

Úlcera péptica: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento

Dra. Judith Doweck

Ex- Staff Unidad Esófago Estómago

Hospital de Gastroenterología

Dr. C.B Udaondo

Epidemiología

- La EUP afecta 4 millones de personas anualmente en todo el mundo.
- Prevalencia 5-10%
- La incidencia es aproximadamente 0.1 a 0.3%
- En los primeros 50 años del siglo 20 afectaba al 10% de la población USA.
- En los últimos 20-30 años se describe un marcado descenso en la incidencia debido al descubrimiento del h.pylori como causa de la enfermedad y la aparición de los IBPs.
- Sin embargo ciertos factores de riesgo como el uso de AINEs , IRSS, stress psicosocial han cambiado el panorama en los últimos años
- A pesar de la gran reducción en la incidencia y porcentajes de admisión hospitalaria y mortalidad en los últimos 30 años aún se encuentran 10-20% de éstos pacientes

Úlcera péptica 2022

- H. Pylori positivo
- AAS-AINE positivo
- Grupo idiopático
- H. pylori AAS-AINE negativo
- Pero siempre considerar
 - Testeo H. pylori falso negativo
 - Uso de AAS-AINE subestimado no reportado

90-95% de las úlceras duodenales y el 70% de las gástricas están asociadas a infección por *H. pylori*.

Factores de Riesgo

- AINES
- Tabaquismo
- Alcohol
- Dieta
- Factores psicológicos
- Uso de AINEs

Problemas por resolver

- Sangrado
- Pacientes añosos
- Co-morbididades
- AAS/AINES /Antitrombóticos
- Manejo a largo plazo de la úlcera idiopática
- Diferenciar de otras causas de dispepsia

Causas de úlcera gastroduodenal H.Pylori negativa

Causas comunes

Error diagnóstico

Uso de aspirina o AINE

Causas raras

Síndromes hipersecretores

Gastrinoma

Mastocitosis sistémica

Síndrome carcinoide

Desordenes mieloproliferativos

Policitemia vera

Resecciones extensas de intestino delgado

Hiperplasia de células G de antro

Síndrome de antro retenido

Obstrucciones duodenales

Enfermedades granulomatosas

Crohn
Sarcoidosis
Sífilis
Tuberculosis

Infecciones

CMV
Herpes Simple
H.Heilmannii

Drogas

Hierro, Cl de Potasio
Colchicina
Cocaína, crack, anfetaminas
Bisfosfonatos
Hierbas medicinales

Radioterapia

Úlcera de Cameron (trauma o isquemia)

Neoplasias

Síndromes hipercalcémicos
Isquemia
Pancreatitis crónica
Idiopática

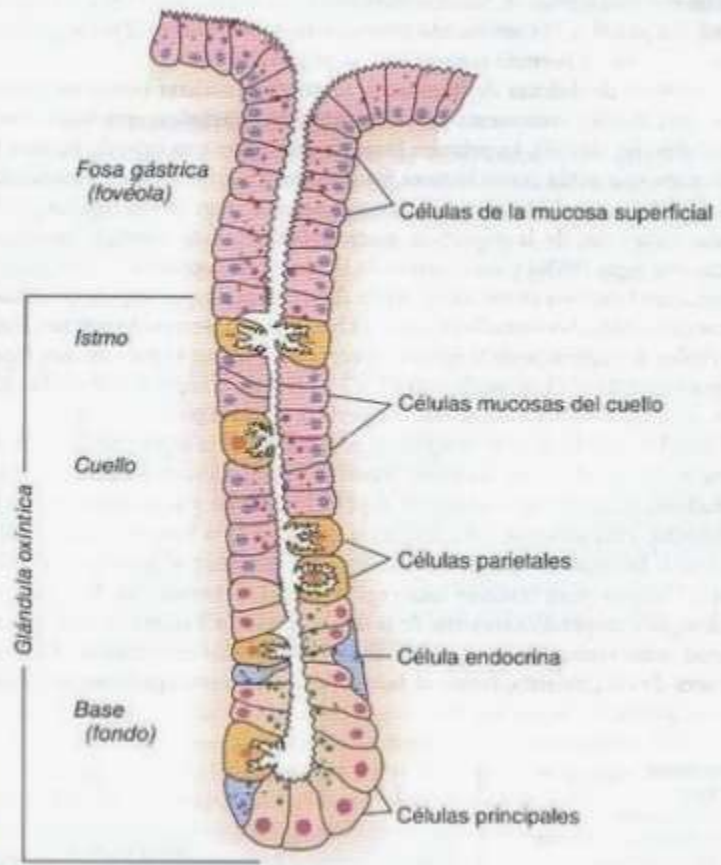


FIGURA 287-1. Representación esquemática de la glándula oxíntica gástrica.
 (Adaptada de S Ito, RJ Winchester: Cell Biol 16:541, 1963.)

