

## Valor de los síntomas en el diagnóstico de la úlcera péptica: Una aproximación al medio primario

Gimeno, L.\*; Valdepérez, J.\*; Macipe, R.\*; Arruga, C.\*; Cabrera, T.\*\*; y Gomollón, F.\*\*

### SUMMARY

**Goal:** To evaluate which clinical data are useful to select those patients with peptic ulcers in primary care most likely to benefit from complementary studies.

**Methods:** This is a prospective study done on 101 patients evaluated in a period of a year in a Primary Care Center. In all patients an endoscopy was done when a peptic ulcer was considered a possibility. In all cases a standardized questionnaire was completed before endoscopy and the patient evaluated by his primary care physician. The final diagnosis was defined according to endoscopy, done by expert endoscopists within seven days of the clinical evaluation. Statistical analysis was undertaken with SPSS software.

**Results:** An active peptic ulcer was found in 45 (44.5%) cases. A high-grade MALT lymphoma was diagnosed in one case. Male sex, smoking status, number of cigarettes, smoking-index, and a previous history of ulcer complications were significantly associated with the diagnosis, as well as severe diurnal or nocturnal pain. Mean age was lower in ulcer patients. However no clinical data in individual or combined form did show any predictive value.

**Conclusions:** Clinical data do not permit to obviate endoscopy as the key initial procedure to diagnosis, even in primary care.

**KEY WORDS:** Peptic ulcer, diagnosis, endoscopy, *helicobacter pylori*.

Gimeno L, Valdepérez J, Macipe R, Arruga C, Cabrera T, Gomollón F. An analysis of peptic ulcer symptoms in primary care diagnosis. *Rev Esp Enf Digest.* 1996;88: 753-756.

### RESUMEN

**Objetivo:** Valorar si los datos clínicos son suficientes para seleccionar aquellos pacientes que padecen una úlcera

péptica en el medio primario, con el fin de seleccionar más adecuadamente los que se beneficiarían de exploraciones complementarias.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional prospectivo, llevado a cabo durante un año en 101 pacientes de un Centro de Salud urbano, seleccionados para realización de endoscopia digestiva alta por sospecha de úlcera péptica activa. La recogida de datos clínico-epidemiológicos se hizo de forma estandarizada y el diagnóstico se definió de acuerdo con los resultados de una endoscopia practicada dentro de los siete días siguientes al interrogatorio, por endoscopistas expertos. El tratamiento estadístico se realizó con el paquete informático SPSS.

**Resultados:** De los 101 pacientes seleccionados se demostró una úlcera péptica en 45 (44,5%). Las variables que se asociaron significativamente con la presencia de úlcera activa han sido: sexo masculino, hábito tabáquico, nº de cigarrillos, índice tabáquico y antecedentes previos de complicaciones ulcerosas, así como los pacientes que referían dolor epigástrico diurno o nocturno valorado como grave (severo). La edad media de los pacientes ulcerosos fue menor que la de los no ulcerosos. Esta agrupación de variables no posee la suficiente consistencia como para definir un modelo de actuación terapéutica empírica en los pacientes con sospecha de úlcera.

**Conclusiones:** Los datos clínicos no tienen precisión suficiente en el diagnóstico de una úlcera péptica, y la endoscopia debe seguir siendo el método de referencia diagnóstico inicial en los pacientes con dispepsia.

**PALABRAS CLAVE:** Úlcera péptica, diagnóstico, endoscopia, *helicobacter pylori*.

### INTRODUCCION

Alcanzar el diagnóstico de úlcera péptica es hoy más que nunca trascendente para el paciente dadas las nuevas opciones terapéuticas. Sin embargo, el procedimiento ideal a aplicar en la Atención Primaria para obtener un diagnóstico diferencial de los procesos que causan dolor epigástrico no es fácil de definir.

Por un lado nos encontramos con autores que defienden la selección de pacientes según sus características clínico-epidemiológicas con la finalidad de realizar tratamientos con antiulcerosos e incluso de erradicaciones de *H. pylori*

\* Centro de Salud «Actur Sur».

\*\* Servicio de Aparato Digestivo. Hospital «Miguel Servet», Zaragoza.

