

Confirmación endoscópica de la gastritis por *Helicobacter pilory* en un centro médico venezolano de diagnóstico integral

Endoscopy confirmation of gastritis due to *Helicobacter pilory* at a medical center of comprehensive diagnosis in Venezuela

MsC. Coralia Enedina Fabra Ricardo ¹ y MsC. Beatriz Ulloa Arias ²

¹ Especialista de I Grado en Gastroenterología. Máster en Medios de Diagnósticos. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo para diagnosticar, mediante endoscopia, la gastritis producida por *Helicobacter pilory* en 50 de 215 pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología del Centro Médico de Diagnóstico Integral del municipio de Achaguas, en el estado venezolano de Apure, desde enero de 2008 hasta igual mes de 2009, a quienes se les indicó un examen serológico para caracterizarles según clasificación endoscópica y topográfica de ese tipo de inflamación estomacal. En la serie se encontró un predominio del trastorno gastroduodenal por la citada bacteria en el sexo femenino y personas jóvenes de 15 a 34 años.

Palabras clave: gastritis, *Helicobacter pilory*, endoscopia, examen serológico, gastroenterología, Venezuela.

ABSTRACT

A descriptive and retrospective study was carried out from January, 2008 to January, 2009 to diagnose, through endoscopy, gastritis condition caused by *Helicobacter pilory* in 50 subjects out of 215 individuals who attended Gastroenterology Department at the Medical Center of Comprehensive Diagnosis from Achaguas municipality, located in Apure state, Venezuela. Those subjects underwent a serological test to characterize them according to endoscopic and topographic classification of that kind of stomach inflammation. A prevalence of that gastroduodenal condition caused by the aforementioned bacteria in female and young persons aged 15–34 years was found in the series.

Key words: gastritis, *Helicobacter pilory*, endoscopy, serological test, gastroenterology, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La gastritis es un proceso inflamatorio de la mucosa del estómago, muy frecuente en el ser humano, en el que se evidencian erosiones de las células superficiales de dicha mucosa, formaciones nodulares y, a veces, hemorragia de la pared gástrica, además de la transformación progresiva de esta a tejido fibroso (cicatricial o inflamatorio crónico).^{1,2}

Esta afección se acompaña por un descenso en la velocidad del vaciado gástrico (experimentado por el paciente como digestiones lentas o pesadas) y de pérdida de peso. Entre las causas más comunes de gastritis figuran: abuso del alcohol, el tabaco y las bebidas excitantes, así como la secreción excesiva de ácido clorhídrico en el jugo gástrico.^{2,3}

Recientemente se ha demostrado que la bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) está presente en la mucosa gástrica hasta en 80 % de los pacientes con gastritis y ha sido identificado como su principal productor.⁴

En 1892, el investigador italiano Giulio Bizzozero, describió una serie de microorganismos espirales que vivían en el ambiente ácido del estómago de los perros.⁵ En investigaciones posteriores (1979), el patólogo australiano Robín Warren, junto con Barry Marshall, aisló una bacteria de las mucosas de estómagos humanos y fue el primero que consiguió cultivarla.⁶⁻⁷

Ya en 2005, Warren y Marshall⁵ fueron galardonados con el Premio Nobel de Medicina por sus trabajos, en los cuales demostraron la función del *H. pylori* en la patogenia de la gastritis y la enfermedad ulcerosa.

Se estima, según datos referidos por la Organización de Naciones Unidas y el Instituto Nacional de Estudios Demográficos Francés, que en la población mundial ya suman casi 6 500 millones de habitantes (60 % de la población) de afectados por *H. pylori*, lo cual provoca una gastritis crónica que evoluciona la mayoría de las veces de forma asintomática, en otros casos se presentan síntomas gastroduodenales inespecíficos.⁸

La infección por *H. pylori* posee una prevalencia a nivel mundial que fluctúa entre 30 y 90 %, lo que depende principalmente del nivel socioeconómico;^{2,3} en países en vías de desarrollo, con déficit en los servicios sanitarios, la infección se adquiere principalmente en la infancia y, aunque su vía de transmisión no es bien conocida, actualmente se plantea como posible la fecal-oral o la que se adquiere a partir de la exposición a instrumentos contaminados (endoscopios y sondas gástricas).⁹

En Venezuela se intentó establecer la seroprevalencia de la infección por esta bacteria en la población y su asociación con trastornos gastroduodenales, mediante la evaluación de la presencia del agente de virulencia asociado a cáncer gástrico (gen *cagA*) y su reacción en cadena de la polimerasa, donde se obtuvo que en adultos sintomáticos, la dicha seroprevalencia varía entre de 68 a 93 %, según el área geográfica estudiada.⁸

En 2003 inició la Misión Barrio Adentro en Venezuela, una experiencia única y novedosa de medicina comunitaria y no excluyente, capaz de llevar a lo más intrincado y pobre de la geografía nacional los servicios médicos que por generaciones habían sido negados a los ciudadanos de menores ingresos. Inicialmente esta iniciativa solo se limitó a la actividad médico-asistencial y a la entrega de medicamentos; sin embargo, hoy día ha crecido en

cantidad y calidad, pues es difícil encontrar un área de salud donde se brinde atención médica y no esté presente un departamento para realizar endoscopias.

