

Principales diagnósticos clinicoendoscópicos e histológicos en ancianos con afecciones gastroduodenales

Main clinical, endoscopic and histological diagnosis in aged patients with gastric and duodenal disorders

MsC. Yolaine Marrero Suárez,^I MsC. Daysi Martén Marén,^{II} MsC. José Orlando Bosch Castellanos,^{II} MsC. Beatriz Ulloa Arias^{II} y MsC. José Ernesto González De la Paz^{III}

^I Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo de 257 ancianos con afecciones gastroduodenales, según resultados clinicoendoscópicos e histológicos, ingresados en las salas de Medicina Interna y Geriátrica del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el bienio 2010-2011, con vistas a caracterizarles e identificar los principales diagnósticos en ellos. Entre las entidades gastroduodenales predominaron las enfermedades gástricas; asimismo, preponderaron el sexo masculino, el grupo etario de 70-79 años y la gastritis antral como hallazgo endoscópico. Se demostró que en un número elevado de pacientes estaba infectado por *Helicobacter pylori* y que la densidad de colonización ligera se distinguió a medida que progresaba la lesión gástrica.

Palabras clave: anciano, afecciones gastroduodenales, enfermedades gástricas, gastritis antral, *Helicobacter pylori*, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and retrospective study of 257 old men with gastric and duodenal disorders, according to clinical endoscopic and histological results who were admitted in the Internal Medicine and Geriatrics Departments of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba was carried out during the biennium 2010-2011, with the aim of characterizing them and to identify the main diagnosis in them. Among the gastric and duodenal diseases the gastric ones prevailed; also, the male sex, the age group 70-79 years and the antral gastritis as endoscopic finding prevailed. It was demonstrated that a high number of patients were infected by *Helicobacter pylori* and that the density of slight colonization was distinguished as the gastric lesion progressed.

Key words: aged man, gastric and duodenal disorders, gastric diseases, antral gastritis, *Helicobacter pylori*, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Entre las tareas que han de cumplir los profesionales de la Medicina de esta época, resulta de inestimable valor, lograr una atención integral y continua de los adultos mayores, con el propósito universal de mejorar su calidad de vida; término que en el caso de las personas mayores está íntimamente relacionado con su capacidad funcional y satisfacción individual.¹

Según lo expresado en un informe de la Organización de Naciones Unidas, la población anciana ascenderá de 200 millones en 1950 a 1 200 millones para el año 2025 (de 8 a 14 % de la población mundial). En Latinoamérica, también aumentará de 42,1 millones en el 2000 (7,8 % de la población) a 96,6 millones en 2025 (12,7 %).^{1,2}

Cuba es un país con vejez demográfica, y se estima que para el 2025 sea la nación más envejecida de América Latina, con 15,8 % de personas de 60 y más años en el total de su población, lo que denota un aumento en la expectativa de vida, un envejecimiento poblacional y un incremento relativo de las enfermedades asociadas a esta etapa de la vida.

La provincia de Santiago de Cuba terminó el 2011 con 13,9 % ancianos; específicamente el municipio del mismo nombre finalizó ese año con 14,6 %. Esto ocurre, en especial, por la disminución paulatina de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida.

En otro orden de ideas, las enfermedades digestivas son afecciones muy frecuentes en el adulto mayor, debido a la presencia de trastornos que afectan la ingestión, digestión y absorción de los alimentos, así como al metabolismo de las sustancias nutritivas.³

El diagnóstico de las afecciones del tracto digestivo superior en personas de esas edades, mediante la valoración de los hallazgos clinicoendoscópicos y anatomopatológicos, permite determinar las enfermedades cardinales y particulares, con síntomas clínicos inherentes a las peculiaridades de la nutrición en la edad avanzada, directamente relacionada con los defectos bucales, la malabsorción, la reserva insuficiente de vitaminas, la ingestión deficiente de hierro y calcio, y el ingreso excesivo de alimentos.

Así, el diagnóstico de los padecimientos de los ancianos y el tratamiento de estos, figuran entre los objetivos priorizados en los programas ramales del Ministerio de Salud Pública cubano. Existe una marcada preocupación multidisciplinaria y multisectorial hacia la atención al adulto mayor, insertada en el plan de acciones concebido por el Estado para esos fines.

