



**EXTRAÑA COMPLICACIÓN
DE UNA
ENFERMEDAD GRAVE**

**SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE
ABRIL 2017**

CASO CLÍNICO

Varón 11a

Internación en Octubre 2016:

Interconsulta a S. Gastroenterología por vómitos progresivos (2 meses de evolución) asociado a marcado descenso de peso y alteraciones

Hidroelectrolíticas:

Hipo { Na
K
Mg

Alcalosis metabólica

Que requirieron en varias oportunidades internación para corrección del medio interno.

ANTECEDENTES:

- Sin atc a destacar hasta junio 2016
- 1era internación de junio a agosto 2016 por neumonía bilateral con derrame por SAMR, derrame pericárdico y colección intrabdominal por *Cándida Albicans*. Internación UTIP: ARM por 7 días, requirió TAV- decorticación pleural, drenaje pericárdico y laparotomía exploradora (colección intrabdominal).

Recibió antimicrobianos, antifúngicos y analgésicos.

- Luego del alta presentó vómitos progresivos que requirieron en 2 oportunidades internación para corrección EV del medio interno (agosto y septiembre 2016)

CASO CLÍNICO: Internación Oct. 16

Examen Físico:

Pte adelgazado (P: 23kg para previo de 34kg), hemodinámicamente estable.

Edemas leves en miembros inferiores.

Hiperpigmentación toracoabdominal.

Abdomen blando, depresible, indoloro. RHA +

Alimentado por vía oral + aporte por SNG de Kas1000 20% (s. nutrición).

Presenta vómitos intermitentes con restos alimentarios. Recibe ranitidina vía oral

- Ecografía abdominal: normal

Valoración multidisciplinaria:

- Nefrología (pérdidas urinarias),
- Endocrinología (insuficiencia suprarrenal),
- Neurología (SNC), psiquiatría (TCA)

CASO CLÍNICO

Solicitamos: SEGD

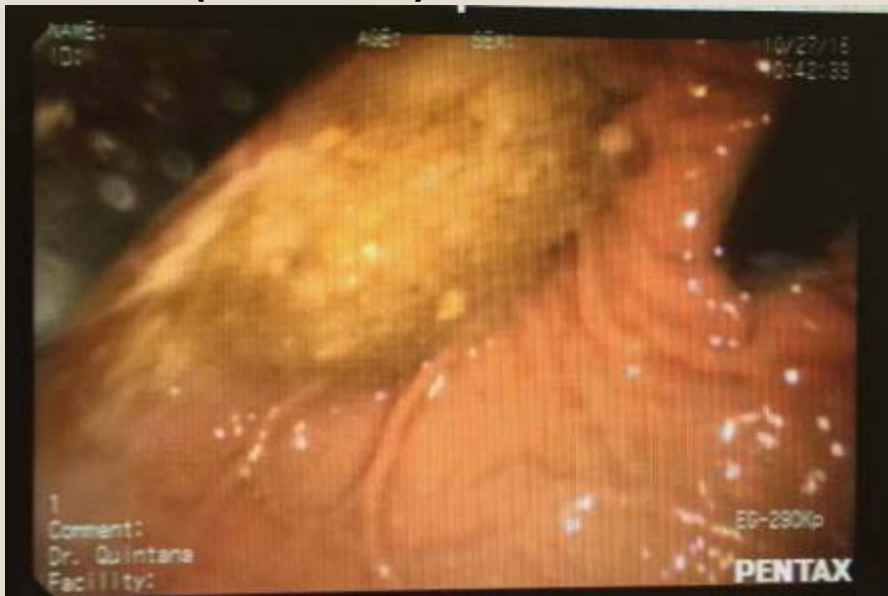


Se rota Ranitidina por IBP vía oral.

CASO CLINICO

Se solicita **Eco abdominal**: Ángulo Ao- mesentérico entre 12- 18° (VN > 22°)
Se realiza **RMN abdomen con contraste y angioresonancia** (dato +): 2da porción de duodeno se observa pequeña burbuja aérea. Sin compresiones extrínsecas. Sin signos de reducción del ángulo del compás aorto-mesentérico

VEDA (27/10/16)*



- Se recibe **AP**: Gastritis crónica antral en actividad de grado leve a moderado por HP y duodenitis crónica activa.

