

Medicentro 1998, 2(n.esp.)

**HOSPITAL INTERMUNICIPAL DOCENTE
"MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL"
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA**

ÚLCERA PÉPTICA GASTRODUODENAL. EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Por:

Dr. Modesto González Cortiñas¹, Dra. Nancy Delgado Espino², Dra. Josefina Alvarez Torrens³, Lic. Pedro Triana Alonso⁵, Lic. Rafael Machado Rodríguez⁶.

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Radiología. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Radiología. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
4. Licenciado en Psicología. Asistente. ISCM-VC.
5. Licenciado en Información Científico-Técnica. Instructor. ISCM-VC.

RESUMEN

Se realizó un estudio de la tasa de egresos por úlcera péptica gastroduodenal benigna (12,12 por cada mil), en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Docente "Mártires del 9 de Abril" de Sagua La Grande, provincia de Villa Clara, durante el bienio 90-91. Se profundizó en los factores epidemiológicos y patogénicos de la enfermedad, así como en las manifestaciones clínicas, según la localización endoscópica de la lesión. El sexo masculino fue el más afectado y la localización duodenal resultó ser la más frecuente. Esta enfermedad se observó más en el grupo 40-64 años. El grupo sanguíneo O fue el más frecuente en todas las localizaciones. Se encontró una baja correspondencia entre los estudios clínicos, radiológicos y endoscópicos realizados; el menos efectivo fue el estudio radiológico simple contrastado. La gastroscopia fue la prueba que confirmó la existencia de úlcera.

Descriptor DeCS: ÚLCERA PÉPTICA/epidemiología, ÚLCERA PÉPTICA/diagnóstico

SUMMARY

A study was made on discharge rate (12,12:1000) for benign peptic ulcer in the Medicine and Surgery Services of the Teaching Hospital "Mártires del 9 de Abril" of Sagua La Grande, Villa Clara province during 1990-91. The study focused on epidemiologic and pathogenic factors of this disease, as well as on clinical features according to endoscopic site of the lesion. The male sex was the most affected one, and the most frequently found site was the duodenal one. The disease was more frequent in the 40-64 year age group. O blood group was the most frequent one in all sites. A low correspondence was found among clinical, radiological and endoscopic studies. The least effective was the contrasted simple radiological one. Gastroscopy was the test that established the occurrence of an ulcer.

Subject headings: PEPTIC ULCER/epidemiology, PEPTIC ULCER/ diagnosis

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica es una pérdida circunscrita del tejido que reviste las partes del tubo digestivo expuestas al jugo gástrico, el cual contiene ácido y pepsina.

El término úlcera péptica lo utilizó por primera vez Quinké (1882) e indicaba que las propiedades digestivas del jugo gástrico eran las responsables de su producción o mantenimiento, pues se atribuía a la pepsina el carácter de agente productor^{1,2}.

Actualmente se considera que esta enfermedad se desarrolla por un aumento de secreción de ácido y pepsina, así como de catepsina D y E, por una reducción de los mecanismos defensivos de la mucosa o una combinación de éstas. Factores ambientales, como el hábito de fumar y el estrés emocional, pueden ser fundamentales en la patogenia de la enfermedad ulcerosa^{2,3}. Algunos autores plantean que las prostaglandinas son importantes en la defensa de la mucosa, las cuales aumentan la resistencia de la misma a la lesión bajo ciertas condiciones, quizás manteniendo el flujo sanguíneo en la mucosa y estimulando la secreción de mucus y bicarbonato^{2,4-6}, y que la ingestión de ácidos grasos poliinsaturados garantiza la síntesis de prostaglandinas⁷.

La relación de úlcera péptica con los grupos sanguíneos, así como la frecuencia familiar y la aparición en gemelos homocigóticos, han hecho incluir también la base genética como factor predisponente^{2,8,9}. Su diagnóstico generalmente depende de la visualización del cráter mediante endoscopia y radiografía contrastada. A pesar de que esta última es un método de fácil realización y bien tolerado por el paciente, tiene un alto índice de fallo en la detección de la lesión mucosa, por no ser realizada con las mismas exigencias técnicas en todos los centros¹⁰.

