

Frecuencia de la Úlcera Péptica en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"; Estudio de Localización, Factores Asociados y Tendencias Temporales

Dr. Juan Bobadilla *, Dra. Florencia Vargas-Vorácková *, Dr. Alejandro Gómez *, Dr. José de Jesús Villalobos *

* Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F., México.

Correspondencia: Dr. José de Jesús Villalobos, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan, México, D.F. 14000.

Recibido para publicación: 05-IV-95. Aceptado para publicación: 07-IX-95.

RESUMEN Objetivo: Conocer la frecuencia, tendencias y factores asociados de la úlcera péptica en nuestro Instituto. **Antecedentes:** La úlcera péptica es una enfermedad frecuente; aproximadamente 5-10% de la población puede desarrollarla a lo largo de la vida. **Material y métodos:** Revisamos 1,123 pacientes con diagnóstico de úlcera péptica en cinco años; analizamos: edad, género, hábitos (alcoholismo y tabaquismo), consumo de antiinflamatorios no esteroideos, localización anatómica y complicaciones. Para evaluar tendencias temporales, comparamos nuestros resultados con estudios previos realizados en nuestro Instituto. **Resultados:** La relación masculino-femenino fue 1:1, con una edad promedio de 52.2 años. Cuarenta por ciento de los pacientes tuvieron úlcera duodenal, 42% úlcera gástrica y 19% úlcera esofágica, anastomótica y múltiple. La complicación más común fue la hemorragia, la cual ocurrió más frecuentemente en la úlcera gástrica (37%) que en la duodenal (24%) ($P < 0.005$). La úlcera gástrica apareció en pacientes más viejos que los de la úlcera duodenal ($P < 0.02$). El consumo de antiinflamatorios no esteroideos fue más frecuente en pacientes con úlcera gástrica (14%) que en pacientes con úlcera duodenal (10%) ($P < 0.04$). La frecuencia de tabaquismo y alcoholismo fue más alta en los pacientes con úlcera múltiple. **Conclusiones:** En los últimos 30 años hemos observado en nuestro Instituto una tendencia a la disminución de la frecuencia de la úlcera duodenal y a un aumento de la úlcera gástrica. En el mismo periodo, la hemorragia ha sido la principal complicación, lo que sugiere una mayor referencia de pacientes con úlcera péptica complicada.

Palabras clave: Úlcera péptica, frecuencia.

SUMMARY Objective: To know the frequency, trends and associated factors of peptic ulcer disease in our Institute. **Background:** Peptic ulcer is an important disease; about 5-10% of the population can expect to develop this disease during lifetime. **Material and methods:** We reviewed 1,123 patients with peptic ulcer in five years. Sex, age, habits (tobacco and alcohol consumption), non-steroidal anti-inflammatory drugs use, ulcer location and complications were analyzed. To evaluate temporal trends, our results were compared with previous studies made in our Institute. **Results:** The male-female ratio was 1:1, with a mean age of 52.2 years. Forty per cent of the patients had duodenal ulcer, 42% had gastric ulcer, and 19% had esophageal, anastomotic or multiple ulcers. The most common complication was bleeding, which occurred more frequently in gastric (37%) than duodenal ulcer (24%) ($P < 0.005$). Gastric ulcer occurred in older patients when compared to duodenal ulcer ($P < 0.02$). Non-steroidal anti-inflammatory drugs consumption was more frequent in patients with gastric (14%) than duodenal ulcer (10%) ($P < 0.04$). The frequency of tobacco and alcohol consumption was higher in multiple ulcers. **Conclusions:** A tendency toward a decreased frequency of duodenal ulcer and increased frequency of gastric ulcer was observed in our Institute during the last 30 years. In the same period, bleeding has been the leading complication, suggesting a higher referral of complicated peptic ulcer.

Key words: Peptic ulcer, frequency.