CASO CLÍNICO

Pte en tto con:

- IBP(2) EV + Domperidona.
 - SNG abierta (débito gastrico).
 - NPT
- A los 10 días se repite **VEDA** (8/11)* para evaluar rta al tto



CASO CLINICO

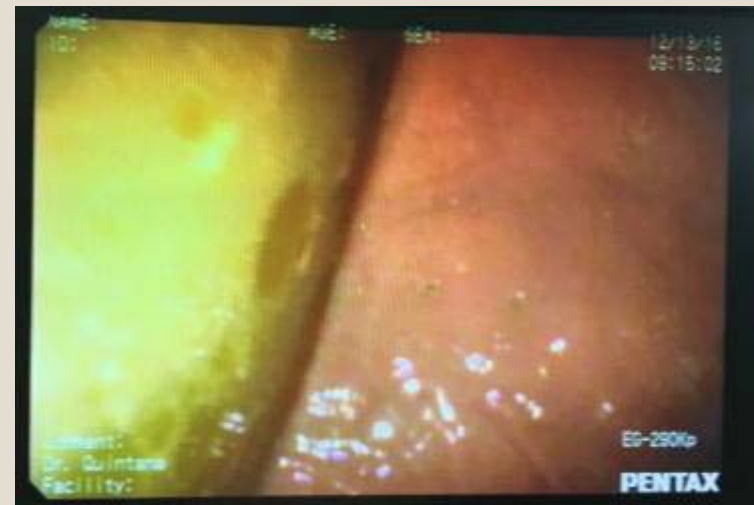
- En ateneo interdisciplinario: Se programa **cirugía** con intención de realizar yeyunostomía para alimentación.
- En ese acto se observa **COLON TRANSVERSO BLOQUEANDO UNA PERFORACIÓN DUODENAL**, se realiza rafia de duodeno y se coloca sonda transyeyunal para alimentación.
- Presenta evolución favorable, suspende NPT, se retira sonda, buena actitud y tolerancia a la vía oral. Recibe tto para H. pylori (Amoxicilina- claritromicina 10 días)
- SEGD (22/11): pliegues gástricos engrosados, bulbo de contornos irregulares con disminución de calibre, adecuado pasaje de contraste a segunda porción de duodeno.
- Recuperación nutricional (P:26,400). Egreso hospitalario con IBP (2) + domperidona

CASO CLÍNICO

Al mes se realiza control: Paciente asintomático. Aumento de peso (28kg).

En tratamiento con IBP a altas dosis + domperidona .

Se repite VEDA*



Último control en abril 2017: persiste asintomático, P: 33.5kg. Sin tratamiento. Se solicita SEGD (pendiente realizarla). Se programará VEDA