**TABLA I**  
Datos demográficos de ambos grupos

Variables	Úlcerosos n°abs(%) / $\mu \pm \sigma$	No úlcerosos n°abs(%) / $\mu \pm \sigma$	Total n°abs(%) / $\mu \pm \sigma$
Sexo:			
Varón	40 (39,6)	35 (34,7)	75 (74,3)
Mujer	5 (5)	21 (20,8)	26 (25,7)
Edad	40,9 $\pm$ 9,2	43 $\pm$ 13,9	42,1 $\pm$ 12
Fumador:			
Sí	32 (33)	22 (22,7)	54 (55,7)
No	13 (13,4)	30 (30,9)	43 (44,3)
Cigarrillos/Día	14 $\pm$ 12,1	7,4 $\pm$ 11,1	10,5 $\pm$ 12
Índice tabáquico	16,3 $\pm$ 16,4	5,3 $\pm$ 9,4	11,5 $\pm$ 14,2
Consumo alcohol:			
Sí	19 (20)	15 (15,8)	34 (35,8)
No	26 (27,4)	35 (36,8)	61 (64,2)
U. Drink/Sem.	11,2 $\pm$ 18,2	6,1 $\pm$ 17,9	8,5 $\pm$ 18,1

**TABLA II**  
Variables clínicas previas en ambos grupos

Variables	Úlcerosos n°abs(%) / $\mu \pm \sigma$	No úlcerosos n°abs(%) / $\mu \pm \sigma$	Total n°abs(%) / $\mu \pm \sigma$
Ant. fam. úlcera:			
Sí	19 (20)	18 (18,9)	37 (38,9)
No	26 (27,4)	22 (33,3)	58 (61,1)
Nº ant. familia.*	0,9 $\pm$ 2,1	0,5 $\pm$ 0,7	0,7 $\pm$ 1,6
Ant. pers. úlcera:			
Sí	34 (34)	38 (38)	72 (72)
No	11 (11)	17 (17)	28 (28)
Edad 1ª úlcera	28,1 $\pm$ 11	31,2 $\pm$ 11	29,7 $\pm$ 11,1
Compl. úlc. previa**:			
Sí	9 (12,7)	3 (4,2)	12 (16,9)
No	25 (35,2)	34 (47,9)	59 (83,1)

\* Nº de familiares de primer grado con antecedentes de úlcera péptica.

\*\* Complicaciones en úlceras previas.

de la mucosa gástrica sin aplicar pruebas radiológicas o endoscópicas previas (1, 2) evitando los costes de las mismas. Por otra parte, otros autores propugnan que estos criterios de selección presentan bajos valores predictivos y por ello proponen la realización de pruebas diagnósticas más «objetivas» previas a cualquier tratamiento (3). Cada una de estas actuaciones conlleva unas consecuencias prácticas en costes, satisfacción del usuario, y efectividad.

Gran parte de los estudios disponibles se han llevado a cabo en Hospitales o centros de referencia especializados, y, por tanto, su aplicabilidad a la generalidad de los pacientes es discutible. Por ello, para estudiar el grado de validez de nuestras apreciaciones clínicas a la hora de diagnosticar estos cuadros, llevamos a cabo una recogida exhaustiva de datos previa a la endoscopia, en aquellos pacientes seleccionados por su médico de cabecera en un Centro de Salud urbano en base al síntoma «dispepsia» con el diagnóstico de úlcera péptica activa.

Nuestro objetivo es conocer si los datos clínicos permiten seleccionar adecuadamente el grupo de población con úlcera péptica, y, por tanto si pueden facilitar un tratamiento empírico adecuado, aproximándonos lo más posible a la realidad del medio primario.

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo. El periodo de inclusión ha sido de mayo de 1994 a mayo de 1995. Los pacientes pertenecían a 8 cupos de medicina general del Centro de Salud Actur Sur de Zaragoza. El criterio de inclusión ha sido: paciente enviado para endoscopia digestiva alta por clínica de «dispepsia» con el diagnóstico de presunción de úlcera péptica activa. Hemos recogido 101 pacientes consecutivos en este periodo.

Los datos recogidos de una manera estandarizada en la primera visita fueron: filiación, sexo, edad, antecedentes de

interés, alergias, hábito tabáquico y enólico, toma habitual de fármacos, antecedentes personales de úlcera con método diagnóstico y complicaciones previas, antecedentes familiares de úlcera, clínica actual y toma de fármacos antiulcerosos previos.

