

Enfermedad Ulcerosa Péptica

Redactor:

Dr. Alam Colmán

- Médico egresado de la Universidad Privada del Este, sede Presidente Franco (Promoción 2023)
- Especialista en Didáctica Universitaria por la Universidad Nacional del Este
- Desempeño destacado en el examen de la CONAREM
- Médico Residente en la especialidad de Medicina Interna (R2, Hospital Fundación Tesãi)
- Experiencia en práctica asistencial de alta complejidad
- Docente en formación médica

Bibliografía

1. Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editores. Schwartz. Principios de Cirugía. 11ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2020.

DEFINICION:

Las úlceras pépticas son defectos focales de la mucosa gástrica o duodenal que penetran hasta la submucosa o más profundamente. Su origen es un **desequilibrio entre el ácido péptico y los mecanismos de defensa de la mucosa**. Pueden ser agudas o crónicas, y representan una de las patologías digestivas más relevantes en la práctica clínica.

 GUÍA CLÍNICA COMPLETA

 GASTROENTEROLOGÍA

Epidemiología

La enfermedad ulcerosa péptica sigue siendo un diagnóstico frecuente, aunque el panorama epidemiológico ha cambiado significativamente en las últimas décadas.

Tendencia descendente

Las consultas, internaciones y cirugías programadas han disminuido en los últimos 30 años. Esta tendencia comenzó **antes** de la aparición de antagonistas H2, IBP, endoscopia moderna o vagotomía superselectiva.

Lo que NO ha disminuido

Las cirugías de urgencia y la mortalidad **no han disminuido** en la misma proporción. Aumentan las hospitalizaciones y muertes por hemorragia y perforación en adultos mayores.

- ↑ uso de AINEs y aspirina en población envejecida
- Persistencia de H. pylori en ciertos grupos
- Mayor comorbilidad en pacientes mayores

Factores Beneficiosos

- ↓ prevalencia de H. pylori
- Mejor tratamiento médico
- Manejo ambulatorio más eficaz

Factores Adversos

- ↑ uso de AINEs y aspirina
- Población envejecida
- Mayor riesgo de complicaciones graves

Etiología y Fisiopatología

La mayoría de las úlceras se deben a **Helicobacter pylori**, **AINEs** o ambos. Independientemente de la causa, la vía final común es la lesión acidopéptica de la barrera mucosa gastroduodenal.

"Sin ácido no hay úlcera" — principio fundamental de la fisiopatología ulcerosa péptica.



Helicobacter pylori

Produce úlceras mediante dos mecanismos principales:

- Hipersecreción de ácido gástrico
- Deterioro de las defensas mucosas



AINEs

Producen daño ulceroso por dos vías:

- Daño directo a la mucosa gástrica
- Inhibición de prostaglandinas → disminuyen defensas mucosas



Erradicación / Suspensión

Erradicar *H. pylori* o suspender AINEs es **clave** para:

- Curación completa
- Prevención de recurrencias
- Prevención de complicaciones

Otras causas menos frecuentes

Síndrome de Zollinger-Ellison (gastrinoma)

Hiperfunción / hiperplasia de células G

Mastocitosis sistémica

Traumatismos y quemaduras

Estrés fisiológico intenso

Tabaquismo, alcohol y cocaína

⚠ Más del **90% de complicaciones graves** en EE. UU. se relacionan con *H. pylori*, AINEs o tabaco. Además, *Helicobacter* tiene un rol etiológico importante en el linfoma gástrico.