En años recientes, la exactitud diagnóstica de patrones de síntomas, y más aún, de exámenes radiológicos contrastados, ha sido cuestionada en pacientes con úlcera péptica y enfermedad péptica en general, tras estudios realizados mediante la esofagogastroduodenoscopia; ésta permite el estudio detallado del estómago y duodeno, así como la toma de biopsia dirigida a precisar la causa de las lesiones gástricas o duodenales. Es un hecho, ya demostrado, la superioridad de la endoscopia en relación con las demás técnicas diagnósticas, pues en la actualidad es el método más sensible para detectar la lesión ulcerosa^{11,12}.

La incidencia de la úlcera varía según el lugar, sexo y edad.

Hemos realizado la presente investigación por ser ésta una enfermedad frecuente en nuestro territorio, con el objetivo de conocer datos de interés sobre la aparición y desarrollo de la enfermedad, así como los factores asociados a la misma, procedimientos diagnósticos y estudios complementarios realizados a cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis de los 127 pacientes egresados de los servicios de Medicina Interna y Cirugía, entre enero de 1990 y diciembre de 1991, con diagnóstico endoscópico e hístico confirmado de úlcera péptica gastroduodenal benigna. De ellos, participaron en la investigación 93, pues se excluyeron los pacientes que habían recibido tratamiento médico o quirúrgico entre el estudio radiológico y endoscópico, los que presentaron una diferencia de tiempo mayor de 15 días entre ambos estudios, y los que no regresaron a consulta.

Se consideró como síntoma específico el dolor epigástrico que se alivia con la ingestión de alimentos o con el vómito, y como síntomas inespecíficos la acidez, anorexia y pérdida de peso.

Se investigó sexo, edad, grupo sanguíneo, síntomas clínicos y signos radiológicos, relacionados todos con la localización endoscópica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tasa de egresos por úlcera péptica gastroduodenal en los servicios Medicina Interna y Cirugía fue de 12,12 por cada mil egresados.

Varias son las publicaciones que plantean la disminución en la incidencia y virulencia de la úlcera péptica en las últimas décadas en todo el mundo, y ha contribuido a este cambio una disminución de fumadores y aumento de la ingestión de ácidos grasos poliinsaturados, entre otros factores. Los ingresos hospitalarios debidos a úlcera péptica han ido disminuyendo en los Estados Unidos, Inglaterra y Wales durante los últimos 20 años. Estas observaciones han aparecido antes que se introdujera la cimetidina^{7,13,14}.

En nuestro país fue la segunda entidad en orden de frecuencia de los egresos hospitalarios de Ciudad de La Habana, entre los años 1970-1972, y esto representó el 13,40 % de los pacientes egresados por enfermedad del sistema digestivo¹⁵.

Aunque la enfermedad aparece en todas las partes del mundo, su patrón varía de país a país, y también de área a área, dentro de un determinado territorio². Además, la mayoría de los estudios están relacionados con la frecuencia de la úlcera como causa de la admisión hospitalaria, como en nuestro trabajo, operación quirúrgica o autopsia; pero como se reconoce generalmente, sólo una minoría de pacientes con ulceración péptica son ingresados en los hospitales. Estas dos razones fundamentan la verdadera disminución de la frecuencia de úlcera péptica gastroduodenal¹⁴.

De los 93 pacientes con los que se trabajó, 69 eran del sexo masculino y 24 del femenino. En el primer grupo, 43 presentaban úlceras duodenales y 19 gástricas, y en el segundo, 16 eran duodenales y 6 gástricas (tabla 1); las úlceras duodenales fueron las más frecuentes.

Tabla 1 Localización endoscópica según sexo

LOCALIZACIÓN								
SEXO	Duodenal		Gástrica		Múltiple		Total	
	Nº de pacientes	%						
Masculino	43	62,31	19	27,53	7	10,14	69	74,19
Femenino	16	66,66	6	25,00	2	8,33	24	25,80
TOTAL	59	63,44	25	26,88	9	9,67	93	100,00

Se observó que el mayor número de pacientes estaba distribuido en el grupo de 40-64 años (tabla 2).

