

MÁS ALLÁ DEL ESTRÉS

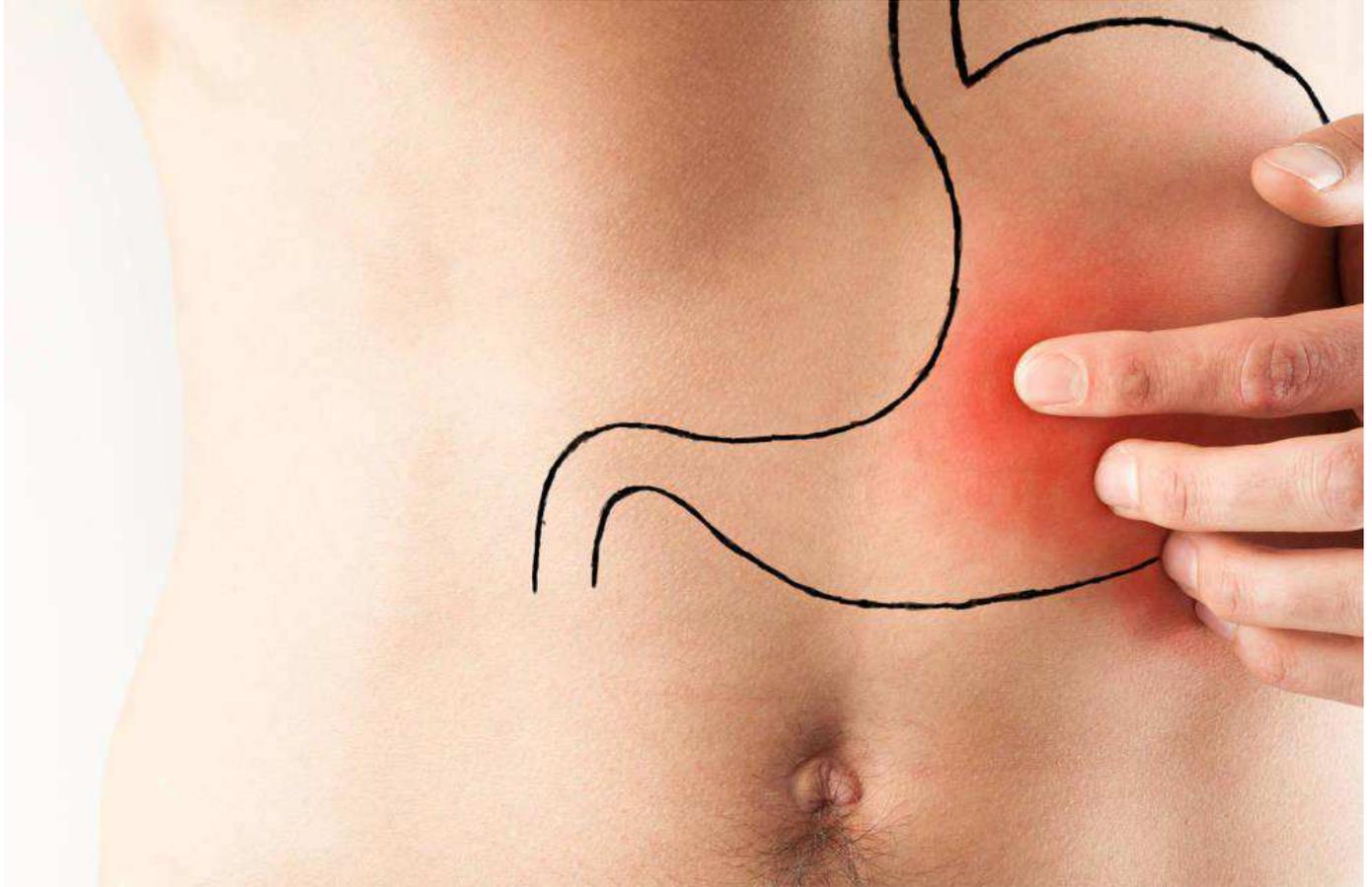
## Úlcera péptica: ¿cuál es (de verdad) el tratamiento?

**El *H. pylori* es el principal responsable de esta lesión, pero su tratamiento va más allá de erradicar la bacteria. Un estrecho seguimiento es crucial para prevenir el cáncer gástrico**

[María Corisco](#)[Contacto](#)

Vie, 26 Jul 2019 – 05:00 H.

