

Cambios en la Epidemiología de la Úlcera Péptica y su Relación con la Infección con Helicobacter Pylori. Hospital Daniel Carrion 2000-2005

Pedro Montes Teves*; Sonia Salazar Ventura*; Eduardo Monge Salgado*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad ulcerosa péptica es una patología frecuente. En los últimos años existen reportes que han descrito cambios en su epidemiología, así como en su relación con la infección por *Helicobacter pylori*

OBJETIVO: El objetivo principal del trabajo es describir las características epidemiológicas de la úlcera péptica en los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica durante el periodo Enero 2000 – Diciembre 2005 en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

MATERIALES Y MÉTODOS: El presente trabajo es un estudio de tipo analítico transversal. Se incluyo a todos los pacientes con diagnostico de Úlcera péptica mediante examen endoscópico durante el periodo de estudio en el Servicio de Gastroenterología del HNDAC. Se excluyo a aquellos pacientes con diagnostico concomitante de cáncer gástrico, cirugía previa o con úlceras de etiología no péptica. Se utilizo el programa estadístico SPSS 9 para el procesamiento de datos.

RESULTADOS: Se reviso 10819 reportes de endoscopia, encontrándose 899 casos de úlcera péptica durante el periodo de estudio, de esta población un 67.8 % fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 54.03 años. La edad promedio fue mayor en los pacientes de sexo femenino (59.87 años), así como en aquellos que tenían úlcera gástrica (60.5 años) o úlcera gástrica mas úlcera pilórica (68.7). Las indicaciones endoscópicas mas frecuentes en estos pacientes fueron la hemorragia digestiva alta (53.3 %) y dispepsia (43.8 %). El tipo de úlcera mas frecuentemente encontrado fue la úlcera duodenal (49.5 %), aunque en los últimos años la úlcera gástrica se ha convertido en la más frecuente. La localización más común de la úlcera gástrica es el curvatura menor de antro gástrico y en las úlceras duodenales fue cara anterior de bulbo duodenal. Las úlceras gástricas en comparación con las duodenales tendieron a ser de mayor tamaño y a presentarse en número mayor. La frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 65.3 %, siendo en los pacientes con úlcera duodenal de 74.3 % y en los pacientes con úlcera gástrica de 55.4 %.

CONCLUSIONES: La prevalencia de úlcera péptica durante el periodo de estudio fue de 83.09 casos por 1000 endoscopias, la úlcera duodenal fue la más frecuente aunque en los últimos años observamos una disminución en su frecuencia. Se observo además una menor frecuencia de infección por *Helicobacter pylori*, en comparación con lo usualmente descrito.

PALABRAS CLAVES: Úlcera péptica, *Helicobacter pylori*

Rev Gastroenterol Perú; 2007; 27: 382-388

* Servicio de Gastroenterología "Dr. Meilach Burstein" Hospital Nacional Daniel Carrión - Callao.

SUMMARY

INTRODUCTION: Peptic ulcer disease is a frequent pathological condition. In the last few years there have been reports describing changes in its epidemiology and its association with *Helicobacter pylori* infection.

AIMS: To describe epidemiological characteristics of peptic ulcers during the study period from January 2000 through December 2005 in Hospital Daniel Carrion.

METHODS: Cross sectional analytical study. All patients with an endoscopic diagnosis of peptic ulcer were included. Patients with gastric cancer or previous surgery were excluded. Data were processed using the SPSS 9.0 software.

RESULTS: We reviewed 10,819 endoscopy reports with 899 peptic ulcer cases diagnosed during the study period. 67.8% were male, age average 54 years. Age was higher in females (59.8 y), as was in those with gastric and pyloric ulcers (68.7 y). Most frequent endoscopic indications were upper gastrointestinal bleeding (53.3%) and dyspepsia (43.8%). Duodenal location was the most frequent (49.5%) although in recent years gastric ulcers have become more prevalent. Gastric ulcers were more commonly located in the antrum lesser curvature, while duodenal ulcers were located in the anterior wall of the duodenal bulb. Gastric ulcers were larger in size and more in number than duodenal ones. *Helicobacter pylori* was present in 65.3% of all ulcers, 74.3% for duodenal and 55.4% for gastric ulcers.

