

# **ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA**

## **Bases fisiopatológicas del tratamiento quirúrgico**

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN
- ETIOLOGÍA
- FISIOPATOLOGÍA
- ÚLCUS PÉPTICO NO COMPLICADO
- ÚLCUS PÉPTICO COMPLICADO

- INTRODUCCIÓN.

Gran cambio en el tratamiento del ulcus péptico (UP) por:

- Mejor conocimiento de la etiopatogenia (papel del *Helicobacter pylori*).
- Eficacia del tratamiento médico antiulceroso.
- Revolución en tratamiento quirúrgico que ha quedado para tratar las complicaciones (y los refractarios < 5%).

- DEFINICIÓN.

Enfermedad de origen multifactorial caracterizada por pérdida de sustancia de la mucosa (gastroduodenal) que se extiende hasta la submucosa, penetrando con frecuencia en la muscular y que ocurre en zonas expuestas a la secreción clorhidropéptica.

- FISIOLOGÍA.

Estimulación: Gastrina, Vago, Histamina.

Inhibición: PH, Grasas, Hiperglucemia, PII.

- ETIOLOGÍA.

### CAUSAS FRECUENTES

- Infección por *Helicobacter pylori*
- AINES (60% úlceras complicadas)
- Úlcera de estrés.

### CAUSAS RARAS

- Hipersecreción ácida: Gastrinoma (Z-E), Hiperplasia células G
- Infecciones: CMV, HVS tipo I
- Obstrucción duodenal: Páncreas anular, bandas congénitas
- QT/RT
- Idiopática.

- FACTORES DE RIESGO

Tabaco, alcohol.

Grupo sanguíneo O, A.

Factores genéticos.

Enfermedades: ERGE, EPOC, cirrosis, insuf renal.

**Factores "protectores":** gastritis atrófica tipo A, enfermedad de Addison, tiroiditis autoinmune, hipoparatiroidismo.

- FISIOPATOLOGÍA.

Pérdida de las relaciones de equilibrio entre los mecanismos fisiológicos que gobiernan la función de la mucosa gástrica y su constante reparación.

## HELICOBACTER PYLORY.

Prevalencia actual: 5-10 % de la población.

Entre 85-90% de los que tiene úlcera están colonizados por h.pylori

Incidencia: 1 % anual entre las personas H. Pylori +.

Grandes variaciones regionales y raciales.

Primoinfección: penetra mucosa gástrica provocando gastritis crónica (Difusa VS Antral).

Atrofia células parietales.

Normo - hipo - hiper secreción ácida por atrofia-hipotrofia.

Debilitamiento de la barrera mucosa: con menos ácido, más daño.

Sólo 1/6 presenta úlcera: HP necesario pero no suficiente.

## AINES.

Efecto tóxico por su acidez.

Efecto sistémico: inhiben síntesis de prostaglandinas provocando daño en la barrera mucosa (pomadas, parenteral... tb hacen úlcera).

## UG Vs UD.

Úlcera Gástrica (UG):

Gastritis crónica difusa por HP

Disminución secreción ácida

Lesión crónica mucosa

Sobre esa debilidad actúa otro factor, y se produce la úlcera

Úlcera Duodenal (UD):

Gastritis antral por HP

Aumento secreción ácida

Úlcera por ácido

Ambas se producen por un desequilibrio entre diferentes factores.

### • CLASIFICACIÓN ÚLCERA GÁSTRICA (JOHNSON)

#### Tipo I (60-80%)

Daño crónico por HP

Normo-hipo secreción ácida por gastritis

#### Tipo II

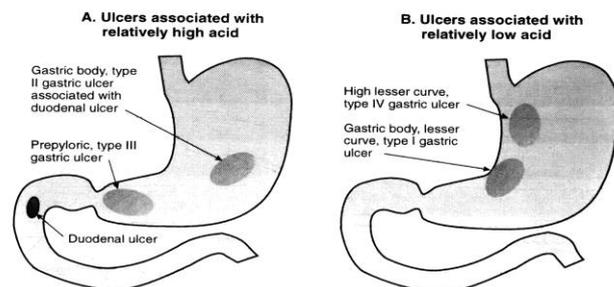
Hipersecreción

Cuerpo + duodeno

#### Tipo III

Hipersecreción

Prepilórica



## ULCERÁS POR ESTRÉS.

Pacientes críticos: TCE severo (U. de Cushing), Grandes quemados (U. de Curling)

Desequilibrio entre factores protectores y lesivos

No necesariamente aumento del ácido y no relacionadas con HP. Superficiales y extensas

Típicamente produce hemorragia

Diagnóstico: EDA tras sospecha clínica

Tratamiento: Profiláctico (Anti H2)

Tratamiento Quirúrgico: Hemostasia vs Resección

- COMPLICACIONES.

