

Enfermedad úlcero péptica

Anatomía, Fisiología y Relaciones de los Órganos Vecinos

- También es importante conocer la irrigación arterial y el drenaje venoso para evitar hemorragias durante una lesión.

Úlcera Péptica

- La úlcera péptica pertenece más a gastroenterología que a cirugía.
- La cirugía solo es necesaria en casos de sangrado digestivo o perforación.
- Es importante conectar este tema con la anatomía y fisiología digestiva.

Anatomía y Fisiología del Tubo Digestivo

- El tubo digestivo tiene dos orificios: cavidad bucal y anal.
- El hígado es un órgano anexo.
- La digestión principal ocurre en el estómago.
- El alimento se vacía al duodeno a través del píloro en forma de quimo.

Retroperitoneo

- Retroperitoneal es todo lo que no tiene mesenterio.
- El duodeno es retroperitoneal, lo que dificulta la detección temprana de patologías.

Partes del Estómago

- El estómago se divide en cardias, cuerpo, fondo, antro y píloro.
- Hay 3-4 cm de esófago intraabdominal.

Vesícula Biliar

- Para ver la vesícula, es necesario levantar el hígado.
- Se debe identificar la arteria cística durante la cirugía.
- Es crucial no confundir el conducto cístico con el colédoco, ya que lesionar el colédoco puede causar problemas graves.

Duodeno y Páncreas

- Al quitar el estómago y el colon transversal, se visualiza el duodeno retroperitoneal, el páncreas, la aorta y la cava.
- El duodeno se divide en cuatro porciones.
- El ligamento de Treitz divide el duodeno del yeyuno.

Válvula de Gubarov

- La válvula de Gubarov se encuentra en el ángulo de His y previene el reflujo gastroesofágico.
- Cuando la presión gástrica aumenta, la válvula se cierra.
- Si la válvula se debilita, el reflujo es más fácil, causando problemas en el esófago distal.

Irrigación

- El tronco celíaco es el tronco principal.
- "Cuál es la que va por arriba del páncreas? Arteria esplénica."

Endoscopia

- Cirujano general se entrena en endoscopia alta y baja en algunos países.
- Endoscopia baja la hace el coloproctólogo.
- Pliegues del estómago: rugosos.
- Glándulas gástricas: células epiteliales, células D, mucosas, principales, parietales.

Enzimas y jugos digestivos

- Enzimas desde la saliva hasta el jugo intestinal (duodeno incluido).
- Componentes del jugo gástrico: agua, ácido clorhídrico, moco, enzimas (renina, pepsina, lipasa).

- Células parietales producen ácido clorhídrico y factor intrínseco.

Factor intrínseco y vitamina B

- Factor intrínseco sirve para la absorción de vitamina B12 en el íleon distal.
- Gastrectomía o resección de íleon distal requieren suplemento de vitamina B12.
- Células principales producen pepsinógeno y lipasa.
- Células G producen gastrina en el fondo de la glándula gástrica.

Secreción gástrica y pH

- Estímulos para la liberación de somatostatina, caseína, histamina.
- Predomina un pH ácido en el jugo gástrico debido al ácido clorhídrico.
- Mecanismos nerviosos y hormonales participan en la digestión.

Movilidad gástrica

- Fases de la movilidad gástrica: cefálica, gástrica, intestinal.
- Fase cefálica: ver/oler el alimento.
- Fase gástrica: histamina y gastrina aumentan el peristaltismo para reducir el tamaño de las partículas.
- Fase intestinal: colesistoquinina frena el peristaltismo.

Factores que regulan el apetito

- Grelina: aumenta el apetito .
- Leptina: inhibe el neuropéptido Y, disminuyendo el apetito (anorexico).
- En pacientes obesos, estos mecanismos se alteran.

Enfermedad ulceropéptica

- Causada por la agresión del ácido clorhídrico, pepsina y sales biliares.
- Desequilibrio entre factores protectores y agresores.
- Helicobacter pylori (antes Campyrobacter pylori) está relacionado.

Helicobacter Pylori

- En los 80, el Nobel de la Medicina.
- 2005 se gana el Rey Noel y se descubre en 1979 en Australia.
- Se relaciona con la enfermedad ulceropéptica, tanto gástrica como duodenal.
- Va más allá: gastritis, cáncer gástrico. La inflamación que genera Helicobacter puede terminar en cáncer gástrico.

Enzimas y Supervivencia

- El Helicobacter Pylori tiene enzimas que le permiten sobrevivir en un ambiente hostil como la cavidad gástrica.
- Genera inflamación progresiva hasta generar una úlcera, pasando por gastritis.
- Si hay un vaso sanguíneo cercano, puede favorecer el sangrado digestivo.
- El germen entra a la glándula gástrica generando inflamación progresiva, empezando por una gastritis.

Diagnóstico y Taxonomía

- Nobel 2005: Mary Marshall y Robin Warren.
- 90% de las úlceras duodenales y 75% de las gástricas se relacionan con *Helicobacter pylori*.
- Niveles de gastrina pueden ayudar al diagnóstico.
- En 1994 se cambia la taxonomía: se le llamaba *Campylobacter pylori* y se relaciona con un agente carcinogénico a nivel gástrico.

Características del *Helicobacter Pylori*

- Tiene 4 o 6 flagelos y es gram negativo, lo que le permite sobrevivir en la cámara gástrica.
- Forma parte de la patología curamieto.

