

DOLOR EPIGÁSTRICO

ENFOQUE CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA

Por doctor Humberto Cano Toro

*Médico y especialista en Cirugía General de la Universidad de Antioquia
profesor de cirugía de la Facultad de Medicina de la misma Universidad*

Dolor: es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a un daño real ó potencial de los tejidos. Se considera necesario para conservación de la calidad de vida por ser un “detector y señalador” de eventos nocivos.

El **Dolor visceral** se describe como “quemante, profundo y pobremente localizado” y siempre es referido a otras partes del organismo. Puede ser producido por espasmo del músculo liso de vísceras huecas (por distensión ó contracción), por inflamación, irritación de las mucosas, torsión, isquemia e impactación.

El **Dolor epigástrico** se define como “Malestar crónico ó recurrente localizado en el abdomen superior que puede ser causado por múltiples patologías de las cuales las más frecuentes son la enfermedad ácido péptica y la esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Se presentan resultados de tres investigaciones

- 1- **Dyspeptic symptoms in primary care. An observational study in general practice.** Eur J Gastroenterol hepatol, volume 14(9). September 2002.985-990. El cual describe y analiza la demografía, las características, prevalencia, patrones y severidad de los síntomas en 43.446 consultas realizadas en diferentes provincias de Italia durante Diciembre de 1997.
- 2- **Evaluation and management of Dispepsia.** Talley NJ et al. Gastroenterology 1998;114:582-595. Con recomendaciones de estudio y manejo del problema de la Universidad de Texas.
- 3- **Epigastric pain. Endoscopic vs: empiric treatment.** Delaney BC. Lancet, December 9, 2000;356:1965-9 Donde se describen resultados del tratamiento basado en estudio endoscópico en pacientes mayores de 50 años.

CAUSAS	PREVALENCIA
Dispepsia “funcional”	60 %
Enfermedad ácido péptica	15 – 25 %
Esofagitis por reflujo G.E.	5 - 15 %
Carcinoma gástrico o esofágico	< 2%
Gastroparesia (dismotilidad)	< 1 %
Síndrome de “intestino irritable”	< 1 %
Enfermedad Bilio-digestiva	< 1 %
Dispepsia debida a drogas	< 1 %
Otras *	Raras

*"Otras" Se encontraron los siguientes diagnósticos etiológicos:

Pancreatitis, Malabsorción de carbohidratos, Enfermedades infiltrativas (Crohn, Sarcoidosis), Desequilibrios Metabólicos (Ca, K), Hepatoma, Isquemia intestinal, Parasitosis, Enf. Sistémicas (Diabetes, Tiroides, Tej. Conectivo), Ca. Abdominales (páncreas, colon), Causas torácicas (isquemia miocardio, neumonías)

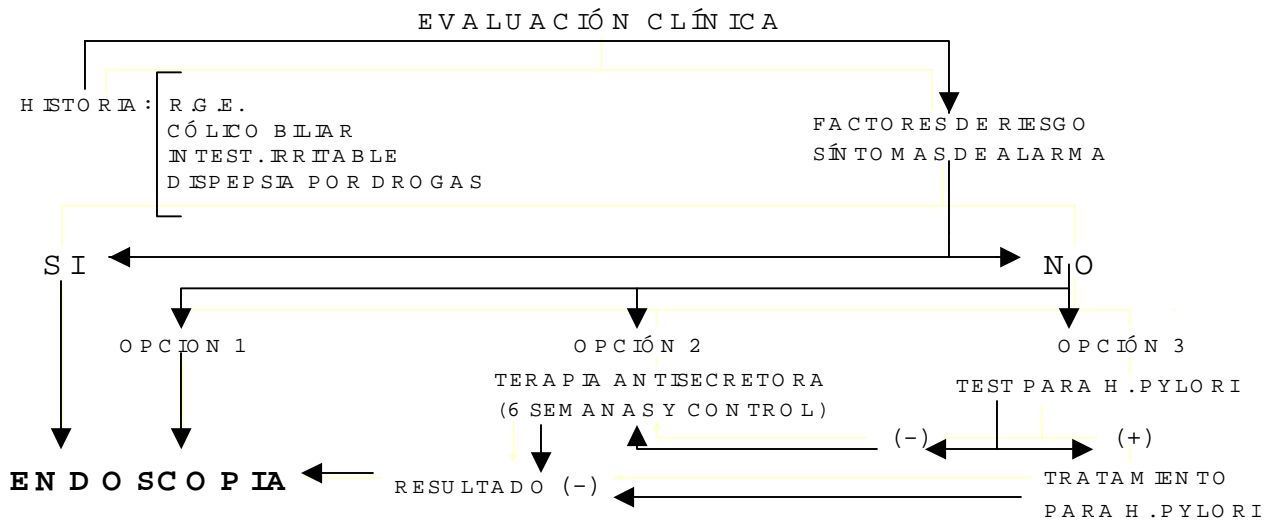
DOLOR EPIGÁSTRICO: 8.3 % de consultas al MD general y > del 40 % al Gastroenterólogo. En > del 50 % no se logra establecer el Dx. Etiológico porque las patologías "comparten" los síntomas. Se resalta la importancia de la Historia clínica y el examen físico para ubicar dos grupos de pacientes: los de mínimo riesgo (síntomas por primera vez, poca evolución, jóvenes, etc.) que podrían tratarse empíricamente y aquellos que presentan "signos de alarma" y requieren endoscopia desde su manejo inicial. Además. Se requiere identificar los pacientes que ameritan estudio más específico con ayudas diagnósticas:

SIGNOS DE ALARMA Y FACTORES DE RIESGO.

