hemorroides, fisuras.
2. Enfermedad diverticular
3. Neoplasias
4. Pólipos
5. Diarrea
6. CUCI, Enfermedad de Crohn
7. Parasitosis
8. Angiodisplasias

➤ DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La terapia endoscópica está indicada para todas las lesiones que son consideradas que tienen un alto riesgo de recidiva hemorrágica (sangrado activo o vaso visible). Terapias endoscópicas pueden ser térmica (electrocoagulación, aplicación directa de calor o terapia con láser), implican la inyección con diversos agentes, o emplear compresión mecánica de el sitio del sangrado (clips hemostáticos o bandas). Todos estos métodos tienen una alta tasa (90%) de éxito en detener activo sangrado y significativamente reducir el riesgo de resangrado.