INTRODUCCION

La úlcera péptica (UP) ha venido mostrando variaciones en cuanto a su prevalencia y a su localización. A principios de este siglo se consideraba como una enfermedad poco frecuente, localizada preferentemente en el estómago (UG), más común en las mujeres y asociada con cierta frecuencia a perforación¹. A partir de 1970, la incidencia, hospitalización y mortalidad de la UP ha ido decreciendo y, paradójicamente, la hemorragia como complicación ha aumentado²⁻⁵.

En lo que concierne a la úlcera duodenal (UD), su frecuencia se incrementó a partir de 1920, llegando a su pico máximo en los años 50⁶. En las últimas décadas, la UD ha disminuido gradualmente, por lo que la relación UD:UG ha tendido a igualarse^{3,7}. En tres estudios realizados de 1960 a 1988 en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ), se han observado cambios similares⁸⁻¹⁰.

La etiología de la UP se considera multifactorial. Se han implicado en ella factores genéticos (agregación familiar, HLA, grupo sanguíneo), factores psicológicos (estrés, alteraciones psiquiátricas), hábitos (tabaquismo, alcoholismo, dieta) y agentes farmacológicos (antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)) e infecciosos (*Helicobacter pylori*)¹¹⁻¹⁴.

Dadas las tendencias temporales que ha venido mostrando la frecuencia de la UP, y la postulación de numerosos factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad en diversas regiones y países del mundo, consideramos de interés realizar este estudio en el INNSZ, con el fin de validar algunos de estos hallazgos en nuestro medio. Específicamente, nuestros objetivos fueron: a) conocer la frecuencia de los diversos tipos de localización anatómica de la UP, b) analizar, dentro de los diversos tipos de localización, la frecuencia de tabaquismo, alcoholismo e ingesta de AINEs, y c) confirmar la tendencia temporal que se ha observado en cuanto a la disminución de la UD y al aumento de la UG.

MATERIAL Y METODOS

Se revisó el expediente de todo paciente con sospecha de UP por cuadro clínico y/o rayos X, cuyo diagnóstico se confirmó por endoscopia, y que fue visto en el INNSZ de agosto de 1988 a julio de 1993.

Se consignaron las siguientes características demográficas: edad, género y ocupación. Se obtuvo información referente a la presencia o ausencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y AINEs. Para fines de este estudio, se definió como "alcoholismo" a la ingesta de más de dos copas o cervezas a la semana, y como "tabaquismo" al consumo de más

de un cigarrillo al día.

En cuanto a la UP, se tomaron en cuenta cuatro localizaciones: estómago, duodeno, esófago (UE) y anastomosis gastroentéricas (UA).

Se definió como úlceras múltiples (UM), la existencia de dos o más úlceras en una o más localizaciones anatómicas.

Con respecto a las complicaciones de la UP, se documentó la presencia o ausencia de hemorragia, estenosis, perforación y penetración. Se definió como hemorragia a la ocurrencia de hematemesis y/o melena durante el episodio ulceroso, y cuya fuente fuera corroborada por endoscopia. Se definió como estenosis péptica a todo estrechamiento de la luz del esófago, estómago, duodeno y anastomosis gastrointestinal, de características morfológicas e histológicas benignas, documentadas por rayos X y/o endoscopia y estudio patológico. La perforación de la UP se definió en términos de aire libre en cavidad abdominal, con corroboración quirúrgica subsecuente. La penetración se definió como toda comunicación de la UP con otro órgano (páncreas, árbol biliar, colon, etc.), sin apertura, demostrada por rayos X y cirugía.

Para evaluar la tendencia temporal de la frecuencia de la UP, se consideraron las frecuencias relativas observadas en nuestro Instituto, publicadas previamente⁸⁻¹⁰, y debidamente estandarizadas por edad y género. Los resultados se resumieron en términos de porcentajes. El análisis de frecuencias en los subgrupos de edad, género y localización, se hizo mediante la prueba de la chi cuadrada.