La inflamación crónica del estómago constituye una de las lesiones más controvertidas en la práctica médica, desde los puntos de vista clínico, endoscópico, radiológico e histológico, por lo que año tras año se investiga arduamente para revelar los diferentes mecanismos fisiopatológicos que producen su daño hístico.

A raíz del descubrimiento del papel del *Helicobacter pylori* y su estrecha relación con la gastritis y la úlcera, se han iniciado múltiples estudios en todo el mundo, con el propósito de descubrir el perjuicio que provoca la infección en la mucosa gástrica durante las diferentes etapas de la vida, fundamentalmente en la vejez.⁴

Todos los planteamientos anteriores implican atención, estudio y tratamiento específico para este grupo etario, considerando el grado elevado de diversidad de sus problemas,

así como la marcada necesidad de los servicios de salud que se incrementan exponencialmente, según aumenta la edad y el mayor riesgo, y atendiendo a la escasez de investigaciones que aborden esta temática.

Asimismo, se consideró la insuficiencia de conocimientos acerca de las afecciones gastroduodenales predominantes en adultos mayores, y se centró este estudio en los hallazgos clínicos, endoscópicos y anatomopatológicos particulares, con el fin de mejorar la calidad en la atención médica a estas personas.

MÉTODOS

Se efectuó una investigación descriptiva y retrospectiva de 257 ancianos con afecciones gastroduodenales, según resultados clinicoendoscópicos e histológicos, ingresados en las salas de Medicina Interna y Geriatria del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el bienio 2010-2011, con vistas a caracterizarles e identificar los principales diagnósticos en ellos.

A tales efectos se consideraron como criterios de inclusión: pacientes mayores de 60 años de edad, cualquiera que fuera el sexo o la raza, diagnosticados con afecciones gastroduodenales mediante resultados de hallazgos clínicos, endoscópicos y anatomopatológicos, reflejados en las historias clínicas seleccionadas en el Departamento de Archivo de la institución y en el período antes mencionado. Fueron excluidos los pacientes cuyas historias clínicas no reflejaban toda la información necesaria para el estudio.

El dato primario se introdujo en una planilla confeccionada para ello, y entre las variables de interés figuraron: edad, sexo, hallazgos clínicos, endoscópicos y anatomopatológicos.

Los hallazgos clínicos se relacionaron con algunos factores de riesgo predisponentes de enfermedad gastroduodenal y con las siguientes manifestaciones clínicas:

- Factores de riesgo predisponentes de enfermedad gastroduodenal:
 1. Enfermedades asociadas: hipertensión arterial, insuficiencia renal, cirrosis hepática, familiares con enfermedad gastroduodenal, cardiopatía isquémica, dislipidemias y otras.
 2. Hábitos tóxicos:
 - Café: 3 o más tomas en el día o su equivalente en una toma (aproximado de 3 tazas pequeñas).
 - Alcohol: independientemente de las dosis ingeridas y del tipo de bebida.
 - Tabaco: independientemente de la cantidad de consumo, se recogieron todos los que refirieron la práctica.
 - Drogas: independientemente de las dosis ingeridas y del tipo de drogas utilizadas.
- Síntomas y signos (referidos por el paciente y reflejados en la historia clínica): acidez, disfagia, dispepsias, náuseas, vómitos, pirosis, astenia, anorexia, pérdida de peso, palidez cutánea y de mucosa, epigastralgia, sangrado, tumor palpable, entre otros.

Los hallazgos endoscópicos relacionados fueron: esofagitis, hernia hiatal, gastritis, gastropatías, duodenitis, várices esofágicas, úlceras gástricas, úlceras duodenales, tumores esofágicos, tumores gástricos, divertículos esofágicos, divertículos duodenales, entre otros.

En cuanto a los hallazgos anatomopatológicos, se agruparon de la siguiente forma, según diferenciación histológica:

- Gastritis crónica superficial
- Gastritis crónica atrófica
- Lesiones malignas: adenocarcinoma, linfomas, entre otros.
- Otras lesiones: metaplasia intestinal, pólipos, displasia y folículos linfoides.

Se recogieron los diagnósticos histológicos de las biopsias realizadas y se determinó la presencia de *Helicobacter pylori*:

- Positivo: cuando el resultado de la biopsia de la mucosa gástrica mostró la presencia de la bacteria, con variados grados de densidad de colonización: ligera, moderada y grave.
- Negativo: cuando el informe de la biopsia de la mucosa gástrica no reflejaba la presencia de la bacteria.