Las endoscopias fueron realizadas en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Miguel Servet por endoscopistas experimentados, dentro de la semana posterior a la solicitud. El informe endoscópico se realizó siempre en el acto, siendo visitado el paciente de nuevo en el Centro de Salud el mismo día de la realización de la endoscopia o en el posterior.

Los datos fueron recogidos en la base de datos informática Dbase III y el tratamiento estadístico se realizó con el paquete informático SPSS+. Se utilizó la t de Student para variables cuantitativas y la  $\chi^2$  para cualitativas para un error tipo I de 0,05. En las variables cuantitativas se valoró su normalidad mediante la F de Snedecor y en caso de no cumplirla se aplicó el test no paramétrico de la U de Mann Whitney.

## RESULTADOS

Fueron seleccionados 101 pacientes cuyos datos demográficos aparecen en la tabla I. Los datos referidos más explícitamente a la enfermedad ulcerosa aparecen resumidos en la tabla II. Los resultados clínicos aparecen recogidos en las figuras 1, 2, 3 y 4. Se demostró una úlcera en 45 pacientes (44,5%). 39 pacientes presentaron una úlcera duodenal, 5 una úlcera gástrica y 1 paciente presentó simultáneamente una úlcera gástrica y otra duodenal. Una de las úlceras gástricas asentaba sobre un linfoma MALT de alto grado de malignidad.

Como se observa en la tabla II, sólo se asociaron estadísticamente al padecimiento de úlcera péptica el sexo masculino, el hábito tabáquico, el nº de cigarrillos/día, el índice

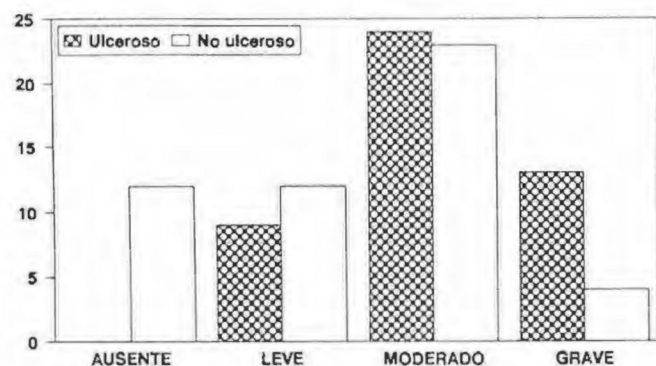


FIG. 1.— Dolor epigástrico diurno en ambos grupos.

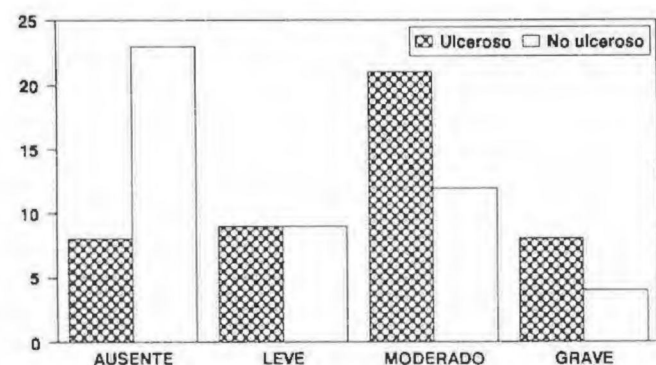


FIG. 2.— Dolor epigástrico nocturno en ambos grupos.

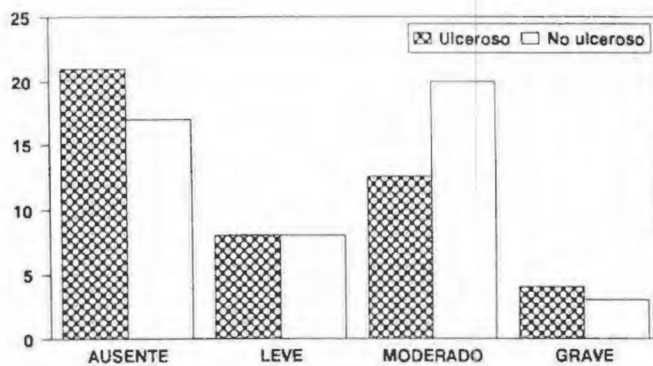


FIG. 3.— Ardor epigástrico.