RESULTADOS

En el periodo considerado, se detectaron 1,123 casos con UP. Quinientos noventa y seis hombres y 527 mujeres. La edad promedio fue de 52.2 años (intervalo de 18-98 años). En 1,099 pacientes el diagnóstico de UP se hizo por endoscopia y en 24 por la combinación de rayos X y endoscopia.

La distribución de la UP por género y localización anatómica se observa en el Cuadro 1. Por localización, la frecuencia de la UD y la UG fue similar (40% y 42%, respectivamente). Por género, la UD fue más frecuente en hombres (43%) y la UG en mujeres (47%) (P=0.004).

En la Figura 1 se muestra la distribución de la UD y la UG por grupos de edad. La edad de presentación más frecuente de la UD fue de los 30 a los 69 años y la de la UG de los 50 a los 89 años (P=0.02).

En las diferentes localizaciones de la UP, la ocupación más frecuente fue la de las amas de casa (28% a 41%), seguida por la de los empleados (4% a 23%). Los pacientes jubilados representaron el grupo más pequeño (2% a 8%).

CUADRO 1
DISTRIBUCION DE LA UP POR GENERO
Y LOCALIZACION ANATOMICA

	Masculino n = 596	Femenino n = 527	Total n = 1,123
Úlcera gástrica, n(%)	223 (37)	245 (47)	469 (42)
Úlcera duodenal, n(%)	257 (43)	196 (37)	453 (40)
Úlcera esofágica, n(%)	71 (12)	41 (8)	112 (10)
Úlcera anastomótica, n(%)	18 (3)	18 (3)	36 (3)
Úlcera múltiple, n(%)	27 (5)	26 (5)	53 (5)

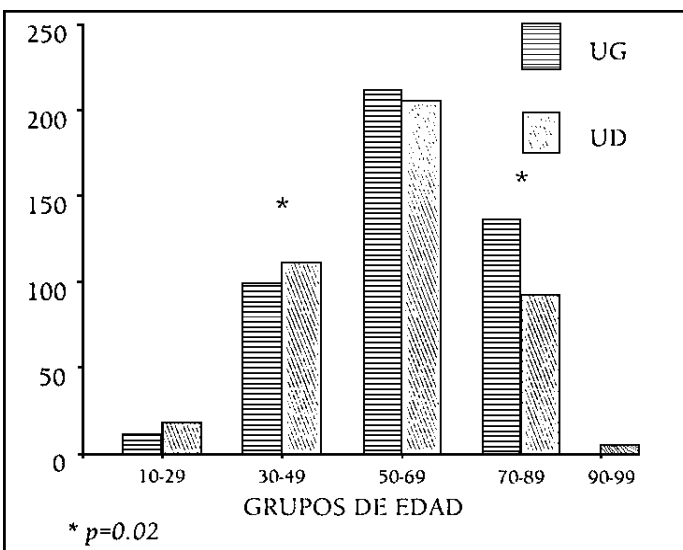


Figura 1. Distribución de la UG y UD por grupos de edad.

Las complicaciones de la UP se muestran en el Cuadro 2. La complicación más frecuente fue la hemorragia, la cual ocurrió en el 32% del total de la muestra, con una frecuencia similar en pacientes hospitalizados y en pacientes ambulatorios (17% y 16%, respectivamente). La hemorragia fue más frecuente en la UM (58%) y la UE (37%) ($P=0.005$). Entre la UD y la UG, la hemorragia fue más común en la segunda (24% vs. 37%). La estenosis ocurrió más frecuentemente en la UE (8%) y en la UM (8%).

La perforación y penetración fueron poco comunes.

En cuanto a los hábitos, el tabaquismo fue muy frecuente (>30%) en todas las localizaciones de la UP, alcanzando su frecuencia máxima en la UM y la UE (59% y 53%, respectivamente). El alcoholismo fue más frecuente en la UE (52%), seguido por la UM (40%), y ocurrió con más frecuencia en la UD que en la UG. El consumo de AINEs fue mayor en la UM, y fue más común en la UG (14%) que en la UD (10%) ($P=0.04$, Figura 2).

