



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Cielo Brissel Fernández Colín

Dr. Romeo Antonio Molina Roman

Mapa Conceptual de Úlceras Pépticas

CLÍNICA QUIRÚRGICA

5" B

Comitán de Domínguez Chiapas a Diciembre de 2024

ÚLCERAS PÉPTICAS

DEFINICIÓN

Son lesiones en la mucosa gástrica o duodenal que se extienden a través de la muscular de la mucosa.

Entre 5 y 15% de las personas padecen, al menos una vez en su vida, los síntomas y/o complicaciones de una úlcera péptica

ETIOLOGÍA

Infección por *Helicobacter pylori*

Representa del 80 al 95% de las úlceras duodenales y alrededor del 75% de las úlceras gástricas

Es un bacilo gramnegativo espiral o helicoidal con 4-6 flagelos, que reside en el epitelio de tipo gástrico, dentro o debajo de la capa mucosa

Esta localización protege a la bacteria de ácidos y antibióticos

Por su forma y sus flagelos puede moverse a lo largo de la mucosa y produce enzimas que la ayudan a adaptarse al medio hostil

Es un potente productor de ureasa, capaz de descomponer la urea en amoníaco y bicarbonato, dando lugar a un microentorno alcalino en un medio gástrico ácido

Se asocia a úlceras duodenales

Mecanismos

- 1 Producción de agentes tóxicos que provocan lesión tisular local
- 2 Inducción de una respuesta inmunitaria mucosa local
- 3 Niveles incrementados de gastrina, con el consiguiente aumento de la secreción ácida
- 4 Metaplasia gástrica en el duodeno

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos

se absorben en el estómago y el intestino delgado, y actúan como inhibidores sistémicos de las enzimas ciclooxigenasas

La presencia de AINE altera estos mecanismos protectores naturales, y eleva el riesgo de formación de úlcera péptica en el estómago y el duodeno.

Se asocia a úlceras gástricas

ÚLCERAS PÉPTICAS

FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Dieta inadecuada
- Estrés emocional
- Infección por H. pylori
- Uso prolongado de AINE
- Reflujo duodenal de bilis
- uso concomitante de anticoagulantes o esteroides
- Consumo de tabaco y alcohol

PATOGENÍA

La úlcera péptica se desarrolla debido a un desequilibrio entre los factores agresivos y defensivos de la mucosa gástrica

Factores agresivos

- AINEs
- Tabaco.
- Alcohol
- Pepsinas
- Ácido clorhídrico
- Infección por H. pylori

Factores protectores

- Prostaglandinas
- Producción de moco
- Secreción de bicarbonato
- Flujo sanguíneo adecuado

SÍNTOMAS

- Fatiga
- Eructo
- Náuseas
- Pérdida de peso
- Dolor abdominal
- Acidez estomacal
- Heces negras y pegajosas o con sangre

ÚLCERAS PÉPTICAS

CLASIFICACIÓN

DUODENAL

Es una enfermedad caracterizada por lesiones que afectan la mucosa del duodeno

FISIOPATOLOGÍA

Se desarrollándose debido a un desequilibrio entre los factores agresivos, como ácido y pepsina, y los defensivos de la mucosa.

CLÍNICA

Dolor abdominal epigástrico localizado en el epigastrio medio, tolerable y a menudo aliviado al comer

Puede ser episódico y estacional (primavera u otoño)

El dolor referido hacia la espalda, indica penetración en el páncreas.

La irritación peritoneal puede ser signo de perforación libre

Radiografía Gastrointestinal Superior

Permite visualizar el bario en el cráter de la úlcera, que normalmente es redondo u ovalado

Identifique la ubicación, profundidad de la úlcera y deformaciones crónicas por fibrosis.

