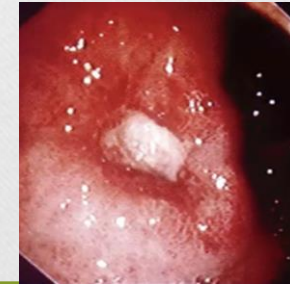


# Úlcera gastroduodenal

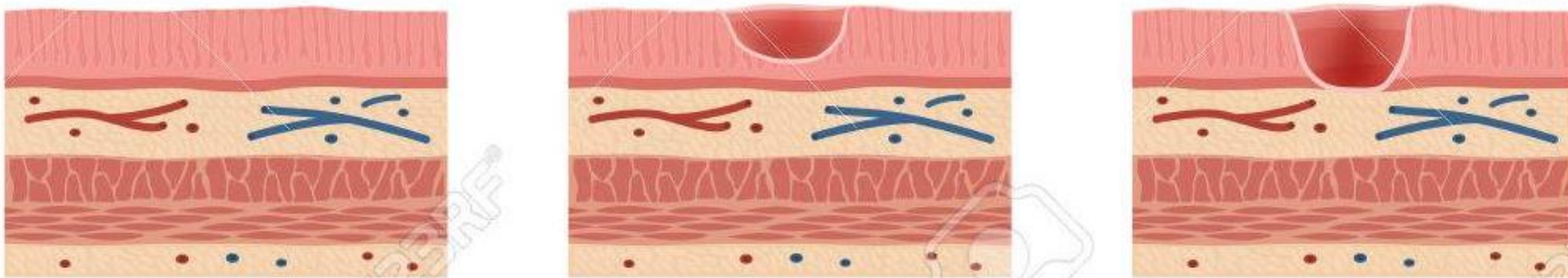
---

Paloma Gándara Lema (R1 de Medicina Interna)



# Definición

- Pérdida de sustancia de la mucosa gástrica o duodenal, que alcanza o sobrepasa la muscularis mucosae.
- Si no la sobrepasa se denomina erosión (menores de 5 mm) y se limitan a la mucosa.



# Epidemiología

---

10-12%

Duodenal



55-65 años

# Etiología

---



- ASOCIADA A HELICOBACTER PYLORI.

- ASOCIADA A AINES.



# Etiología

---

- Úlceras de estrés (shock, sepsis, quemaduras masivas,...).
- Hipersecreción gástrica.
- Gastrinoma.
- Mastocitosis o basofilias.
- Hiperplasia de células G antrales.
- Radiación.
- Quimioterapia.

# Patogenia

## Rotura de la barrera de la mucosa gástrica

---



- Se produce un desequilibrio entre factores agresivos y defensivos.
- En la ÚLCERA DUODENAL predomina un aumento de los factores agresivos.
- En la ÚLCERA GÁSTRICA predomina una disminución de los factores defensivos.

# Patogenia

## Factores implicados

---

- Secreción de ácido y pepsina.
- *Helicobacter pylori*.
- AINES.

# Patogenia

## Otros factores implicados

---

- Tabaco.
- Factores genéticos.
- Otros: Bifosfonatos, clopidrogel, mofetil micofelato, etanol y café, EPOC, Insuficiencia renal crónica, cirrosis, nefrolitiasis, déficit de alfa uno antitripsina,...

# Clínica

---

- **Dolor abdominal.** El dolor típico se localiza en epigastrio y suele describirse como ardor, dolor corrosivo o sensación de hambre dolorosa.



# Clínica

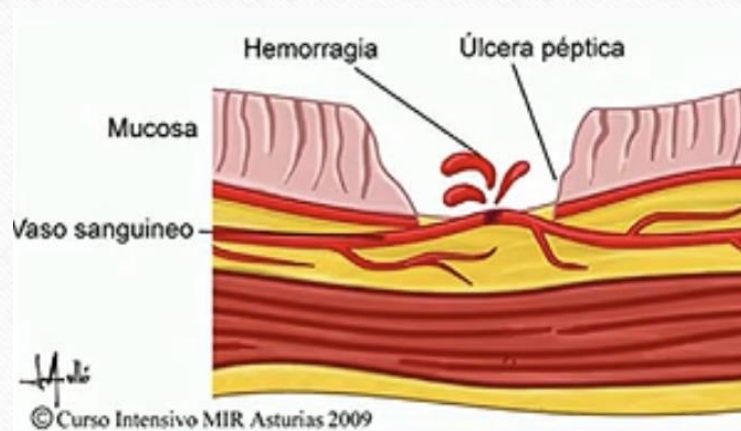
---

- La sintomatología puede sugerir el cuadro o ser totalmente inespecífica y/o presentar síntomas atípicos. Algunos pacientes permanecen asintomáticos y la enfermedad debuta con alguna complicación.
- La exploración física de la úlcera no complicada frecuentemente es normal o sólo evidencia dolor a la palpación profunda en el epigastrio.

