

GUÍA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR ÚLCERA PÉPTICA

DIAGNÓSTICO

Coordinador:

Dr. Francisco Huerta Iga

Participantes:

Dr. Walter Kettenhoffen Enríquez

Dr. Efrén Gallardo Ángulo

Dr. Héctor Manuel Huerta Guerrero

Dra. Guadalupe Valencia Pérez

Dr. Valentín González Ortiz

Dr. José Luis González

¿Hay algún síntoma específico de úlcera péptica (UP) y cuál es su frecuencia?

No hay un síntoma específico de UP, ni correlación entre la presencia de úlceras y síntomas¹. Sin embargo, existen datos que pueden orientar al diagnóstico clínico como dolor epigástrico ardoroso exacerbado por el ayuno, que mejora con la ingesta de alimentos o antiácidos en el caso de la úlcera duodenal, y que aumenta con los alimentos en el caso de la úlcera gástrica. El malestar epigástrico se presenta en alrededor de dos terceras partes de los pacientes

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

sintomáticos². Los síntomas clásicos se presentan sólo en la mitad de los pacientes con úlcera duodenal³. En un estudio asiático⁴ que incluyó 6457 pacientes el 70% de aquellos con úlceras fueron asintomáticos, además entre el 20 - 50% de los enfermos con úlceras complicadas no presentaron síntomas de alarma. Esta presentación silenciosa es más frecuente en pacientes de edad avanzada y pacientes que consumen anti-inflamatorios no esteroideos (AINE)^{5,6}.

Nivel de evidencia I

Sin Recomendación

¿Cuál es el papel de la radiología en el diagnóstico de UP?

Muy limitado. Actualmente se encuentra indicado cuando los métodos endoscópicos no estén disponibles o no sean aceptados por el paciente⁷. Algunos estudios radiológicos como las placas de tórax y abdomen pueden tener utilidad en casos seleccionados como aquellos con estenosis pilórica.

Nivel de evidencia I

Sin Recomendación

¿Cuál es el papel de la endoscopia?

La endoscopia es el procedimiento de elección para la evaluación diagnóstica del tracto gastrointestinal superior debido a su facilidad, reproducibilidad Y superioridad en relación a otros métodos diagnósticos^{8,9}, así como por la posibilidad para la toma de biopsias y la realización de intervenciones terapéuticas. Lo anterior es especialmente cierto para pacientes con dispepsia y

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

manifestaciones clínicas de alarma. Son candidatos a la realización de endoscopia todos aquellos pacientes mayores de 50 años con inicio reciente de síntomas, así como aquellos enfermos con síntomas asociados como disfagia, pérdida de peso, obstrucción o hemorragia y aquellos que no responden a tratamiento médico¹⁰.

Las clasificaciones endoscópicas de la UP son de mayor utilidad en los pacientes complicados con hemorragia. Estas clasificaciones permiten establecer la posibilidad de recurrencia o persistencia de esta complicación y definir el subgrupo de pacientes que se pueden beneficiar de la terapia endoscópica. El estudio histológico de úlceras duodenales casi nunca está indicado por la baja probabilidad de malignidad y solamente se deben tomar biopsias de las úlceras duodenales en el caso que se sospeche una etiología diferente a la péptica como la enfermedad de Crohn. En cambio, las úlceras gástricas siempre deben acompañarse de análisis histopatológico para descartar malignidad e investigar la presencia de *Helicobacter pylori* (Hp). Se debe tomar en cuenta el sitio y número de biopsias, si el paciente ha estado tomando inhibidores de la bomba de protones (IBP) o ha recibido tratamiento de erradicación. Se recomienda tomar por lo menos 7 biopsias del margen de la úlcera para alcanzar una sensibilidad de hasta 98% en el diagnóstico de malignidad¹¹.

Nivel de evidencia I
Recomendación A

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

¿Cuáles son las pruebas diagnósticas para detectar la presencia de *Helicobacter pylori*?