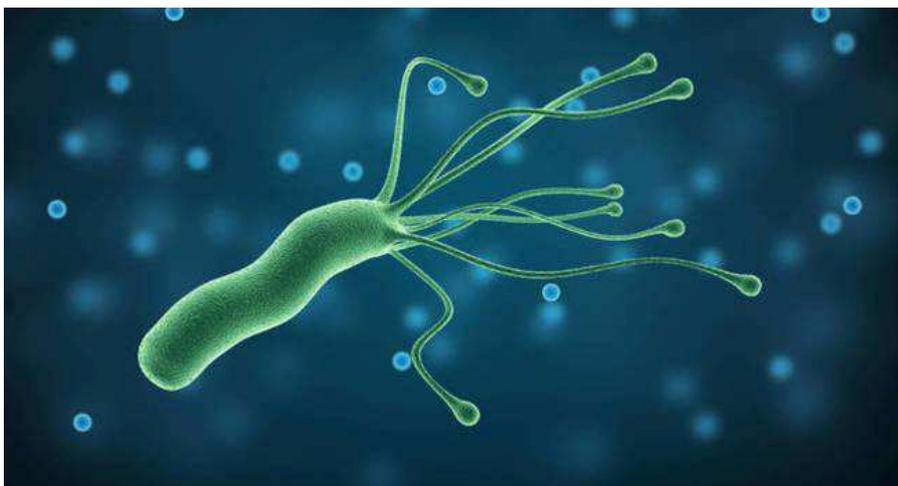
Tiempo de lectura: 6 min



La úlcera gástrica, algo más que un problema de estrés. (iStock)

“En el año 1990, mientras cursaba 4º de Medicina, me hicieron **un examen de Cirugía** en el que me preguntaban por el tratamiento de las úlceras pépticas. Yo me ceñí al libro de texto y describí las distintas técnicas quirúrgicas que se realizaban por aquel entonces. Pero al final del examen añadí que las nuevas investigaciones apuntaban a **una bacteria como posible causa de la mayoría de las úlceras**, sugiriendo que, con el tiempo, apenas se necesitaría de la cirugía para resolverlas. El profesor se indignó ante semejante posibilidad... y me suspendió el examen”.

Así recuerda el doctor [Luis Miguel Benito de Benito](#), especialista en Aparato Digestivo, aquellos tiempos en los que se estaba produciendo un cambio de paradigma en el abordaje de las úlceras. Unos años antes, en 1982, **Barry J. Marshall** y **J. Robin Warren** habían descubierto el papel de una bacteria, el *Helicobacter Pylori*, en el desarrollo de la úlcera péptica y de la gastritis, rompiendo los dogmas que atribuían estas patologías al estilo de vida y al estrés. Pese a que obtuvieron el Premio Nobel por su trabajo, fue necesario que transcurrieran **cerca de dos décadas** hasta que la comunidad científica terminó aceptando que, en la gran mayoría de los casos, el tratamiento de la úlcera pasaba por la erradicación de esta bacteria.



Helicobacter Pylori. (iStock)

Hoy nadie discute la relevancia del H. Pylori como desencadenante de las **úlceras en el estómago y en el duodeno**. Pero podríamos pensar que basta con tratar la bacteria para que el asunto esté resuelto. Y esto no es del todo exacto. Al menos, no en muchos de los casos.

### Una herida en la mucosa

Antes de continuar, conviene que definamos qué es una úlcera péptica: “Se trata de una lesión, de una herida que se produce en la mucosa que recubre el tubo digestivo”, explica el doctor **Gonzalo Guerra Flecha**, especialista en Aparato Digestivo del [Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas](#). Cuando esta lesión se produce en el estómago, le llamamos úlcera gástrica, mientras que si la herida se localiza en la primera porción del intestino delgado, hablamos de **úlcera duodenal**. “Podríamos pensar que es irrelevante esta diferencia en la localización, pero no es así: la úlcera de estómago es, en muchas ocasiones, la **antesala de un cáncer gástrico**, mientras que la duodenal rarisísimamente se maligniza”.

Tener H. Pylori no implica tener una úlcera. No siempre hay que erradicar esta bacteria

En cuanto a sus causas, ya hemos dicho que en la gran mayoría de los casos está presente el H. Pylori, una bacteria capaz de producir una inflamación crónica que puede degenerar en una úlcera. Podríamos preguntarnos cómo es posible que un microorganismo sea capaz de resistir un ambiente tan ácido como el del estómago, apunta el doctor Guerra, quien nos aclara la estrategia que emplea para sobrevivir: “No puede resistir el ácido, pero es capaz de **crear a su alrededor una campana de bicarbonato** y resistir los envites”.

