

183

Universidad Mayor de San Simón
División de Post Grado
Cochabamba - Bolivia

MED.
Tesis
A 2837

2002

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INVENTARIO: SÍNDROME, JUAN RODRÍGUEZ HERRERA

Centro de Investigación

15 FEB 2002

15 FEB 2002

93

Resumen

Pag. 1

Objetivos

Pag. 2

Metodología

Pag. 3

Hipótesis

Pag. 4

Discusión

Pag. 21

Resultados

Pag. 22

Discusión

Pag. 23

Bibliografía

Pag. 25

Gráficos

Pag. 27

Autor: Dr. Marco M. Aguilar Q.
Md. Residente III IGBJ

Tutor: Dr. Daniel Guerra Herbas
Md. Gastroenterólogo IGBJ

Cochabamba, Febrero de 2002

117

RESUMEN	
El presente trabajo es un estudio prospectivo, longitudinal y analítico realizado en el	
16 S.J. de Cochabamba, cuyo universo de estudio está formado por todos aquellos	
pacientes con diagnóstico endoscópico úlcera péptica gástrica y/o duodenal producida	
por Helicobacter pylori comprobado por la histopatología y que además se ha	
seguido al esquema terapéutico y posterior control endoscópico más biopsia.	
Los datos obtenidos se analizaron a pacientes con hemorragia digestiva alta dentro de	
primeras 24 horas, se toma biopsia a todos los pacientes incluidos, la muestra o	
biopsia procesada mediante técnicas habituales y evaluada por el mismo patólogo	
quien deberá identificar la presencia de Helicobacter Pylori por inmunohistoquímica	
pacientes con diagnóstico de úlcera péptica de control con Pantoprazol 40 mg	
EV cada 12 horas, hasta su curación, posterior a ello si la biopsia confirma la presencia de	
Helicobacter Pylori se realizará esquema de erradicación con Pantoprazol 40 mg	
via oral por 7 días, Azitromicina 500 mg via oral cada día por 5 días y Secnidazol 2	
pacientes en tres días en forma interdiaria, para luego ser controlados con Pantoprazol	
mayor 30 días.	
De un total de 100 pacientes internados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta	
comprendidos entre el 1/07/01 al 31/12/01 se estudiaron a 29 (31,4%) pacientes con	
diagnóstico Hemorragia digestiva alta por úlcera péptica gástrica y/o duodenal de los	
cuales solo se incluyeron solo 20 (22,4%) pacientes que cumplían todos sus	
criterios de inclusión.	
Los resultados nos muestran que la incidencia de esta patología es de 8,6% Existe	
mayor frecuencia de presentación en el sexo masculino 18(90%) y femenino 2 (10%)	
La úlcera duodenal fue la causa más frecuente con 11 pacientes (55%), seguida por la	
úlcera gástrica con 8 pacientes (45%) y un solo paciente presentó ambas (5%). De	
acuerdo a la clasificación de Forrest la más frecuente fue la IIa con 7 pacientes (35%),	

Resumen

Pag. 1

Objetivos

Pag. 2

Marco Teórico

Pag. 3

Hipótesis

Pag. 4

Diseño Metodológico

Pag. 21

Resultados

Pag. 22

Discusión

Pag. 23

Bibliografía

Pag. 25

Gráficos

Pag 27

RESUMEN: la Forrest III también con 7 pacientes (35%), luego la II C con 3 pacientes

El presente trabajo es un estudio prospectivo, longitudinal y analítico realizado en el I.G.B.J. de Cochabamba, cuyo universo de estudio está formado por todos aquellos pacientes con diagnóstico endoscópico ulcera péptica gástrica y/o duodenal producida por helicobacter pylori comprobado por la histopatología y que además se haya sometido al esquema terapéutico y posterior control endoscópico más biopsia.

La endoscopia se realiza a pacientes con hemorragia digestiva alta dentro las primeras 24 horas, se toma biopsia a todos los pacientes incluidos, la muestra o biopsia es procesada mediante técnicas habituales y evaluada por el médico patólogo, quien deberá identificar la presencia de helicobacter Pylori posteriormente éstos pacientes son sometidos al esquema terapéutico de control con Pantoprazol 40 mg EV cada 12 horas, hasta su alta, posterior a ello si la biopsia confirma la presencia de Helicobacter Pylori se realizará esquema de erradicación con Pantoprazol 40 mg BID vía oral por 7 días; Azitromicina 500 mg vía oral cada día por 6 días y Secnidazol 2 gramos en tres días en forma interdiaria, para luego ser controlados en un tiempo no mayor 30 días.