Es importante determinar la presencia de Hp en pacientes con úlceras activas ya que es considerado el factor causal más frecuente de UP¹² y su presencia implica mayor tasa de recurrencia y complicaciones posteriores. En el momento de la endoscopia se deben tomar biopsias para prueba rápida de la ureasa o estudio histológico o ambos ¹³. Entre los métodos no invasivos se encuentran la prueba del aliento, la serología, la detección de antígenos en heces e inmunoglobulinas específicas en orina ¹³. La **tabla 1** muestra las características de diversas pruebas para el diagnóstico de Hp.

**Nivel de evidencia I
Recomendación A**

¿Cuál es la utilidad de la cápsula endoscópica en el diagnóstico de la UP?

A nivel mundial no existen estudios que avalen su uso. En nuestro medio la endoscopia inalámbrica con cápsula resulta impráctica y costosa para el diagnóstico de úlcera péptica.

**Nivel de evidencia IV
Recomendación D**

COMPLICACIONES

¿Cuáles son los síntomas y signos de la hemorragia digestiva?

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

La hematemesis y la melena son las presentaciones clínicas más comunes de hemorragia digestiva alta. Sin embargo, dependiendo de la magnitud de la hemorragia, algunos pacientes con melena pueden tener hemorragia del tracto gastrointestinal medio e inferior (intestino delgado y colon) y puede presentarse hematoquezia en pacientes con hemorragia digestiva alta. Otras manifestaciones son vómitos en posos de café, palidez, inestabilidad hemodinámica e hipotensión ortostática¹⁴.

**Nivel de evidencia I
Recomendación A**

¿Cuál es el método más sensible y específico para estudiar la hemorragia digestiva?

La endoscopia es el método diagnóstico más sensible y específico, permite establecer sitio, causa, pronóstico e iniciar simultáneamente terapéutica⁸.

**Nivel de evidencia I
Recomendación A**

¿Cuál es el papel de la radiología intervencionista?

Aproximadamente en un 10% de los pacientes con hemorragia del aparato digestivo proximal no es posible la realización de endoscopia o la fuente no es localizada¹⁵. En estos casos una alternativa es la arteriografía visceral para identificar el sitio de sangrado con embolización selectiva para el control de la hemorragia con alto índice de éxito¹⁶.

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

**Nivel de evidencia IV
Recomendación D**

¿Cuál es el papel de la clasificación de las lesiones detectadas por endoscopia como base de diagnóstico y medida del riesgo de resangrado?

El aspecto macroscópico de las úlceras es de gran importancia ya que permite clasificar estas y evaluar el riesgo de resangrado¹⁷. Las úlceras clasificadas como Forrest Ia, Ib, IIa y IIb son candidatas a tratamiento endoscópico ya que este disminuye la probabilidad de resangrado, cirugía de urgencia, necesidad de transfusiones sanguíneas, tiempo de hospitalización y mortalidad. La **Tabla 2** muestra la clasificación de Forrest¹⁸⁻¹⁹.

**Nivel de evidencia I
Recomendación A**

¿Cuáles son los síntomas y signos de la UP perforada? ¿Cuál es el método diagnóstico más sensible y específico para detectar esta complicación?

Dolor abdominal difuso de inicio súbito, intenso, muchas veces sin historia previa de úlcera péptica asociado a taquicardia, hipotensión, oliguria, fiebre, hipersensibilidad abdominal, pérdida de la matidez hepática, rebote y peristalsis disminuida²⁰. Las placas simples del tórax y del abdomen obtenidas en forma simultánea pueden mostrar aire libre hasta en el 90% de los casos. La tomografía computarizada y el ultrasonido pueden detectar pequeñas cantidades de aire o

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

liquido en casos de duda diagnóstica²¹. El uso de bario está contraindicado en pacientes con sospecha clínica de perforación²².

Nivel de evidencia II
Recomendación B

BIBLIOGRAFIA

1. Jorde R, Bostad L, Burhol PG. Asymptomatic gastric ulcer: A follow-up study in patients with previous gastric ulcer disease. *Lancet* 1986; 1: 119-121.
2. Earlam R, Chir M. A computerized questionnaire analysis of duodenal ulcer symptoms. *Gastroenterology* 1976; 7: 314-7.
3. Sjodin I, Svedlund J, Dotevall G, et al. Symptom profiles in chronic peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20: 419- 27.
4. Lu CL, Chang SS, Wang SS, et al. Silent peptic ulcer disease: frequency, factors leading to "silence," and implications regarding the pathogenesis of visceral symptoms. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 34-38.
5. Pounder R. Silent peptic ulceration: Deadly silence or golden silence? *Gastroenterology* 1989 (Suppl 2); 96: 626-31.
6. Hilton D, Iman N, Burke GJ, et al. Absence of abdominal pain in older persons with endoscopic ulcers: A prospective study. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 380-4.