# Clínica

| Úlcera duodenal                                           | Úlcera gástrica                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dolor epigástrico que aparece 1,30h/3h tras las comidas . | Dolor epigástrico menos típico y previsible.                                                      |
| Alivia con la ingesta y antiácidos.                       | Algunos no alivian con la ingesta (incluso se agrava o desencadena).<br>Muchos son asintomáticos. |
| <b>Dolor nocturno.</b>                                    | Las náuseas y vómitos pueden presentarse, aún en ausencia de obstrucción.                         |

# Complicaciones Hemorragia



La más  
frecuente

> 60 años

Indicación  
Qx

10-20%

HDA

Sin  
síntomas  
previos

UD

Muerte

Melenas

# Complicaciones Hemorragia

---

- Dx:
  - Endoscopia.
    - Permite distinguir en una HDA entre lesiones varicosas de no varicosas y valorar signos pronósticos de la lesión sangrante.

# Complicaciones Hemorragia

| Tipo | Descripción                       | Recidiva (%) | Descripción            |
|------|-----------------------------------|--------------|------------------------|
| Ia   | Sangrado a chorro                 | 55           | SANGRADO<br>ACTIVO     |
| Ib   | Sangrado en sábana                | 55           |                        |
| IIa  | Vaso visible                      | 43           | HEMOSTASIA<br>RECIENTE |
| IIb  | Coágulo adherido                  | 35           |                        |
| IIc  | Mancha negra o restos de hematina | 5-10         |                        |
| III  | Fondo de fibrina                  | 3-5          | NO SANGRADO            |

# Complicaciones Hemorragia

---

- Factores pronósticos para recidiva hemorrágica:
  - Signos de hemorragia reciente.
  - Edad.
  - Enfermedades asociadas.
  - Estado hemodinámico.
  - Localización.
  - Tamaño.

# Complicaciones

## Hemorragia

---

- Tratamiento de la úlcera complicada con HDA:

| Medidas generales                       |
|-----------------------------------------|
| Vías venosas.                           |
| Reposición de la volemia.               |
| Transfusión de la sangre.               |
| Lavado gástrico por sonda nasogástrica. |

# Complicaciones

## Hemorragia

---

- Tratamiento de la úlcera complicada con HDA:

### Fracaso del tratamiento endoscópico

Úlceras de más de 2 cm.

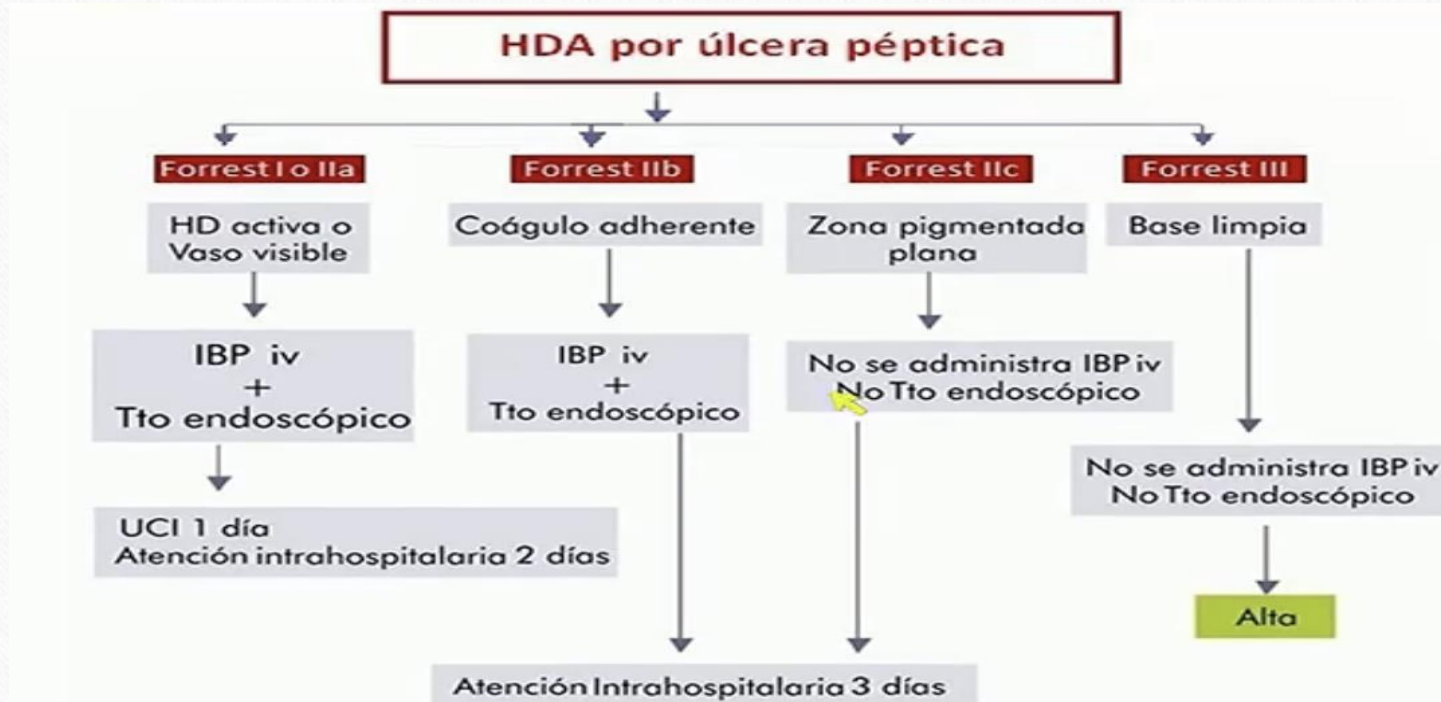
Localización en curvatura menor y cara posterior duodenal.