RESULTADOS

De acuerdo con los grupos etarios de los ancianos, predominaron las edades de 70-79 años, con 117 pacientes (45,6 %), seguidas de las de 60-69 años, con 80 afectados (31,0 %). Según el sexo, existió un mayor número de varones, con un total de 138, para 53,7 % (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes ancianos según grupo etario y sexo

Grupo etario (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	39	15,1	41	15,9	80	31,2
70-79	53	20,6	64	24,9	117	45,6
80-89	19	7,5	22	8,6	41	15,9
90 y más	8	3,1	11	4,3	19	7,3
Total	119	46,3	138	53,7	257	100,0

Al analizar la manifestación de los síntomas y signos (tabla 2), se observó que todos los afectados presentaban epigastralgia y acidez. Un menor número de pacientes eran aquejados por náuseas y dispepsia, lo cual representó 54,0 y 46,0 %, respectivamente.

Tabla 2. Pacientes ancianos según manifestaciones clínicas de enfermedades gastroduodenales predominantes

Síntomas	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Epigastralgia	138	53,7	119	46,3	257	100,0
Náuseas	75	29,1	64	24,9	139	54,0
Acidez	138	53,7	119	46,3	257	100,0
Dispepsia	60	23,5	58	22,5	118	46,0
Halitosis	25	9,7	33	12,8	58	22,5
Pirosis	21	8,1	27	10,5	48	18,6
Sialorrea	14	5,5	23	8,7	37	13,8

Entre los diagnósticos endoscópicos predominantes (tabla 3), se evidenciaron las afecciones gástricas, con una primacía de la gastritis localizada en el antro (94 pacientes, para 37,1 %), seguida de la pangastritis, con 54, para 21,0 %, y luego de otros diagnósticos, con 51 afectados (10,5 %). Respecto al sexo, existió una prevalencia más o menos similar para ambos; sin embargo, cabe destacar que las féminas representaron el mayor porcentaje de gastritis antral (19,0), en relación con los hombres (18,1 %), y de gastropatías, con 19 ancianas, para 7,0 %.

Tabla 3. Diagnósticos endoscópicos predominantes en ancianos según sexo

Diagnósticos endoscópicos	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Gastritis antral	46	18,1	48	19,0	94	37,1
Pangastritis	29	11,2	25	10,0	54	21,0
Gastropatías	15	5,8	19	7,0	34	12,8
Úlceras gástricas	8	3,1	9	3,5	17	6,8
Pólipos gástricos	5	1,6	7	2,7	12	4,3
Hernia hiatal	8	3,1	3	1,1	11	4,2
Otros	27	10,7	8	3,1	35	13,8
Total	138	53,7	119	46,3	257	100,0

Se halló positividad de *Helicobacter pylori* en 191 pacientes (tabla 4), para 74,3 % del total. El diagnóstico preponderante fue la gastritis crónica en el antro, con 83 ancianos infectados por *Helicobacter pylori*, para 43,5 %, seguida de la pangastritis, con 46 pacientes que también presentaban la bacteria, para 24,1 %.

Tabla 4. Diagnósticos endoscópicos predominantes y positividad de *Helicobacter pylori*

Diagnósticos endoscópicos predominantes	<i>Helicobacter pylori</i>	
	No.	%
Gastritis antral	83	43,5
Pangastritis	46	24,1
Gastropatías	15	5,2
Úlceras gástricas	10	5,2
Pólipos gástricos	10	7,8
Otros	27	14,1
Total	191	74,3

En cuanto al análisis de la densidad de colonización del *Helicobacter pylori* en los 191 pacientes infectados (tabla 5), se obtuvo que 98 presentarían una densidad leve, para 51,3 %, mientras que 73 la poseían moderada (38,2 %), y en 20 la colonización fue grave (10,5 %). Se observó una tendencia hacia la densidad de colonización leve a medida que progresaba la lesión gástrica. Al examinar los hallazgos histológicos, se demostró una mayor frecuencia de la gastritis crónica activa, con 93 afectados, para 49,5 %, seguida del tejido linfoide, con 66 integrantes de la serie (34,5 %), y la atrofia gástrica, con 15, para 8,0 %.