En la Figura 3, se muestran los cambios temporales en la frecuencia de las diversas localizaciones de UP en los últimos 33 años en nuestro Instituto. Puede observarse una tendencia a la disminución de la UD y un aumento de la UG, mientras que las frecuencias de la UE, la UA y la UM permanecen estables.

Finalmente, en el Cuadro 3 se muestra la frecuencia de hemorragia como complicación de la UP en los últimos 23 años. Se puede observar que de 1960 a 1980, la frecuencia de hemorragia secundaria a UG y UD ha mostrado un decremento, permaneciendo estable a partir de entonces.

DISCUSION

En décadas pasadas, la UP era una enfermedad que predominaba en los hombres, con una relación masculino-femenino que oscilaba de 2:1 a 5:1. En años recientes, esta relación ha mostrado una tendencia hacia el balance^{3,15}. Nuestros hallazgos concuerdan con esto último, y podrían explicarse en función a la incorporación creciente de mujeres a actividades que implican un mayor estrés, mismas que antiguamente eran exclusivas de los hombres (p.ej.: ejecutivos, pilotos, etc.)¹³. Este razonamiento no se contrapone a la proporción notoria de pacientes dedicadas a labores del hogar observada en nuestra muestra, la cual está influenciada por las características de la población atendida en el Instituto.

Otro factor que pudiera haber favorecido una razón de hombres:mujeres de 1:1 es el consumo de tabaco y AINEs, el cual se ha incrementado en las mujeres en los últimos años^{15,16}.

CUADRO 2
DISTRIBUCION DE LAS COMPLICACIONES DE LA UP POR SU LOCALIZACION

Complicación	ULCERA				
	Gástrica n=469	Duodenal n=453	Esofágica n=112	Anastomótica n=36	Múltiple n=53
Hemorragia, n(%)	173 (37)	110 (24)	42 (37)	7 (19)	30 (58)
Estenosis, n(%)	2 (<1)	12 (3)	10 (9)	1 (3)	4 (9)
Otras, n(%)	2 (<1)	6 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0)