Gravedad.

Enfermedades graves asociadas.

Shock.

# Complicaciones Hemorragia



# Complicaciones

## **Perforación cubierta**

---

- La adherencia a vísceras vecinas tapona el orificio.

# Complicaciones

## Perforación libre

---

2ª más  
frecuente

Ancianos

Casi  
siempre  
única

5%

Varones

AINES

UD

UG más  
grave

# Complicaciones

## Perforación libre

---

### Clínica

Dolor epigástrico brusco e intenso.

Vientre en tabla, excavado, signo de Blumberg, facies de angustia.

Peristalsis disminuida.

Desaparece la matidez hepática a la percusión.

Puede ser la primera manifestación clínica.

En los casos no DX inicial evolucionan a peritonitis y shock.

# Complicaciones

## **Perforación libre**

---

- Dx: Radiografía de tórax o abdomen en bipedestación, o lateral de abdomen.
- El aire libre puede delinear el ligamento falciforme.
- Si existen dudas se puede instilar aire a través de una sonda nasogástrica.
- Casos dudosos: TAC.

# Complicaciones

## Perforación libre

---

| Tratamiento general  | Tratamiento quirúrgico          |
|----------------------|---------------------------------|
| Aspiración gástrica. | Debe de cumplir unos criterios. |
| Fluidoterapia.       |                                 |
| Antibióticos.        |                                 |

# Complicaciones Obstrucción

---

## Clínica

Distensión abdominal.

Vómitos alimenticios.

Bazuqueo gástrico

Alcalosis metabólica hipoclorémica.

# Complicaciones Obstrucción

---

- Radiología: Estómago dilatado con contenido líquido.
- Tratamiento:
  - Antiulceroso de base.
  - Aspiración nasogástrica.
  - Reposición hidroelectrolítica.
  - Si no mejora: dilataciones endoscópicas.
  - Si fracasa: cirugía.

# Diagnóstico

## Radiología baritada UG

---

- Un signo típico de úlcera benigna es la línea de Hampton.
- La nodularidad de los márgenes, los pliegues irregulares y el menisco de Carman sugieren malignidad.
- Las úlceras de mayor tamaño ( $>3\text{cm}$ ) se asocian a un riesgo más elevado de malignidad.