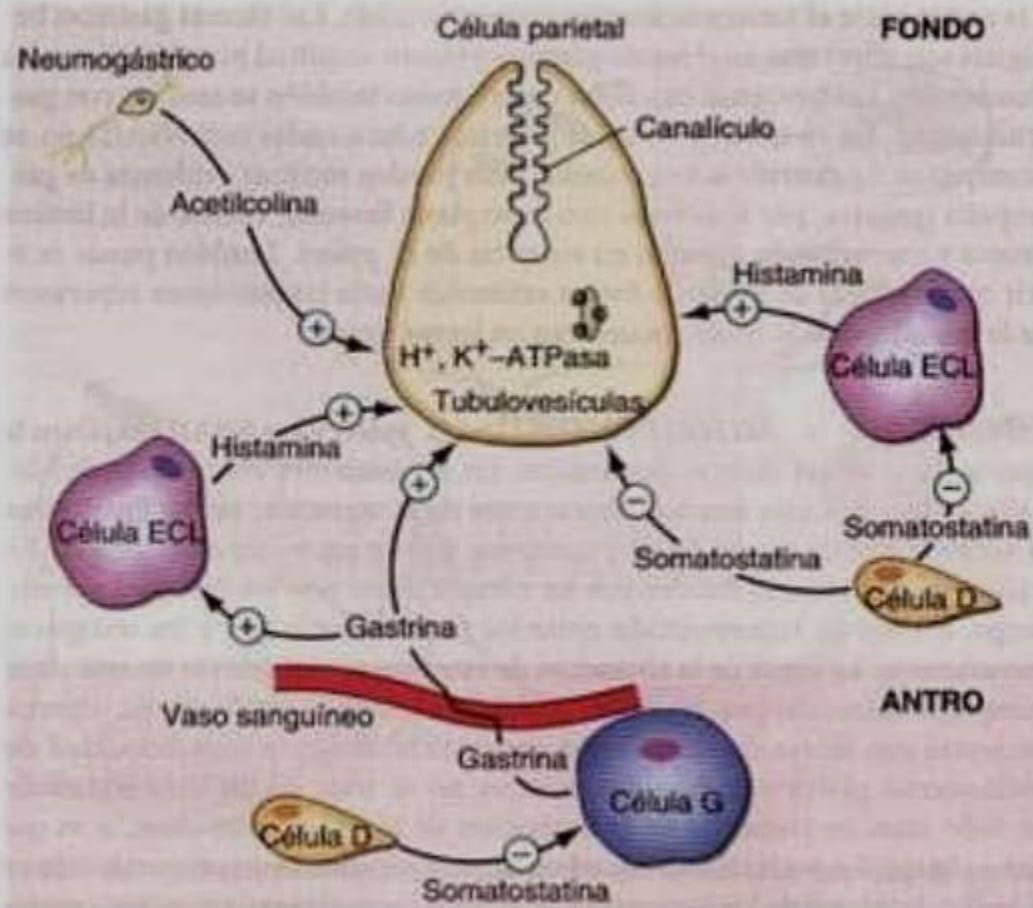


FIGURA 287-5. Regulación de la secreción de ácido gástrico a nivel celular.
 Célula ECL, célula de tipo enterocromafín.

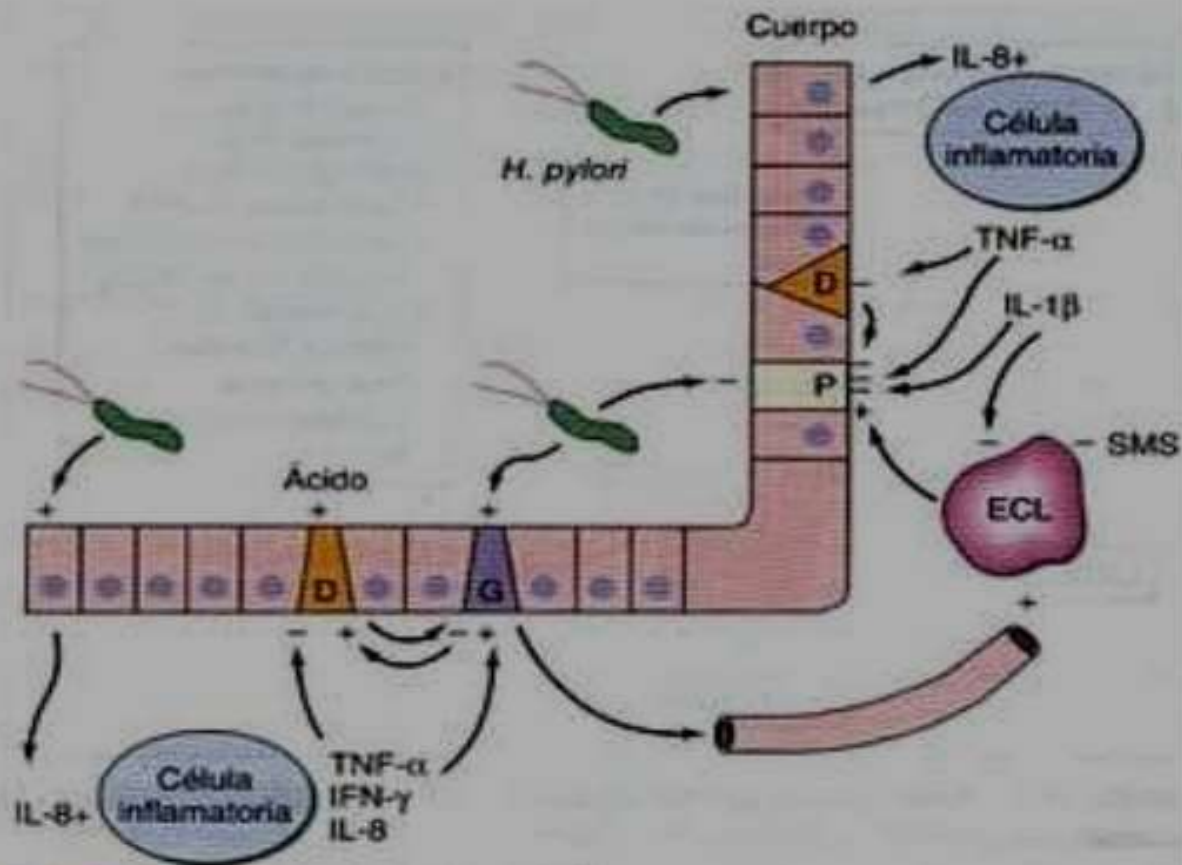


FIGURA 287-7. Resumen de los posibles mecanismos por los que *H. pylori* puede producir alteraciones en la secreción gástrica. D, célula de somatostatina; ECL, célula de tipo enterocromafín; G, célula G; IFN, interferón; IL, interleucina; P, célula parietal; SMS, somatostatina; TNF, factor de necrosis tumoral. (Adaptada de J Calam et al: *Gastroenterology* 113:543, 1997.)