CONCLUSIONS: Prevalence of peptic ulcers during the study period was 83.09 cases per 1,000 endoscopies. Duodenal ulcers were the most frequent although there is a decline in the last years. There is also a decrease in the frequency of *Helicobacter pylori* infection as compared to what is usually described.

KEY WORDS: Peptic ulcer, *Helicobacter pylori*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad Ulcerosa Péptica es una de las patologías más comúnmente vistas en la práctica clínica diaria, habiéndose descrito que el porcentaje de la población general que presentara alguna manifestación de enfermedad ulcerosa péptica a lo largo de su vida es de 5 – 10 %⁽¹⁾. Sin embargo algunos estudios endoscópicos prospectivos muestran que cerca de la mitad de los pacientes con úlcera péptica son asintomáticos, por lo que podría esperarse que la verdadera prevalencia sea el doble de la anteriormente señalada, esta prevalencia es aún mayor en ciertas poblaciones de pacientes como son los usuarios de AINES u hospitalizados, así por ejemplo en un estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión se describió una frecuencia de enfermedad ulcerosa péptica en pacientes cirróticos hospitalizados de 52 %⁽²⁾

Actualmente existe reportes a nivel mundial que describen una disminución en la prevalencia de enfermedad ulcerosa péptica. A nivel nacional Ramírez-Ramos y col han descrito que durante el periodo de 1985-2002 la prevalencia de úlcera gástrica y úlcera duodenal ha disminuido de 3,15 % y 5,05 % respectivamente a 1,62 % y 2 %⁽³⁾

En la mayor parte de series se describe como el tipo de úlcera más común a la úlcera duodenal sin embargo existen variaciones a nivel mundial en cuanto a la localización de la úlcera péptica, existiendo un predominio de la úlcera duodenal sobre la úlcera gástrica en países occidentales en tanto

que en Asia, especialmente en Japón tienden a predominar las úlceras gástricas^(4,5)

En un estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión con una serie de 100 pacientes con enfermedad ulcerosa péptica, se encontró que el 60 % de los casos correspondían a úlceras duodenales, 36 % a úlceras gástricas y 4 % a úlceras del canal pilórico o úlceras de localización tanto gástrica como duodenal⁽⁶⁾

Uno de los principales aportes para el entendimiento de la enfermedad ulcerosa péptica se dio en el año de 1982 con la identificación del *Helicobacter pylori* por parte de Marshall y Warren, lo que marcó un hito en el enfoque y manejo del paciente ulceroso péptico. Se ha reportado una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica que oscila entre 80-100 % para los casos de úlcera duodenal y entre 60-90 % para los casos de úlcera gástrica⁽⁷⁻⁹⁾

En nuestro país dicha infección ha sido descrita como de alta prevalencia, con frecuencias que van de 77-93 % en la población general en reportes iniciales⁽¹⁰⁻¹²⁾. La infección por *Helicobacter pylori* se produce en nuestra población en edades tempranas de la vida como ya ha sido demostrado por Klein y col quien encontró una prevalencia total de 48 % en niños de entre 6 y 30 meses, así mismo describió que el número de niños infectados tiende a incrementar con la edad⁽¹³⁾

En nuestro país en una serie del Hospital Loayza en 1988 se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en úlcera gástrica activa de 70.9 %, en úlcera

gástrica cicatrizada de 81.8 %, en úlcera duodenal activa de 86 % y en úlcera duodenal cicatrizada de 81.8 % ⁽¹⁴⁾.