Tabla 2 Localización endoscópica según grupos de edades

GRUPOS DE EDADES										
Localización	15-39		40-64		65 y más		TOTAL		X	S
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Duode-nal	12	20,33	30	50,84	17	28,81	59	63,44	52,17	15,00
Gástrica	2	8,00	13	52,00	10	40,00	25	26,88	59,84	12,87
Múltiple	1	11,11	7	77,77	1	11,11	9	9,67	56,33	14,07
total	15	16,12	50	53,76	28	31,18	93	100,00	54,63	14,62

Significación estadística entre edades medias de: gástrica vs duodenal ($z = 2,2304$)
 $p < 0,05$

Fuente: Planilla recogida de datos.

Al relacionar la edad con la localización endoscópica de la úlcera, no se observaron diferencias significativas entre gástricas y duodenales. Sin embargo, varios autores coinciden en señalar que la úlcera gástrica aparece en edades más tardías de la vida^{1,2,4}, y relacionan este resultado con su patogenia, pues se ha planteado, hipotéticamente, que principalmente la úlcera gástrica disminuye la resistencia de la mucosa del estómago. Esto puede ser compatible con la disminución de la secreción de moco como capa protectora que se observa a medida que aumenta la edad; también sucede igual con la avitaminosis, la disminución de las proteínas y la desnutrición general que se observa en el anciano, y que muchos asocian con la úlcera gástrica⁵.

En cambio, la úlcera duodenal tiende a presentarse en pacientes más jóvenes, y en ellos la herencia constituye un importante factor en su aparición. La enfermedad se produce por un aumento de ácido clorhídrico, en el que influye decisivamente el estrés que se presenta en la edad laboral.

En nuestro muestreo encontramos 59 úlceras duodenales, 25 gástricas y 9 múltiples.

Se realizó grupo sanguíneo a 71 pacientes del total de nuestro estudio (tabla 3), y se observó una mayor frecuencia en el grupo O para todas las localizaciones; lo que coincide con algunos autores^{8,9} que refieren que el grupo O desarrolla úlcera péptica con una frecuencia tres veces mayor.

Tabla 3 Grupos sanguíneos según localización endoscópica

GRUPOS SANGUÍNEOS										
Localización	Grupo O		Grupo A		Grupo B		Grupo AB		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Duodenal	22	56,41	13	33,33	4	10,25	0	0	39	54,92
Gástrica	14	58,33	3	12,50	5	20,83	2	8,33	24	33,80
Múltiple	7	87,50	0	0	1	12,50	0	0	8	11,26
TOTAL	43	60,56	16	22,53	10	14,08	2	2,81	71	100,00

Fuente: Planilla de recogida de datos.

En la tabla 4 se establece la relación entre los síntomas y la localización de la úlcera; el 100 % de los pacientes con úlceras múltiples tuvieron síntomas específicos, seguidos muy de cerca por las duodenales (96,6 %); sin embargo, la úlcera gástrica se presentó con una menor especificidad de síntomas, comparados con los anteriores (88 %); resultados similares han sido obtenidos por otros autores (O. Castañeda Pérez y O. Martínez Martínez, comunicación personal).

Tabla 4 Síntomas por localización endoscópica

Localización	SÍNTOMAS					
	Específicos		Inespecíficos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Duodenal	57	96,60	2	3,38	59	63,44
Gástrica	22	88,00	3	12,00	25	26,88
Múltiple	9	100,00	0	0	9	9,67
TOTAL	88	94,62	5	5,37	93	100,00

Fuente: Planilla de recogida de datos.

Los dos medios de diagnósticos utilizados para identificar la úlcera péptica gastroduodenal fueron la radiografía contrastada y la endoscopia. Los signos radiológicos y su localización endoscópica se muestran en la tabla 5.

Tabla 5 Relación entre los signos radiológicos y la localización endoscópica

Localización	Signos radiológicos							
	Directos		Indirectos duodenales		Radiografía negativa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Duodenal	9	15,25	43	72,88	7	11,86	59	63,44
Gástrica	13	52,00	7	28,00	5	20,00	25	26,88
Múltiple	3	33,33	5	55,55	1	11,11	9	9,67
TOTAL	25	26,88	55	59,14	13	13,98	93	100,00

Fuente: Planilla de recogida de datos $X^2 = 15,867$ $p < 0,01$

En nuestro trabajo se refleja que los signos directos, considerados por nosotros como verdaderos positivos, se presentaron en 25 pacientes, para un 26,88 % de sensibilidad radiológica en general. En 55 radiografías se encontró un signo indirecto, lo cual representó un 59,14 %; el menor número de pacientes tuvo radiografías negativas (13 pacientes). Estos dos últimos indicadores fueron considerados como falsos negativos.