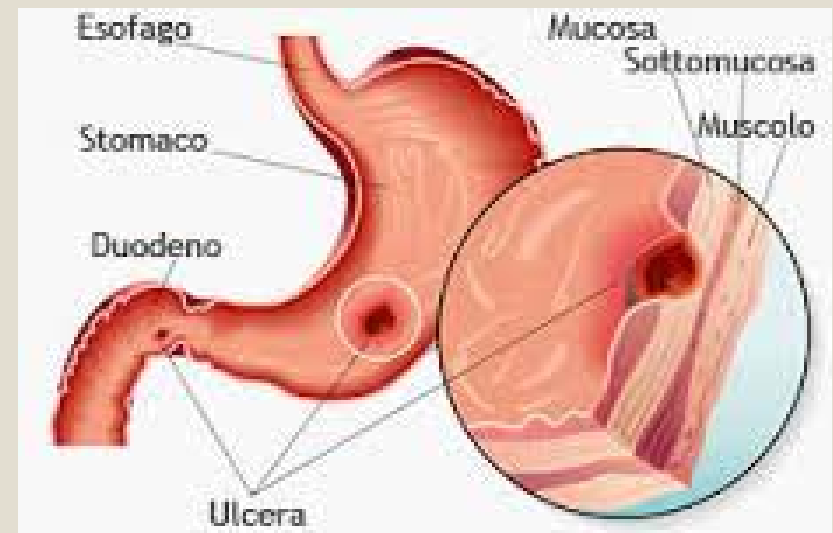
ULCERA PEPTICA

ÚLCERA PÉPTICA

Úlcera: erosión de la mucosa que se profundiza más allá de la muscularis mucosae

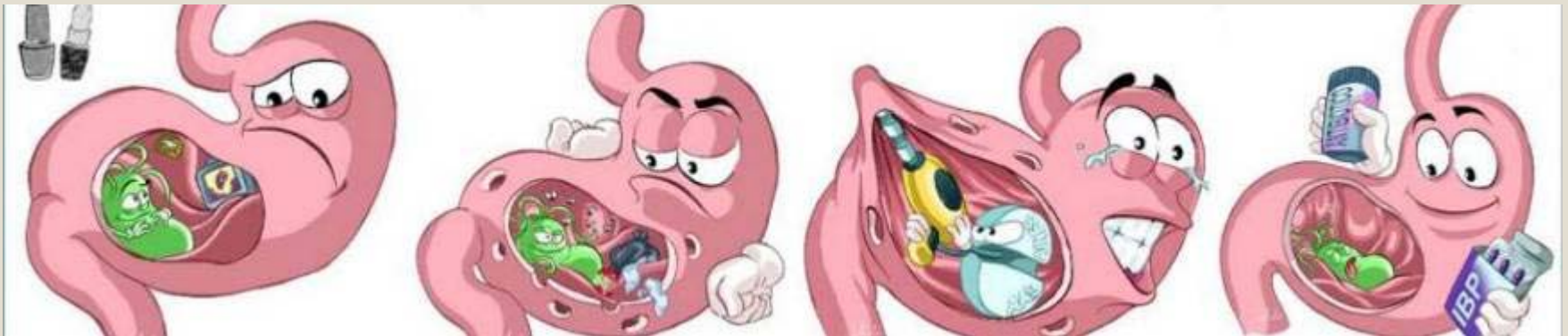
Factores de riesgo de las UP:

1. **Infeción por H. Pylori** (+ países en vía de desarrollo)
2. **Ingesta de AINES** (dosis dependiente- droga dependiente (ketolorac))
3. Quemaduras- ingesta de cáusticos
4. **Estrés**
5. Patologías inflamatorias



Úlcera Péptica

- La combinación de AINES + HP presenta mayor riesgo para desarrollar úlcera, que la suma de ambos por separado



- Su incidencia ha disminuido debido al uso de bloqueantes H2, IBP y al tratamiento para HP.
- Las úlceras duodenales suelen localizarse a nivel del bulbo y se perforan con mayor frecuencia que las gástricas

ULCERA PEPTICA

CLÍNICA: Síntomas inespecíficos:

dispepsia,

dolor abdominal sobretodo en periodos de ayuno (+Fr epigástrico; -Fr hipocondrios),

saciedad precoz,

nauseas.

COMPLICACIONES :(manif. Inicial 20-25%):

Hemorragia,

Obstrucción,

Perforación/penetración

UP

- Dx: VEDA con biopsia (Gold standard)
- En caso de realizarse estudio contrastado puede observarse signos indirectos de UP: imagen redondeada (nicho), edema, deformidad de la región
- Todo paciente con úlcera debe ser estudiado para H. pylori.
- Tratamiento: suspender AINES, tto HP (si +), IBP, no tabaco, limitar ingesta alcohol, evitar comidas que desencadenen síntomas
- Se debe corroborar la erradicación de H. pylori a las cuatro o más semanas de finalizado el tratamiento.

COMPLICACIONES DE UP

- HEMORRAGIA

- PERFORACIÓN

- OBSTRUCCIÓN

COMPLICACIONES: HEMORRAGIA

Principal causa de muerte por UP. A nivel duodenal, las úlceras de la pared posterior tienen mayor riesgo

Clínica:

- anemia
- hematemesis,
- melena,
- hematoquecia (en sangrados masivos).
- Shock

Dx: SNG (sangrado activo?)