En el grupo de pacientes con enfermedad ulcerosa péptica no asociada a *Helicobacter pylori*, los mecanismos subyacentes al desarrollo de esta permanecen poco claros. En un subgrupo de estos se puede encontrar un antecedente de consumo de AINEs, aunque este porcentaje varía de acuerdo a los estudios oscilando entre 30-75 % ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Los objetivos del presente estudio fueron describir las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica así como determinar la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en estos pacientes durante el periodo Enero 2000 – Diciembre 2005 en el Hospital Daniel A. Carrión.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio de tipo analítico transversal, en el que se procederá a revisar la información clínica y endoscópica de los pacientes diagnosticados de Úlcera péptica durante el periodo Enero 2000- Diciembre 2005, en los cuales se estableció la presencia o no de infección por *Helicobacter pylori* a través de la toma de biopsia gástrica y estudió anatomopatológico. Dichos datos fueron obtenidos de los informes de endoscopia del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

Se tomo en consideración los siguientes datos: características demográficas (edad, sexo), tipo de úlcera, localización de la úlcera y el status de infección por *Helicobacter pylori*.

Se excluyó a aquellos pacientes con diagnóstico concomitante de cáncer gástrico, antecedente de cirugía previa o con úlceras de etiología no péptica (infecciones: tuberculosis, micóticas, etc.).

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 12.0, los cuales fueron procesados para su respectivo análisis de variables.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio desde Enero del 2000 a Diciembre del 2005 se realizaron 10819 procedimientos endoscópicos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión diagnosticándose enfermedad ulcerosa péptica en 899 pacientes. De estos pacientes el estatus de infección por *Helicobacter pylori* pudo ser determinado en 651 (72.41%)

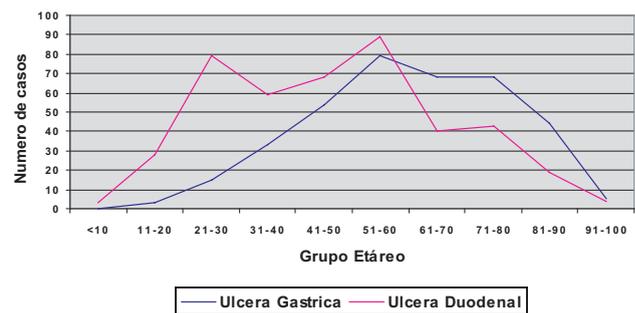
La prevalencia de úlcera péptica en esta población es de 83.09/1000 pacientes En lo referente a las características demográficas de la población se encontró que estuvo constituida en un 67.8 % por hombres, observándose una relación de sexo masculino/femenino de 2.1. La edad promedio de la población fue 54.03 años, siendo la edad mayor en las mujeres 59.87 (DE 19.115) que en los hombres 51.24 (DE 18.981); $p < 0.001$.

Tabla 1. Edad promedio de acuerdo al tipo de Úlcera en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005

	Edad Promedio	DE	p *
Úlcera Gástrica	60.54	16.93	< 0.001
Úlcera Duodenal	47.44	19.67	
Úlcera Pilórica	56.06	19.18	0.078
Úlcera Gástrica + Úlcera duodenal	59.98	15.71	< 0.001
Úlcera Gástrica + Úlcera Pilórica	68.75	10.38	0.001

En la Tabla 1 se observa que los pacientes con úlcera gástrica y úlcera gástrica + pilórica, presentaron una edad mayor en comparación con los otros tipos de úlcera. En el gráfico N° 1 observamos la distribución por grupos etáreos de los pacientes con úlcera péptica y úlcera gástrica.

Gráfico1. Frecuencia de casos de úlcera duodenal y gástrica de acuerdo a grupo etáreo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión entre Enero 2000- Diciembre 2005



Las indicaciones endoscópicas de estos pacientes fueron en primer lugar hemorragia digestiva alta (54,2 %) seguida de dispepsia (42.8 %) como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Indicaciones endoscópicas en pacientes con Úlcera Péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005

	Numero	Porcentaje (%)
Hemorragia Digestiva Alta	479	53.3
Dispepsia	394	43.8
Síndrome Pilórico	10	1.1
Dolor Abdominal	9	1
Anemia	6	0.7
Síndrome Consuntivo	1	0.1
Total	899	100