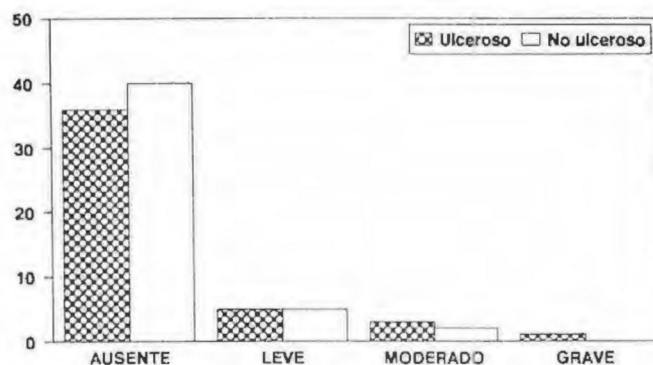


FIG. 4.— Vómitos en ambos grupos.

tabáquico, antecedentes previos de complicaciones ulceroas y la intensidad del dolor epigástrico diurno y nocturno.

Sin embargo, ninguna de las variables analizada, ni ninguna combinación de las mismas tiene suficiente valor predictivo como para prever el resultado de la endoscopia. Se observa en las figuras el gran solapamiento que existe entre los dos grupos (con y sin úlcera) en los que respecta a los diversos síntomas previos.

## DISCUSION

En los últimos años diversos grupos de trabajo han intentado validar programas informáticos o métodos de puntaje que asocien en pacientes con dispepsia, patología orgánica (4-8). La aplicabilidad de estos trabajos sigue siendo objeto de discusión debido a las distintas prevalencias, semiologías y valor que se da no sólo a los verdaderos positivos sino a los verdaderos negativos y valores predictivos (8). Además, en los últimos años la introducción del tratamiento anti*Helicobacter* ha llevado a sugerir a algunos autores que la selección de los pacientes que pueden beneficiarse del mismo podría hacerse con criterios clínicos y serológicos, sin una endoscopia previa. Es indudable que hasta que el tratamiento anti*Helicobacter* no se extienda al medio primario, su incidencia real en la población será muy inferior a lo deseable. Es importante, pues, conocer si el interrogatorio clínico va a ser útil como criterio de selección de los pacientes con úlcera, probablemente el subgrupo más beneficiado con la erradicación del germen.

En nuestra serie se confirman diversos aspectos valorados por otros grupos (3-5, 8, 9) aunque hallamos algunas divergencias. Hay que resaltar que nuestros resultados se circunscriben a pacientes con sospecha clínica de úlcera péptica activa con sintomatología de dispepsia. Por tanto, nuestras conclusiones sólo pueden aplicarse a estas situaciones y no a la población general. De todos los datos clínicos y epidemiológicos que fueron recogidos en la consulta del médico de cabecera, las variables que hemos encontrado y que se asocian significativamente al diagnóstico endoscópico son: sexo masculino, hábito tabáquico, nº de cigarrillos, índice tabáquico y antecedentes previos de complicaciones ulceroas. Asimismo, encontramos diferencias significativas entre los pacientes que al referir dolor epigástrico diurno o nocturno, lo valorasen como ausente o grave. El resto de variables presentaban tendencias, pero en ningún caso de carácter significativo. Hemos encontrado también en nuestra serie, que la edad media de los pacientes ulcerosos es menor que la de los no ulcerosos, aunque no es estadísticamente significativo. Esto ya ha sido descrito en otros trabajos (9).

Estos datos sugerirían para nuestros pacientes que el perfil del enfermo ulceroso sería el de un varón fumador, entre 30 y 50 años. Sin embargo, el solapamiento entre los dos grupos resulta tan importante que en ningún dato clínico o combinación de los mismos permite definir con exactitud el resultado de la endoscopia.

Actualmente se está planteando la pertinencia de realizar serologías previas de *H. pylori* (3) en pacientes dispépticos, con el propósito de seleccionar aquellos enfermos con una mayor probabilidad de presentar alteraciones en la endosco-

pia. Así mismo, se está valorando la idoneidad de realizar tratamientos de prueba anti*Helicobacter pylori* o con antiulcerosos sin realización de endoscopia (3). Dada la alta prevalencia de *H. pylori* en nuestro medio y que la serología no distingue una infección actual de una ya pasada, no parece muy adecuado este tipo de aproximaciones en el manejo de la úlcera gastroduodenal. Así mismo, hay otras patologías diagnosticables con la endoscopia en las cuales la presencia de *Helicobacter pylori* o es útil para su manejo como esofagitis o tumores. Además, en estos estudios se suele «castigar» a la endoscopia con los altos costes que se le atribuyen en algunos países, particularmente Estados Unidos. En nuestro medio el coste de la endoscopia no es superior al del estudio radiológico.

