



Úlcera péptica asociada a *H. pylori*

Caso clínico #3

Paciente masculino de 62 años ingresó al servicio de urgencias por alteración del estado de la conciencia asociado a un shock séptico debido a osteomielitis submandibular izquierda y celulitis. Durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), posterior a la evolución favorable del cuadro infeccioso, en el quinto día de hospitalización, presenta un episodio de melenas masivo cursando con un shock hemorrágico, sin antecedente previo de úlcera péptica, ni consumo crónico de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ni inhibidores de la bomba de protones o antagonistas de los receptores de histamina.¹

Al examen clínico el paciente estaba lúcido, su presión arterial, frecuencia del pulso y temperatura eran 75/38 mmHg, 80 lpm y 37,4°C, respectivamente. No cursó con dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. El hemograma reveló Hb, 6.0 g/dL, recuento de leucocitos 6.700/mm³, recuento PLT, 3,5 × 10⁴/mm³; proteína C reactiva 9,0 mg/dL, PT- INR 1.11, y producto de degradación de fibrina 32,3 µg/ml. Se indicó una endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) de emergencia, la cual reveló una úlcera gigante con hemorragia activa en la curvatura antral mayor del estómago, con perforación en la parte inferior de la úlcera. Por lo anterior, fue llevado a TC abdominal de emergencia en la que no se observó la presencia de aire libre, y que la densidad de grasa entre la mayor curvatura antral del estómago y el páncreas había desapareci-

do. Por lo tanto, se consideró que la úlcera gástrica había penetrado en el páncreas y no había perforado la cavidad peritoneal. Se trató de manera conservadora ya que el paciente estaba estable y no mostró signos de peritonitis, ni compromiso general. Su tratamiento incluyó transfusión de eritrocitos (cuatro unidades, diariamente), hemostasia local durante la EVDA y se inició manejo con Inhibidor de la Bomba de Protones (IBP),¹ inicialmente endovenoso y posteriormente vía oral, omeprazol 20 mg dos veces al día. A los 5 días se realizó una EVDA, la cual confirmó la hemostasia completa. No se observó hemorragia posterior, y la úlcera disminuyó gradualmente. Los hallazgos endoscópicos no mostraron metaplasia intestinal en el estómago y la biopsia reveló *Helicobacter pylori* sin evidencia de malignidad.

Orazole®

Es importante establecer que la úlcera péptica es la causa más común de hemorragia de vía digestiva superior no varicosa. En la guía colombiana de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta constituye el 21% de los casos para úlcera gástrica y 23% para úlcera duodenal,² siendo la causa más frecuente la infección por *H. pylori* en adultos, la cual afecta al 50% de la población mundial y por lo menos al 80% de la población colombiana, convirtiéndose en el principal agente etiológico de las úlceras pépticas, gastritis crónica y cáncer gástrico en Colombia.³

Su tratamiento incluye el uso de IBP de primera y segunda generación, omeprazol, esomeprazol y rabeprazol, respectivamente.⁴ Si bien los IBP de segunda generación reportaron una mayor tasa de erradicación en comparación a los de primera generación (82,3% vs 77,6% OR 1,32, IC 95% con rango de 1,01 a 1,73), interpretando estos datos, la calidad de la evidencia no descarta el uso de los IBP de primera generación como el omeprazol.³ En estudios internacionales se ha recomendado usar dosis de 40 mg para IBP de primera y segunda generación como primera línea de manejo.⁴

En el tratamiento de la úlcera péptica por infección de *H. pylori* el uso de antibióticos de amplio espectro ha mostrado efectividad; sin embargo, diversos estudios

colombianos e internacionales han encontrado una alta resistencia de *H. pylori* a los antibióticos usualmente utilizados para erradicarlo.^{4,5}

Con la terapia triple estándar, la eficacia alcanzada es de 62%-74%, con la terapia triple con levofloxacina de 75%-84% y con la terapia secuencial de 62%.³

Bibliografía

1. Shibukawa N, Ouchi S, Wakamatsu S, Wakahara Y, Tatsumi N, Kaneko A. A rare case of gastric ulcer penetrating the pancreas that was successfully managed by conservative therapy. *Intern Med.* 2017;56(17):2277-9.
2. Solano Mariño J. Hemorragia vía digestiva alta. En: Guía para manejo de Urgencias [Internet]. 3.ª ed. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2009. p. 130-6. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documents_y_Publicaciones/Guía_para_manejo_de_urgencias_tomo_II.pdf
3. Otero R. W, Trespalacios R. AA, Otero P. L, Vallejo O. MT, Torres Amaya M, Pardo R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en adultos. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2015;30:17-33.
4. Kempenich JW, Sirinek KR. Acid Peptic Disease. *Surg Clin North Am.* 2018;98(5):933-44.
5. Camargo MC, García A, Riquelme A, Otero W, Camargo CA, Hernandez-García T, et al. The problem of *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics: a systematic review in Latin America. *Am J Gastroenterol.* abril de 2014;109(4):485-95.

Presentaciones:



ORAZOLE® 20 mg Registro sanitario No. INVIMA 2010M-011180-R2. ORAZOLE® 40 mg Registro sanitario No. INVIMA 2012M-012793-R2.

ORAZOLE® VIAL 40 mg Registro sanitario No. INVIMA 2016M-012230-R3.

Orazole®



ORAZOLE® Inyectable



ORAZOLE® Oral



Bussie

una compañía del grupo sanfer®