De un total de 89 pacientes internados con diagnostico de hemorragia digestiva alta comprendido entre el 1/07/01 al 31/12/01 se estudiaron a 28 (31,4%) pacientes con diagnóstico Hemorragia digestiva alta por ulcera péptica gástrica y/o duodenal de los cuales solo se incluyeron solo 20 (22,4%) pacientes que completaban todos los criterios de inclusión.

Los resultados nos muestran que la incidencia de ésta patología es de 6,6% Existe mayor frecuencia de presentación en el sexo masculino 18(90%) y femenino 2 (10%).

La ulcera duodenal fue la causa más frecuente con 11 pacientes (55%), seguido por la ulcera gástrica con 9 pacientes (45%) y un solo paciente presento ambas (5%). De acuerdo a la clasificación de Forrest la más frecuente fue la IIa con 7 pacientes (35%),

seguido por la Forrest III también con 7 pacientes (35%), luego la II C con 3 pacientes (15%), luego estuvieron la Forrest IIB con 2 pacientes (10%), Forrest IA con 1 paciente (5%). Cabe mostrar que tomando en cuenta que un total de 13 pacientes (65%) presentaron signos endoscópicos que requirieron tratamiento endoscópico como es la infiltración endoscópica. Del total de paciente sometidos al estudio solo 1 (5%) presento signos de resangrado que requirió de otra sesión de endoscopia alta más aplicación de otras técnica de terapia endoscópica para cohibir el sangrado como es la aplicación de Argón Plasma y necesidad de utilizar otro inhibidor de bomba de protones en infusión a dosis de mantenimiento como es el Omeprazol. Luego de su alta médica todos los pacientes 20(100%) se fueron con tratamiento de erradicación de Helicobacter con el esquema indicado por 7 días, siendo controlados en promedio a los 30 días, posterior al cual, se observa que en los 20 (100%) existía curación de la ulcera péptica, la toma de biopsia mostró que 5 pacientes (25%) presentaron persistencia del Helicobacter, el resto 15 pacientes (75%) no existía helicobacter Pylori en las biopsias. Ninguno de los pacientes mostró ninguno tipo de reacción al medicamento, tampoco intolerancia, más por el contrario todos indicaron facilidad en la toma de los medicamentos. Como conclusiones mencionar que el otro inhibidor de la bomba de protones como es el Pantoprazol es un buen medicamento coadyuvante en el manejo de la HDA por ulcera péptica, con relación al esquema de erradicación de Helicobacter mostrar que la tasa de erradicación sí bien es alta, no es la ideal como muestran otros estudios realizados, pero con relación a otro realizado con el esquema tradicional (Omeprazol, Claritromicina, Amoxicilina) muestra mejores resultados.

OBJETIVOS

TRATAMIENTO MEDICO DE LA ULCERA PÉPTICA GÁSTRICA Y/O DUODENAL COMPLICADA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CON PANTOPRAZOL ENDOVENOSO

OBJETIVO GENERAL

La enfermedad úlcero-péptica, es la causa más frecuente de sangrado digestivo superior.

➤ Demostrar que la administración de un inhibidor de la bomba de protones como es el Pantoprazol por vía endovenosa ayuda en el control de la hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera péptica.

➤ Tratar de mostrar que el esquema alternativo presentado en él presenta trabajo nos puede mostrar tasas de erradicación alta que nos permitan obtener un nuevo esquema alternativo y así evitar la reinfección por helicobacter Pylori

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médico quirúrgica, con una incidencia anual de aproximadamente 100 x 100 000 habitantes y una mortalidad de 10 al 15% en las últimas 4 décadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

El grupo de pacientes en quienes la mortalidad continúa con poca modificación son los mayores de 60 años, y los que padecen enfermedades concurrentes.

➤ Definir manejo de otro inhibidor de la bomba de protones en manejo de la hemorragia digestiva alta.

➤ Conocer la correlación histopatológica existente entre el Helicobacter Pylori, y la úlcera péptica

➤ Comparar los resultados obtenidos con aquellos trabajos similares de otras series mundiales.

La endoscopia provee el mejor método diagnóstico, establece pautas de pronóstico, y proporciona información que ayuda a tomar decisiones inmediatas sobre la aplicación de terapia hemostática endoscópica.