En lo referente al tipo de úlcera se encontró un ligero predominio de la úlcera duodenal sobre la gástrica (Tabla 3), sin embargo al estudiar la frecuencia de casos de acuerdo a año de estudio observamos que en los últimos 2 años la

ulcera gástrica se ha convertido en la ulcera más frecuente (Gráfico 2)

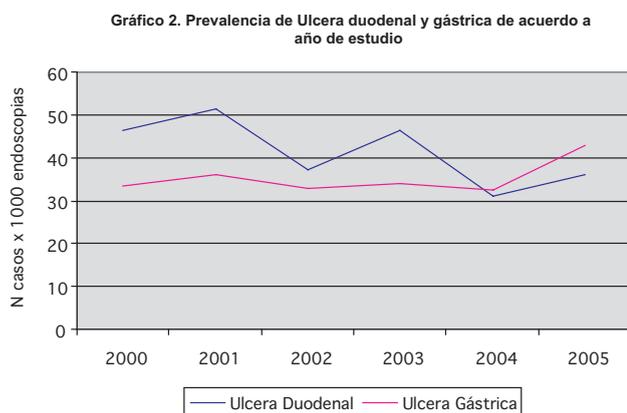


Tabla 3. Tipo de Úlcera Péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005

	Número	Porcentaje (%)
Úlcera Duodenal	445	49.5
Úlcera Gástrica	378	42
Úlcera Gástrica + Úlcera Duodenal	49	5.5
Úlcera Canal Pilórico	19	2.1
Úlcera Gástrica + Úlcera Pilórica	8	0.9
Total	899	100

La localización más frecuente de las úlceras gástricas fueron antro e incisura (Tabla 4), dentro de las úlceras antrales la mayoría estuvo localizada en curvatura menor. La mayoría de las úlceras duodenales se localizaron en bulbo, específicamente en la cara anterior.

Tabla 4. Ubicaciones frecuentes de las Úlceras Gástricas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005

	Número	Porcentaje (%)
Sub-Cardial	5	0.88
Fondo	40	7.04
Cuerpo	124	21.8
Incisura	48	8.45
Antro	351	61.7
Total	568	100

Al analizar las características de las úlceras pépticas encontramos que el tamaño promedio de estas fue de 11,72 +/- 8.89 mm para las úlceras gástricas y de 9.87 +/- 5.99 mm para las úlceras duodenales

La mayoría de las úlceras fueron únicas, tanto en general como para úlceras gástricas y duodenales, como vemos en la Tabla 5, sin embargo en las úlceras gástricas se encontró un mayor frecuencia de úlceras múltiples en comparación con las úlceras duodenales (24 vs 4; $p < 0.001$)

Tabla 5. Número de Úlceras encontrados en los pacientes con diagnóstico de Úlcera péptica en el Hospital Daniel A. Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005

	General (%)	Úlcera Gástrica (%)	Úlcera Duodenal (%)	Úlcera Pilórica (%)	Úlcera Gástrica+ duodenal	Úlcera Gástrica + pilórica
1	729	308	402	19		
2	121	46	39		32	4
≥ 3	49	24	4		17	4

En aquellos pacientes en los que se pudo determinar el estatus de infección por *Helicobacter pylori* la frecuencia de esta fue de 65.3 %, así mismo al estudiar la frecuencia de infección de acuerdo al tipo de Úlcera se encontró que esta fue mayor en los pacientes con ulcera duodenal (74.3 %) que en los pacientes con ulcera gástrica (55.4 %). (Tabla 6)

Tabla 6. Frecuencia de Infección por *Helicobacter pylori* en general y de acuerdo al tipo de Úlcera en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005

	Número	Porcentaje (%)	p
Úlcera Duodenal	240	74.3	0.000002
Úlcera Gástrica	150	55.4	0.000001
Úlcera Gástrica + Úlcera Duodenal	18	54.5	0.183
Úlcera Pilórica	14	77.8	0.258
Úlcera Gástrica + Úlcera Pilórica	3	50	0.439
Total	425	65.3	

DISCUSIÓN

Existen una serie de estudios que han descrito cambios en la epidemiología de la enfermedad ulcerosa péptica tanto a nivel mundial como nacional. Al respecto observamos que la prevalencia de enfermedad ulcerosa péptica en nuestra población de estudio es similar a la recientemente descrita por Ramírez-Ramos y col⁽³⁾, aunque menor a la reportada por Xia y col⁽¹⁷⁾.