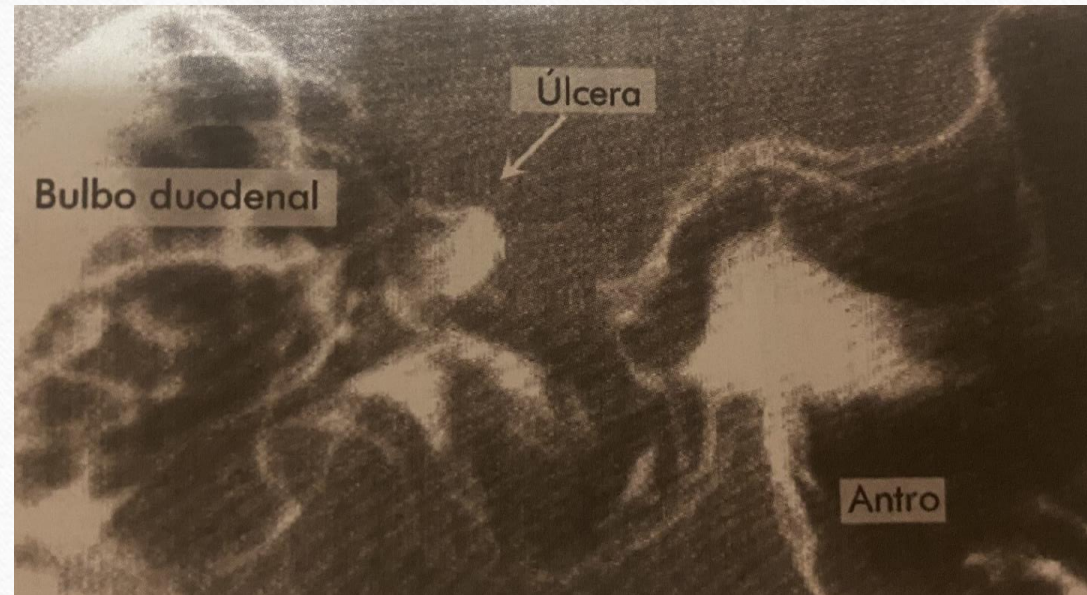


# Diagnóstico

## Radiología baritada UD

---

- Se presenta como una mancha suspendida.



# Diagnóstico Endoscopia

---

- Sensibilidad y Especificidad.
- Exploración de elección

# Diagnóstico

## Endoscopia UG

---

- El examen endoscópico no permite establecer con seguridad su naturaleza, por lo que deben obtenerse biopsias múltiples (6 biopsias de los márgenes).
- La citología complementa a la biopsia.
- En todas las consideradas benignas tras el estudio histológico, debe además comprobarse endoscópicamente la cicatrización completa a las 8-12 semanas de tratamiento.

# Diagnóstico

## Endoscopia UD

---

- Su malignidad es excepcional, por lo que no está indicada la obtención de biopsias.
- Una vez Dx no es necesario la realización de endoscopia para control de la respuesta al tratamiento.
- Edad avanzada con historia atípica y que no responda al tto considerar la posibilidad de que se deba a un adenocarcinoma de duodeno o de la cabeza de páncreas.

# Tratamiento

---

- **Objetivos:**

- Alivio de síntomas.
- Cicatrización de la úlcera.
- Prevención de recidivas y complicaciones.

# Tratamiento

---

- **Cuidados generales y régimen de vida:**
  - Prescindir de los alimentos y bebidas que le produzcan síntomas.
  - El no fumar facilita la cicatrización y reduce recidivas.
  - Evitar los AINES.

# Tratamiento

---

- **Fármacos:**

- Antiácidos.
- Antisecretores.
- Sucralfato.
- Prostaglandinas.

# Tratamiento

---

- **Úlcera péptica H. Pylori positiva** : tratamiento erradicador de H.P.  
Cuádruple terapia durante 14 días.

# Tratamiento

---

- **Úlcera péptica H. Pylori negativa:** IBPs. Anti-H2 no.
  - La duración del tratamiento será:
    - **UD 4 semanas.**
    - **UG 6-8 semanas.**

# Tratamiento

---

- **Antisecretor de mantenimiento:**

- Hasta que se confirme erradicación de H.P.
- Cuando no se logre erradicar H.P.
- Pacientes con úlceras H.P. negativas.
  - El tratamiento de mantenimiento se prolongará durante al menos un año y será indefinido en casos de hipersecreción gástrica.
    - ANTI-H2: 1/2 de la fase aguda.
    - IBPs: misma dosis que en la fase aguda.

# Tratamiento QX

---

- **Clásicamente:**
  - Refractariedad al tratamiento médico.
  - Recidivas ulcerosas
  - Dificultad para descartar carcinoma.
  - Complicaciones.

# Tratamiento QX

---

- **Tratamiento Qx de urgencia:**
  - Hemorragia.
    - Hemorragia masiva.
    - Hemorragia persistente.
    - Recidiva de hemorragia tras tratamiento endoscópico.
  - Perforación.
  - Estenosis.

# Tratamiento QX

---

- **Complicaciones del tratamiento Qx:**
  - Recidivas.
  - Síndrome del asa aferente.
  - Síndrome de dumping.
  - Malabsorción/Maldigestión.
  - Diarrea postvagotomía.
  - Gastritis alcalina.
  - Cáncer de muñón gástrico.

# Bibliografía

---

- Harrison. Capítulo 324: Enfermedad ulcerosa peptídica y trastornos relacionados.
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000206.htm>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-ulcera-peptica-su-tratamiento-15468>

# Muchas gracias

---

