



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIS.**

**CLINICA QUIRURGICA
TERCERA UNIDAD**

TEMA:

ULCERA PEPTICA Y HEMORRAGIAS DE TUBO DIGESTIVO

ALUMNO:

ANGEL GERARDO VALDEZ CUXIM

DOCENTE:

DR. EDUARDO ZEBADUA

QUINTO SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

ULCERA PEPTICA

DEFINICION

Una úlcera péptica es un defecto de la mucosa en la pared del estómago o duodeno que penetra en la muscular de la mucosa.

ETIOLOGIA

Helicobacter pylori o H. pylori (más común):

80% -90% úlceras duodenales

70% -80% de úlceras gástricas

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE; los más comunes)

FACTORES DE RIESGO:

- Tipo de sangre (úlceras gástricas y tipo A; úlceras duodenales y tipo O)
- Factores genéticos
- Exposición a sustancias irritantes, como alcohol, café, tabaco
- Estrés emocional
- Traumatismo físico y envejecimiento normal

EPIDEMIOLOGIA:

Incidencia:

Enfermedad ulcerosa péptica no complicada (PUD): 1 caso por cada 1000 personas año en la población general

Complicaciones de la PUD: 0,7 casos por 1.000 personas año en la población general

Úlceras duodenales > úlceras gástricas (3: 1), Afecta a hombres y mujeres por igual

Las úlceras duodenales ocurren, en promedio, 2 décadas antes que las úlceras gástricas. Las tasas de PUD han estado cayendo durante las últimas décadas.

FISIOPATOLOGIA:

La ulceración se deriva de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas, el aumento de la secreción gástrica de ácido y pepsina, y la disminución de la irrigación sanguínea de la mucosa gástrica o de la producción de moco citoprotector.

Aunque el estómago contiene secreciones ácidas que pueden digerir sustancias, las defensas intrínsecas protegen a la membrana mucosa gástrica de lesiones. Una capa gruesa y viscosa de moco gástrico protege el estómago frente a la autodigestión y el traumatismo mecánico y químico. Las prostaglandinas proporcionan otra línea de defensa. Las úlceras gástricas pueden ser el resultado de la destrucción de la barrera mucosa.

El duodeno está protegido de la ulceración por la función de las glándulas de Brunner, las cuales producen una secreción mucoide, viscosa y alcalina que neutraliza el quimo ácido. Las úlceras duodenales parecen resultar de la producción excesiva de ácido en el duodeno.

La bacteria *H. pylori* libera una toxina que destruye la mucosa gástrica y duodenal, disminuye la resistencia del epitelio a la digestión ácida y causa gastritis y enfermedad ulcerosa.

CUADRO CLINICO:

Úlcera gástrica

- Reciente pérdida de peso o del apetito
- Dolor que empeora con la comida
- Malestar general y anorexia
- Palidez
- Hipersensibilidad epigástrica
- Ruidos intestinales hiperactivos

Úlcera duodenal

- Dolor epigástrico punzante, agudo y ardoroso o sordo, similar al del hambre
- Dolor que se alivia con alimentos o antiácidos (sin embargo, por lo general recurre 2-4 h después de la ingesta)

- Aumento de peso
- Palidez
- Hipersensibilidad epigástrica
- Ruidos intestinales hiperactivos

DIAGNOSTICO:

- El estudio del tubo digestivo alto con bario o la serie esofagogastroduodenal revelan la presencia de la úlcera.
- La esofagogastroduodenoscopia confirma la presencia de una úlcera y permite realizar estudios citológicos y biopsia para descartar cáncer o infección por *H. pylori*.
- Las radiografías de tubo digestivo alto revelan anomalías de la mucosa.
- El análisis de heces detecta la sangre oculta.
- Leucocitosis.
- Los estudios de secreción gástrica muestran hiperclorhidria.
- Los resultados de la prueba de aliento con urea reflejan la actividad de *H. pylori*.

TRATAMIENTO:

- Descanso físico y emocional
- Para la infección por *H. pylori*: tetraciclina, metronidazol o claritromicina; ranitidina, citrato o salicilato de bismuto, o un inhibidor de la bomba de protones
- Misoprostol (un análogo de prostaglandinas)
- Antiácidos
- Evitar la cafeína, el tabaco y el alcohol
- Fármacos anticolinérgicos
- Antagonistas de histamina 2
- Sucralfato
- Análogos de prostaglandinas

- Dieta con comidas en raciones pequeñas y frecuentes, y evitar comer antes de acostarse

PRONOSTICO:

Estas úlceras tienen en general buen pronóstico, con las medidas antedichas pueden curarse . En pocas ocasiones pueden aparecer complicaciones, que sangren, que se perforen en la cavidad abdominal, o que al cicatrizar estrechen la salida del contenido gástrico, produciendo vómitos y otras molestias digestivas.

HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO

DEFINICION:

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).

ETIOLOGIA:

Las causas de la hemorragia digestiva son numerosas, aproximadamente en el 10% de los casos la hemorragia es secundaria a una enfermedad sistémica, ya sea un trastorno hematológico o una septicemia. En el resto de los casos debido a lesiones locales del tubo digestivo.

Sangrado del tracto gastrointestinal superior

Entre las causas se incluyen las siguientes:

- **Úlcera péptica.** Esta es la causa más frecuente de sangrado del tracto gastrointestinal superior.
- **Desgarros en el recubrimiento del tubo que conecta la garganta con el estómago (esófago).** Estos desgarros, conocidos como desgarros de Mallory-Weiss, pueden sangrar mucho. Son más comunes en personas que beben alcohol en exceso.
- **Venas anormales dilatadas en el esófago (várices esofágicas).** Esta afección ocurre con mayor frecuencia en personas que padecen enfermedad hepática grave.

Hemorragia digestiva baja.

Entre las causas se incluyen las siguientes:

- **Enfermedad diverticular.** Esta afección produce el desarrollo de pequeñas bolsas abultadas en el tracto digestivo (diverticulosis). Cuando una o más de las bolsas se inflama o se infecta, el trastorno se llama diverticulitis.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal.** Esta afección incluye la colitis ulcerosa, que causa inflamación y úlceras en el colon y el recto, y la enfermedad de Crohn, una inflamación del revestimiento del tracto digestivo.
- **Tumores.** Los tumores no cancerosos (benignos) o cancerosos del esófago, el estómago, el colon o el recto pueden debilitar el revestimiento del tracto digestivo y causar hemorragias.
- **Pólipos en el colon.** Pequeñas acumulaciones de células que se forman en el revestimiento del colon y pueden causar sangrado.

EPIDEMIOLOGIA:

La hemorragia digestiva es un problema clínico muy frecuente que implica más de 300 000 hospitalizaciones anualmente en los Estados Unidos. En los países occidentales, la incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) es de 100 a 150 casos por 100000 habitantes al año ó de 36 a 100 hospitalizaciones por 100 000 habitantes de la población general, y es dos veces más frecuente en la población masculina respecto a la femenina. Asimismo la incidencia se incrementa marcadamente con la edad

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).

La hematoquecia es la emisión de sangre roja por el ano, sola o mezclada con la deposición, y suele ser indicativa de sangrado digestivo bajo aunque en ocasiones es una forma de presentación de sangrado digestivo alto, cuando existe un tránsito acelerado por la abundante y rápida presencia de sangre en el tubo digestivo. Para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1000 cc y producirse en menos de 1 hora

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.

La evaluación de la hemorragia rectal debe comenzar con un examen digital, anoscopía y proctosigmoidoscopia. La colonoscopia no es útil si hay hemorragia torrencial pero si es valiosa para evaluar los pacientes que tienen sangrado rectal inexplicable y persistente resultados positivos en las pruebas de sangre oculta en las heces. La angiografía es la técnica de elección, con sangrado activo.

Causas Sangrado Digestivo Bajo:

- Enfermedades Anales: Hemorroides, fisuras.
- Enfermedad diverticular
- Neoplasias
- Pólipos
- Diarrea
- CUCI, Enfermedad de Crohn
- Parasitosis / Angiodisplasias

DIAGNOSTICO 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 del sitio del sangrado (clips hemostáticos o bandas).

El tratamiento endoscópico reduce la morbilidad, la mortalidad, la transfusión requerida y los costos de atención. La técnica de elección para cada paciente específicamente depende de la situación clínica, la localización de la lesión, y de la habilidad del endoscopista. Los pacientes con hemorragia digestiva alta que son trasladados en ambulancia en situaciones de emergencia, requieren de una endoscopia de emergencia para lograr la hemostasia, las cuales son controversiales, a pesar de las técnicas realizadas en el proceso endoscópico hemostático.

Aunque la hemostasia mediante una laparotomía puede realizarse como último recurso, la cirugía en un paciente con una enfermedad sistémica pobre conlleva un alto riesgo. Por lo tanto, la hemostasia endoscópica de emergencia sigue siendo el tratamiento de primera línea de elección.

PRONOSTICO:

Todos estos métodos tienen una alta tasa (90%) de éxito en detener activo sangrado y significativa reducción del riesgo de resangrado. El tratamiento endoscópico reduce la morbilidad, la mortalidad, la transfusión requerida y los costos de atención.

El sangrado digestivo es una manifestación de una enfermedad potencialmente seria, que debe ser investigada a profundidad. La determinación de la causa es fundamental para establecer un esquema adecuado para el tratamiento y la prevención de futuros episodios. Sin embargo, en ocasiones no es sencillo establecer ni el sitio ni la causa de la pérdida sanguínea.