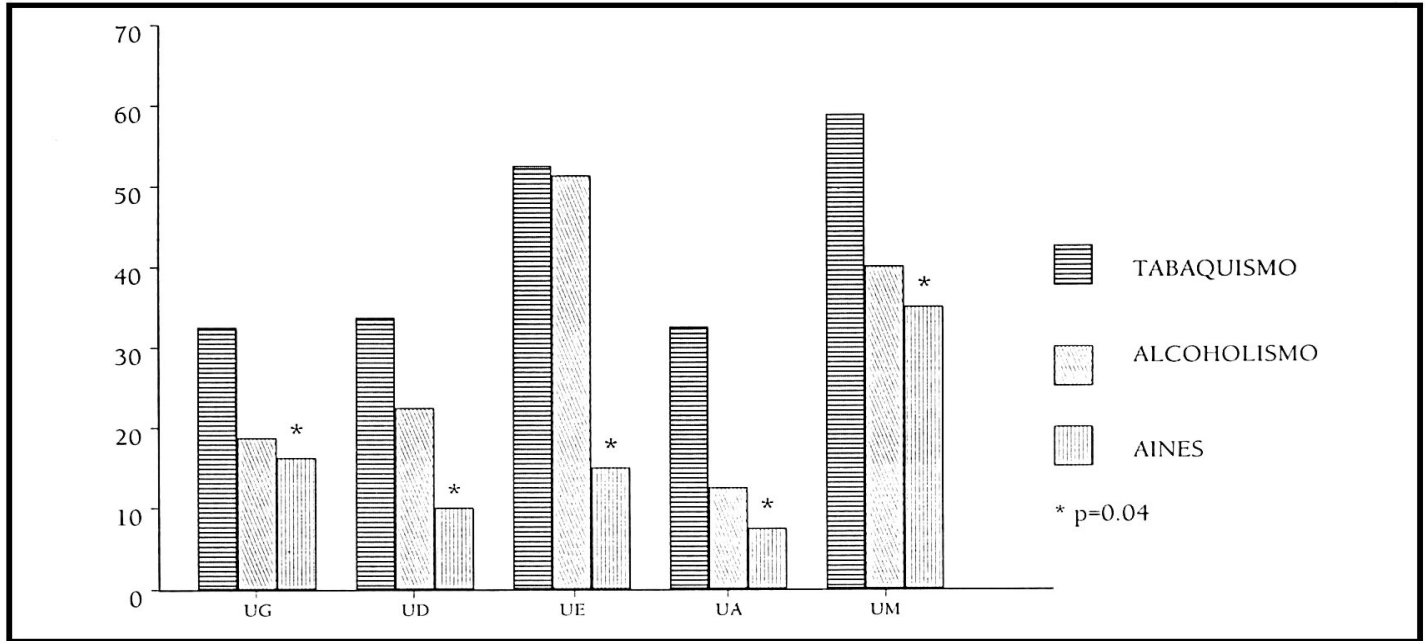


Figura 2. Frecuencia de tabaquismo, alcoholismo y consumo de AINEs por localización de la UP.

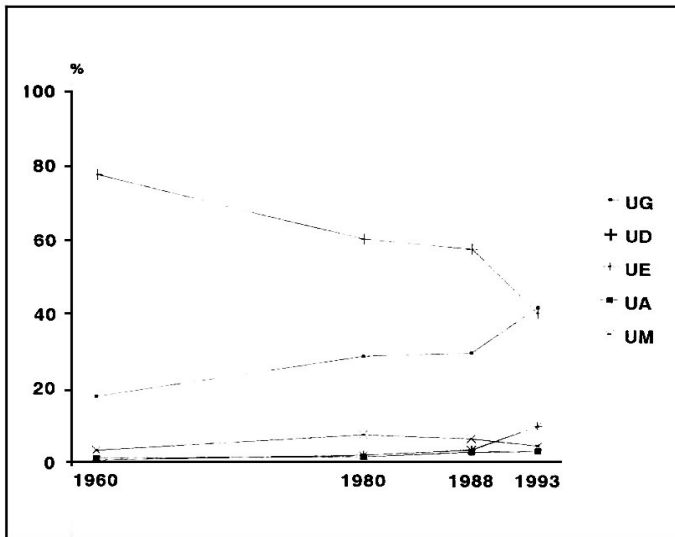


Figura 3. Distribución temporal de las frecuencias estandarizadas por edad y sexo de las diversas localizaciones de la UP (1960 - 1993).

CUADRO 3

TENDENCIAS TEMPORALES DE LA HEMORRAGIA COMO COMPLICACION DE LA UP

Úlcera	1960	1980	1988	1993
Gástrica	46%	35%	31%	36%
Duodenal	33%	19%	17%	24%
Esofágica	—	—	50%	37%
Otras	28%	—	22%	42%

En cuanto a la localización de la UP, la UD fue más frecuente en hombres y la UG en mujeres. Este hallazgo también ha sido informado en otros estudios^{11,16} y está probablemente relacionado al mayor consumo de AINEs por las mujeres¹⁷, quienes tienen, además, por razones hormonales (progesterona), propensión mayor a cursar con vaciamiento gástrico retrasado¹⁸.

Observamos que la UG se presenta en edades más tardías que la UD, lo cual podría atribuirse al consumo mayor de AINEs en edades avanzadas^{16,19,20} y a alteraciones en el vaciamiento gástrico en ancianos²¹.

Con respecto a las complicaciones de la UP, la hemorragia fue la más frecuente, ocurriendo en el 32% de los pacientes. Al comparar esta frecuencia con la informada en estudios previos realizados en nuestro Instituto, llama la atención que no ha sufrido grandes variaciones. Este mismo fenómeno se ha observado en otros estudios^{3,22}, en donde se ha visto que la frecuencia de hemorragia, como complicación de la UP, se ha mantenido constante y/o con tendencia a elevarse^{2,3,5}, hecho que sólo se ha podido explicar por el aumento en la ingesta de AINEs²³.

