



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 329/106 - HDA POR ÚLCERA PÉPTICA

J. Rodríguez Duque<sup>1</sup>; A. del Rey Rozas<sup>2</sup>; M. Gómez González<sup>3</sup>; M. Tobalina Segura<sup>4</sup>; J. Bustamante Odriozola<sup>5</sup>; I. Rivera Panizo<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Digestivo. Hospital Valdecilla. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>6</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años con AP de cardiopatía isquémica que acude a Urgencias por epigastralgia y pirosis de 4 días de evolución a la que se han añadido hace 2 días melenas. No náuseas ni vómitos, refiere astenia y mareo durante estos días. El comienzo del cuadro lo relaciona con la toma de ibuprofeno tras catarro (además toma salicilatos de forma crónica). Tras la exploración física se confirman las melenas y en la analítica la anemia, por lo que se realiza interconsulta a Digestivo que realiza una gastroscopia objetivándose una úlcera duodenal, sobre la que realiza técnicas hemostáticas. Posteriormente se descarta la infección por *Helicobacter Pylori*, se inicia omeprazol y se recomienda evitar AINEs.

**Exploración y pruebas complementarias:** Temp 35,9 Cº, TA155/84 mmHg, FC 70 lpm. Buen estado general. Consciente y orientado. Hidratado y perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. Colaborador. Cabeza y cuello: no IY. AC: tonos rítmicos. No soplos. No roce ni extratonos. AP: MVC en ambos campos. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. RHA: normales. No masas ni visceromegalias. Inspección rectal: hemorroides grado II. Tacto rectal: melenas. Analítica sanguínea: glucosa, urea, creatinina, Na, K, cloro: normal. Proteína C reactiva 0.7 mg/dl, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 87 ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Coagulación: TP (actividad de protrombina) normal. Hemostasia: INR normal. Hematimetría: leucocitos 8.900/μl, plaquetas 210.000/μl, hemoglobina 11,7 g/dl (previa 14,2 mg/dl), hematocrito 33,8 %. Pruebas radiológicas: abundantes heces y gas.

**Juicio clínico:** HDA por úlcera duodenal, probablemente secundaria a consumo de AINEs.

**Diagnóstico diferencial:** Tumor digestivo (esofágico, gástrico, duodenal), gastritis, esofagitis, varices esofágicas.

**Comentario final:** Los AINEs causan el 15-20% de las úlceras duodenales, existiendo un riesgo mayor cuando se consumen de forma prolongada, en dosis altas o en combinación (especialmente cuando se combinan salicilatos de forma crónica con otro AINE de forma puntual). El 3% de las

úlceras por AINEs permanecen asintomáticas hasta que debutan como HDA.

### **Bibliografía**

-Estes LL, Fuhs DW, Heaton AH, Butwinick CS. Gastric ulcer perforation associated with the use of injectable ketorolac. *Ann Pharmacother* 1993; 27(1):42-3.