La técnica de doble contraste es más precisa (80-90%) que la de contraste único

Endoscopia Superior Flexible

Método más confiable, con más del 90% de precisión diagnóstica

Permite la toma de biopsias para descartar neoplasias malignas y pruebas para detectar H. pylori

Es útil especialmente para evaluar síntomas como esofagitis y gastritis

DIAGNÓSTICO

Prueba de H.pylori

Patrón de referencia

Biopsia de mucosa obtenida en la endoscopia

Pruebas no invasivas

como detección de antígenos en heces o aliento con urea

Prueba de ureasa

Sensibilidad >90% y especificidad 95-100%

Detecta enzima ureasa en biopsias gástricas en una hora

Histología

Sensibilidad 95%, especificidad 99%

Se obtienen muestras de mucosa gástrica teñidas con hematoxilina-eosina o tinciones especiales

Permite evaluar la gravedad de la gastritis

ÚLCERAS PÉPTICAS

CLASIFICACIÓN

DUODENAL

DIAGNÓSTICO

Cultivo

Sensibilidad 80%,
especificidad 100%

Se utiliza para
antibiogramas,
aunque es costoso
y requiere entre 3 y
5 días para
resultados

Otras pruebas

Serología

Detecta anticuerpos
IgG anti- H. pylori
(sensibilidad 90%,
especificidad 76-
96%)

Prueba del aliento con urea

Alta sensibilidad y
especificidad >95%,
recomendada para
evaluar
erradicación tras
tratamiento

Antígenos en heces

Sensibilidad
>90%,
específico para
detectar
erradicación

TRATAMIENTO

Antiácidos

Neutralizan el
ácido gástrico al
formar sales.

Efectivos al
tomarse 1 hora
después de las
comidas.

Sucralfato

Forma una capa
protectora en el
cráter de la úlcera.

Antagonistas de los Receptores H2

Reduce la
secreción ácida
gástrica.

Eficaces en tasas
de curación de
úlceras duodenales

IBP

Anulan toda forma
de secreción ácida

Curación del
85% tras 4
semanas y del
96% tras 8
semanas.

En presencia de
infección por H.
pylori,
combinados con
antibióticos

Infección por H. pylori

Triple terapia:
IBP + dos
antibióticos
(amoxicilina y
claritromicina).

Alternativa:
IBP +
metronidazol
+ tetraciclina

Los ciclos
recomendados
son de 10 a 14
días, con
seguimiento para
confirmar la
erradicación
mediante pruebas
no invasivas

ÚLCERAS PÉPTICAS

CLASIFICACIÓN

GÁSTRICA

Es una lesión que afecta la mucosa gástrica, extendiéndose a través de la muscular de la mucosa

Está asociado a un desequilibrio entre los factores agresivos (ácido gástrico, pepsina) y los mecanismos de defensa mucosa

CLÍNICA

Dolor epigástrico asociado a la ingesta de alimentos

Náuseas y vómitos

Anemia secundaria a hemorragias crónicas

Perforación o sangrado gastrointestinal como complicaciones graves

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Tipo I

Localizadas en la curvatura menor

Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y erradicación de *H. pylori*

Tipo II y III

Asociadas a hipersecreción ácida, requieren cirugía en casos graves

Tipo IV

Localizadas cerca de la unión gastroesofágica, con manejo similar al de las tipo I

Úlceras Gástricas Hemorrágicas

Manejo endoscópico inicial con inyección de adrenalina o termocoagulación

IBP intravenosos en dosis altas

En hemorragias persistentes, se realiza embolización o cirugía

Úlcera gástrica perforada

Manejo quirúrgico urgente, generalmente mediante cierre primario o reparación con parche de Graham

