



Universidad del Sureste

Campus Tuxtla Gutiérrez

“Hemorragia de Tubo Digestivo y Úlcera Péptica”

Medicina Clínica Quirúrgica

Dr. Eduardo Zebadua Guillen

Br. Viridiana Merida Ortiz

Estudiante de Medicina

5to Semestre

04 de noviembre de 2021, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

## ÚLCERA PÉPTICA

Es un grupo de trastornos del tracto gastrointestinal proximal que afecta principalmente a la mucosa de la porción proximal del duodeno y la del estómago.

### Clasificación:

Las úlceras gástricas pueden clasificarse de la siguiente forma con base en los hallazgos endoscópicos.

- Tipo I: Se localizan en el cuerpo gástrico.
- Tipo II: Se localizan en el cuerpo gástrico y se asocian a una úlcera duodenal activa o cicatrizada.
- Tipo III: Se localizan en el área prepilórica.

Las úlceras pépticas se encuentran claramente delimitadas y son profundas (pueden llegar a la capa muscular); las úlceras duodenales suelen tener un diámetro.

### Etiología:

- El 95% de las úlceras duodenales y el 70-80% de las gástricas están relacionadas con la infección por *Helicobacter pylori*.
- La segunda causa más frecuente de úlceras gástricas es el consumo de AINEs

### Factores de riesgo:

La hipersecreción de gastrina en respuesta a los alimentos, hemotipo O, presencia del HLA-B5 y el consumo de tabaco, mayores de 65 años.

### Clínica:

Úlcera duodenal es el dolor epigástrico que aparece 1.5-3 horas después de un tiempo alimenticio (pudiendo provocar despertares nocturnos) y es aliviado con el consumo de alimentos o antiácidos.

Las úlceras pilóricas suelen provocar dolor que aumenta en intensidad con la ingesta de alimento y pueden producir vómito por obstrucción gástrica.

### Diagnóstico:

- La endoscopia es el método diagnóstico de elección.
- La serie gastroduodenal puede emplearse como un método alternativo (si no se cuenta inicialmente con la endoscopia). La GPC también considera el uso de la detección de urea en el aliento y antígenos contra *H. pylori* en heces.
- En el examen histológico se encuentra un área de necrosis eosinofílica que asienta sobre tejido de granulación con células inflamatorias crónicas y rodeada por cierto grado de fibrosis.

### Tratamiento:

- Los IBP son los agentes de elección para el tratamiento antisecretor.

- Antiácidos (hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio), los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>, los protectores de la mucosa (sucralfato, bismuto) y las prostaglandinas sintéticas.
- Erradicación de *H. pylori*: Un IBP a dosis doble, claritromicina 500 mg cada 12 horas y amoxicilina 1 g cada 12 horas, todos por 14 días. En caso de alergia a amoxicilina pueden emplearse tetraciclina o metronidazol.

Una úlcera refractaria es definida como la úlcera duodenal que no ha cicatrizado después de 8 semanas de tratamiento, o una gástrica que no lo hace en 12 semanas.

El tratamiento quirúrgico encuentra las siguientes indicaciones.

- Intolerancia o desapego al tratamiento farmacológico
- Riesgo de complicaciones (trasplantados, dependientes de esferoides o AINE, úlceras gástricas o duodenales gigantes, falta de cicatrización de la úlcera).
- Recidiva durante el tratamiento de mantenimiento.
- Antecedente de esquemas farmacológicos múltiples.

### **Complicaciones:**

Hemorragia (que cede espontáneamente en 8 horas en 90% de los casos), la penetración, la perforación y la obstrucción. La enfermedad péptica es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal proximal; aunque la mayoría de los sangrados son producidos por úlceras duodenales (por su frecuencia mayor).

Las complicaciones propias del tratamiento quirúrgico de las úlceras gástricas incluyen las úlceras recurrentes, la formación de bezoares, la gastritis por reflujo biliar

## **SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO**

**Definición:** Es la hemorragia digestiva que se origina por encima del ligamento de Treitz y corresponde al sangrado del esófago, el estómago o el duodeno.