En nuestra población observamos en lo referente al sexo un predominio del sexo masculino siendo la relación Masculino/Femenino de 2.1, lo que concuerda con lo usualmente descrito en la literatura. La edad promedio de nuestros pacientes fue de 54 años, cifra mayor a lo encontrado por Singh (18) en una serie de pacientes con úlcera péptica: 41.2 años y similar a lo encontrado por Xia (17) 51.2 años.

Asimismo en nuestra población la edad era menor en los pacientes con úlcera duodenal en comparación con otros tipos de úlcera. Como ya ha sido descrito en otras series usualmente la edad de los pacientes con úlcera gástrica tiende a ser mayor que la de los pacientes con úlcera duodenal, este fenómeno se cree esta en relación con el factor causal de la úlcera, es decir cuando hablamos de úlcera gástrica, un factor causal importante es el consumo de AINEs y este usualmente es mayor en personas de edad avanzada.

En lo referente al cuadro clínico que motivo el diagnóstico de úlcera péptica encontramos que el mayor porcentaje corresponde a hemorragia digestiva alta (53.3 %) seguida de dispepsia (43.8 %), esto difiere de lo usualmente descrito es decir que es dispepsia el cuadro usual de debut de estos pacientes⁽¹⁹⁾, esta diferencia se puede explicar por el hecho de que nuestro Hospital es un centro de referencia a nivel de región Callao y muchos casos vienen derivados de otros centros de menor nivel de resolución, sobre todo para el manejo de complicaciones de la úlcera péptica como es el caso de la hemorragia digestiva alta. Es importante señalar que además de esta posible explicación existe una serie de estudios que han demostrado que la incidencia de enfermedad ulcerosa péptica esta disminuyendo, pero que la incidencia de las complicaciones de esta permanece sin variación^(20,21)

En la presente serie observamos que el tipo de úlcera más frecuentemente encontrado aun sigue siendo la úlcera duodenal 49.5 %, aunque su porcentaje ha disminuido en relación a años atrás si lo comparamos con lo descrito por Gonzáles en el año 1997 en una serie de 100 pacientes con enfermedad ulcerosa péptica de nuestra misma institución (6), encontró que el 60 % de los casos correspondían a úlceras duodenales, 36 % a úlceras gástricas y 4 % a úlceras del canal pilórico o úlceras de localización tanto gástrica como duodenal. En comparación con esta serie observamos un incremento en la frecuencia de casos de úlcera gástrica que representan el 42 % de casos de nuestra serie. En un estudio realizado en 1991 por Burstein⁽²²⁾ se observó que en nuestra población existe una razón de prevalencia de úlcera duodenal/úlcera gástrica menor, esto debido a que tenemos una prevalencia menor de casos de úlcera duodenal cuando se realiza una comparación con países del primer mundo.

Estos cambios han sido descritos también a nivel mundial. Así por ejemplo el estudio de Xia⁽¹⁷⁾ ha encontrado una disminución de la frecuencia de úlcera duodenal en pacientes dispépticos de 11 % a 8.3 % durante el lapso 1997-2003 y podría estar en relación con el hecho que se viene describiendo desde hace algunos años de una disminución en la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en la población general como consecuencia de una mejora de los niveles de saneamiento e higiene ambiental entre otros factores.

En lo referente a la localización de las úlceras, observamos que en el caso de las úlceras gástricas, éstas se localizaron con mayor frecuencia a nivel de antro, específicamente a nivel de la curvatura menor de antro y a nivel de incisura, estas localizaciones son usualmente descritas como las más frecuentes se cree que la localización de la úlcera en la curvatura menor sobre la mucosa antral, se debe a que en esa área las fibras musculares del estómago se entrecruzan y for-

man una fuerte banda muscular que determinan un intenso esfuerzo cinético, así como al hecho de que esta zona recibe un menor suministro vascular. De las úlceras duodenales el mayor porcentaje estuvo localizado a nivel de bulbo duodenal, específicamente la localización de cara anterior de bulbo duodenal.