Indicaciones para el diagnóstico y tratamiento de *Helicobacter pylori*

Establecidas

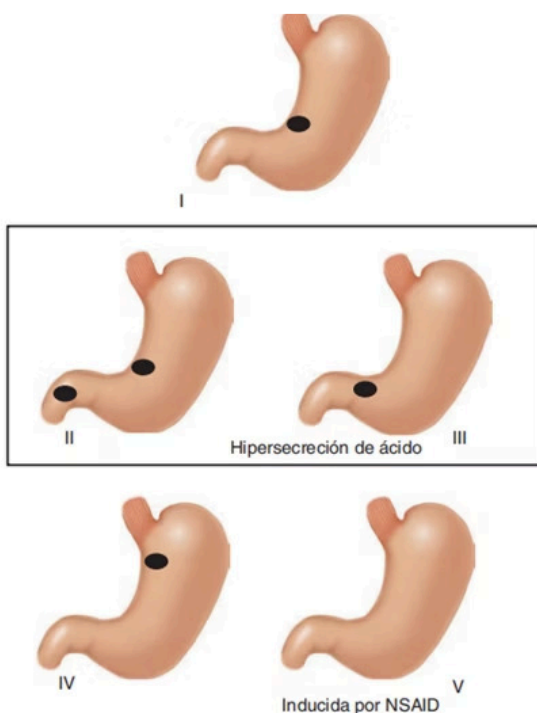
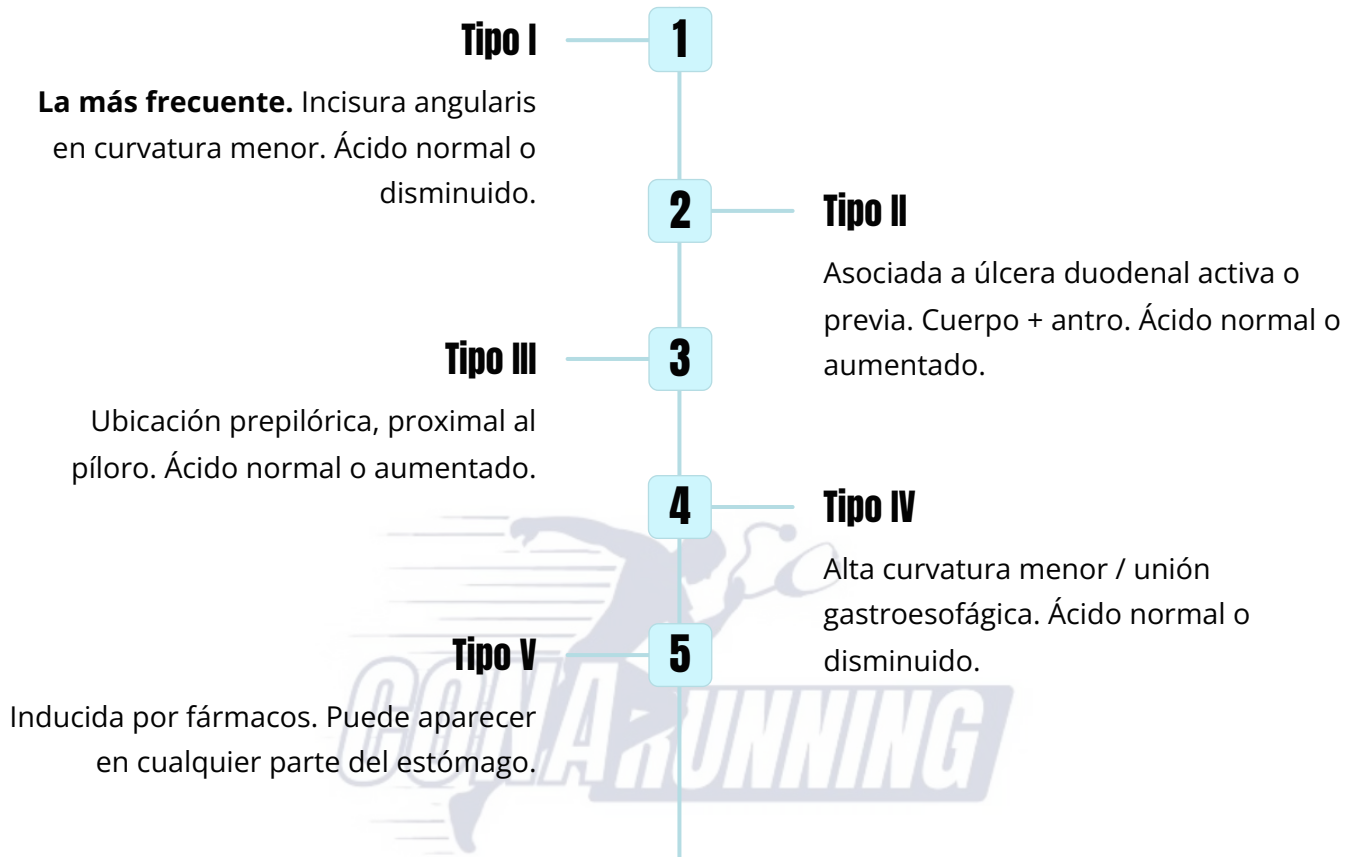
- Enfermedad ulcerosa péptica activa (úlceras gástrica o duodenal)
- Antecedente confirmado de enfermedad por úlcera péptica (sin tratamiento previo para *H. pylori*)
- Linfoma de tejido linfoide relacionado con la mucosa gástrica (baja malignidad)
- Después de resección endoscópica de cáncer gástrico temprano
- Dispepsia no estudiada (según la prevalencia de *H. pylori*)