Por todo lo anterior, este equipo de trabajo decidió efectuar la presente investigación para mostrar la incidencia de la gastritis producida por *Helicobacter pylori*, mediante la confirmación endoscópica en un centro médico venezolano de diagnóstico integral.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo para diagnosticar, mediante endoscopia, la gastritis producida por *Helicobacter pylori* en 50 pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología del Centro Médico de Diagnóstico Integral del municipio de Achaguas, en el estado venezolano de Apure, desde enero de 2008 hasta igual mes de 2009.

El universo estuvo constituido por 215 pacientes, de los cuales se escogió una muestra de 50, a quienes se les indicó examen serológico.

Se aplicó un formulario, consistente en un interrogatorio a los pacientes, que contenía las principales variables para la investigación: edad, sexo, clasificación endoscópica y topográfica de la gastritis, así como la confirmación del *H. pylori* mediante el test serológico de detección de inmunoglobulina G (IgG). Estos resultados se plasmaron en un acápite de dicho formulario.

Para el procesamiento se utilizaron métodos teóricos (hipotético deductivo, análisis y síntesis) y empíricos. Para calcular los datos se emplearon las frecuencias absolutas y relativas, acordes al diseño de la investigación.

RESULTADOS

En la casuística, 31 pacientes eran del sexo femenino (62,0 %) y 19 del masculino (38, 0 %).

De los diagnóstico de gastritis por vía endoscópica (**tabla 1**), 31 correspondieron a pacientes jóvenes (15-34 años de edad).

Tabla 1. *Pacientes según edad y diagnóstico de gastritis por vía endoscópica*

Grupo edades (en años)	No.	%
15-24	15	30,0
25-34	16	32,0
35-44	9	18,0
45-54	8	16,0
55 y más	2	4,0
Total	50	100,0

Al analizar los resultados de los exámenes serológicos (**tabla 2**), se obtuvo que en más de la mitad de la muestra (28, para 56,0 %) fueron positivos a la bacteria *H. pylori*.

Tabla 2. *Pacientes según resultados del examen serológico*

Resultados del examen serológico	No.	%
Positivo	28	56,0
Negativo	22	44,0
Total	50	100,0

Como se muestra en la **tabla 3**, en la serie se encontró primacía de la gastritis del antro (72 %); también aparecieron, aunque en menor cuantía, otras clasificaciones.

Tabla 3. *Clasificación de la gastritis según localización topográfica*

Clasificación topográfica	No.	%
Gastritis del antro	36	72,0
Gastritis del cuerpo	9	18,0
Pangastritis	5	10,0
Total	50	100,0

Las clasificación endoscópica más común (**tabla 4**), resultó ser la gastritis eritematosa antral (48,0 %), seguida en orden decreciente por la erosiva antral y la pangastritis eritematosa (24 y 10 %, respectivamente).

Tabla 4. *Clasificación endoscópica*

Clasificación endoscópica	No.	%
Gastritis eritematosa antral	24	48,0
Gastritis erosiva antral	12	24,0
Pangastritis eritematosa	5	10,0
Gastritis nodular del cuerpo	9	18,0
Total	50	100,0

DISCUSIÓN

El hecho de que en la casuística primara el sexo femenino, estuvo justificado por el predominio de las mujeres en la muestra, pues son las que se encuentran más expuestas al estrés, a la carga familiar y al bajo nivel socioeconómico; estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en poblaciones similares estudiadas.¹⁰⁻¹³

Por otro lado, el resultado en relación con la edad y la confirmación endoscópica de la gastritis, difiere de lo hallado por Birnie *et al*,¹⁴ quienes encontraron mayor prevalencia según aumentaba la edad.

Del total de pacientes, predominaron aquellos con resultados de los exámenes serológicos positivos a la bacteria *H. pylori*. A los efectos, se estima que la prevalencia oscila entre 30 y 90 % de la población.^{11,15}

Las pruebas de anticuerpos pueden permanecer positivas durante meses después de la erradicación efectiva de la infección, por lo que se recomienda repetirla a los 6 meses de culminada la antibioticoterapia.