En lo referente al tamaño de las úlceras, el tamaño promedio fue algo mayor en los pacientes con úlcera gástrica 11.72 mm que en los pacientes con úlcera duodenal 9.87 mm. Así mismo se observó que la mayoría de úlceras tanto gástricas como duodenales tendían a ser únicas, observándose en el caso de las úlceras gástricas un mayor frecuencia de úlceras múltiples, como se ha mencionado con anterioridad en el caso de úlcera gástrica los AINEs juegan un papel importante y esta descrito que estos tienden a presentar injuria gástrica, bajo la forma de úlceras múltiples. La frecuencia de estas úlceras múltiples en este trabajo de 5.8 % cifra similar a la encontrada por Chu KM quien encontró una frecuencia de 5.7 % de úlceras múltiples en una serie de 1343 pacientes⁽²³⁾.

En nuestro país se ha descrito una alta frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en la población en general, así por ejemplo se ha descrito frecuencias que van de 77-93 % en reportes iniciales⁽¹⁰⁻¹¹⁾. En una serie del Hospital Loayza en 1988 se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en úlcera gástrica activa de 70.9 %, en úlcera gástrica cicatrizada de 81.8 %, en úlcera duodenal activa de 86 % y en úlcera duodenal cicatrizada de 81.8 %⁽¹⁴⁾. En un estudio previo realizado en nuestro hospital entre los años 1997-1998 se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes dispépticos de 75.2 %⁽²⁴⁾.

En el presente estudio encontramos una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica del 65.3 %; en los pacientes con úlcera gástrica la frecuencia fue de 55.4 % y en los pacientes con úlcera duodenal 74.3 %, estas cifras son menores a lo anteriormente señalado y coincide con lo hallado por Ramírez-Ramos⁽²⁵⁾ en una serie de pacientes de nivel socio-económico medio-alto donde observó una disminución de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con gastritis crónica activa de 83.3 % en 1985 a 58.7 % en el 2002; el mismo fenómeno se observó en pacientes con úlcera duodenal en quienes disminuyó de 89.5 % a 71.9 % y en pacientes con úlcera gástrica en quienes disminuyó de 84.8 % a 77.3 % durante el mismo lapso de tiempo, aunque en nuestra serie observamos aún una menor frecuencia de la infección en los casos de úlcera gástrica.

Este fenómeno descrito de menores frecuencias de infección por *Helicobacter pylori* ha sido observado también en otros estudios extranjeros. Jyotheeswaran y col han reportado en Estados Unidos una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera duodenal de 61 %⁽²⁶⁾; Gislason y col encontraron que solo 39 % de pacientes con úlcera duodenal estaban infectados por *Helicobacter pylori*⁽²⁷⁾.

Las causas de este fenómeno se cree son múltiples y se podría correlacionar con mejoras en los sistemas de salubridad, en Lima específicamente esto se ha correlacionado con

un incremento de la clorinación de las aguas de la Atarjea⁽²⁸⁾; otro factor que podría explicar este fenómeno es la generalización del tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori*.

En nuestro medio se ha señalado que este fenómeno parece estar dándose solo en el grupo poblacional perteneciente a los niveles socioeconómicos medio y alto, ya que un estudio reciente realizado en el pueblo joven Las Pampas de San Juan de Miraflores ha encontrado una alta prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* de más del 90 %⁽²⁹⁾; esto difiere de lo encontrado en esta serie ya que la mayoría de los pacientes que acuden a nuestra institución son pacientes provenientes de los niveles socioeconómicos medio y bajo y sin embargo han experimentado una disminución de la infección por *Helicobacter pylori*.