Tan bien los resiste que, en realidad, [la mitad de la población está infectada por Helicobacter Pylori](#). Sí, uno de cada dos españoles tiene esa bacteria en su tubo digestivo... y eso no quiere decir que uno de cada dos tenga una úlcera péptica. En realidad, se estima que **solo entre un 10 y un 20% de las personas infectadas con este microorganismo terminan desarrollando en algún momento de su vida una úlcera**. “No sabemos con certeza por qué unas personas sí desarrollan una úlcera y la mayoría no. Se está investigando y se piensa que puede haber **unas cepas más patogénicas que otras**; asimismo, se sospecha que tiene que haber una cierta susceptibilidad individual. Por otra parte, también determinados comportamientos -tabaquismo, alcohol, estrés...- pueden favorecer la lesión”.



Foto: iStock.

De esto tenemos que sacar una primera conclusión: tener H. Pylori no implica tener úlcera. [Esta bacteria no es necesariamente 'mala'](#) y esto es algo que también debemos tener en cuenta para no echarle la culpa de cualquier malestar digestivo que podamos tener. Porque, como explica el doctor De Benito, “ahora es muy frecuente que, ante cualquier problema, se haga **la prueba del aliento** para determinar si hay Helicobacter. Pero ya hemos visto que la mitad de la población lo tiene -en algunas zonas, como en Orense, este porcentaje supera el 70%- , por lo que en muchos casos se encontrará la bacteria, sin que ello quiera decir que es la responsable de esos gases, de esas digestiones pesadas...”

En lo que no parece haber duda es en la conveniencia de tratar el Helicobacter en un paciente ulceroso: pese a que **el tratamiento farmacológico** -al menos dos antibióticos más [un inhibidor de la bomba de protones \(IBP\)](#)- es engorroso y puede provocar efectos secundarios muy molestos, en la gran mayoría de los casos logra erradicar la bacteria para siempre.

### Hacer un seguimiento

Pero, como decíamos, no es suficiente con aniquilar la bacteria. En el caso de la úlcera de estómago (no así en la de duodeno), **el seguimiento es crucial**, recalcan los expertos. “[Una úlcera gástrica puede malignizarse](#). Por eso, transcurridas unas semanas hay que repetir la endoscopia, **biopsiar y confirmar que se está cerrando**. Si en la biopsia aparecen células tumorales, nos encontramos con un cáncer que no se va a resolver por mucho que mates al Helicobacter: hay que operar”. Una úlcera gástrica abierta, que no se cierra, tiene muchas papeletas para evolucionar hacia un tumor maligno.

Hemos dicho que el H. Pylori está detrás de la gran mayoría de úlceras pépticas. Pero hay un pequeño porcentaje que se produce por otras causas. Entre ellas, la más frecuente es el consumo de cierto tipo de **antiinflamatorios, los llamados AINE**, así como del ácido acetilsalicílico (la célebre aspirina). Se trata de fármacos muy utilizados para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre, pero que en determinadas personas puede provocar úlceras, fundamentalmente gástricas. “Cada vez se ven menos casos de estos -explica el doctor De Benito-, ya que ahora se ha protocolizado **el uso de protectores gástricos** en combinación con estos antiinflamatorios”. De todas formas, en el caso de que se dé una úlcera por este motivo, el tratamiento pasará, lógicamente, por suspender la toma del AINE/aspirina, y para lograr la cicatrización se recurrirá a un IBP.

Una úlcera gástrica puede malignizarse; por eso siempre hay que biopsiar y seguir su evolución

En cuanto a esas cirugías que en 1990 le costaron el suspenso al doctor De Benito, el tiempo le ha dado la razón y, en la actualidad, son prácticamente anecdóticas. “Siempre que haya células tumorales hay que operar, por supuesto, y hay también algunas otras situaciones en las que puede estar indicada la cirugía: **determinadas cicatrizaciones, algunas estenosis** o estrechamientos en el duodeno...”.

En cuanto a los cambios en el estilo de vida, hace años se pensaba que los pacientes con úlcera péptica debían seguir **una dieta estricta**. Hoy se entiende que la dieta per se no es un desencadenante ni agravante de la enfermedad y solo se recomienda al paciente que se abstenga de consumir aquellos alimentos que a él le sientan mal. Eso sí, se aconseja no fumar, no tomar bebidas alcohólicas y no abusar del café.