Controversial

- Dispepsia no ulcerosa
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Personas que usan NSAID
- Anemia ferropriva inexplicable
- Poblaciones con riesgo alto de cáncer gástrico

Clasificación de Johnson

La clasificación de Johnson categoriza las úlceras gástricas según su localización y el nivel de secreción ácida asociada, lo que tiene implicaciones diagnósticas y terapéuticas importantes.



Los pacientes que toman NSAID o ácido acetilsalicílico necesitan la administración simultánea de un fármaco supresor del ácido si existe cualesquiera de los factores siguientes

- Edad mayor de 60 años
- Antecedente de enfermedad acidopéptica
- Consumo concurrente de esteroides
- Uso concurrente de anticoagulante
- Dosis alta de NSAID o ácido acetilsalicílico

Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Síntoma principal

El síntoma cardinal es el **dolor abdominal epigástrico**, de tipo urente y sin irradiación. Su relación con la comida orienta al tipo de úlcera:

Úlcera Duodenal

Dolor 2-3 horas después de comer y nocturno. Frecuentemente despierta al paciente.

Úlcera Gástrica

Dolor durante la ingesta. Menos frecuente por la noche.

Otros síntomas: náuseas, distensión abdominal, pérdida de peso, anemia y sangre oculta en heces.

Diagnóstico

En pacientes jóvenes con síntomas típicos puede iniciarse tratamiento empírico con IBP. Se indica **endoscopia digestiva alta** en:

- Pacientes mayores de 45 años
- Presencia de síntomas de alarma

Una vez confirmada la úlcera, investigar causas:

- Helicobacter pylori
- Uso de AINEs
- Gastrinoma
- Cáncer

i Las úlceras gástricas **siempre deben biopsiarse** para descartar malignidad y evaluar infección por H. pylori.

45+

Años

Edad a partir de la cual se indica endoscopia de forma sistemática

2-3h

Post-ingesta

Intervalo típico del dolor en úlcera duodenal

90%

Complicaciones

Relacionadas con H. pylori, AINEs o tabaco

Complicaciones

Las principales complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica son la **hemorragia** (la más frecuente y principal causa de muerte), la **perforación** y la **obstrucción pilórica**.

Hemorragia Digestiva

Causa más común de complicación. Presentación con melena, hematemesis o ambas. El 75% cesa con tratamiento conservador; el 25% restante concentra toda la mortalidad.

Perforación

Se presenta como abdomen agudo con inicio súbito de dolor muy intenso. Evoluciona de peritonitis química a infecciosa. Requiere manejo quirúrgico urgente en la mayoría de los casos.

Obstrucción Pilórica

Poco frecuente. Asociada a enfermedad duodenal o prepilórica. Vómitos no biliosos, alcalosis metabólica, pérdida de peso y signo de succusión.

Hemorragia: factores de riesgo de mala evolución

- Shock hemodinámico al ingreso
- Hematemesis activa
- Necesidad de múltiples transfusiones
- Sangrado activo o vaso visible en endoscopia
- Úlceras en pared posterior del duodeno o curvatura menor

Perforación: manejo urgente

- Reposición de líquidos (pérdida al tercer espacio)
- Antibióticos de amplio espectro
- Analgesia adecuada
- Resolución quirúrgica urgente
- Manejo conservador solo en perforación sellada confirmada

Tratamiento Médico

Los **inhibidores de la bomba de protones (IBP)** son la base del tratamiento médico para la enfermedad ulcerosa péptica. También son eficaces dosis elevadas de antagonistas de los receptores H2 y sucralfato.



Pacientes hospitalizados

Deben recibir IBP en **goteo intravenoso continuo**. Al alta, considerar IBP de por vida salvo que se elimine la causa o se realice intervención quirúrgica definitiva.



Pacientes que requieren AINEs

Quienes necesiten AINEs o aspirina para otras enfermedades **siempre deben tomar IBP concomitantes** o dosis altas de antagonistas H2.