Uso de antibióticos e IBP en el postoperatorio

Úlceras Gástricas Gigantes

Generalmente mayores de 3 cm, asociados a mayor riesgo de malignidad

Requieren biopsias múltiples para descartar cáncer

Tratamiento con IBP y seguimiento endoscópico

Síndrome de Zollinger-Ellison

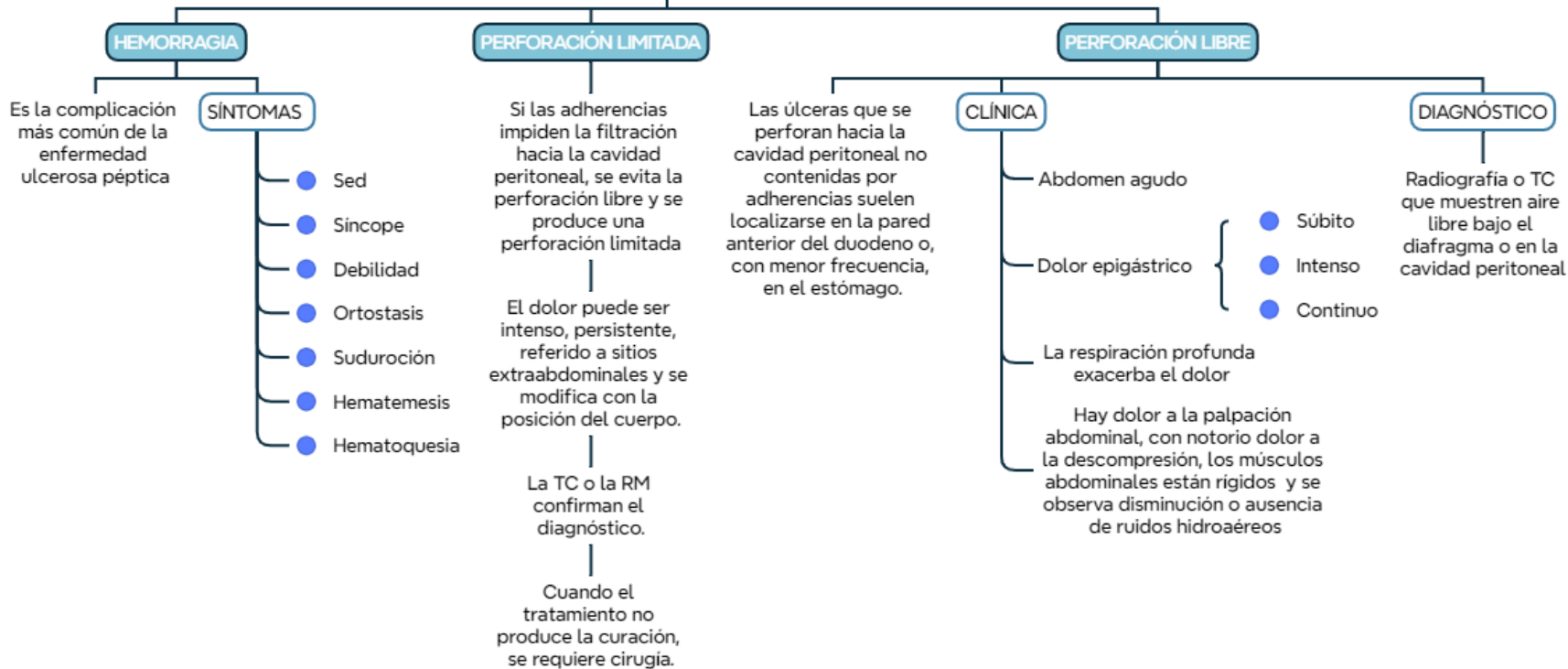
Trastorno caracterizado por hipersecreción ácida debido a un gastrinoma

Diagnóstico mediante niveles séricos elevados de gastrina

Tratamiento con IBP en dosis altas y resección quirúrgica del tumor

ÚLCERAS PÉPTICAS

ÚLCERAS COMPLICADAS



ÚLCERAS PÉPTICAS

ÚLCERAS COMPLICADAS

PERFORACIÓN LIBRE

TRATAMIENTO

Se requiere cirugía inmediata

Se inserta una sonda nasogástrica para realizar aspiración nasogástrica continua

Antibióticos IV eficaces contra la flora intestinal (p. ej., cefotetán, o amikacina más clindamicina)

OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO

La obstrucción puede ser causada por retracción cicatrizal, espasmo o inflamación secundarios a una úlcera.

SÍNTOMAS

Vómitos

Recurrentes de gran volumen

Se producen más a menudo al final del día y, con frecuencia, hasta 6 h después de la última comida

De larga evolución pueden causar pérdida de peso, deshidratación y alcalosis.

Anorexia con distensión o plenitud posprandial persistentes

CÁNCER DE ESTÓMAGO

Los pacientes con úlceras asociadas con *H. pylori* tienen un riesgo de 3 a 6 veces más alto de cáncer gástrico en etapas posteriores de la vida

BIBLIOGRAFÍA

- Vakil, N. (2023, March 6). Enfermedad ulcerosa péptica. Manual MSD Versión Para Profesionales; Manuales MSD.
- Sabiston, DC y Townsend, CM (2017). Tratado de cirugía: La base biológica de la práctica quirúrgica (20ª ed.)