Existen tres métodos de elección ampliamente evaluados para tratamiento endoscópico de úlcera sangrante: electrocoagulación bipolar, cauterio térmico (heater probe) y terapia de inyección. Los tres métodos, comparables en efectividad, han

MARCO TEORICO:

TRATAMIENTO MEDICO DE LA ULCERA PEPTICA GASTRICA Y/O DUODENAL COMPLICADA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CON PANTOPRAZOL ENDOVENOSO

La enfermedad úlcero-péptica, es la causa más frecuente de sangrado digestivo superior, y a pesar de la disponibilidad de fármacos antiulcerosos efectivos, la admisión hospitalaria por esta causa no ha disminuido en los últimos 30 años, siendo la úlcera duodenal (UD) la que predomina sobre la Gástrica (UG), 30 y 24% respectivamente. La HDA representa 1/3 de las admisiones al servicio de Gastroenterología, con una tasa de mortalidad global del 4,5%, una necesidad quirúrgica de 5,5%, en una unidad especializada en el manejo de estos pacientes críticos, donde el 66% supera los 60 años y el 15% los 80 años, determinando una población de alto riesgo.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médico quirúrgica, con una incidencia anual de aproximadamente 100 x 100.000 habitantes y una mortalidad de 10 al 15% en las ultimas 4 décadas.

El subgrupo de pacientes en quienes la mortalidad continúa con poca modificación son los mayores de 60 años, y los que padecen enfermedades concurrentes.

Los dos principales factores de riesgo para enfermedad úlcero-péptica, son la presencia de *Helicobacter pylori* en el tracto gastrointestinal y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Las características clínicas relacionadas con el episodio de sangrado, proporcionan una información pronóstica valiosa. Así, el sangrado recurrente o persistente intrahospitalario, la inestabilidad hemodinámica, la hematemesis y el requerimiento de transfusiones constituyen factores de riesgo de mortalidad, y comprometen el pronóstico. Ciertos factores del individuo como la edad y las enfermedades concurrentes, ya se habían mencionado como predictores de mortalidad.

La endoscopia provee el mejor método diagnóstico, establece pautas de pronóstico, y la información que allí se obtiene ayuda a tomar decisiones inmediatas sobre la aplicación de terapia hemostática endoscópica.

Existen tres métodos de elección ampliamente evaluados para tratamiento endoscópico de úlcera sangrante: electrocoagulación bipolar, catéter térmico (heater probe) y terapia de inyección. Los tres métodos, comparables en efectividad, han

mostrado una disminución en la mortalidad entre 30% y 60%, algo que no sucede en los pacientes que no reciben tratamiento endoscópico. En relación con la terapia de inyección, se han usado soluciones como epinefrina, polidocanol, alcohol, solución salina y agua. No se observa diferencia alguna en los resultados obtenidos con el tipo de soluciones utilizadas en el manejo de sangrado.

El tratamiento endoscópico se indica sólo en pacientes con alto riesgo de resangrado, medido por el hallazgo endoscópico de sangrado activo o vaso visible no sangrante. Aun así, puede ocurrir resangrado hasta en 20% de los pacientes tratados.

La Hemorragia Digestiva es una complicación que se presenta en el 15-20% de los pacientes con úlceras. La hemorragia cesa de forma espontánea en el 70-85% de los casos, y la recidiva hemorrágica se produce en el 25%, estando el mayor riesgo dentro de los tres primeros días desde el inicio. En el 5% de los pacientes la Hemorragia Digestiva es persistente, asociándose a una mortalidad del 10%, y en el 5% se acompañan de shock hipovolémico, las cuales precisarán tratamiento quirúrgico para su control.

Factores predisponentes

La infección por *Helicobacter pylori* es la causa más frecuente de úlcera duodenal. Esta bacteria Gram negativa, coloniza la mucosa gástrica causando gastritis atrófica y está fuertemente implicada en la patogénesis de las úlceras gástricas y duodenales, en carcinomas y linfomas gástricos. Actualmente, el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica se ha revolucionado, al demostrar los estudios, que la erradicación de *H. Pylori* puede reducir significativamente la recurrencia de la enfermedad ulcerosa.

