



ÚLCERA PÉPTICA

SIGLAS

HP: helicobacter pylori
 U: úlcera
 (+): positivo
 FR: factores de riesgo
 AINES: antiinflamatorios no esteroidales
 OH: alcohol
 ↑ : aumenta
 ↓ : disminuye
 Dg: diagnóstico
 Pba: prueba
 c/: con
 S: sensibilidad
 Tto: tratamiento
 A: años
 aa: anastomosis
 H: hombre
 M: mujer
 me: meses
 EAPO: eventos adversos postoperatorios
 ISO: infección de sitio postoperatorio
 HDA: hemorragia digestiva alta
 Rx: reflujo
 UGR: Transfusión glóbulos rojos

EPIDEMIOLOGÍA

- 5-15% de la población adulta
- HP(+): 90% U. duodenal y 75% U. gástrica
- 20-30% de las úlceras se complican: 20% sangra, 8% perfora, 5% estenosis
- FR: HP, AINES, tabaco, OH, isquemia, exposición a bilis.

HP

- Bacilo gram negativo flagelado
- Vive en ambiente alcalino (mucus epitelial gástrico)
- Prevalencia: 50% 1^{er} mundo, 90% países en desarrollo
- Transmisión: entre personas (fecal-oral, oro-oral o gastro-oral)
- Daño mucosa: directo tóxico (urea → amonio), inflamación local, ↑ gastrina y ↓ células D
- Si presente: 10% desarrollará úlcera y <1 % cáncer.
- Mala correlación clínica (síntomas poco específicos)
- Test Dg
 - Pba de aliento c/urea. S: 95%. Realizar 4 sem post tto.
 - TU. S: 90%
 - Antígenos en heces: S. 95%
 - ELISA. S. 90%. Las Ig siguen (+) 1 año post tto.
 - Histología y cultivos.
- TTO
 - 1^a línea: Amoxi (500mg c/12h*14d)+Claritro (500mg c/12h*14d)+Omeprazol (20mg c/12h*14 d)
 - 2^a línea: Metro (250mg c/6h*14d)+Tetra (500mg c/6h*14d)+ Omeprazol (20mg c/12h*14 d) + Bismuto (120 mg c/6 hrs*14 d)
- Erradicación: 90%, reinfección 4% al año, 13% a 3 años.
- GES: Erradicación en antec fam, úlcera péptica, gast. Crónica, linoma, adenoma.



CLÍNICA

- Dolor epigástrico urente
- **Ritmicidad:** 3-4 hrs post comida inicia el dolor
- **Periodicidad:** periodos del año más activos (primavera)
- Úlceras duodenales presentan una clínica más clásica que las gástricas

ÚLCERA GÁSTRICA

- >40 a, H:M = 2:1
- Tipo I y IV mayor asociación con neoplásica.
- Úlcera gástrica gigante: >2 cm →), H:M=3:1, FR: AINES>HP, 15% neoplasias (incluye linfoma) por lo tanto siempre biopsiar.

Clasificación

I	Curv. menor	60%	pH normal
II	Cuerpo + duodeno	15%	pH bajo
III	Prepilórica	20%	pH bajo
IV	Subcardial	5%	pH normal

SD. ZOLLINGER – ELLISON

- Secundario a gastrinomas (unicos o multiples), recordar triangulo de gastrinoma en cabeza de pancreas y duodeno
- **EDA:** Pliegues hipertróficos, rugosos
- Gastrina >200 en ayuna, >1000 Dg siempre

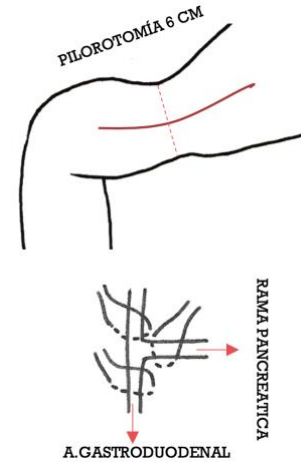
TRATAMIENTO ÚLCERA NO COMPLICADA

- Asegurar con estudio histológico benignidad.
- IBP por 4 semanas (omeprazol 20 mg c/12 hrs vo)
- control endoscópico postratamiento
- Úlceras refractarias a tto obligan a descartar: HP, neoplasia, isquemia mesentérica, AINES, Sd. Z-E.