FACTORES CONDICIONANTES



ÚLCERA PÉPTICA: Mecanismos de Defensa de la Mucosa

FACTORES EXÓGENOS
AINE's - ALCOHOL

ÁCIDO + PEPSINA

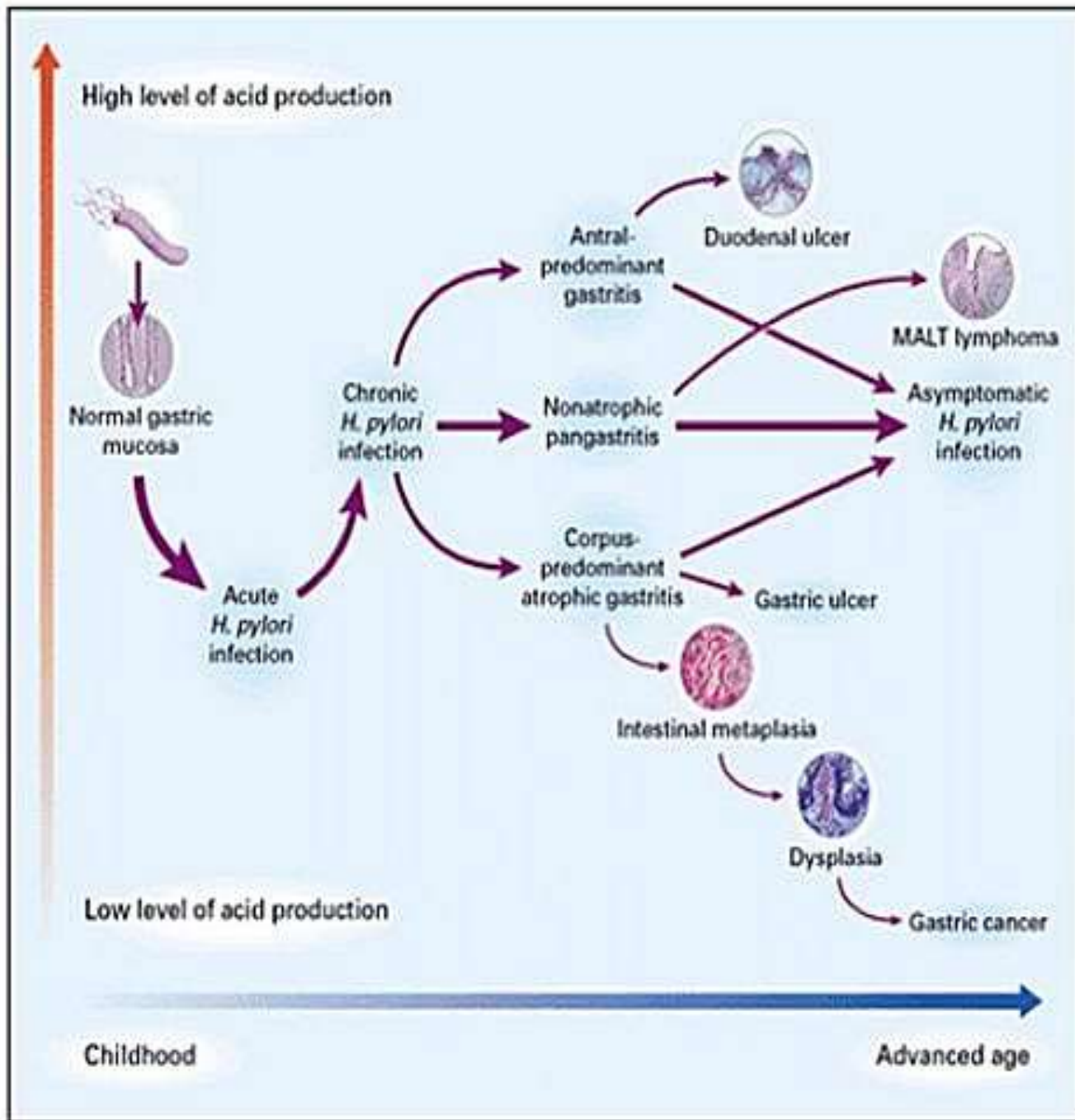
FACTORES ENDÓGENOS
BILIS

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: MOCO Y BICARBONATO

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA:
BARRERA APICAL
EXPULSIÓN DE IONES H⁺ RETRODIFUNDIDOS
MECANISMOS ANTIOXIDANTES

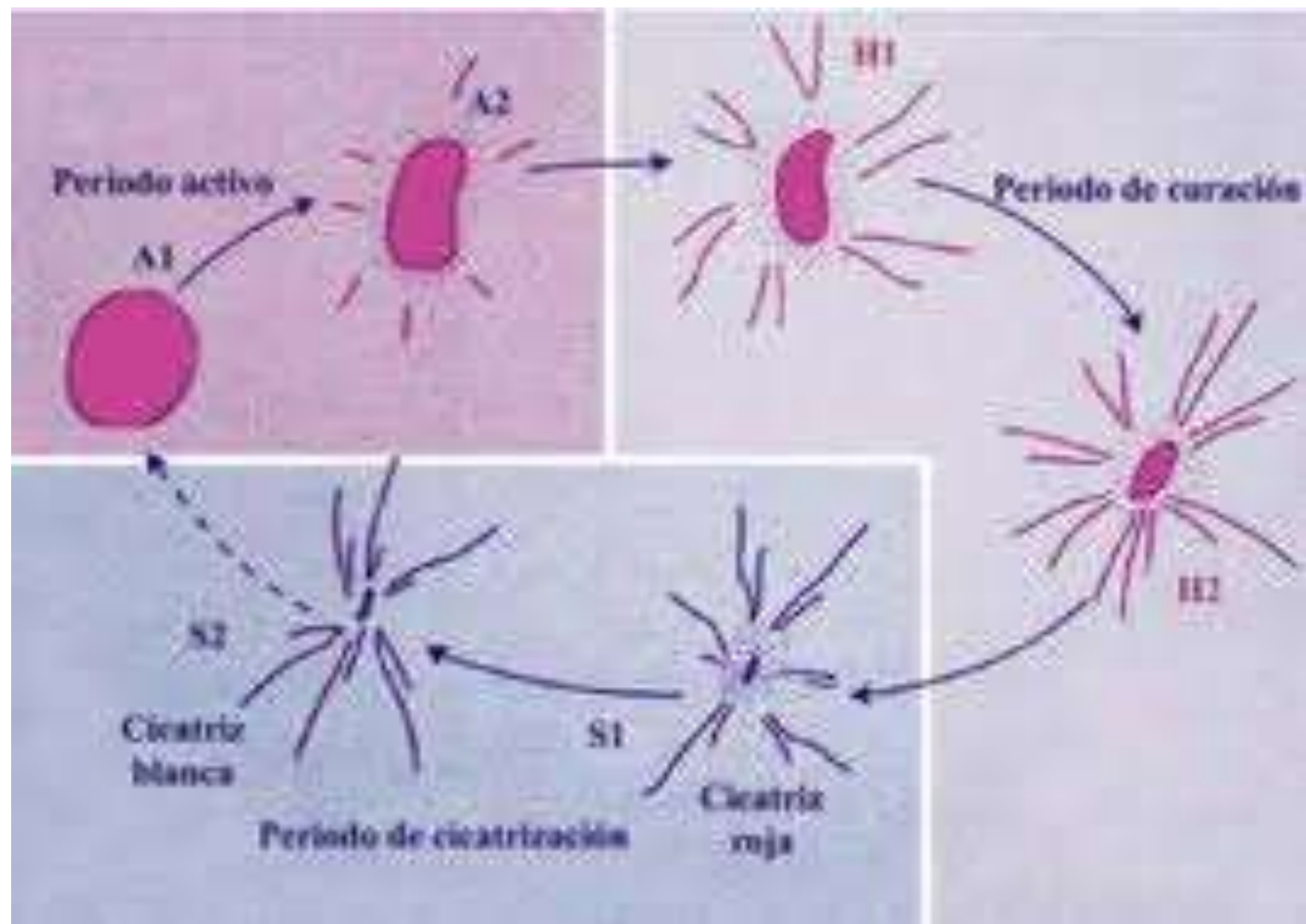
TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: FLUJO SANGUÍNEO DE LA MUCOSA