HDA: 10-20 %.

Perforación: 5-10 %.

Obstrucción: 2-5 %.



Indicaciones más frecuentes de la Qx

## ÚLCERA PÉPTICA NO COMPLICADA.

- SINTOMATOLOGÍA.

Dolor epigástrico, agudo, quemante, que suele aparecer 2-3 horas tras la ingesta y que se alivia con la comida y/o antiácidos.

En UG es menos típico: hiporexia, pérdida de peso...

- DIAGNÓSTICO.

1. Diagnóstico de lesión ulcerosa

2. Diagnóstico etiológico ( descartar úlcera MALIGNA).

El 10% de las úlceras gástricas son úlceras malignas (adenocarcinomas).

### 1 De lesión ulcerosa :

#### Endoscopia :

Más sensible y específica.

En toda **úlcera gástrica**, incluidas aquellas con signos endoscópicos de benignidad, se deben realizar **siempre biopsias múltiples**.

#### Radiología :

Mejor con doble contraste.

Especialista-dependiente.

### 2 De su etiología :

#### -Infección por H. pylori:

*Test rápido de la ureasa (CLOtest)* en biopsia antral (método directo).

*Test del aliento: <sup>13</sup>C-urea* (método indirecto)

*Serología* (método indirecto).

- Tan prevalente que si test - , dudar:

Causas de UP con HP -:

Falso negativo de las pruebas

Consumo AINES

Otras: Zollinger-Ellison, BOC, Cirrosis, I.R., Crohn, TBC, infecciones, cáncer

**-Anamnesis dirigida:** Averiguar consumo de AINES

**-Estudios de secreción ácida gástrica** (BAO y MAO) **y determinaciones de gastrina y pepsinógeno** ( Sólo úlcera recurrente o refractaria a tratamiento)

Estudios de **función renal y hepática**

**-Revisar** biopsias previas

-Nueva **endoscopia y biopsias**

- TRATAMIENTO.

Cuidados generales y régimen de vida

Evitar los alimentos y bebidas que reproducen los síntomas.

No fumar.

Evitar el consumo de AINEs.

## **H. PYLORI +.**

Tasa de erradicación del 85 %

En principio no es necesario (sí recomendable) comprobar su erradicación.

Pero SIEMPRE comprobar en:

Úlcera gástrica (siempre realizar endoscopia)

Úlceras complicadas (por lo menos test de aliento)

## **H.PYLORI - : AINES**

Suspender AINE

Tratamiento de "**fase aguda**":

**IBP** o **AntiH<sub>2</sub>** : u. duodenal: 4 semanas

u. gástrica: 6-8 semanas

Tratamiento de "**mantenimiento**":

**IBP** o **AntiH<sub>2</sub>** : al menos 1 año.

Antecedentes de ulcus que precisen AINES: primero erradicar H.pylori

## **Úlceras refractarias.**

Aquellas que no han cicatrizado tras 8 semanas (UD) ó 12 semanas (UG) de correcto tratamiento. También las que recidivan muy pronto.

### **Debe descartarse :**

Que no es un falso – para H. Pylori

Cumplimiento inadecuado del tratamiento

Consumo de AINE o estado de hipersecreción

Neoplasia

Malos hábitos

Si descarta todo pensar en causas raras.

- TRATAMIENTO.

Dosis altas de IBP 8 (UD)-12 (UG) semanas más

Si fracasa: única indicación de cirugía electiva hoy día.

Menos del 5 % de las indicaciones quirúrgicas.

Sólo se manejan "técnicas clásicas" (Laparoscopica).

## **ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA.**

- CIRUGÍA DEL ULCUS PÉPTICO COMPLICADO.

El tratamiento quirúrgico del ulcus péptico se ha reducido a la cirugía de sus complicaciones.

El tratamiento quirúrgico es distinto según sea duodenal o gástrico.

Complicaciones del UP:

Hemorragia

Perforación

Estenosis (obstrucción)

## **Hemorragia**

- Epidemiología:

Complicación **más frecuente** de la UP

100/100000 hab-año; Mortalidad 12%

5 veces más frecuente si consumo de AINES (vs otras causas).