Clasificación de las Úlceras

- Hay varias clasificaciones de acuerdo a la comunicación.
- La mayoría son prepyr tipo 1, tipo 2.

Ácido y Enzimas

- El ácido participa mucho.
- Hay dos enzimas: la COX-1 y la COX-2.
- La COX-1 es la que más induce lesiones, incluyendo la úlcera gástrica.
- Es mejor coger a la COX-2 y no la COX-1 porque las condiciones son mayores.

Comparación de Riesgo de Úlcera Gástrica

- Se compara el riesgo de desarrollar úlcera gástrica entre el uso de inhibidores de producto (¿bomba de protones?) versus inhibidores de Cox.
- Se busca determinar cuánto se reduce el riesgo de úlcera gástrica al usar inhibidores de Cox en comparación con otros tratamientos.

Heterogeneidad en Estudios

- Definición: La heterogeneidad indica qué tan diferentes son los estudios entre sí.
- 0% de heterogeneidad significa que los estudios son casi idénticos, lo cual es bueno.
- La heterogeneidad debe ser menor al 20% para sustentar la conclusión.
- Estudios: Hay 12 estudios en el análisis.

Inhibidores de la Cox

- Tipos: Cox 1 y Cox 2.
- Riesgo de úlcera: Los inhibidores de la Cox tienen un 79% menos riesgo de úlcera gástrica.
- Úlcera duodenal: Los inhibidores de la Cox tienen un 62% menos riesgo de desarrollar una úlcera duodenal.
- "Inhibidor de la cox tiene un 62% menos riesgo de desarrollar una úlcera duodenal en comparación con alguien."

- Al considerar la "casi", el porcentaje baja a 46%, lo que debilita la conclusión.

Decisión Clínica

- Elección: Se recomienda recetar inhibidores de la Cox debido a que ofrecen menos complicaciones.
- Complicaciones: Las complicaciones incluyen perforación, sangrado y obstrucción.
- Obstrucción: La obstrucción puede llevar al síndrome pilórico, causando desnutrición.
- Antes, los residentes se peleaban por operar pacientes con síndrome pilórico, realizando gastrectomías totales o parciales.

Inhibidores y Enfermedad Seropéptica

- Inhibidores TH2: Cimetidina (el primero), luego ranitidina.
- Inhibidores de bomba de protones: Redujeron enormemente la enfermedad seropéptica y el síndrome pilórico.
- AINES: A pesar de los inhibidores, hay casos de perforación y hemorragia por el abuso de AINES (sean o no Cox).

Dolor y Diagnóstico

- Dolor: Principal síntoma, expresado de diferentes formas por el paciente.
- Radiografía: Sospecha de úlcera gástrica o duodenal perforada, pero el diagnóstico definitivo se hace al operar. Antes de operar, solo se puede decir "úlcera mueca".
- Aire libre: Puede ser por perforación de víscera hueca (colon, útero) o post-operatorio (colecistectomía). El aire post-operatorio dura dos semanas.

Úlcera Gástrica y Diagnóstico Adicional

- Úlcera gástrica: Empeora con los alimentos, puede complicarse con hemorragia o perforación. La historia clínica es importante.
- Radiografía serie esófago gastroduodenal: Ya no se usa, solo tiene valor histórico.
- Endoscopia: Si se ve una imagen sospechosa, hay alta relación con cáncer gástrico y se debe tomar una biopsia.

Tratamiento y Helicobacter Pylori

- Inhibidores de bomba de protones: Tratamiento principal.
- Biopsia: Necesaria para determinar si es cáncer, incluso si la pared gástrica está debilitada. Se toma la muestra y se sutura. "Necesito saber si esto es o no es cáncer y la única forma de saberlo es tomar una muestra."
- Helicobacter pylori: Hay varios protocolos de manejo.

Cirugía

- Indicaciones de cirugía: Ya no se usan en general, pero podrían considerarse en áreas rurales.
- Tipos de cirugía: Vagotomía con antraotomía, vagotomía troncular en el tronco del vago, gastrectomía.

Gastrectomía y anastomosis

- Hay tres sitios de riesgo que deben cicatrizar: anastomosis esófago-yeyunal, yeyuno- yeyunal y el muñón duodenal.

Complicaciones post-gastrectomía

- El muñón duodenal puede perforarse debido a la presión de las secreciones pancreáticas y biliares.
- Se extirpa el epiplón mayor durante la gastrectomía.
- Cuidado con la irrigación arterial durante la resección y la anastomosis para evitar complicaciones.

Adaptación del paciente post-gastrectomía

- Después de una gastrectomía total, a veces se construye un pequeño muñón de yeyuno para simular un estómago.
- El paciente debe adaptarse a una nueva dieta y forma de alimentación, lo cual puede requerir apoyo psicológico.
- "Es un dolor de cabeza para el paciente, pero le quitaste algo que le iba a quitar la vida, que es el tumor."

Cirugía bariátrica y complicaciones

- Síndrome de Dumping: el vaciamiento gástrico rápido causa debilidad y desmayos.
- La gastrectomía vertical es un método para bajar de peso donde el estómago se convierte en un tubo mediante sutura metálica.
- La obesidad a menudo tiene un componente psiquiátrico, y los pacientes pueden necesitar apoyo psicológico para mantener la pérdida de peso.
- Complicaciones tempranas en cirugía bariátrica incluían shock séptico en pacientes jóvenes y obesas.