Lab con Hto (al principio puede no modificarse)

VEDA (método principal)

Arteriografía/ cirugía: si falla la VEDA o pte descompensado (requiere 3 TGRD en el manejo inicial)

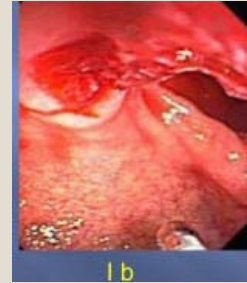
VEDA : CLASIFICACIÓN DE FORREST:

I. Sangrado activo (RS 55%)

Ia: sangrado pulsátil



Ib: sangrado en napa



II. Sangrado reciente

IIa: vaso visible (43%),



IIb: coagulo adherido(22%),



IIc:mácula plana(10%)



3. Fondo limpio



COMPLICACIONES: HEMORRAGIA

Tratamiento: según magnitud de sangrado

- Médico (70% resuelven): Reposición líquida ev, IBP ev altas dosis (el ph ácido interfiere en la agregación plaq), TGRD (si necesario)
- Endoscópico
- Angiografía/Cirugía: si falla VEDA o pte descompensado

COMPLICACIONES: PERFORACIÓN

- 2-10% UP, más en hombres

Úlceras duodenales se perforan más que las gástricas (gástricas, peor pronóstico). UD (60% de los casos de perforación): primera porción y en la cara anterior y anterosuperior (áreas libres). UG: antropilóricas
Si bien HP se encuentran en la mayoría de las úlceras perforadas, su rol en la perforación no está totalmente definido. AINES: claro factor de riesgo para perforación

CLÍNICA:

- Dolor intenso,
- Brusco que se puede propagar a hombros + sudoración,
- Posición antálgica con muslos flexionados sobre abdomen.
- Peritonitis.
- Shock

COMPLICACIONES: PERFORACIÓN

DIAGNÓSTICO:

- Rx abdomen: neumoperitoneo (85%).
- Se puede dar contraste hidrosoluble vía oral y rotar al pte 360° para llenar antro y duodeno.
- Si con Rx no se observa, ECO o TAC pueden ser de utilidad.
- veda/QX



TRATAMIENTO:

▪ Médico:

SNG abierta, reposición de líquidos EV,
IBP EV altas dosis,
ATB (ampi-sulb/ cefalo 3era+ metronidazol)

▪ Quirúrgico

COMPLICACIONES: PERFORACION

- Si la perforación cerró espontáneamente puede realizarse sólo tratamiento médico (sobretudo si hay alto riesgo quirúrgico por otras comorbilidades).
- No se vieron diferencias en la morbimortalidad de ambos tratamientos pero sí mayor permanencia hospitalaria con el tto conservador
- Debe recibir IBP a altas dosis hasta corroborar la curación de la úlcera por VEDA (6-8 semanas posteriores). En ese procedimiento se descartará malignidad e infección por HP

COMPLICACIONES: OBSTRUCCIÓN

Complicación menos frecuente de UP. Más frecuentes con UD y úlceras pilóricas

2 mecanismos:

- 1) por edema, inflamación y dismotilidad (AGUDO)
- 2) por fibrosis y/o deformaciones. Atonía gástrica (CRÓNICO)

CLÍNICA: saciedad precoz, vómitos con restos alimentarios de días previos, anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal. Alteraciones hidroelectrolíticas (alc metabólica con HipoK)

DIAGNÓSTICO:

- Rx abdomen de pie: dilatación gástrica con nivel HA.
- SNG: observar aspecto del contenido (alimentos?)
- VEDA

COMPLICACIONES: OBSTRUCCION

TRATAMIENTO:

- Ayuno,
- aspiración gástrica (descomprimir, revertir atonía gástrica), líquidos EV,
- IBP EV altas dosis,
- evaluar NPT en ptes desnutridos (factor pronóstico postqx: el grado de nutrición del pte preoperatorio. Alb > 2,8).
- Dilataciones endoscópicas o cirugía (según cada caso).

Si resuelve con tto conservador se debe hacer VEDA (4-6semanas) para descartar malignidad, evaluar resolución de la úlcera, presencia de HP

Los IBP deben mantenerse a altas dosis hasta confirmar erradicación de HP y resolución de deformidad antro-doudenal.