La estenosis fue más frecuente en la UE y UM. La frecuencia alta de estenosis en este último grupo puede explicarse por la localización, que fue predominantemente esofágica. La perforación y la penetración fueron complicaciones raras y no se han observado variaciones importantes en su frecuencia.

En cuanto a los hábitos, el tabaquismo fue muy frecuente en prácticamente todas las localizaciones

de la UP, aunque predominó en la UE y UM. Como es sabido, el tabaquismo es un factor de riesgo para el desarrollo de UP. En la patogénesis de la UE, la nicotina aumenta el reflujo gastroesofágico y la acidez gástrica, retrasando simultáneamente el vaciamiento gástrico¹². La frecuencia de tabaquismo en la UG y UD fue similar. A este nivel, el tabaquismo también juega un papel importante, dado que aumenta la acidez gástrica y disminuye la secreción de bicarbonato y flujo sanguíneo de la mucosa gástrica y duodenal¹³.

El consumo de AINEs fue más común en la UM y la UG, observación que apoya su relación tanto con la úlcera como con su complicación hemorrágica.

En el periodo estudiado, observamos que las frecuencias relativas de la UG y UD fueron similares (40%). Al comparar estas frecuencias con las de estudios previos realizados en nuestro Instituto^{8,10}, resalta la tendencia al aumento de la UG y la tendencia a la disminución de la UD. Estos mismos cambios se han observado en otros estudios realizados en E.U.A. y en Europa^{3,7,24,25}. Se ha postulado que, con el advenimiento de los bloqueadores H2 y, posteriormente, de los bloqueadores de la bomba de protones, es posible obtener un índice de cicatrización más rápido de la UD. Esto, aunado a que los pacientes con UD son tratados cada vez con mayor frecuencia por el médico general o por automedicación, modifica su afluencia a los centros especializados y, por ende, las estadísticas hospitalarias^{11,26}. Otro factor a considerarse es que la UD se complica con menor frecuencia que la UG, determinando una menor demanda de servicios hospitalarios^{3,11,13}.

En cuanto a la UG, el aumento en el consumo de AINEs en los últimos años podría explicar el incremento en su frecuencia, ya que se ha demostrado que el consumo de AINEs es un factor de riesgo para la UP y particularmente para la UG²⁷. Por otra parte, el uso cada vez más generalizado de la endoscopia, por su mayor sensibilidad en la detección de UG, pudo contribuir a la mayor frecuencia de esta enfermedad²⁸.

En conclusión, en nuestro Instituto la frecuencia de UD y la UG es similar. La complicación más frecuente sigue siendo la hemorragia. En los últimos 30 años hemos observado una tendencia a la disminución de la UD y a un aumento de la UG; en este mismo periodo, la frecuencia de la hemorragia se ha mantenido constante.