TRATAMIENTO ÚLCERA COMPLICADA

Hemorragia

- **Tto med:** Reanimación y tto endoscópico y médico (omperazol 40 mg c/8 hrs ev + erradicación HP [duodenal siempre-gastrica si estudio +]) habitualmente suficiente.
 - Eficacia EDA: 1ª 85-95%, 2ª 58-72%. FR de fracaso: hipotensión, vaso visible >1mm, úlcera >2cm.
- **Tto Rx intervencional:** eficacia 90%, resangrado 10-40%, mortalidad 22% (= que tto qx) pero en APACHE II 23% (vs 50% en tto quirúrgico)
- **Tto qx:** Si fracaso de tto médico/EDA, recurrencia post 2ª EDA, > 6 UGR.
 - Úlcera duodenal: sangra gastroduodenal (atención a coledoco) → pilorotomía de 6 cm de longitud 3 a distal y 3 a proximal del píloro. 3 puntos de seda 3-0 en U. Asociar piloroplastia y vagotomía.
 - Resangrado 10%
 - Mortalidad hasta 12%



Perforación

- Rx de abdomen Dg en 80-85%
- **Tto med:** (ceftriaxona 1gc/12 hrs + metronidazol 500mg c/8 hrs + omperazol 40 mg c/8 hrs ev + erradicación HP [duodenal siempre-gastrica si estudio +]) pacientes estables, s/filtración en estudio contrastado. 30% fracasa y requiere mayor tiempo hospitalario
- **Tto qx:** aseo qx + rafia/parche +/- biopsia + drenaje latex
 - Cierres: Graham (epiploplastía no pediculada), Celleen-Jons (epiploplastía pediculada + rafia abovedada), Rafia + epiploplastía pediculada o simple rafia.
- Úlcera gástrica siempre biopsiar por riesgo de neo.
- EAPO
 - Filtración 5-10%
 - Mortalidad 3% y en adulto mayor hasta 30%

Obstrucción Infundibulo de salida gástrica

- **Etiología:** 2/3 maligno (estómago o periampular) y 1/3 Benigno (úlceras pépticas, cáustico, E. Crohn)
- **Dilatación + tto med** → 70% efectividad aguda

- **Prótesis** si expectativa de vida <6 me
- **Cirugía:**
 - Vagotomía + antrectomía + gastroyeyuno Y de Roux
 - Antrectomía: Reduce masa de células G y reduce hasta en un 85% la secreción ácida. Evita Rx biliar
 - Reconstrucción en Billroth I ofrece algunas ventajas: evita muñón duodenal y posible asa aferente, además permite acceso a papila duodenal, pero mantiene Rx biliar y recurrencia.
 - Vagotomía + piloroplastia o gastroyeyuno aa
 - Vagotomía 75% producción ácida basal y un 50% la máxima.
 - Facilita Rx biliar
 - Piloroplastias: **Heineke-Mikulicz** (si piloro no está tan deformado), **Jaboulay** (en caso de cicatrices mayores) o **Finney** (menos usada)
 -
 - EAPO: 20-30%
 - mal vaciamiento gástrico(10-50%)
 - dumping 10-15% post antrectomía, 1% invalidante
 - gastritis alcalina 5-15% en piloroplastía
 - HDA (10%)
 - filtración (5%)
 - recidiva úlcera 1-2%
 - ISO
 - Diarrea post vagotomía 20-30%

Úlcera antral gigante

- Cirugía de Nissen o Bancroft
- Asociar siempre duodenostomía.

BIBLIOGRAFÍA