Destacar así mismo, que según la prevalencia de cáncer gástrico en el medio de trabajo, la realización de endoscopia previa a cualquier tratamiento empírico, estará más claramente indicada para descartar dicha patología (10, 11). Cabe señalar, que durante la realización de este estudio detectamos un caso de linfoma de alto grado de malignidad, diagnóstico de indudables consecuencias para el paciente.

Por otro lado, existe la creencia, muy extendida, de que la endoscopia digestiva alta es muy mal tolerada por el enfermo. En nuestra serie en todos los casos se concluyó la exploración sin incidencias, salvo en un caso que no pudieron realizarse biopsias gástricas debido a la mala tolerancia. Esto concuerda con el estudio de Doley et al (12), en el que los mismos pacientes refieren un disconfort similar tras la endoscopia digestiva alta que tras un estudio radiológico gastroduodenal. Incluso en el citado estudio se apreciaba una tendencia a preferir como exploración posterior la endoscopia ( $p < 0,1$ ).

Los resultados de este estudio apoyan, en nuestra opinión, la utilización de la endoscopia como método diagnóstico inicial en el paciente con dolor epigástrico. Los datos clínicos no permiten distinguir si existe o no patología ulcerosa. Por otra parte un diagnóstico permite, además, la utilización de técnicas baratas y sencillas para confirmar o no la presencia de infección por *Helicobacter*. El médico de atención primaria debe disponer de acceso libre a la indicación endoscópica si queremos que participe con eficacia en el control adecuado de la úlcera péptica, y en nuestra opinión una endoscopia inicial contribuirá por su precisión diagnóstica incluso a un abaratamiento real de los costes, aunque este punto debe evaluarse en futuros estudios a realizar en nuestro medio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Nicholas J Talley. Nonulcer dyspepsia: Current approaches to diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 1993; 47(6):1407-1416.
2. Nyren O. Therapeutic trial in dyspepsia: its role in the primary care setting. *Scand J Gastroenterol*. 1991;Supl.: 182:61-69.
3. Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Managing dyspepsia: is prompt endoscopy the way to go? *Gastroenterology*. 1995;108:1324-1325.
4. Johannessen T, Petersen H, Kleveland PM, Dybdahl H, Sandvik AK, Brenna E, Waldum H. The predictive value of history in dyspepsia. *Scand J Gastroenterol*. 1990;25: 689-697.
5. Crean GP, Holden RJ, Knill-Jones RP, Beattie AD, James WB, Marjoribanks FM, Spiegelhalter DJ. A database on dyspepsia. *Gut*. 1994;35:191-202.
6. Holdstock G, Harman M, Machin D, Patel C, Lloyd RS. Prospective testing of a scoring system designed to improve case selection for upper gastrointestinal investigation. *Gastroenterology*. 1986;90:1164-1169.
7. Bitzer P, Schaffalitzky de Muckadell OB. Prediction of major pathologic conditions in dyspeptic patients referred for endoscopy. *Scand J Gastroenterol*. 1992;27:987-992.
8. Moinsen OH, Meldgaard P, Kristensen ES, Resfgaard E. A prospective evaluation of scoring system to screen patients before gastroscopy. *Gastroenterology International*. 1994; 7(2):80-84.
9. Earlam R, Chir M. A computerized questionnaire analysis of duodenal ulcer symptoms. *Gastroenterology*. 1976;71: 314-317.
10. Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, Ellis DJ, Fielding JW. Detección precoz del cáncer gástrico. *BMJ*. 1991;1:14-17.
11. Eckardt VF, Giebler W, Kanzler G, Remmele W, Bernhard G. Clinical and morphological characteristics of early gastric cancer. *Gastroenterology*. 1990;98:708-714.
12. Cornelius P, Dooley MB, Weiner JM, Larson AW. Endoscopy or radiography? The patient's choice. *Am J Med*. 1986;80:203-207.
13. Richter JE. Dyspepsia: organic causes and differential characteristics from functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol*. 1991;Supl:182:11-16.

### Correspondencia:

Fernando Gomollón.  
Condes de Aragón, 18 - 2º B.  
50009 Zaragoza.

Recibido: 14-XII-95.