

# Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por úlcera péptica

## Diagnóstico

**Coordinador general:** Dr. Ricardo Raña Garibay

**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 y cuál es su frecuencia?

No hay un síntoma específico de úlcera péptica (UP), ni correlación entre la presencia de úlceras y síntomas.<sup>1</sup> 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 sintomáticos.<sup>2</sup> Los síntomas clásicos se presentan sólo en la mitad de los pacientes con úlcera duodenal.<sup>3</sup> En un estudio asiático<sup>4</sup> que incluyó a 6,457 pacientes, 70% de aquellos con úlceras fueron asintomáticos, además entre 20-50% de los enfermos con úlceras complicadas no tuvieron síntomas de alarma. Esta presentación silenciosa es más frecuente en pacientes de edad avanzada y en los que consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINE).<sup>5,6</sup>

*Nivel de evidencia I, sin recomendación*

### ¿Cuál es el papel de la radiología en el diagnóstico de úlcera péptica?

Muy limitado. Actualmente, se encuentra indicado cuando los métodos endoscópicos no estén disponibles o no sean aceptados por el paciente.<sup>7</sup>

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 con otros métodos diagnósticos,<sup>8,9</sup> 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 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 al tratamiento médico.<sup>10</sup>

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

**Tabla 1.**  
Pruebas diagnósticas para *Helicobacter pylori*\*

Comparación de estudios para *Helicobacter pylori*

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	Diagnóstico primario y verificar erradicación	+	86-94	86-95	89	92	++
Anticuerpos en saliva	Diagnóstico primario en niños	+	65-89	72-90	84	92	?
Prueba de urea-ureasa	Diagnóstico primario en tributarios a estudio endoscópico	+++	88-95	95-100	100	84	++/+++
Histología	Diagnóstico 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.

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 malignidad.<sup>11</sup>

*Nivel de evidencia I, recomendación grado A*

### ¿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 UP<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

Entre los métodos no invasivos se encuentran la prueba del aliento, la serología, la detección de antígenos en heces e inmunoglobulinas específicas en orina.<sup>13</sup> La **Tabla 1** muestra las características de diversas pruebas para el diagnóstico de *Hp*.

*Nivel de evidencia I, recomendación grado A*

### ¿Cuál es la utilidad de la cápsula endoscópica en el diagnóstico de la úlcera péptica?

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 UP.

*Nivel de evidencia IV, recomendación grado D*

### Complicaciones

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

La hematemesis y la melena son las presentaciones clínicas más comunes de hemorragia digestiva alta. Sin embargo, dependiendo de la magnitud

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
Ia	Sangrado activo en chorro	Casi 100%
Ib	Sangrado activo en capa	10-27%
IIa	Vaso visible	Hasta 50%
IIb	Coágulo adherido (centinela)	30-35%
IIC	Mancha plana pigmentada	8
III	Úlcera con base limpia	3

\*Modificado de referencia 19.

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 ortostática.<sup>14</sup>

*Nivel de evidencia I, recomendación grado 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 una terapéutica.<sup>8</sup>

*Nivel de evidencia I, recomendación grado A*

### ¿Cuál es el papel de la radiología intervencionista?

Aproximadamente en 10% de los pacientes con hemorragia del aparato digestivo proximal no es posible la realización de endoscopia o la fuente no es localizada.<sup>15</sup> 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 éxito.<sup>16</sup>

### Nivel de evidencia IV, recomendación grado 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 éstas y evaluar el riesgo de resangrado.<sup>17</sup> Las úlceras clasificadas como Forrest Ia, Ib, IIa y IIb son candidatas a tratamiento endoscópico puesto que éste disminuye la probabilidad de resangrado, cirugía de urgencia, necesidad de transfusiones sanguíneas, tiempo de hospitalización y mortalidad. La **Tabla 2** muestra la clasificación de Forrest.<sup>18-19</sup>

*Nivel de evidencia I, recomendación grado A*

### ¿Cuáles son los síntomas y signos de la úlcera péptica 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 UP asociado a taquicardia, hipotensión, oliguria, fiebre, hipersensibilidad abdominal, pérdida de la matidez hepática, rebote y peristalsis disminuida.<sup>20</sup> Las placas simples del tórax y del abdomen obtenidas en forma simultánea pueden mostrar aire libre hasta en 90% de los casos. La tomografía computarizada y el ultrasonido pueden detectar pequeñas cantidades de aire o líquido en casos de duda diagnóstica.<sup>21</sup> El uso de bario está contraindicado en pacientes con sospecha clínica de perforación.<sup>22</sup>

*Nivel de evidencia II, recomendación grado B*

### Bibliografía

- 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.
- Earlam R, Chir M. A computerized questionnaire analysis of duodenal ulcer symptoms. *Gastroenterology* 1976; 7:314-7.
- Sjodin I, Svedlund J, Dotevall G et al. Symptom profiles in chronic peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 1985;20:419-27.
- 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.
- Pounder R. Silent peptic ulceration: Deadly silence or golden silence? *Gastroenterology* 1989 (Suppl 2);96:626-31.
- 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.

7. Shaw PC, van Romunde LKJ, Griffioen G *et al.* Peptic ulcer and gastric carcinoma: Diagnosis with biphasic 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.
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.
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.