RA

mesones

Planta Baja

GASTRO

viernes

TURNOS PARA HEPATOLOGIA

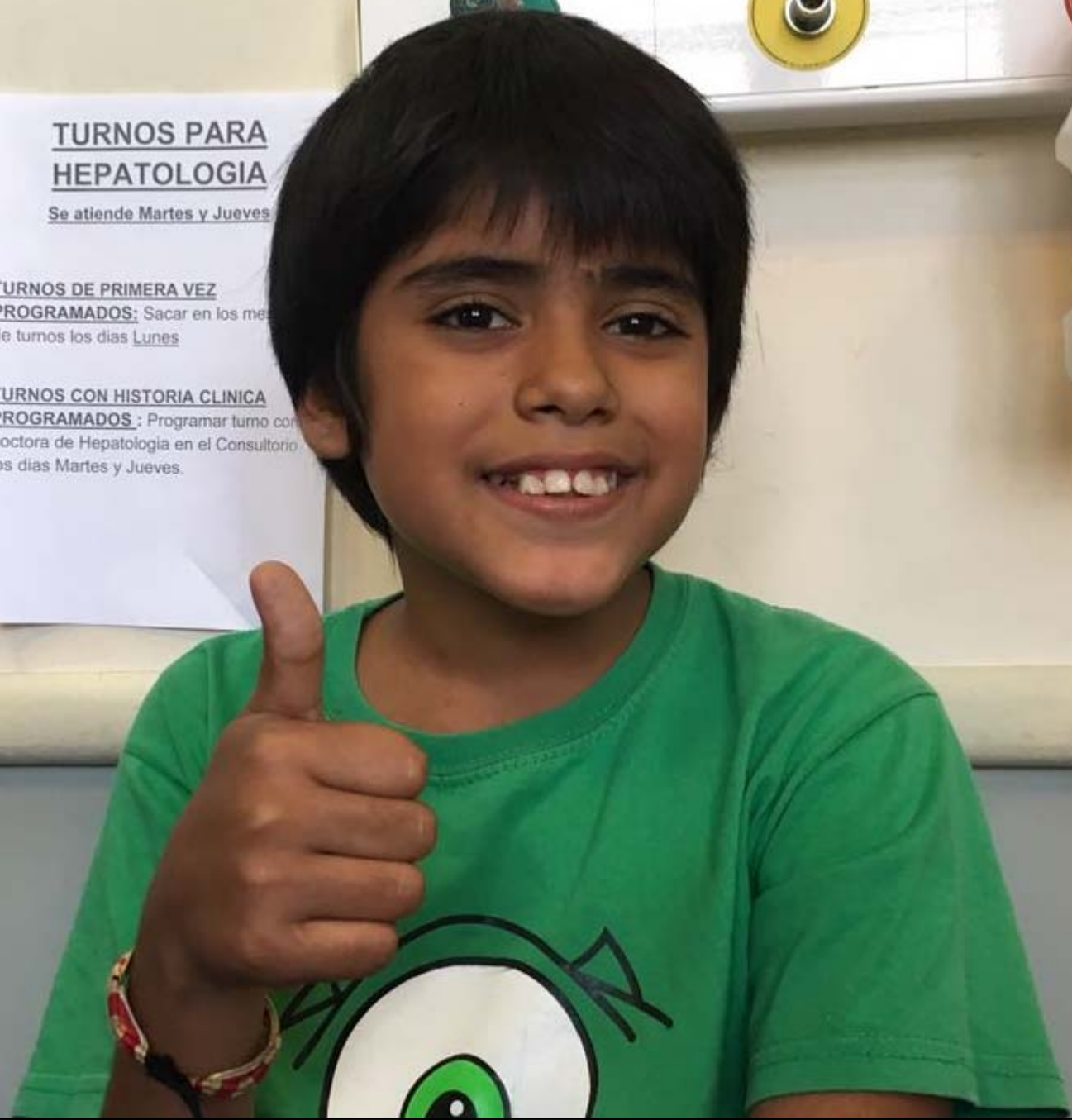
Se atiende Martes y Jueves

TURNOS DE PRIMERA VEZ

PROGRAMADOS: Sacar en los meses de turnos los días Lunes

TURNOS CON HISTORIA CLINICA

PROGRAMADOS: Programar turno con doctora de Hepatología en el Consultorio los días Martes y Jueves.





MUCHAS GRACIAS.

BIBLIOGRAFÍA

- UpToDate "Peptic ulcer disease: Clinical manifestations and diagnosis" 2017
- UpToDate "Peptic ulcer disease: Management" 2017
- UpToDate "Overview of the complications of peptic ulcer disease" 2017
- UpToDate "Indications and diagnostic test for helicobacter pylori infection" 2017
- UpToDate "Gastric outlet obstruction in adults" 2017