- Historia personal y familiar de E.A.P. y cáncer.
- Hematemesis, melenas, pérdida de peso, anemia.
- Edad mayor de 50 años
- Enf. Endocrinas. Ingesta de drogas, alcoholismo.
- Dolor severo... vómito... intolerancias, relación con defecación
- Masas palpables, nódulos, acantosis N., Ictericia,
- Pérdida de estado general.
- Ictericia, acolia.

Protocolo propuesto por UNIVERSITY OF TEXAS HEALTH SCIENCE CENTER de San Antonio, Texas.

D o l o r E p i g á s t r i c o



HELICOBACTER PYLORI:

Es un bacilo gram (-) flagelado. Su único nicho ecológico es el estómago Humano. Su comportamiento es ANFOBIÓTICO (generalmente **comensal**, a veces **mutualista** y raramente **es un parásito** del humano). En “coexistencia amable” es flora normal del estómago y tiene algunos efectos protectores sobre el esófago y el estómago. Sólo induce a enfermedad en 10 al 15 % de los huéspedes. Producen úlceras duodenales en 1 a 6 %; el 10 al 15 % de los portadores tendrán úlcera en los próximos 20 años; la mayoría de los huéspedes (80 %) No tendrá úlcera. Sin embargo... produce “gastritis crónica asintomática” y las úlceras ocurren “sobre” gastritis crónica; su relación con la úlcera gástrica es dudosa pero se asocia con carcinoma gástrico en pacientes que tienen otros factores predisponentes.

CUÁNDO TRATARLO...? En úlceras (gástrica ó duodenal) con H.Pylori positivo.

En tumores “MALT” de baja malignidad (revierten)

En ca. Gástrico temprano (además de cirugía)

CUÁNDO NO...? En asintomáticos.

En dispepsia no-ulcerosa.

En reflujo gastro-esofágico.

PORQUÉ TRATARLO...? Disminuye LA recurrencia de úlcera.

Aumenta velocidad de cicatrización.

Disminuye posibilidad de resangrado

Tratamiento más económico.

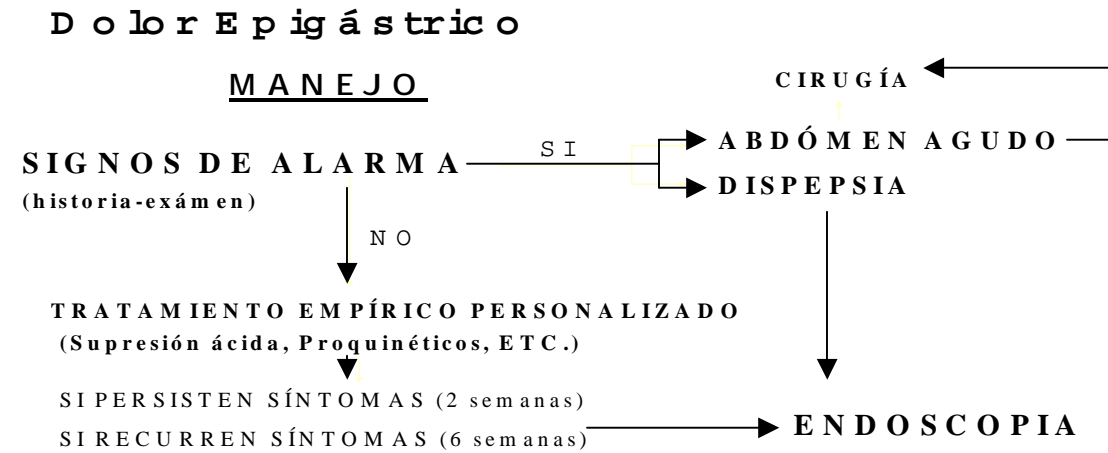
CÓMO TRATARLO...? No monoterapias!!! Omeprazol-----40 mg día

Amoxicilina -----2. gr día

Claritromicina ----- 1. gr día.

Tratamiento por 10 días. Erradicación del 91 %. El tratamiento debe incluir siempre: suspender ulcerogénicos, manejo apropiado del stress y suspender el cigarrillo.

ALGORITMO PROPUESTO:



“NADIE TIENE EL MONOPOLIO DE LA VERDAD NI LA EXCLUSIVIDAD DEL ERROR...” A. Graf.