### **Factores de riesgo:**

- Úlcera gástrica o duodenal
- Gastroduodenitis
- Várices esofagogástricas
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Esofagitis
- Neoplasias
- Ectasias vasculares
- Lesión de Dieulafoy

**Fisiopatología:** Las varices esofágicas ocurren por hipertensión portal, que es la presión en la vena porta a más de 12mmHg. Esta es ocasionada por la cirrosis hepática en su mayoría B y C, al general cambios en la estructura del hígado. El sangrado no variceal va haber una apertura de la mucosa del tubo digestivo exponiendo los planos más profundos donde están los vasos haciendo que estos liberen

la sangre que tenían contenida. Afecta más en la curvatura menor superior y la cara posterior del bulbo duodenal. Puede haber riesgo de recidiva esto se puede determinar por la escala de Rockall, más de 5 puntos riesgo alto. También se utiliza la escala de Forrest.

#### **Cuadro clínico:**

- Hematemesis de sangre fresca o manifestaciones de hipovolemia sugieren una pérdida de sangre de al menos 1000-1500 mL
- Palidez de piel y mucosas, masas abdominales, visceromegalias, ascitis.
- Melena
- Debilidad
- Mareos
- Lipotimias
- Signos de hipovolemia: Frialdad, sudoración, hipotensión arterial, taquicardia, sequedad en la boca
- Síntomas previos: dispepsia, pirosis, dolor abdominal, etc.

#### **Diagnóstico:**

- Endoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Arteriografía
- Angiografía abdominal selectiva
- Laparotomía

#### **Tratamiento:**

- Ranitidina
- Administración de soluciones cristaloides (glucosado o salino al 0,9%)
- Transfusión sanguínea está indicada cuando el hematocrito es inferior al 25% o con hemoglobina inferior a 8 g/dL.
- SNG
- Tratamiento específico de la lesión hemorrágica
- Electrocoagulación multipolar y la coagulación con gas argón
- La inyección de adrenalina puede conseguir la hemostasia o al menos reducir la hemorragia
- IBP
- Hipertensión portal-somatostatina

### **SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO**

**Definición:** Es la hemorragia digestiva que se origina por debajo del ligamento de Treitz y corresponde al sangrado del intestino delgado, el colon, el recto y el ano.

#### **Factores de riesgo:**

- Diverticulosis

- Angiodisplasia
- Neoplasias
- Hemorroides, fisura anal
- Colitis isquémica
- Divertículo de Meckel

**Fisiopatología:** El elevado número de causas que pueden producir hemorragia digestiva baja y su relativa frecuencia, van a estar condicionadas por la edad de presentación del paciente. Las hemorroides pueden ser el origen de un 2- 9% de las HDB, aunque la hemorragia suele ser leve. La causa suele ser la hipertensión portal intrahepática. El divertículo de Meckel consiste en la persistencia del conducto vitelino y generalmente se localiza próximo a la válvula ileocecal, Si aparece una hemorragia, ésta se debe a que el divertículo está cubierto por una mucosa gástrica, que produce ácido y ulcera el divertículo o la mucosa ileal adyacente. Angiodisplasia son vasos sanguíneos ectásicos, es el resultado de contracciones musculares intermitentes crónicas o aumento de la presión intraluminal que hacen que la vena perforante de la capa muscular se obstruya parcialmente, provocando al cabo de años dilataciones de las venas submucosas

**Cuadro clínico:**

- Hematoquecia
- La hemorragia acompañada de diarrea sugiere enfermedad inflamatoria del intestino o infección
- El estreñimiento puede asociarse a hemorroides, úlcera rectal o tumor.
- El cambio del ritmo deposicional junto con rectorragias debe hacer sospechar un proceso neoplásico
- rectorragia

**Diagnóstico:**

- Endoscopia
- Arteriografía
- Colonoscopia
- Angiografía mesentérica
- Rectoscopia
- Gammagrafía con hematíes
- TC

**Tratamiento:**

- Mantenimiento de la estabilidad hemodinámica con reposición de la volemia y la corrección de la anemia mediante transfusión sanguínea.