El tabaco es un agente que está implicado en la úlcera péptica ocasionando reflujo biliopancreático. El uso de aspirina y otros AINES causan también, úlceras gástricas y duodenales y aumentan la probabilidad de complicaciones como la hemorragia, en pacientes con enfermedad ulcerosa de base. Las complicaciones pueden ocurrir desde el inicio del tratamiento, pero es más frecuente durante el primer mes. El riesgo de enfermedad ulcerosa es dosis dependiente, por lo que un gran número de pacientes deberá ser evaluados cuidadosamente para asegurar el tratamiento con dosis muy bajas de aspirina. El uso de corticoesteroides no incrementa el riesgo de desarrollar úlcera péptica o hemorragia, sin embargo, si se asocian con AINES este riesgo se incrementa diez veces. El tratamiento con anticoagulantes no incrementa el riesgo de hemorragia en pacientes con úlcera péptica.

Factores pronósticos adversos

La tasa de resangrado en UPS varía de acuerdo a dos variables seleccionadas como es la presencia de shock y estigma endoscópico según la clasificación de Forrest:

En 1.974, Forrest realizó una clasificación consistente en dividir las úlceras en grupos según los estigmas de sangrado en el momento de la endoscopia. En los casos de hemorragia activa, vaso visible o coágulo de sangre roja o escara negra la posibilidad de recidiva es muy importante y obliga a ser más intervencionista en lo que se refiere al tratamiento.

Desde el punto de vista endoscópico, tiene importancia el tamaño y la localización de la úlcera. Así, úlceras grandes (1 ó 2 cm.) tienen mayor riesgo de resangrado y muerte, incluso después del tratamiento endoscópico. También tienen peor pronóstico las úlceras situadas en la curvatura menor (adyacente a la arteria gástrica izquierda) y las situadas en la cara posterior del bulbo duodenal (adyacente a la arteria gastroduodenal).

Se están investigando nuevos métodos para estudiar el pronóstico de los pacientes sobre la base de los hallazgos endoscópicos. Se ha sugerido que el color del vaso visible es potencialmente de ayuda en predecir el resangrado. Un pequeño estudio aportó que los vasos transparentes tenían un riesgo de sangrado más alto que los vasos opacos.

Por otra parte, con las nuevas técnicas de eco endoscopia se puede hacer una mejor predicción de resangrado que con la endoscopia sola.

Sin embargo, el pronóstico de una hemorragia digestiva aguda no va a depender únicamente de los hallazgos endoscópicos. Para seleccionar pacientes de alto riesgo, hay que valorar una serie de datos clínicos, que se asocian a un aumento en la morbilidad y la mortalidad.

Tratamiento

Los pacientes con características clínicas o endoscópicas que indican alto riesgo de continuar sangrando o de muerte deberán ser admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

1) Tratamiento médico

Entre los agentes farmacológicos que disponemos actualmente como son los estimulantes de los factores defensivos de la mucosa (sucralfato, prostaglandinas, carbenoxolona, subnitrito de bismuto), los neutralizantes de la secreción ácida (antiácidos), y los inhibidores de la secreción gástrica ácida que incluyen los anti-H2 (cimetidina, ranitidina y famotidina), anticolinérgicos y los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol) no existe ninguno que detenga la hemorragia activa o evite el resangrado.

El objetivo del tratamiento médico será promover la cicatrización de la úlcera para prevenir la recurrencia de la hemorragia.

La terapia farmacológica antisecretora se inicia en la década de los 40 con la aparición de antiácidos hasta los años 70, cuando los antagonistas de receptores H2 de la histamina aparecieron, desde la Cimetidina, Ranitidina, Famotidina, Nizatidina, Roxatidina. Collins y Langman reportaron en 1985 un metanálisis de 27 estudios randomizados que evaluaron el efecto de los bloqueadores H2 en la HDA, ellos encontraron tendencias hacia la reducción en la mortalidad (30%), en la necesidad de someterse a cirugía (20%) y el resangrado (10%), pero concluyeron que se necesitaban estudios adicionales y a gran escala para confirmar beneficios significativos del tratamiento antisecretor.

Se ha demostrado también, tanto la coagulación como la agregación plaquetaria son altamente dependientes del pH; y la hemostasia parece ser virtualmente imposible en pH menor de 5,4, así el pH mayor a 4 es necesario para la prevención de la lisis del coágulo y el pH mayor de 6 es necesario para la hemostasia, de allí que a partir de los 90 se vienen utilizando los inhibidores de la bomba de protones como el pantoprazol 40 mg/día dosis única, con mejores resultados tanto en el periodo de cicatrización como en el alivio de los síntomas de la enfermedad ulcero péptica.