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

7. Shaw PC, van Romunde LKJ, Griffioen G, et al. Peptic ulcer and gastric carcinoma: Diagnosis with biphase radiography compared with fiberoptic endoscopy. *Radiology* 1987; 163: 39-42.
8. Cotton, PB, Shorvon, PJ. Analysis of endoscopy and radiography in the diagnosis, follow-up and treatment of peptic ulcer disease. *Clin Gastroenterol* 1984; 13: 383-403.
9. Dooley CP, Larson AW, Stace NH, et al. Double-contrast barium meal and upper gastrointestinal endoscopy. *Ann Intern Med* 1984; 101: 538-45.
10. Ikenberry SO, Harrison ME, Lichtenstein D, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 1071-1075.
11. Graham DY, Schwartz JT, Cain GD, et al. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. *Gastroenterology* 1982; 82: 228-31.
12. Ciociola AA, McSorley DJ, Turner K, et al. *Helicobacter pylori* infection rates in duodenal ulcer patients in the United States may be lower than previously estimated. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1834-40.

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

13. Abdo-Francis JM, Uscanga Domínguez L. III Consenso Mexicano sobre *Helicobacter pylori*. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72: 147-53.
14. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331: 717-27.
15. Vreeburg EM, Snel P, de Bruijne JW, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis, and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 236–243.
16. Defreyne L, Vanlangenhove P, De Vos M, et al. Embolization as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastrointestinal hemorrhage. *Radiology* 2001; 218: 739–748.
17. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974; 2: 394-7.
18. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, et al. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102: 139-148.
19. Alder DG, Leighton JA, Davila RE, Hirota WK, Jacobson BC, Quereshi WA, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 497-504.

Coordinador general: Dr. Ricardo Raña Garibay

20. Gunshefski L, Flancbaum L, Brolin RE, et al. Changing patterns in perforated peptic ulcer disease. *Am Surg* 1990; 56: 270-4.
21. Grassi R, Romano S, Pinto A, et al. Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol* 2004; 50: 30-6.
22. Vieta JO, Bell-Thomson J. Barium peritonitis. *Am J Gastroenterol* 1975; 63: 414-9.

TABLA 1. Pruebas Diagnósticas para *Helicobacter pylori*

COMPARACIÓN DE ESTUDIOS PARA <i>H. PYLORI</i>							
Prueba	Indicación	D	S	E	VPP	VPN	Costo
Serología	Estudios epidemiológicos	+++	86-96	78-95	95	85	+
Aire espirado	Erradicación	++	90-96	88-98	98	84	++/+++
Antígenos en heces fecales	Dx. Primario y verificar erradicación	+	86-94	86-95	89	92	++
Anticuerpos en saliva	Dx. Primario en niños	+	65-89	72-90	84	92	?
Prueba de urea-ureasa	Dx. Primario en tributarios a estudio endoscópico	+++	88-95	95-100	100	84	++/+++
Histología	Dx. Primario y evaluar metaplasia o displasia	+++	93-96	98-99	99	89	+++
Cultivo	Evaluar resistencia a antibióticos	++	80-98	100	100	86	+++

Tomada de Referencia 13.

Tabla 2. Clasificación de Forrest : Estigmas endoscópicos de úlcera péptica y riesgo de sangrado recurrente sin intervención endoscópica.

Forrest (Tipo)	Estigmas endoscópicos de la úlcera péptica	Riesgo de Sangrado recurrente
I a	Sangrado activo en chorro	Casi 100%
I b	Sangrado activo en capa	10-27%
II a	Vaso visible	Hasta 50%
II b	Coágulo adherido (centinela)	30-35%
II c	Mancha plana pigmentada	8
III	Úlcera con base limpia	3

Modificado de Referencia 19.