



Córdova Morales Adonis Omar

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Clínica quirúrgica

Resumen de ulcera péptica

5to. semestre

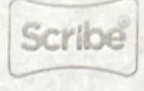
“C”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de diciembre del 2024

Úlcera péptica

D	M	A
---	---	---



Úlcera duodenal y gástrica

Pérdida de la integridad de la mucosa del estómago o el duodeno que produce un defecto local o excavación a causa de inflamación activa

Úlcera gástrica: Ocurre en el estómago

Úlcera duodenal: Ocurre en la primera parte del intestino delgado

Epidemiología

Prevalencia: Más común que la gástrica, sobre todo en adultos jóvenes

Factores de riesgo: Tabaquismo, AINES, antecedentes familiares, estrés

Distribución: Alta en países en desarrollo, disminuye en países desarrollados por el control de H. pylori

Sexo y edad: predominio en hombres y adultos jóvenes

ETIOLOGÍA

- Úlcera gástrica
- Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
- 3. Tumor gastrointestinal (adenocarcinoma, linfoma)

4 Enfermedades de Zollinger-Ellison

5. Estrés agudo (quemaduras, trauma, sepsis)

6. Infección por *Helicobacter pylori*

Etiología (Úlcera duodenal)

Infección por *Helicobacter pylori* (80-90% de los casos)
Uso de antiinflamatorio no esteroideo (AINE) (10-20% de los casos)

Enfermedad de Zollinger-Ellison

Tumores duodenales (adenocarcinomas, linfoma)

Estrés agudo (quemaduras, trauma, sepsis)

Uso de corticosteroide

Fisiopatología
U. duodenal

H. pylori y NSAID

Aumento de la secreción ácida media basal y nocturna

Disminución de la secreción de HCO_3^-

Fisiopatología

U. Gastrica

por H. pylori y NSAID

clasificación

- Tipo 1: En el cuerpo gástrico
- Tipo 2: En el antro. Producción anormal de ácido gástrico
- Tipo 3: A 3cm del píloro. Suele acompañarse de DU y producción anormal o de ácido G.
- Tipo 4: En el cardias. Hipoproducción de ácido gástrico

Clinica

U. Duodenal

Dolor en epigastrio
lacerante o urente

Dolor aparece de 90min
a 3 hrs. antes de una
comida

Dolor aparece entre
12 y 3 a.m.

U. gastrica

Dolor en epigastrio
urente o latente

Se desencadena al
tener o ingerir alimentos

Nauseas

vómitos

Diagnostico

U. gastrica

Estudios con
bario del tubo
digestivo

Unas DU se
observan como un
cráter bien delimitado
de modo habitual en
el bulbo

GU benigna como
cráter bien definido
con pliegues mucosos
radiantes que se
originan en el borde

Endoscopia

Visualización directa de la mucosa

Facilita la documentación fotográfica de las anomalías mucosas

U. Duodeno

Endoscopia digestiva Alta

Observar directamente la úlcera y su localización generalmente en la primera porción del duodeno

Radiografía con bario

observar defectos de relleno en el duodeno.

Tratamiento

Aliviar síntomas de dispepsia - 1 hora después de comidas

Hidróxido de aluminio → Estreñimiento (IRC) → Hipofofosfatemis

Hidróxido de magnesio → Diarrea IRC → Hiper magnesemias

carbonato de calcio → Sx de leche y alcalinos

Bicarbonato sódico → Alcolosis diseminada

Antagonistas de receptores de H_2

* Clases de antagonistas de H_2

- Ranitidina
- Famotidina
- Nizatidina

{ Úlceras activas
4 + 6 semanas
antimicrobianas

Cimetidina 400mg/c/12hrs
Ranitidina 300mg al acostarse
Famotidina 40mg al acostarse
Nizatidina 300mg al acostarse



Inhiben la secreción de ácido basal y estimulados

Cimetidina

Cicatrización de la úlcera

Antidrogénicos - Ginecomastia e impotencia
Inhiben el citocromo P450

Farmacos protectores de la mucosa

Sucralfato { 1g c/6h

Complejo de sal de sacarosa -- Pasta viscosa - Unión a puntos de ulceración activos

- * Barrera fisicoquímica + síntesis de prostaglandinas
- * Estimula secreción de moco y HCO_3^-
- * Reparación de la mucosa

Se debe de enviar de primer a segundo nivel a todo paciente que presenta las siguientes condiciones clínicas.

Dolor abdominal intenso con datos de irritación peritoneal

Hematemesis

Vómitos en paso de café

Melena

Hematoquezia

Datos de respuesta inflamatoria sistémica

Signos radiográficos de perforación (aire libre subdiafragma)

Inestabilidad hemodinámica

Hemoglobina y hematocrito por debajo de valores normales en la biometría hemática asociados a

cualquiera de los puntos anteriores.

Referencias

Loscalzo, J., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (2022). Harrison's principles of internal medicine. (*No Title*).

Gisbert, J. P., Calvet, X., Ferrándiz, J., Mascort, J., Alonso-Coello, P., & Marzo, M. (2012). Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterología y Hepatología*, 35(10), 725-e1.