

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. F. Moreira y A. López San Román

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Úlcera péptica

La úlcera péptica, o enfermedad ulcerosa péptica, es una lesión en forma de herida más o menos profunda, en la capa más superficial (denominada mucosa) que recubre el tubo digestivo. Cuando esta lesión se localiza en el estómago se denomina úlcera gástrica y cuando lo hace en la primera porción del intestino delgado se llama úlcera duodenal. Es una enfermedad frecuente que en Europa occidental afecta a aproximadamente el 5-10% de la población en algún momento de sus vidas.

¿POR QUÉ APARECE LA ÚLCERA PÉPTICA?

Hasta hace unos años se consideraba que una producción excesiva de ácido clorhídrico (ácido que en condiciones normales produce el estómago para ayudar a hacer la digestión de los alimentos) era el principal responsable de la enfermedad ulcerosa péptica. Aunque actualmente se continúa considerando a este ácido un factor importante en el origen de la úlcera péptica, las investigaciones en este campo de la medicina han aportado datos muy interesantes y novedosos en la comprensión de esta enfermedad. Así, hoy en día, se considera a un agente infeccioso bacteriano, denominado *Helicobacter pylori*, la causa principal en el origen de la enfermedad ulcerosa péptica. Esta bacteria infecta el estómago en una gran parte de la población mundial (aproximadamente al 50%), aunque ello no quiere decir que estas personas tengan molestias digestivas ni que tengan o vayan a tener úlcera péptica. Tan sólo un 10-20% de las personas infectadas por este microorganismo desarrollarán a lo largo de su vida una úlcera péptica en el estómago y/o duodeno. El resto de las personas infectadas convivirán con esta infección a lo largo de su vida *sin* que les cause problemas. Factores (aún poco conocidos) dependientes del tipo de persona, junto con características propias de la bacteria, parecen ser los determinantes para que una persona infectada desarrolle o no una úlcera péptica a lo largo de la vida. No se conoce aún con exactitud el modo de transmisión de la infección por *Helicobacter pylori*, por lo que no se recomienda a las personas infectadas tomar medidas especiales para evitar el contagio a otros. De todos modos, el contagio persona a persona, si existe, parece ser muy escaso.

Junto a la infección por *Helicobacter pylori*, el consu-

mo de unos fármacos denominados antiinflamatorios no esteroideos (AINE), entre los que se incluye el ácido acetil salicílico (Aspirina®), son las causas principales de la enfermedad ulcerosa péptica. Estos medicamentos se emplean con mucha frecuencia para el tratamiento del dolor, la inflamación y la fiebre. Su eficacia para solucionar estos problemas es muy alta; sin embargo, con relativa frecuencia producen efectos no deseados en las personas que los consumen y que afectan especialmente al estómago y duodeno, siendo una de sus complicaciones más frecuentes el riesgo de desarrollar úlceras en el estómago (fundamentalmente) y/o en el duodeno. El riesgo de desarrollar una úlcera péptica con el consumo de estos medicamentos no es igual para todas las personas. De tal modo las personas mayores de 60 años, con historia previa de enfermedad ulcerosa péptica, que padecen una enfermedad grave concomitante (especialmente del corazón, riñón o hígado), que utilizan medicamentos anticoagulantes (Sintrom® o heparina) y/o corticoides a dosis altas presentan un mayor riesgo de tener complicaciones digestivas con estos medicamentos.

Los nuevos antiinflamatorios denominados “coxib” (rofecoxib, celecoxib) parecen ser igualmente eficaces para tratar el dolor y la inflamación pero, sin embargo, menos dañinos para el aparato digestivo, produciendo menor número de lesiones ulcerosas en el estómago y duodeno.

Por último, es bien conocido cómo el tabaco y el alcohol pueden favorecer la aparición y algunas complicaciones de la úlcera péptica.

SÍNTOMAS

El síntoma más frecuente es la sensación de malestar en la zona central y superior del abdomen, en forma de “hambre dolorosa” o acidez de estómago, que calma con la toma de los alimentos y que vuelve a aparecer unas horas después. Otros síntomas menos frecuentes son las náuseas y los vómitos.

Independientemente de estos síntomas, las personas que tienen una úlcera péptica tienen el riesgo de que esta se complique. De más a menos frecuente, las complica-

ciones principales de esta enfermedad son la hemorragia digestiva (producida cuando la úlcera es profunda y erosiona un vaso sanguíneo provocando una pérdida de sangre hacia el tubo digestivo), la perforación (cuando la lesión es tan profunda que rompe la pared intestinal) y la estenosis (cicatriz que se produce en úlceras antiguas y que puede provocar una estrechez del intestino que dificulta el paso del alimento).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la lesión ulcerosa en estómago o duodeno se sospecha mediante los síntomas que refiere el paciente. Se confirma con una endoscopia digestiva oral. Como alternativa, puede realizarse una radiografía de contraste con bario del estómago y duodeno, que sin embargo es menos fiable que la endoscopia y no permite tomar biopsias que en ocasiones son precisas.

El diagnóstico de la causa que ha producido la úlcera péptica se hace, en el caso de la infección por *H. pylori*, mediante un análisis específico de muestras de aire espirado (prueba del aliento). Si el paciente refiere consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos o Aspirina® es muy probable que estos medicamentos hayan sido los principales causantes de su mal.

TRATAMIENTO

Cuidados generales y régimen de vida

—Se puede y debe llevar una vida normal.

—En relación con la dieta, durante mucho tiempo se ha sido muy estricto con los pacientes ulcerosos. Hoy se conoce que la dieta en sí ni es un causante ni un agravante para la enfermedad. Sólo se recomienda a los pacientes con úlcera no tomar aquellos alimentos que a cada uno “le sienten mal”. Es recomendable no abusar del café, no fumar y no ingerir bebidas alcohólicas.

—Salvo casos muy especiales, los pacientes ulcerosos no deben tomar antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ni Aspirina®. Si fuesen imprescindibles, se reco-

mienda proteger la mucosa gástrica y duodenal mientras dure el tratamiento con fármacos denominados inhibidores de la bomba de protones (IBP), como el omeprazol y otros similares.

Tratamiento de la úlcera asociada a la infección por *H. pylori*

En estos casos la curación de la úlcera se obtiene eliminando la bacteria *H. pylori*. Para ello pueden utilizarse diferentes tratamientos. El más eficaz actualmente es el que combina tres medicamentos (un IBP y dos antibióticos) durante siete días. Con este tratamiento se logra eliminar en la mayoría (80-85%) de los pacientes la citada infección. En los casos resistentes se emplea un segundo tratamiento de rescate con cuatro medicamentos (un IBP y tres antimicrobianos) con el que se logra en casi la totalidad de los pacientes la erradicación de la bacteria. Es importante conocer si se es alérgico a la penicilina, pues la mayoría de los tratamientos empleados para tratar esta infección incluyen este medicamento, en cuyo caso deberá ser sustituido por otro diferente.

Tratamiento de la úlcera relacionada con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos o Aspirina®

En estos casos debe suspenderse, como es lógico, el tratamiento con AINE/Aspirina® y para lograr la cicatrización de la úlcera se emplea un IBP. Si fuese imprescindible, a criterio médico, el mantenimiento del tratamiento con AINE/Aspirina®, es aconsejable que el tratamiento con el IBP se mantenga de forma ininterrumpida mientras se tome el AINE.

C. Martín de Argila de Prados y
D. Boixeda de Miquel

*Servicio de Gastroenterología.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*