REFERENCIAS

- Jenning D. Perforated peptic ulcer. Changes in age-incidence and sex-distribution during the last 150 years. Part I. *Lancet* 1940; i:395-444.
- Kurata JH. What in the world is happening to ulcers? *Gastroenterology* 1983; 84:1623-25.
- Kurata JH and Haile BM. Epidemiology of peptic ulcer disease. *Clin Gastroenterol* 1984; 13:289-307.
- Blomm BS and Kroch E. Time trends in peptic ulcer disease and in gastritis and duodenitis. Mortality, utilization, and disability in the United States. *J Clin Gastroenterol* 1993; 17:333-42.
- Jibril JA, Redpath A, Macintyre IM. Changing pattern of admission and operation for duodenal ulcer in Scotland. *Br J Surg* 1994; 81:87-9.
- Coggon D, Lambert P, Langman MJS. Twenty years of hospital admissions for peptic ulcer in England and Wales. *Lancet* 1981; 1:1302-1304.
- Bonnevie O. Changing demographics of peptic ulcer disease. *Dig Dis Sci* 1985; 11:58-14.
- Villalobos JJ, Menéndez V, Tanimoto M, Guerrero A. Úlcera péptica en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. *Rev Invest Clin* 1960; 12:429-48.
- García MP, Mart E, Villalobos JJ. Epidemiología de la úlcera péptica en el Instituto Nacional de la Nutrición. *Rev Invest Clin* 1981; 33:165-8.
- Villalobos JJ, Quiñones NF, Cruz G, Vargas F. Epidemiología de la úlcera péptica en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". *Rev Gastroenterol Mex* 1990; 55:55-60.
- Villalobos JJ, Quiñones NF, Cruz G, Vargas F. Epidemiología y etiología de la úlcera péptica. En: Villalobos JJ, ed. *Gastroenterología*. Cuarta edición. Méndez Editores. México, 1993:613-22.
- Soll AH. Gastric, duodenal, and stress ulcer. In: Sleisenger, Fordtran, eds. *Gastrointestinal Diseases*. Fifth edition. W.B. Saunders Co. U.S.A., 1993:580-679.
- Isenberg JI, McQuaid KR, Laine L, Rubin W. Acid peptic disorders. In: Yamada T. *Textbook of Gastroenterology*. First Edition. J.B. Lippincott Co. U.S.A., 1991:1241-1339.
- Lam SK. Aetiological factors of peptic ulcer: perspectives of epidemiological observations in this century. *J Gastroenterol Hepatol* 1994; 9:593-8.
- Kurata JH. Ulcer epidemiology: An overview and proposed research framework. *Gastroenterology* 1989; 96:569-80.
- Kurata JH, Haile BM, Elashoff JD. Sex differences in peptic ulcer disease. *Gastroenterology* 1985; 88:96-100.
- Domschke S, Domschke W. Gastroduodenal damage due to drugs, alcohol and smoking. *Clin Gastroenterol* 1984; 13:405-36.
- Hutson WR, Roehkase RL, Wad A. Influence of gender and menopause on gastric emptying and motility. *Gastroenterology* 1989; 96:11-7.
- Ng TM, Fock KM, Chia SC, Chew CN, Chong YY, Chee EN, Yap CK. Peptic ulcer disease in the elderly in Singapore. *J Gastroenterol Hepatol* 1994; 9:278-81.
- Wolfe F. The epidemiology of NSAID associated gastrointestinal disease. *Eur J Rheumatol Inflamm* 1991; 11:12-28.
- Moore JG, Tweda C, Christian PE, Datz FL. Effect of age on gastric emptying of liquid-solid meals in man. *Dig Dis Sci* 1983; 28:340-44.
- Kurata JH, Honda GD, Frankl H. Hospitalization and mortality rates for peptic ulcers: A comparison of a large Health Maintenance Organization and United States data. *Gastroenterology* 1982; 83:1008-16.
- Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *Gastroenterol Clin North Am* 1990; 19:155-170.
- Kurata JH, Elashoff JD, Haile BM, Honda GD. A reappraisal of time trends in ulcer disease and factors related to changes in ulcer hospitalization and mortality rates. *Am J Public Health* 1983; 73:1066-72.
- Langman MJ. Trends in ulcer frequency. *Postgrad Med J* 1988; 64(suppl 1):37-9.
- Thors H, Sigurdsson H, Oddson E, Thjodleifsson B. Survey of prescriptions for peptic ulcer drugs in Iceland. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29:988-94.
- Soll AH, Kurata JH, McGuigan JE. Ulcers, nonsteroidal antiinflammatory drugs and related matters. *Gastroenterology* 1989; 96:561-8.
- Dooley CP, Larson AW, Stace NH, Renner LG, Valenzuela JE, Eliasoph J, Hollis JM, Weiner JM. Double-contrast barium meal and upper gastrointestinal endoscopy. *Ann Intern Med* 1984; 101:538-45.