La radiografía fue más útil en la úlcera gástrica, donde 13 pacientes presentaron signos directos de úlcera péptica, con una sensibilidad radiológica para esta localización de 52 %. Los signos indirectos aparecieron en el 28 % de los pacientes con úlcera gástrica, y fue negativo el estudio en el 20 % restante.

En las úlceras con localización múltiple se observó una sensibilidad radiológica de 33,33 %. Los signos indirectos duodenales representaron el 55,55 %, y sólo un paciente tuvo radiografía negativa. En la localización duodenal, la mayor frecuencia encontrada fueron signos indirectos duodenales; el signo directo se presentó en 9 pacientes con esta localización, y en 7 el estudio fue negativo; la sensibilidad radiológica para esta localización fue solamente de un 15,25 %.

Al analizar estadísticamente las diferencias encontradas radiológicamente por localización, el resultado fue muy significativo ($p < 0,01$); este resultado es similar al obtenido por otros autores (O. Castañeda Pérez y O. Martínez Martínez, comunicación personal).

A todos los pacientes se les realizó endoscopia, y mediante esta prueba se obtuvo el diagnóstico de certeza de la úlcera, inclusive en los 13 pacientes en los que el resultado de la radiografía fue negativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol Ricardo O, Pérez Carballos F, Perea Carral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal JE. Medicina General Integral. La Habana : Ciencias Médicas, 1985:64.
2. Bockus HL. Gastroenterología. 3 ed. La Habana : Científico-Técnica, 1980:652.
3. Soll Andrew H. Patogénesis de la úlcera péptica y las indicaciones para el tratamiento. Rev Cubana Med Gen Integ 1991;7(1):56-74.
4. Stein JH. Medicina interna. La Habana : Ed. Científico-Técnica, 1987:101-114.
5. Robbins SL. Patología estructural y funcional. 3 ed. La Habana : Ed. Científico-Técnica, 1988:803:808.
6. Dobrilla G, Sterle A, Comberlato M, Amplatz. The Gastric acid conundrum in peptic ulcer. Ital J Gastroenterol 1990; 22(3) :142-146.
7. Hollander D, Tarnawski A. Dietary essential fatty acids and the decline in peptic ulcer disease : a hypothesis. Gut 1986;27(3) :239-242.
8. Ruiz Méndez A, González Cansino J, Pomares F. La Úlcera gastroduodenal y los grupos sanguíneos : su relación. Rev Cubana Med 1987;26(12):1289-1292.

9. Ruiz Méndez A, González Cansino J, Pomares F. La capacidad secretora gástrica máxima en relación con los grupos sanguíneos en pacientes con úlcera gástrica y duodenal. *Rev Cubana Med* 1987;26(12):1293-1298.
10. González Cansino J, Haedo Quiñones W, Castellanos Martín O, García Mederos, E, Borbolla Busquets E, Estrada González M, et al. Diagnóstico de la úlcera gastroduodenal mediante endoscopia y radiología convencional: estudio multicéntrico. *Rev Cubana Med* 1991;30(2):3-10.
11. Scott R, Brazer MD. Studies of gastric disease by community: based gastroenterologists. *Am J Gastroenterol* 1990;85(7):824-828.
12. González Siva J, Siter G, Grijaher S, Hernández C. Hallazgos endoscópicos en 25 pacientes catalogados como dispépticos con SEGDN normal. *Rev Mexicana* 1991;2(3):120-121.
13. Glise H. Epidemiology in peptic ulcer disease current status and future aspects. *Scand J Gastroenterol* 1990;25(suppl 175):13-18.
14. Hugh TB. Epidemiology of peptic ulcer in Australia. *Med J Aust* 1984;140:81-85.
15. Naranjo D, Quintero M. Comportamiento de la secreción gástrica en pacientes ulcerosos. *Rev Cubana Med* 1986; 25(8):767-777.