LESIÓN



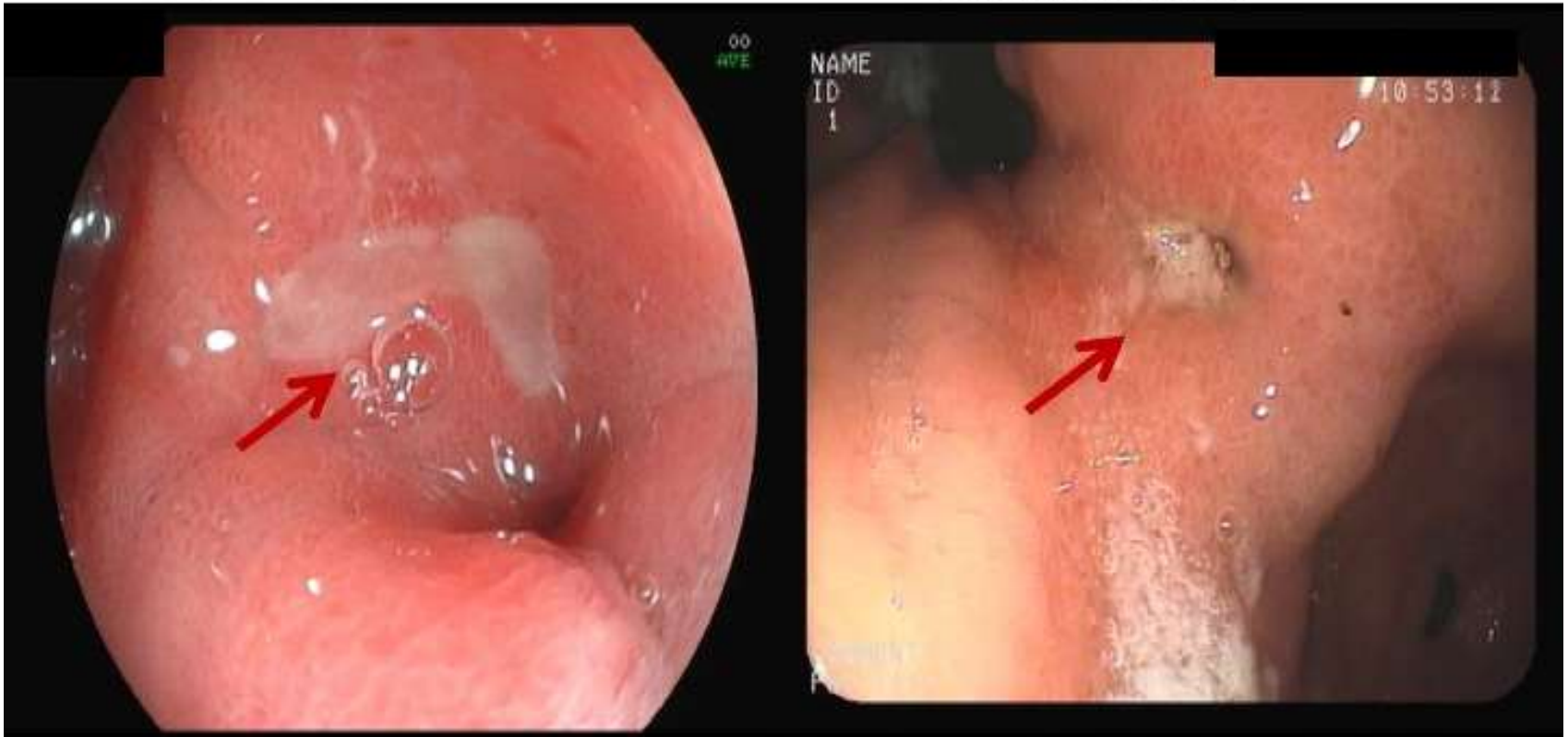
ÚLCERA PÉPTICA: Patogenia

	Úlcera Gástrica	Úlcera Duodenal
Edad	Avanzada	Media
Células parietales	Normal / disminuida	Aumenta 10-20 veces
S. Ácida basal nocturna	Normal / disminuida	Aumentada
S. Ácida Máxima	Normal / disminuida	Aumentada
Defensa de la mucosa	Disminuida	
H.p.	> 80%	60-70%
Gastrina sérica posprandial		Aumentada
Vaciamiento gástrico		Aumentado
Pepsinógeno	Aumentado (II)	Aumentado (I)



ÚLCERA DUODENAL

ÚLCERA GÁSTRICA





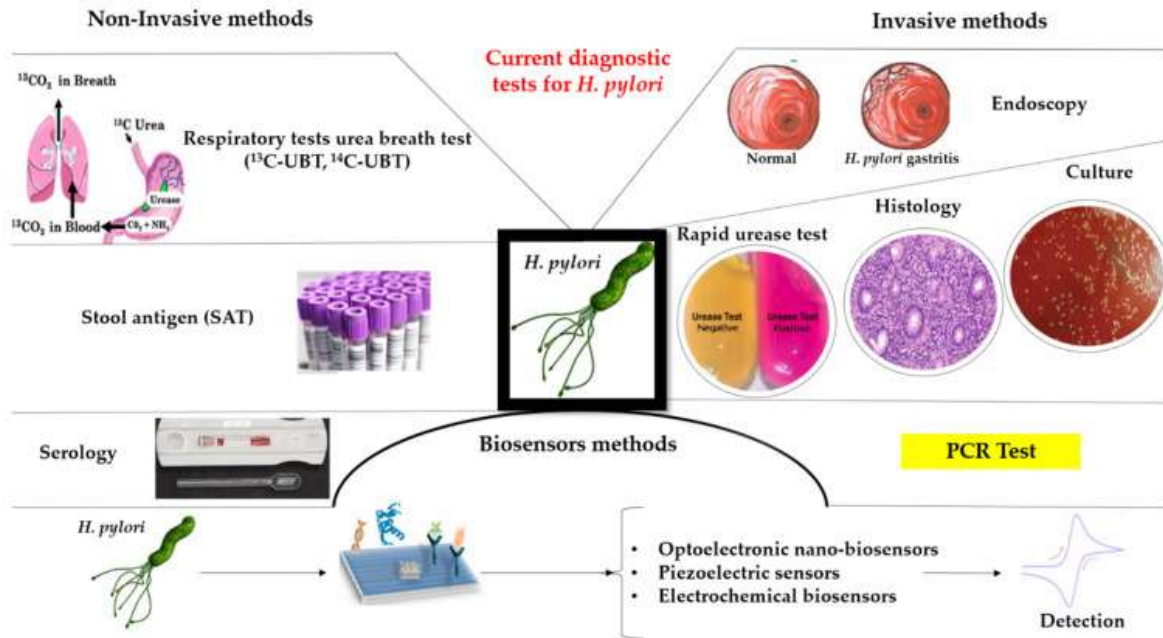


DR. MU

Cuando buscar infección por *Helicobacter pylori*?

- Paciente con enfermedad ulcerosa péptica activa o pasada
- Complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica
- Pacientes con linfoma MALT
- Pacientes que inician tratamiento con AINES por períodos largos
- Anemia ferropénica de etiología no aclarada
- Púrpura Trombocitogénica Idiopática
- Familiar de adenocarcinoma gástrico
- Previo a cirugía bariátrica por obesidad mórbida
- Dispepsia tipo dolor epigástrico cuando los tratamiento instituidos son inefectivos

Como buscarlo?