Si se demuestra que existe infección por *H. Pylori* estará indicada su erradicación para evitar recurrencias, sin embargo, no es necesaria la erradicación aguda en pacientes con HD grave.

Los pacientes de alto riesgo no deben recibir alimentación oral durante los dos primeros días de hospitalización, para que el alimento en el estómago no interfiera la necesidad de endoscopia urgente o procedimiento quirúrgico.

2) Tratamiento endoscópico

La endoscopia terapéutica está indicada en aquellos pacientes con evidencia clínica de sangrado importante (inestabilidad hemodinámica, descenso del hematocrito o necesidad de transfusión), o evidencia endoscópica de hemorragia arterial activa o vaso visible no sangrante

La mayoría de los estudios que comparan las terapéuticas de inyección, la electrocoagulación bipolar, y las sondas de calefacción sugieren que estas tres técnicas son comparables en seguridad y eficacia. Sin embargo, entre un 10-30% de estos pacientes continúan sangrando a pesar del tratamiento endoscópico. En estos pacientes será necesaria la monitorización intensiva y cirugía urgente.

La endoscopia es un método diagnóstico confiable porque establece pautas pronósticas y permite la toma de decisiones para la aplicación de terapia a través de ella.

En pacientes con hemorragia digestiva por úlceras gástricas o duodenales, se recomienda la identificación de los factores de riesgo mencionados, para que reciban en una unidad de cuidados intensivos el soporte necesario, se haga el descubrimiento precoz de resangrado y se mejore el manejo de las posibles complicaciones y por ende el pronóstico.

3) Tratamiento quirúrgico

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico incluyen: hemorragia masiva que no responde a las maniobras de resucitación o recidiva hemorrágica por fracaso del tratamiento endoscópico inicial. Sin embargo, Peterson, Venables y A. Jones son partidarios de un tratamiento quirúrgico precoz en todos los pacientes en los que la endoscopia demuestre hemorragia activa o estigmas de hemorragia reciente ya que estos datos previenen la posibilidad de persistencia o recurrencia del episodio hemorrágico con una mortalidad alrededor del 10-12% comparada con el 3% de la cirugía. La operación estándar para las úlceras duodenales es la vagotomía, sutura de la úlcera y del vaso sangrante asociadas a piloroplastia. En el caso que este procedimiento no pueda realizarse lo adecuado sería realizar una antrectomía con

vagotomía. Las técnicas empleadas para el control de la hemorragia en las úlceras gástricas han sido múltiples y varían desde la resección local de la úlcera hasta la gastrectomía, incluyendo la reconstrucción tipo Billroth I.

4) Arteriografía terapéutica

Esta técnica se reserva para pacientes con sangrado ulceroso severo y persistente en los que la propuesta quirúrgica es de alto riesgo y la terapéutica endoscópica ha sido infructuosa. Con la infusión intraarterial de vasopresina se consigue el control de la hemorragia en el 50% de los casos y con la embolización se controla el 70-80%, aunque la recurrencia del sangrado ocurre en la mitad de los casos y no está exenta de complicaciones como la isquemia, perforación o formación de abscesos

A pesar de que solo la mitad de los enfermos con úlcera de duodeno y ninguno de los de estómago tienen hipersecreción ácida, sabemos que la neutralización del ácido gástrico facilita la cicatrización de las úlceras.

Las úlceras duodenales son 4 veces más frecuentes que las gástricas y afectan más frecuentemente a los varones en una relación 2:1.

La úlcera duodenal es rara antes de los 15 años, incidencia mayor de 25 a 55 años, máxima a los 40 años.

La úlcera gástrica se inicia entre los 40 y 55 años, incidencia máxima a los 50 años. Cabe decir en ambos casos que existe un exceso de ácido y pepsina para un grado determinado de resistencia de la mucosa.

En los últimos años se ha dado mucha importancia a la infección de la mucosa gástrica y duodenal por *Helicobacter Pylori*.

Un aporte importante para la detección del H.Py. y su colonización antrobuival, superior al 99 % en los pacientes con úlcera duodenal, siendo un factor determinante en el ritmo de la recidiva ulcerosa; es la evaluación de los anticuerpos séricos "Citratina asociada al gen A", marcador de las cepas más virulentas y ulcerogénicas.