En correspondencia con lo anterior, en este estudio, la prueba utilizada presentó una sensibilidad de 93 % y una especificidad de 89,2 %.

Los pacientes infectados por *H. pylori* presentan signos de gastritis crónica que afectan principalmente la zona del antro y pueden extenderse, incluso hacia el cuerpo gástrico en individuos de edad avanzada.^{16,17}

Entre los hallazgos topográficos, la gastritis antral es la más frecuente; al respecto, otros autores también informaron una alta incidencia, debido a que esta parte es la más propensa a la acción del ácido clorhídrico, pues fisiológicamente en ella se asienta la mayoría de las células parietales, responsables de la secreción de este, además de ser la zona donde mayoritariamente se ha aislado el *H. Pylori*.¹⁸

Se observó predominio de la gastritis antral eritematosa, seguida de la gastritis erosiva antral y la pangastritis eritematosa. Algunos autores también manifiestan que la primera de estas es la más común.¹⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Warren JR, Marshall BJ. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet 1983; 1:1273-5.
2. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scibano ML, Berto E, Spinella S, et al. Pattern of biologic and psychologic risk factors for duodenal ulcer. J Clin Gastroenterol 1995; 21(2):110-7.
3. Stamler JS, Osborne JA, Jaraki M, Rabbini LE, Mullins M, Singel D, et al. Adverse vascular effects of homocysteine are modulated by endothelium-derived relaxing factor and related oxides of nitrogen. J Clin Invest 1993; 91:308-18.
4. Warren JR, Marshall BJ. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet 1983; 1:1273-5.
5. Konturek SJ, Konturek PC, Pieniazek P, Bielanski W. Role of *H. pylori* infection in extragastrroduodenal disorders: introductory remarks. J Physiol Pharmacol 1999; 50(5):683-94.
6. Sachs G. Urel regulates the amonia production of H. pylori. Science 2000; 287:482-5.
7. Berger A. Scientists discover how *Helicobacter* survives gastric acid. BMJ 2000; 320:268.

8. Cavazza ME, Correnti M, Ortiz D, Perrone M, Daoud G, Urrestarazu MI, *et al.* Evaluación de los niveles de IgA secretora anti-*Helicobacter pylori* en población infantil venezolana. Rev Soc Ven Microbiol 2005; 25(1). <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-25562005000100005&script=sci_arttext> [consulta: 12 febrero 2011].
9. Jaakimainen RL, Boyle E, Tudiver F. *H. pylori* associated with non-ulcer dyspepsia and will eradication improve symptoms? A meta-analysis. BMJ 1999; 319:1040-4.
10. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scibano ML, Berto E, Spinella S, *et al.* Pattern of biologic and psychologic risk factors for duodenal ulcer. J Clin Gastroenterol 1995; 21: 110-7.
11. Lee A, Dixon MF, Danon SJ, Kuipers E, Megraud F, Larwsson M, *et al.* Local acid production and *H. pylori*: a unifying hypothesis of gastroduodenal disease. Eur J Gastroenterol Hepatol 1995; 7:461-5.
12. Han SW, Evans DG, Zaatari FA, Go MF, Graham DY. The interaction of pH, bile, and *H. pylori* may explain duodenal ulcer. Am J Gastroenterol 1996; 91:1135-7.
13. Misiewicz JJ. The Sydney system: a new classification of gastritis. J Gastroenterol Hepatol 1991; 6(3):207-8.
14. Birnie DH, Holme ER, McKay IC, Hood S, McColl KE, Hillis WS. Association between antibodies to heat shock protein 65 and coronary atherosclerosis. Possible mechanism of action of *H. pylori* and other bacterial infections in increasing cardiovascular risk. Eur Heart J 1998; 19:387-94.
15. Janeway C, Travers P, Walport M, Capra D. Inmunobiología, el sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad. Barcelona: Masson, 2000.
16. Farreras P, Rozman C. Medicina interna. Compendio práctico de patología médica. 13 ed. Madrid: Harcourt-Brace, 1995.
17. Birnie DH, Holme ER, McKay IC, Hood S, McColl KE, Hillis WS. Association between antibodies to heat shock protein 65 and coronary atherosclerosis. Possible mechanism of action of *H. pylori* and other bacterial infections in increasing cardiovascular risk. Eur Heart J 1998; 19(3):387-94.
18. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. NIH Consens Statement 1994; 12(1):1-23.
19. Peñaloza A. Gastritis. Aspectos endoscópicos e histológicos. En Villa Gómez G. Temas de endoscopia digestiva. Río de Janeiro: Editora Revinter, 1997.

Recibido: 2 de junio de 2011

Aprobado: 12 de agosto de 2011

MSc. Coralia Enedina Fabra Ricardo. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.