[Diagnostics \(Basel\)](#). 2022 Feb; 12(2): 508.

Evolution of Diagnostic Methods for *Helicobacter pylori* Infections: From Traditional Tests to High Technology, Advanced Sensitivity and Discrimination Tools

Complicaciones de la enfermedad ulcerosa-péptica

- Hemorragia digestiva
- Perforación
- Obstrucción del tracto de salida (síndrome pilórico)

Hemorragia digestiva por EUP

Epidemiología

La hemorragia digestiva es la complicación mas frecuente de EUP con una incidencia anual de hemorragia en la población general que va de 0.02% a 0.06% y una mortalidad promedio a 30 días de 8,6%

Tratamiento Médico

Inhibidores de Bomba de Protones

Los IBPs deben iniciarse inmediatamente en la admisión y el examen endoscópico y hemostasis dentro de las 24 horas

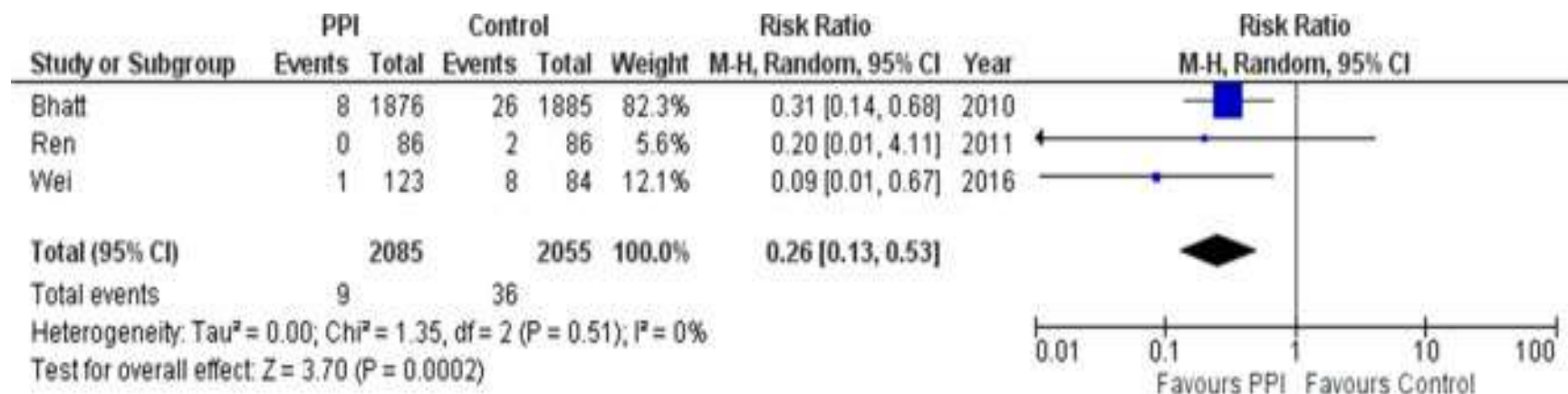
En pacientes con alto riesgo de resangrado deben continuar a altas dosis al menos 3 días en el resto se puede reducir dosis a las standar EV u orales.

.

Somatostatina -Octreotide

Somatostatina- Octreotide se recomienda en un subgrupo de pacientes con sangrado incontrollable mientras se aguardo endocopia o en pacientes con HDNV que aguardan cirugia o la tienen contraindicada.

Efecto de los IBPs en ulcera sangrante



Tratamiento endoscópico

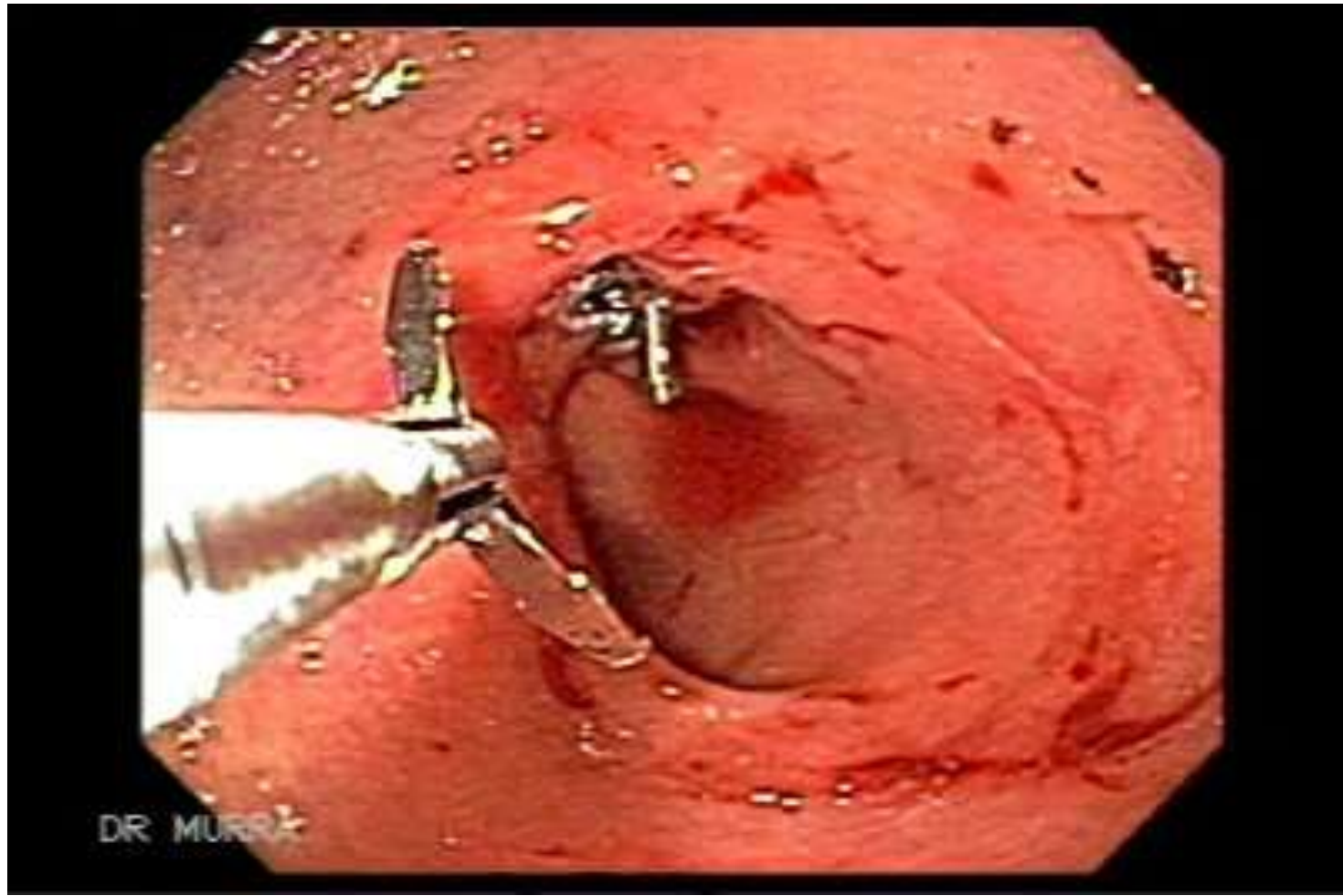
La introducción de la hemostasis endoscópica (inyección endoscópica adrenalina, alcohol, cianoacrilato, termo coagulación, colocación de clips y sus combinaciones)