Tabla 5. Asociación entre los diagnósticos histológicos y la densidad de colonización del *Helicobacter pylori*

Positividad de <i>Helicobacter pylori</i>	Densidad del <i>Helicobacter pylori</i>							
	Leve		Moderado		Grave		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Gastritis crónica	60	31,4	23	12,0	10	5,2	93	49,5
Folículos linfoides	20	10,4	42	22,0	6	3,1	66	34,5
Metaplasia	7	3,4	2	1,1	4	2,2	13	7,0
Atrofia	9	5,0	6	3,1			15	8,0
Displasia	2	1,1					2	1,0
Total	98	51,3	73	38,2	20	10,5	191	100,0

DISCUSIÓN

El hecho de que las afecciones gastroduodenales predominara en ancianos de ambos sexos, pudiera justificarse por las alteraciones anatómicas y funcionales que se producen en esta etapa de la vida. Después de los 60 años, en el estómago se origina el adelgazamiento y la pérdida de muchas de las células productoras de ácido y enzimas, lo cual predispone a padecer múltiples enfermedades digestivas.

De acuerdo con la bibliografía revisada,⁵ en el sexo masculino se observan enfermedades digestivas con mayor frecuencia, pues en el estómago del anciano, especialmente de los hombres, hay de 15 a 30 % de aclorhidria.

Los resultados de la casuística respecto a la edad y el sexo, coincidieron con los de otros autores como García González,⁶ quien mostró en su investigación que el grupo etario más afectado fuera el de 70-79 años, con predominio del sexo masculino (65 %).

Según lo expuesto en la literatura médica,⁷ entre los factores de riesgo que favorecen la aparición de la enfermedad gastroduodenal, se encuentran los que guardan relación con los hábitos o las alteraciones frecuentes en estas edades, como el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o salicilatos por períodos extensos, la elevada frecuencia de reflujo duodeno-biliar, cuya acción "detergente" sobre el mucus gástrico disminuye su eficacia de barrera protectora; las alteraciones vasculares y la disminución de la velocidad de recambio de las células epiteliales.

El interrogatorio tiene capital importancia para conocer los síntomas de los pacientes con afecciones digestivas, pues el reflejo de estos en las historias clínicas, prácticamente constituyen la base para la orientación diagnóstica, dado que el valor del examen físico casi siempre resulta nulo.

Por otra parte, existió un predominio del sexo masculino en la totalidad de las manifestaciones; hallazgo que coincidió con lo referido por *Mahadeva et al*⁸ en su estudio, donde las síntomas como la epigastralgia y la acidez preponderaron en 90 % de los afectados ancianos con entidades digestivas.

Las afecciones gástricas primaron sobre las duodenales y las esofágicas, con más afectación en las féminas. Estos resultados concordaron con los estudios similares de *Mbengue et al*,⁹ quienes también demostraron una primacía de las afecciones gástricas en comparación con el resto de las enfermedades del tracto digestivo superior. Según estos investigadores, se confirmó que si la endoscopia se priorizaba en adultos de 60 o

más años de edad, con síntomas digestivos, por cada 100 procedimientos realizados, se lograría detectar una afección gastroduodenal en 80 % de la casuística.

Cabe señalar que la edad avanzada constituye un factor de pronóstico individual de morbilidad y mortalidad por afecciones gástricas. Actualmente, más de 45 % de los pacientes con estas entidades son mayores de 60 años, o viceversa, pues los datos han revelado que las enfermedades del aparato digestivo superior constituyen causas frecuentes de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor. Todo lo anterior se relaciona con el elevado consumo de ácido acetilsalicílico (ASA) y de antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de enfermedades articulares degenerativas, afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otros padecimientos frecuentes en estos pacientes (algunos pueden presentar más de una enfermedad).¹⁰⁻¹²

Los AINES y el ASA, por sus acciones antiinflamatoria, antipirética, analgésica y antiagregante plaquetaria, constituyen medicamentos de amplia difusión en todo el orbe. Así, alrededor de 70 millones de prescripciones de dichos fármacos se realizan cada año en EE.UU. y unos 25 millones en España, con tasas interanuales de crecimiento por encima de 5 %;¹³ en tanto, en Cuba también se sitúan entre los fármacos más prescritos, cuyo uso indiscriminado lleva a un riesgo elevado de aparición de efectos adversos, usualmente los digestivos (gastropatías y úlceras por AINES).

Asimismo, los resultados de esta investigación coincidieron con los de Zambrano Bonilla y Martín de Argila,¹⁴ quienes de un total de 95 pacientes hospitalizados por afecciones gástricas, 32,6 % refirió haber ingerido AINES.