Las menores frecuencias de infección por *Helicobacter pylori* podrían ser objetadas por el hecho de que un porcentaje importante de las endoscopias han sido realizadas por hemorragia digestiva alta, habiendo sido señalado por algunos estudios que esto disminuye la sensibilidad de las pruebas para diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*⁽³⁰⁻³²⁾. Sin embargo nosotros en un estudio previo no encontramos que el rendimiento diagnóstico de la biopsia no se viera afectado por la presencia de HDA⁽³³⁾.

Nuestros hallazgos nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

- Se encontró una prevalencia de úlcera péptica en la población estudiada de 83.09 x 1000 endoscopias
- El tipo de Úlcera más común durante el periodo de estudio fue la Úlcera Duodenal
- En los últimos años la úlcera gástrica es el tipo de úlcera más frecuentemente encontrada
- Las formas más comunes de presentación fueron la hemorragia digestiva alta y dispepsia
- La frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 65.3 % en todas las úlceras pépticas, 74.3 % en úlcera duodenal y 55.4 % en úlcera gástrica.

Contacto: pedromontes25@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. SAAD R, SCHEIMAN J. DIAGNOSIS and management of peptic ulcer disease. *Clinics In Family practice*. 2004;6:569-587
2. ICHIYANAGUI C, LOZANO R, HUAMÁN C, IPARRAGUIRRE H. Enfermedad ulcerosa péptica en pacientes cirróticos. *Rev. Gastroenterol. Perú* 1995;15:15-9
3. RAMÍREZ-RAMOS A, WATANABE-YAMAMOTO A, TAKANO-MORÓN J, GILMAN R, RECAVARREN S et al. Decrease in prevalence of peptic ulcer and gastric adenocarcinoma at the Policlínico Peruano Japonés, Lima, Peru, between the years 1985 and 2002. Analysis of 31,446 patients. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2006;36:139-146
4. MAJUMDAR D, ATHERTON J. PEPTIC ulcers and their complications. *Surgery* 2006;24: 110-114
5. YUAN Y, PAÑOL I, HUNT R. PEPTIC Ulcer Today. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006;3:80-89
6. GONZALES P, MONGE E. Distribución de los Grupos Sanguíneos ABO en los Pacientes con Úlcera Péptica. *An. Fac. Med.* 1997;58:189-91
7. LOGANRP, WALKERM. Epidemiology and diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *BMJ* 2001;323:920-922
8. FRENCK R, CLEMENS J. *Helicobacter* in the developing world. *Microbes Infect* 2003;5:705-713
9. VILAICHONE RK, MAHACHAI V, GRAHAM D. *Helicobacter pylori* diagnosis and management. *Gastroenterol Clin N Am* 2006;35: 229-247
10. The Gastrointestinal Working physiology group. *Helicobacter pylori* and gastritis in peruvian patients: Relationship to socioeconomic level, age and sex. *Am J Gastroenterol* 1990;85:819-823
11. RAMÍREZ-RAMOS A, RECAVARREN S, ARIAS-STELLA J, GILMAN RH, LEON-BARUA R et al. *Helicobacter pylori*, gastritis crónica, úlcera gástrica y úlcera duodenal: Estudió de 1683 pacientes. *Rev Gastroenterol Perú* 1999;19:196-201
12. RAMÍREZ-RAMOS A, GILMAN RH, RECAVARREN S, WATANABE J, MIYAGUI J et al. Contribución al estudió de la epidemiología del *Helicobacter pylori* en el Perú. Análisis de 3005 casos. *Rev Gastroenterol Perú* 1999;19:208-215
13. KLEIN PD, GILMAN RH, LEON-BARUA R, DIAZ F, SMITH EO, et al. The epidemiology of *Helicobacter pylori* in Peruvian children between 6 and 30 months of age. *Am J Gastroenterol.* 1994;89: 2196-2200
14. RAMÍREZ-RAMOS A, GILMAN R, WATANABE-YAMAMOTO J, ROSAS-AGUIRRE A. Estudió de la epidemiología de la infección por el *Helicobacter pylori* en el Perú: 20 años después. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2004;34:69-78
15. GISBERT JP, BLANCO M, MATEOS M, FERNÁNDEZ-SALAZAR M, FERNÁNDEZ-BERMEJO M et al. H. *pylori* – negative duodenal ulcer prevalence and causes in 774 patients. *Dig Dis Sci* 1999;44:2295-2302
16. KAMADA T, HATA J, KUSUNOKI H, SUGIU K, TANIMOTO T. Endoscopic characteristics and *Helicobacter pylori* infection in NSAID-associated gastric ulcers. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:98-102
17. XIA B, XIA H, MA CW, WONG W, FUNG F et al. Trends in the prevalence of peptic ulcer disease and *Helicobacter pylori* infection in family physician referred uninvestigated dyspeptic patients in Hong Kong. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:243-249
18. SINGH V, TRIKHA B, KANWAL C, SINGH K, VAIPHEI K. Epidemiology of *Helicobacter pylori* and peptic ulcer in India. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17:659-665