En las últimas décadas ha mejorado la evolución especialmente en pacientes con alto riesgo, disminuyendo el índice de resangrado, requerimiento transfusional, tiempo de hospitalización y la necesidad de cirugías hemostáticas de urgencia. y el índice de mortalidad.

Sustancias de inyección

- Solución fisiológica
Taponamiento
- Adrenalina (1:10.000)
Vasoconstricción
- Alcohol/ polidocanol
Necrosis-trombosis
- Cianoacrilato
Trombosis química
- Trombina/fibrina
Trombosis fisiológica





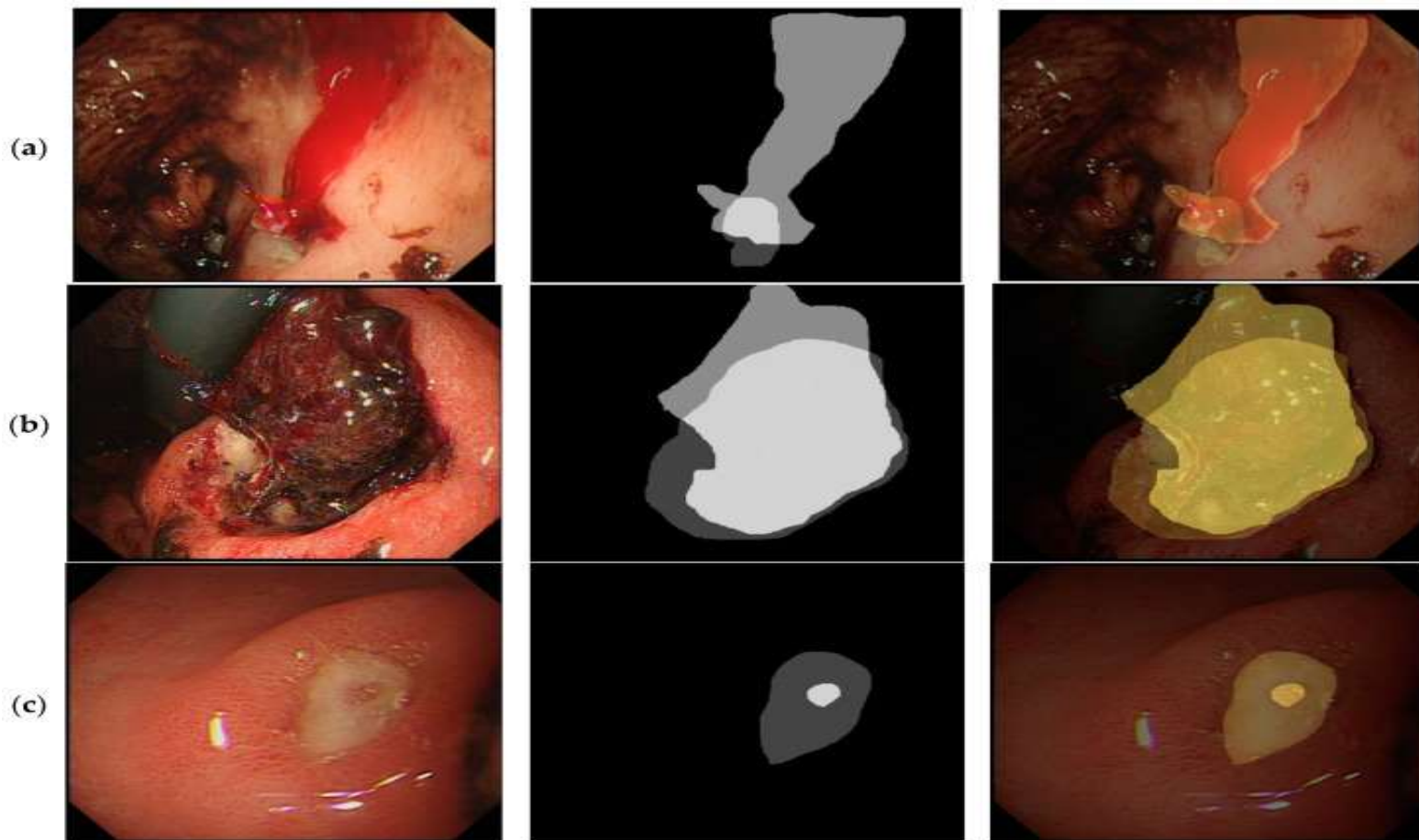
DR. MURRAY

Clasificación de Forrest

Tipo de hemorragia Riesgos de resangrado

- **Forrest I:** Sangrado activo.
 - I.a.Sangrado en chorro 80 a 100 %
 - I.b.Escurrecimiento continuo
- **Forrest II:** Con estigmas de sangrado
 - II.a.Vaso visible 50 a 80 %
 - II.b.Coágulo pardo adherente 20 a 30 %
 - II.c.Coágulo plano de base negra 5 a 10 %
- **Forrest III:** Sin estigmas de sangrado
 - III.Lesión de lecho limpio. 1 a 2 %

. (a). *Forrest, I lesion*, actively bleeding ulcer. Original image (**left**), image segmented into ulcer/bleeder areas (**middle**), combined image (**right**). (b). *Forrest IIB lesion*, ulcer with adherent clots. Original image (**left**), image segmented into ulcer/bleeder areas (**middle**), combined image (**right**). (c). *Forrest IIc lesion*, ulcer with red spots. Original image (**left**), image segmented into ulcer/bleeder areas (**middle**), combined image (**right**).



Perforación

La perforación de una úlcera péptica se presenta en general como un abdomen agudo alta morbi-mortalidad

La prevalencia de perforación es de 5%, mortalidad va de 1.3% a 25%

La incidencia anual es de 0.004% a 0.014%.

Es menos frecuente que la hemorragia digestiva con una relación perforación –sangrado 1:6 pero es la indicación más frecuente de cirugía de emergencia y causa cerca del 40% de las muertes relacionadas con úlceras complicadas

Tríada clásica dolor abdominal taquicardia y abdomen en tabla.