A raíz del descubrimiento del *Helicobacter pylori* y su estrecha relación con la gastritis y la úlcera, se han realizado múltiples estudios en todo el mundo con el propósito de descubrir el daño que provoca la infección en la mucosa gástrica en las diferentes etapas de la vida, fundamentalmente en la vejez. Los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con los de otros estudios mundiales, donde es aceptado que la infección por *Helicobacter pylori* se incrementa con la edad y alcanza niveles entre 40 y 60 % en sujetos asintomáticos y 70 % en pacientes sintomáticos mayores de 50 años con enfermedades gastroduodenales.⁶

Desde los primeros trabajos publicados acerca de la infección por *Helicobacter pylori*, se ha notificado que el antro constituye el área más afectada; desde allí esta bacteria es capaz de desencadenar una respuesta inflamatoria de variada intensidad, que, según su persistencia, puede influir en que la mucosa gástrica sea normal o llegue a estar dañada, como ocurre en la mayoría de los casos.¹⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perlado F. Demencias, envejecimiento y antienviejecimiento. En: Martínez Lage M, Pascual Millán LF. Alzheimer 2007. Recapitulación y perspectivas. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 3-11.
2. Comité Estatal de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. El envejecimiento de la población: Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2010. p. 3-5.
3. Cassel CK. Successful aging How increased life expectancy and medical advances are changing geriatric care. Geriatrics. 2001; 56(1): 35-9.
4. Miwa H, Sakaki N, Sugano K, Sekine H, Higuchi K, Uemura N, et al. Recurrent peptic ulcers in patients following successful *Helicobacter pylori* eradication: a multicenter study of 4940 patients. Helicobacter. 2004. 9(1): 9-16.
5. Yakoob J, Jafri W, Jafri N, Islam M, Abid S, Hamid S, et al. Prevalence of non-*Helicobacter pylori* duodenal ulcer in Karachi, Pakistan. World J Gastroenterol. 2005; 11(23): 3562-5.
6. García González R. Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglo XVI-XXI. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2005. p. 11-34.
7. Pérez-Piqueras J, Vidal Fuentes J. Aparato Digestivo. Revisión e imágenes. Gastroenteropatía por AINES. Madrid: Médica Internacional; 1993.
8. Mahadeva S, Raman MC, Ford AC, Follows M, Axon AT, Goh KL, et al. Prospective comparison of British and South-East Asian patients with dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2005; 21(12): 1483-90.
9. Mbengue M, Seck A, Dia D, Diouf ML, Ka MM, Boye CS, et al. Gastroduodenal peptic ulcer: descriptive study. Dakar Med. 2003; 48(3): 176-80.
10. Zepeda Gómez S. Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Rev Gastroenterol Mex. 2010; 75(Supl. 2): 31-4.

11. Maldonado Urias M, Almeda Valdés P, Lizardi Cervera J, Morán Consuelos MA, García Corona CI. Hemorragia del tubo digestivo alto Experiencia en el hospital Médica Sur. Med Sur. 2008; 15(3): 23-7.
12. Crespo Acebal L, Gil Manrique L, Padrón Sánchez A, Rittoles Navarro A, Villa Valdés M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio de 365 pacientes. Rev Cubana Med Int Emerg. 2002 [citado 22 Jun 2013]; 1(1).
13. Cabrera Romero G, Macedo Peña V. Hemorragia digestiva. Hemorragia digestiva alta [citado 22 Jun 2013].
14. Zambrano Bonilla, Martín de Argila C. Gastritis. En: Boixeda de Miguel D, Gisbert JP, Martín de Aguilá C. Infección por *Helicobacter pylori*. ¿Dónde está el límite? Barcelona: Prodisa; 1996. p. 115-1347.
15. Gutiérrez B, Vidal T, Valmaña CE, Santiesteban N, González N, Leonard I, et al. Primer informe sobre el aislamiento de *Helicobacter pylori* asociado a enfermedades digestivas en Ciudad de la Habana. Vaccimonitor. 2001 [citado 22 Jun 2013]; 10(1).

Recibido: 19 de marzo de 2014.

Aprobado: 15 de mayo de 2014.

Yolaine Marrero Suárez. Policlínico Docente "José Martí Pérez", bloque L, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
yolaine.marrero@medired.scu.sld.cu