19. LU CL, CHANG SS, WANG SS, CHANG FY, LEE SD. Silent peptic ulcer disease: frequency, factors leading to silence and implications regarding the pathogenesis of visceral symptoms. *Gastrointest Endosc* 2004;60:34-38
20. POST PN, KUIPERS EJ, MEIJER GA: Declining incidence of peptic ulcer but not of its complications: a nation-wide study in The Netherlands. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:1587-1593
21. LASSEN A, HALLAS J, SCHAFFALITZKY O. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: A population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:945-953
22. BURSTEIN M, MONGE E, LEON-BARUA R, LOZANO R, BERENDSON R et al. Low peptic ulcer and high gastric cancer prevalence in a developing country with a high prevalence of infection by *Helicobacter pylori*. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:154-6
23. CHU KM, KWOK KF, LAW S, WONG KH. Patients with *Helicobacter pylori* positive and negative duodenal ulcers have distinct clinical characteristics. *World J Gastroenterol* 2005;11:3518-3522
24. GONZALES P, DÍAZ J, MONGE E. Grupos ABO como factor de riesgo en la infección por *Helicobacter pylori*. *Rev Gastroenterol Perú* 2000; 20: 370-75
25. RAMÍREZ-RAMOS A, CHINGA-ALAYO E, MENDOZA-REQUENA D, LEEY-CASELLA J, SEGOVIA M et al. Variación de la prevalencia del *Helicobacter pylori* en el Perú Periodo 1985-2002. Nivel Socio-económico medio y alto. *Rev Gastroenterol Perú* 2003;23:92-98
26. JYOTHEESWARAN S, SHAH AN, JIN HO, POTTER GD, ONA FV et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* in peptic ulcer patients in greater Rochester, NY: is empirical triple therapy justified?. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:574-8
27. GISLASON G, EMU B, OKOLO P et al. Where have all the *Helicobacter pylori* gone ? Etiologic factors in patients with duodenal ulcers presenting to a university hospital. *Gastrointest Endosc* 1997;45:263
28. RAMÍREZ A, CHINGA E, MENDOZA R. Variación de la prevalencia del *Helicobacter pylori* y su relación con los niveles de cloro en el agua de la atarjea, Lima, Perú. Periodo 1985-2002. *Rev Gastroenterol Perú*. 2004 ;24: 223-9
29. SOTO G, BAUTISTA C, ROTH D, GILMAN R, VELAPATIÑO B et al. *Helicobacter pylori* reinfection is common in Peruvian adults after antibiotic eradication therapy. *J Infect Dis*. 2003;188:1263-75
30. ZAGARU RM, BAZZOLI. *Helicobacter pylori* testing in patients with peptic ulcer bleeding. *Dig Liver Dis* 2003;35:215-216
31. SCHILLING D, DEMEL A, ADAMEK HE, NUSSE T, WEIDMANN E et al. A negative rapid urease test is unreliable for exclusion of *Helicobacter pylori* infection during acute phase of ulcer bleeding A prospective case control study. *Dig Liver Dis* 2003; 35:217-221
32. AQUINO F, MONTES P, MONGE E. Acute upper-GI bleeding does not decrease the diagnostic yield of gastric biopsies for *Helicobacter pylori* infection. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:889