Modificación de hábitos

Suspender consumo de **tabaco**, evitar alcohol y AINEs (incluido ácido acetilsalicílico). Medidas fundamentales para la curación y prevención de recurrencias.



Erradicación de H. pylori

Si se comprueba infección por H. pylori, se debe tratar con uno o varios de los **tratamientos aceptados de erradicación**. Es clave para la curación definitiva.

- ✔ La erradicación de H. pylori y la suspensión de AINEs son las medidas más importantes para lograr la curación completa y prevenir recurrencias y complicaciones.

Regímenes terapéuticos para <i>Helicobacter pylori</i>	
FÁRMACO/DOSIS/FRECUENCIA	DURACIÓN
PPI + claritromicina 500 mg c/12 h + amoxicilina 1 000 mg c/12 h	10-14 días
PPI + claritromicina 500 mg c/12 h + metronidazol 500 mg c/12 h	10-14 días
PPI + amoxicilina 1 000 mg c/12 h, luego	5 días
PPI + claritromicina 500 mg c/12 + tinidazol 500 mg c/12 h	5 días
Regímenes de rescate para pacientes en los que falla alguno de los tratamientos previos:	
Subsalicilato de bismuto 525 mg c/6 h + metronidazol 250 mg c/6 h + tetraciclina 500 mg c/6 h + PPI	10-14 días
PPI + amoxicilina 1 000 mg c/12 h + levofloxacinina 500 mg c/día	10 días

Tratamiento Quirúrgico

Aunque la hemorragia es la principal causa de muerte, actualmente la mayoría de los pacientes no requiere cirugía gracias al tratamiento endoscópico y farmacológico. Los pacientes que llegan a cirugía son más graves, con mayor riesgo y peores resultados.

Indicaciones de cirugía en sangrado

- Hemorragia masiva no controlada con endoscopia
- Transfusión >4-6 unidades pese a tratamiento
- Sangrado recurrente tras intentos endoscópicos
- No disponibilidad de tratamiento endoscópico
- Hospitalizaciones repetidas por sangrado
- Asociación con perforación u obstrucción

Cirugía precoz en pacientes de alto riesgo

- Mayores de 60 años
- Pacientes en shock
- Alta necesidad transfusional
- Hemorragia recurrente
- Úlceras grandes (>2 cm)
- Lesiones de alto riesgo (erosión de arterias importantes)

⊗ La mortalidad quirúrgica es alta, cercana al **20%**.

1

Úlcera Duodenal Sangrante

Sutura del vaso sangrante ± vagotomía + drenaje. En inestables: solo ligadura. En estables: puede añadirse vagotomía o resección (Billroth II).

2

Úlcera Gástrica Sangrante

Resección gástrica distal que incluya la úlcera (tratamiento preferido). Alternativas: vagotomía + drenaje con sutura y biopsia, o solo sutura en alto riesgo.

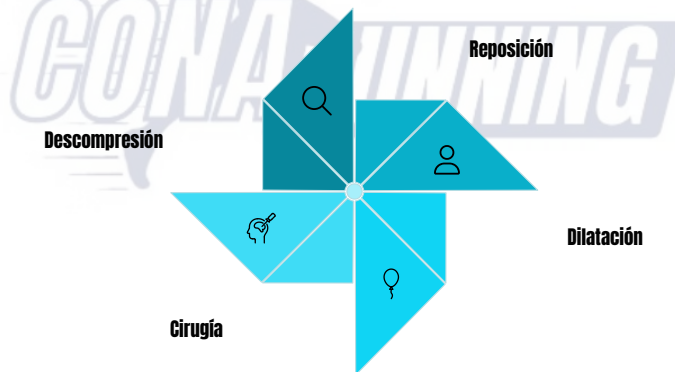
3

Úlcera Perforada

Duodenal: cierre simple con parche ± vagotomía. Gástrica: resección distal en estables; cierre + biopsia en otros. Siempre biopsiar si no se resecta.

Obstrucción pilórica: manejo quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de elección es la **vagotomía asociada a antrectomía**. Alternativas: vagotomía + gastroyeyunoanastomosis (también realizable por laparoscopia). Es fundamental descartar cáncer gástrico, pancreático o duodenal en todos los casos.