Rx abdomen de pie puede fallar en el diagnóstico en 15 % de los casos.

Tratamiento endoscópico endoclips, sutura endoscópica, stents combinado con drenaje guiado por radiología

Laparotomía exploradora con reparación con epiplón es el gold standard.

Laparoscopia

Gastrectomía

Obstrucción del tracto de salida gástrico

- Se presenta con epigastralgia y vómitos postprandiales . Con la erradicación del h.pylori y el uso de IBPs la causa mas frecuente hoy en día es la neoplásica (50-80%)
- No se conoce la incidencia real
- Tratamiento IBPs erradicacion de h.pylori tratamiento endoscopico con dilatacion con balon o colocación de stents autoexpandibles o cirugía (gastroeyunostomía laparoscópica)

Tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica

Úlcera duodenal

Inhibidores de bomba de protones por 4
semanas

Úlcera gástrica

Inhibidores de bomba de protones por 6- 8
semanas

Úlcera duodenal

No requiere control endoscópico

Úlcera gástrica

Requiere control endoscópico siempre para
biopsiar si continúa la lesión o la cicatriz

Tratamiento actual de la infección por Helicobacter pylori

El tratamiento H pylori se considera exitoso cuando logra una cura del 90% o más de los casos

Se evalúa efectividad de un régimen para infecciones con susceptibilidad y resistencia de las cepas unido al conocimiento de la prevalencia de la resistencia

En áreas con Resistencia a Claritromicina mayor al 20% no utilizar esquemas con ésta droga

La Amoxicilina y Tetraciclinas presentan muy baja Resistencia

El metronidazol tiene altas resistencias pero en combinación con otros antibióticos se reduce in vivo

Los resultados del tratamiento dependen de:

- Resistencia primaria o secundaria a los antibióticos
- Carga bacteriana
- Alta concentración ácida en el estómago
- Vida media, biodisponibilidad y metabolismo de los IBPs utilizados
- Concentración de droga en la mucosa gástrica
- Compliance del paciente
- Efectos colaterales
- Costos

Recomendaciones de tratamiento H.pylori en Argentina

Primera línea

Terapia cuádruple con bismuto (BQT) o sin bismuto

Terapia concomitante

IBP doble dosis, Claritromicina 500 x2,

Metronidazol 500 x 2, Amoxicilina 1 gr x 2 por 14 días

(no contamos con bismuto en nuestro medio)

Terapia cuádruple con Bismuto (tradicional)

IBP doble dosis, Tetraciclina 500 x 4, Metronidazol 500 x 4, Subcitrate de Bismuto 220 x 2 por 14 días

Terapia dual con altas dosis de Amoxicilina e IBPs (HDDT)

Pantoprazol 40 x 4, Amoxicilina 1 gr x 4 por 14 días

Segunda línea

Terapias basadas en Levofloxacina

IBPs x 2, Amoxicilina 1 gr x 2 Levofloxacina 500 x 1 por 14 días

Opciones de tratamiento en alérgicos a la penicilina

Primera línea

En áreas con baja resistencia a claritromicina:

IBP x 2, claritromicina 500 x 2, metronidazol 500 x 2 por 14 días

En áreas de alta resistencia a claritromicina:
cuádruple terapia con bismuto por 14 días

Segunda línea

En áreas con baja resistencia a fluorquinolonas como régimen de rescate tratamiento con IBPx2, levofloxacin 500 x 1 claritromicina 500 x 2 por 14 días

TRYLORI

- Subcitrate de Bismuto Potásico 140 mg
- Metronidazol 125 mg
- Clorhidrato de Tetraciclina 125 mg

120 CÁPSULAS
VENTA BAJO RECETA
INDUSTRIA ARGENTINA

The logo for CRAVERI, featuring a stylized red 'C' shape above the word 'CRAVERI' in a bold, sans-serif font.

CRAVERI

- ¿Cómo se toma Trylori?
- Trylori debe tomarse 4 veces por día (desayuno, almuerzo, merienda y cena). Recuerde que siempre debe ingerir 3 cápsulas en el mismo momento y que la duración del tratamiento es de 10 días. No tome menos cápsulas de las recomendadas ni abandone el tratamiento antes de los 10 días. Tome las 3 cápsulas con un vaso grande de agua. Recuerde que durante el desayuno y la cena, antes de tomar Trylori, debe tomar el IBP (bloqueante de la secreción ácida).

ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection

Primera línea de tratamiento:

Triple terapia con claritromicina a pacientes sin historia previa de exposición a macrólidos, residiendo en áreas de baja Resistencia a Claritromicina

La terapia cúadruple con bismuto o concomitante: IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazole, sería de elección en la mayoría de los pacientes

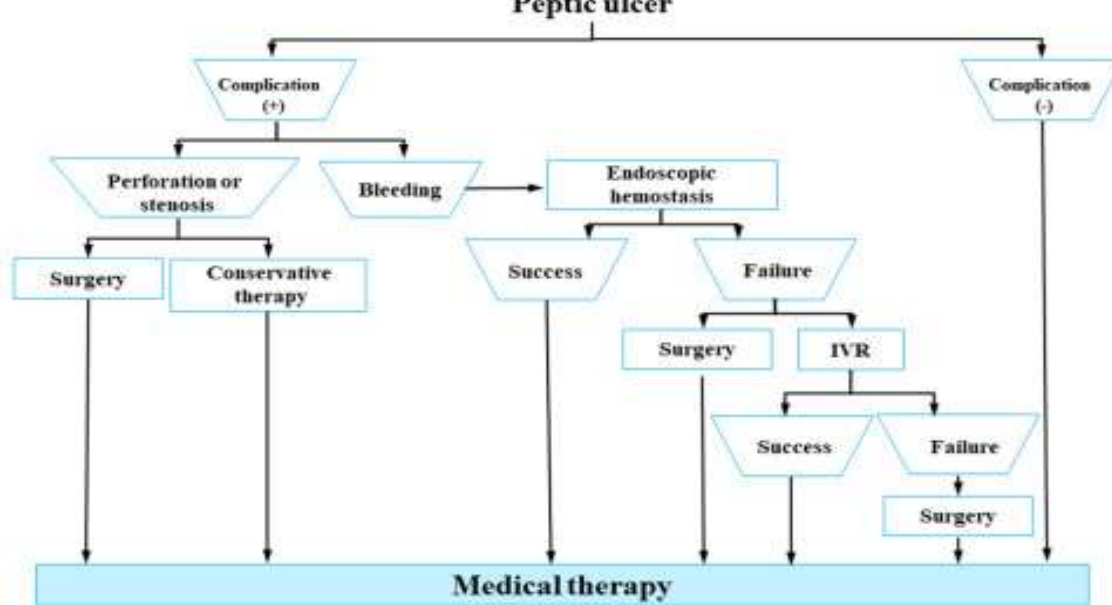
Ante la falla de la primera línea:

El régimen de salvataje debe evitar antibióticos utilizados previamente

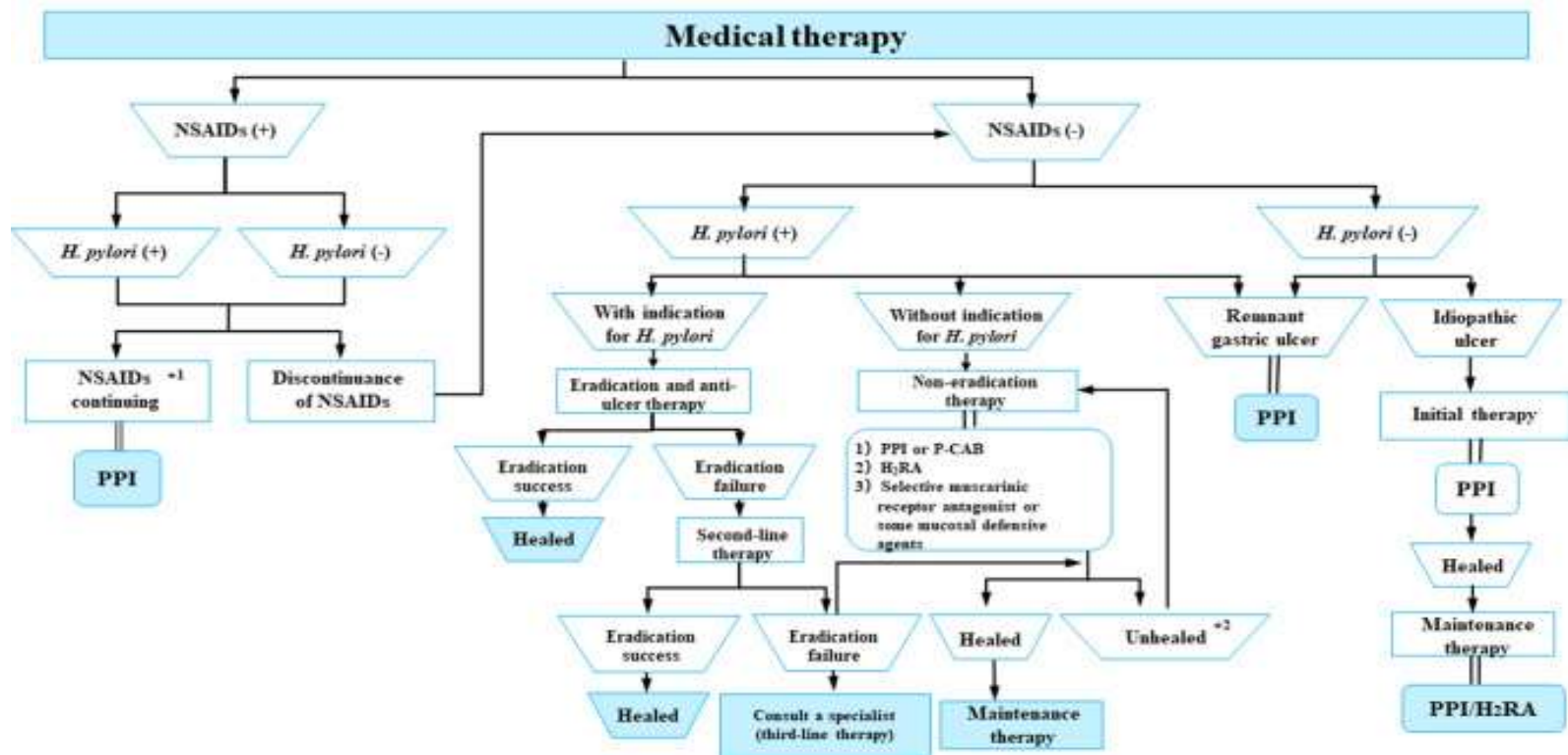
1-Si un paciente recibió como primera línea tratamiento con claritromicina, se debe ofrecer terapia cúadruple con bismuto o levofloxacina

2-Si un paciente recibió como primera línea terapia cúadruple con bismuto, se debe ofrecer regímenes con claritromicina o levofloxacina

(a)



(b)



En resumen...

- ✓ El tratamiento debe extenderse a 14 días
- ✓ La elección del IBP dependerá del tipo de metabolizador del área en cuestión (segunda y tercera generación)
- ✓ Preguntar sobre consumo de antibióticos previos
- ✓ Terapias triples con claritromicina, solamente en áreas de baja Resistencia (< 15%)
- ✓ Si contamos con bismuto, utilizar terapias cuádruples con Bismuto

En resumen...

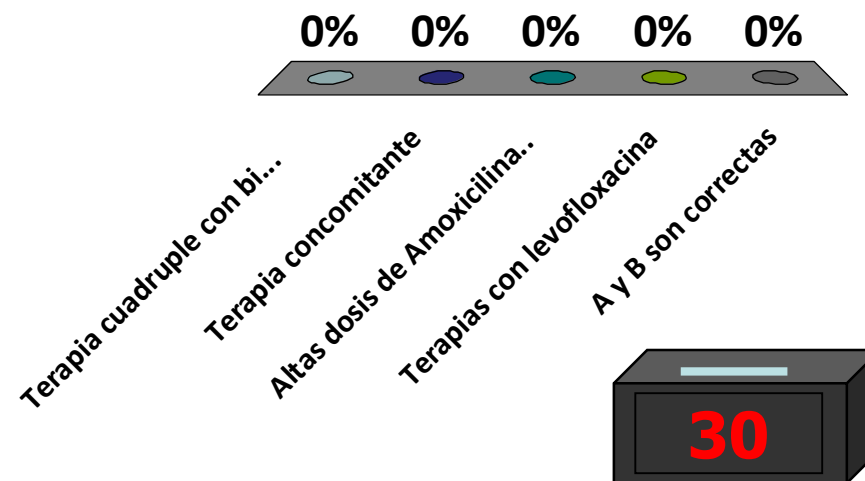
- ✓ Si no contamos con bismuto, utilizar terapias cuádruples sin bismuto:
concomitante
- ✓ Terapia con altas dosis de IBPs y Amoxicilina es una buena opción como primera línea
- ✓ Esquemas con levofloxacina para segunda línea
- ✓ Fracaso de dos esquemas, realizar cultivo y antibiograma
- ✓ El agregado de probióticos podría potenciar el efecto del tratamiento y disminuir los efectos adversos

Gracias por su atención!!!

Cual es el esquema de elección para el tratamiento del h.pylori como primera línea:

- A. Terapia cuádruple con bismuto
- B. Terapia concomitante
- C. Altas dosis de Amoxicilina e IBP
- D. Terapias con levofloxacina
- E. A y B son correctas

Contador
de
contestaci
ones



30