

Úlcera Péptica.

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

Epidemiología

- Enfermedad ulcerosa péptica no complicada (PUD): 1 caso por cada 1000 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.

Etiología

Infección:

Helicobacter pylori o H. pylori (más común):

Virus:

- Virus del herpes simple (HSV)
- Citomegalovirus (CMV)

Medicamentos:

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE; los más comunes)

Hormonal:

Gastrinoma (síndrome de Zollinger-Ellison)

Hiperplasia / hiperfunción de células G antrales (gastritis)

Factores de riesgo

En muchos casos, las etiologías enumeradas no son suficientes para producir PUD. Factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de PUD:

- De fumar
- Alcohol
- Estrés Dieta
- Predisposición genética
- Tipos de sangre A y O

Fisiopatología

Ubicación anatómica de las úlceras.

- Úlcera duodenal: una úlcera ubicada en el duodeno, típicamente en el bulbo duodenal (1.a parte)
- Úlcera gástrica: una úlcera en el revestimiento del estómago, comúnmente en la curvatura menor del estómago cerca de la unión del fondo y la mucosa antral (o tipo I).

Estómago y duodeno:

1. Normalmente expuesto a un ambiente tóxico (ácido + pepsina)
2. El desequilibrio entre los agentes infractores y los mecanismos de defensa conduce a la PUD.
3. Defensa que previene la lesión de la mucosa:
4. Capa de moco-bicarbonato-fosfolípido
5. Capa epitelial (cuya reparación está regulada por prostaglandinas)
6. Defensa subepitelial (flujo sanguíneo de la mucosa para el suministro de nutrientes y oxígeno, eliminación de agentes nocivos)

Aumento de la secreción de ácido gástrico:

Gastritis o inflamación por *H. pylori*: ↑ ácido gástrico, inhibe la somatostatina, ↓ mucosidad

Inhibición de AINE de COX 1 → ↓ prostaglandina (↓ moco, ↓ flujo sanguíneo mucoso, ↓ proliferación epitelial)

Inhibición de COX 2 por AINE → retrasa la curación

Deterioro de la secreción de bicarbonato duodenal (en pacientes con úlceras duodenales)

Presentación clínica

Asintomático

- 70% de los pacientes con PUD
- Adultos mayores
- Pacientes que toman AINE
- La (s) complicación (es) (sangrado o perforación) puede ser la primera presentación clínica sin síntomas previos.

Sintomático

Dolor abdominal:

- Epigástrico con radiación a los cuadrantes superiores izquierdo o derecho
- A veces se irradia hacia la espalda
- Dolor clásico por úlcera duodenal: 2-5 horas después de comer y por la noche (cuando el ácido se secreta sin comida)
- A veces se agrava al comer (úlceras del canal pilórico)

Diagnóstico

1. Uso de AINE / aspirina
2. Uso concomitante de medicamentos de alto riesgo.
3. Enfermedad crónica subyacente
4. Cirugía o radiación gástrica previa

Estudios de laboratorio

- Anemia (sangrado oculto y / o malabsorción de hierro)
- Niveles altos de gastrina en ayunas (si se sospecha síndrome de Zollinger-Ellison)
- Esofagogastroduodenoscopia (EGD)
- Prueba de diagnóstico más precisa

Tratamiento

- Erradicación de *H. pylori*:
- Triple terapia: IBP + claritromicina + amoxicilina o metronidazol
- Terapia cuádruple que contiene bismuto: IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol
- Confirmar la erradicación de *H. pylori* después del tratamiento.

Sangrada de tubo digestivo.

Epidemiología

Sangrado gastrointestinal superior (HDA):

- Incidencia de aproximadamente 100 por cada 100.000 adultos por año
- Dos veces más común en los hombres
- Mayor riesgo con la edad (> 60 años)

Sangrado gastrointestinal inferior (LGIB):

- Incidencia de aproximadamente 20,5 por cada 100.000 adultos por año
- Mayor riesgo con la edad (aumento de 200 veces en la tercera a novena década)
- Algo más común en los hombres.