El manejo escalonado de la obstrucción pilórica comienza con medidas conservadoras y avanza hacia la intervención definitiva cuando el componente inflamatorio no es reversible.

INDICACIÓN	DUODENAL	GÁSTRICA
Sangrado	1. Sutura hemostática ^a 2. Sutura hemostática, V + D 3. V + A	1. Sutura hemostática y biopsia ^a 2. Sutura hemostática, biopsia, V + D 3. Gastrectomía distal ^b
Perforación	1. Parche ^a 2. Parche, HSV 3. Parche, V + D	1. Biopsia y parche ^a 2. Escisión en cuna, V + D 3. Gastrectomía distal ^b
Obstrucción	1. HSV + GJ 2. V + A	1. Biopsia; HSV + GJ 2. Gastrectomía distal ^b
No tratada/ no cicatriza	1. HSV ^b 2. V + D 3. V + A	1. HSV y escisión en cuna 2. Gastrectomía distal

^a A menos que el paciente esté en choque o moribundo, se debe valorar un procedimiento definitivo.
^b Tratamiento quirúrgico programado en el paciente con riesgo bajo.
 GJ, gastroyeyunoanastomosis; HSV, vagotomía superselectiva; V + A, vagotomía y antrectomía; V + D, vagotomía y drenaje.

Síndrome de Zollinger-Ellison

El síndrome de Zollinger-Ellison se produce por un **tumor neuroendocrino (gastrinoma)**, localizado en páncreas o duodeno, que secreta grandes cantidades de gastrina sin control, generando hipersecreción ácida marcada y úlceras pépticas.

Tipos de enfermedad

Esporádica (80%)

Tumor único.
Alta posibilidad de curación quirúrgica.

Asociada a MEN1 (20%)

Enfermedad hereditaria.
Tumores múltiples. Rara vez curable con cirugía.

⚠ Entre el **50-60% de los gastrinomas son malignos**. Muchos pacientes ya tienen metástasis al diagnóstico (ganglios, hígado). La probabilidad de metástasis aumenta con el tamaño del tumor.

Manifestaciones clínicas

- Dolor epigástrico
- Reflujo gastroesofágico
- Diarrea
- Más del 90% presenta úlceras pépticas

Sospechar cuando:

- Úlceras atípicas (distales, yeyuno o múltiples)
- Úlceras recurrentes o resistentes al tratamiento
- Asociación con diarrea o hipercalcemia
- Complicaciones (sangrado, perforación)



Diagnóstico inicial

Todos los pacientes tienen **gastrina elevada**. Lo característico: hipergastrinemia + alta secreción ácida (BAO elevado). Suspender antisecretores antes de medir gastrina.



Localización del tumor

Ecografía, TAC, RM para tumores grandes.
Ecografía endoscópica (más sensible).

Gammagrafía con octreótido: estudio más importante (alta sensibilidad y especificidad).



Prueba de secretina

Se administra secretina: si la gastrina **aumenta significativamente** → diagnóstico de gastrinoma confirmado. Medir calcio y PTH para descartar MEN1.



Tratamiento

Altas dosis de IBP para control sintomático. En gastrinoma esporádico: resección con intención curativa. En MEN1: cirugía controvertida por tumores múltiples.

Resumen y Puntos Clave



Fisiopatología central

Sin ácido no hay úlcera. H. pylori y AINEs son las causas del 90% de los casos.



Diagnóstico clave

Endoscopia en mayores de 45 años o con síntomas de alarma. Biopsiar siempre las úlceras gástricas.



Complicación más grave

Hemorragia digestiva alta: 75% cesa con tratamiento conservador; el 25% restante concentra toda la mortalidad.



Tratamiento médico

IBP como base. Erradicar H. pylori. Suspender AINEs. Modificar hábitos (tabaco, alcohol).



Cirugía

Reservada para complicaciones no controladas. Mortalidad quirúrgica ~20%. La cirugía programada supera a la de urgencia.



Zollinger-Ellison

Gastrinoma secretor de gastrina. Gammagrafía con octreótido es el estudio más importante. IBP a altas dosis + cirugía en esporádico.

La enfermedad ulcerosa péptica es una patología tratable y prevenible. La identificación y eliminación de la causa —H. pylori o AINEs— junto con el uso adecuado de IBP, son los pilares que han transformado su pronóstico en las últimas décadas.