- Clínica:

**Cuadro clínico:** Hematemesis, melenas o rectorragias por tránsito rápido. Cuadros sincopales o pre-sincopales.

**Constantes vitales:** taquicardia, taquipnea, tendencia a la oliguria y a la hipotensión. Progresión hacia shock hipovolémico.

- Diagnóstico:

**Analítica:** Anemización severa, urea.

**Endoscopia:**

Diagnóstico: Forrest

Tratamiento inicial:

- La esclerosis endoscópica es eficaz en un 70-90%.
- Úlcus sangrante por vaso visible resangra en un 50%.
- Hemorragia de la art. gastroduodenal es muy severo.

- Tratamiento:

**Indicaciones de la cirugía:**

Grave alteración hemodinámica no controlable

Hemorragia activa con endoscopia ineficaz

Hemostasia endoscópica que recidiva (en ppio tras 3 endoscopias)

> 6 U concentrados de hematíes en 24 - 48 horas.

Técnicas quirúrgicas de elección:

Detener la hemorragia en U.D sutura de vaso sangrante y en UG resección local.

A veces ligadura de a. gastroduodenal (UD) o de a. gástrica izquierda (UG)

Clásicamente se recomendaba resección y vagotomía: Hoy sólo se indica resección si la situación es "catastrófica" y no hay otra manera de parar el sangrado

Realización de endoscopia en el propio quirófano

Por ahora está contraindicado el abordaje laparoscópico

En pacientes de alto riesgo quirúrgico, con UD sangrante, puede estar indicada la embolización arterial antes de laparotomía y ahí entra en juego la Rx vascular intervencionista.

## Perforación

- EPIDEMIOLOGÍA:

Segunda complicación más frecuente de la UP

Urgencia quirúrgica frecuente (3 % de las urgencias abdominales)

Suele provocar peritonitis aunque puede ser también una perforación sellada o contenida.

Primeras 6 h: peritonitis química; después bacteriana

El 75% yuxtapiilóricas; 25% gástricas más altas

90% de perforaciones UD se producen en cara anterior del bulbo; 60% de las UG en la curvadura menor.

AINEs causa frecuente de perforación

- CLÍNICA:

**Cuadro clínico** típico de dolor abdominal agudo, "en puñalada", con exploración física manifiesta de "vientre en tabla". Irradiación típica a hombro

**Constantes vitales:** taquicardia, taquipnea, fiebre, tendencia a la oliguria y a la hipotensión. Progresión hacia shock séptico.

- **DIAGNÓSTICO:**

**Pruebas complementarias:** **Analítica:** leucocitosis; **Rx Tórax Bipedestación:** neumoperitoneo (70%). No suelen ser necesarias otras pruebas de imagen para el diagnóstico. (TC, TEGD)

- **TRATAMIENTO:**

El tratamiento de elección es **quirúrgico** (mortalidad 5–30 %)

Pacientes de muy alto riesgo quirúrgico y **perforación sellada**, puede intentarse **tratamiento conservador** (*tratamiento de Taylor*): SNG, ATB i.v., analgesia y sueroterapia.

Antes de la era H. pylori - IBP, la sutura simple recidivaba en un 60% de casos, obligando a técnica quirúrgica antiulcerosa: vagotomía + piloroplastia, para UD y UG tipo II y III.

Tratamiento quirúrgico de elección (laparoscópico):

Yuxtapilórica: Sutura + epiploplastia + lavado

UG: Resección cuña/biopsia + sutura + lavado

Situaciones "catastróficas": Antrectomía, gastrectomía, duodenostomía

## Obstrucción.

- **CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO:**

**Cuadro clínico:** náuseas, vómitos y pérdida de peso.

**Pruebas complementarias:**

**Endoscopia.** Descartar origen maligno

**Tránsito gastroduodenal:** "estómago pilórico".

Una obstrucción gástrica debe considerarse de origen maligno mientras no se demuestre lo contrario.

- **TRATAMIENTO:**

En pacientes de alto riesgo puede ser efectivo el tratamiento médico antiulceroso y dilataciones endoscópicas.

Cirugía: antiulceroso + alivio obstrucción (condicionado por intensidad de la fibrosis).

**Tratamiento quirúrgico** (más del 75%):

**VT+antrectomía+BII** (+/- sonda de duodenostomía).

**VT+piloroplastia tipo Finney.**

VT+gastroyeyunostomía. ("y" de Roux)

VT+gastroduodenostomía de Jaboulay.