Factores de riesgo

Infección por Helicobacter pylori

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE)
- Consumo de alcohol
- Cirrosis
- Enfermedad vascular

Etiología

Sangrado gastrointestinal superior (proximal al ligamento de Treitz):

- Esófago
- Varices esofágicas
- Esofagitis: infección o inflamación en el esófago.
- Cáncer de esófago
- Desgarro de Mallory-Weiss: desgarro en el revestimiento del esófago debido a vómitos fuertes

Estómago

- Úlcera gástrica
- Gastritis erosiva
- Ectasia vascular antral gástrica (GAVE): vasos sanguíneos pequeños dilatados en el antro pilórico (poco común)
- Gastropatía hipertensiva portal
- Lesión de Dieulafoy: vaso grande y tortuoso que puede erosionarse
- Angiodisplasia: acumulación anormal de vasos sanguíneos.

Duodeno

- Úlcera duodenal
- Angiodisplasia
- Fístula aortoentérica (rara)
- Las úlceras gástricas y duodenales son las causas más frecuentes.

GIB inferior (distal al ligamento de Treitz):

- Enfermedad diverticular
- Diverticulosis: protuberancia en forma de saco de la pared del colon (común)
- Diverticulitis: menos comúnmente asociada con hemorragia gastrointestinal
- Divertículo de Meckel: bolsa congénita en el íleon
- Enfermedad vascular
- Angiodisplasia
- Isquemia (p. Ej., Isquemia mesentérica, colitis isquémica)
- Hemorroides: estructuras venosas del ano que ingieren, prolapsan y sangran.
- Trauma
- Fisura anal: un pequeño desgarro en la mucosa anal.
- Neoplasma
- Pólipo de colon
- Cáncer colonrectal
- Enfermedad inflamatoria
- Colitis infecciosa
- Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn: enfermedades intestinales inflamatorias autoinmunes que causan inflamación y úlceras.
- Iatrogénico

Examen físico

Los pacientes con hemorragia leve u oculta pueden no tener hallazgos significativos.

Evidencia de inestabilidad hemodinámica:

- Taquicardia
- Hipotensión
- Estado mental alterado
- Hipotensión ortostática

Examen rectal.

1. Conteo sanguíneo completo → anemia por pérdida de sangre
2. La hemoglobina puede ser inicialmente normal en hemorragias agudas.
3. Análisis de sangre oculta en heces → detectar sangrado oculto
4. Factores de coagulación → coagulopatía, que puede necesitar reversión
5. Pruebas de función hepática → enfermedad hepática subyacente
6. Panel metabólico básico → ↑ BUN (nitrógeno ureico en sangre) puede indicar GIB superior
7. Hierro, ferritina → deficiencia de hierro

Imagen

- Tomografía computarizada con angiografía (CTA)
- Se requiere una tasa de sangrado de al menos 0,3 a 0,5 ml / min para la detección
- Utiliza contraste intravenoso (IV) para localizar la hemorragia
- Imágenes de radionúclidos
- Se requiere una tasa de sangrado de al menos 0,1 a 0,5 ml / min para la detección
- Prueba radiográfica más sensible
- El radioisótopo se inyecta en el torrente sanguíneo para revelar los sitios de extravasación.

Procedimientos

- Esofagoduodenoscopia (EGD)
- Modalidad de elección en UGIB
- Visualice el sitio de la hemorragia dentro del esófago, estómago o duodeno.
- Recolecte muestras de patología.
- Colonoscopia
- Angiografía

Tratamiento

- Inhibidores de la bomba de protones (pantoprazol)
- Octreótido
- Análogo de la somatostatina, que causa vasoconstricción esplácnica.
- Utilizado para hemorragia esofágica
- Taponamiento con globo
- Cirugía
- Revertir cualquier anticoagulación.
- Mantenga medicamentos antihipertensivos.