



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA

**ANALISIS ETIOLOGICO E HISTOPATOLOGICO
DE LA GASTRITIS VERRUCOSA ACTIVA
EN EL I.G.B.J.**

TUTOR: DR. F. IBARRA

AUTOR: DR. E. VILLARREAL

COCHABAMBA - BOLIVIA
2001

INDICE DE MATERIAS

	Pag
RESUMEN.....	1
MARCO TEÓRICO	2
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO.....	5
PACIENTES Y METODOS	5
RESULTADOS	6
DISCUSIÓN	7
CONCLUSIÓN	9

RESUMEN

En el presente trabajo, se hace un estudio prospectivo, longitudinal, de 73 pacientes llegados al servicio de endoscopia, con diagnóstico endoscópico de gastritis verrucosa activa (gastritis varioliforme), realizado del 1-1-2000 al 15-11-2000.

De un total de 1111 endoscopías altas realizadas en este período, 73 pacientes con diagnóstico endoscópico presuntivo de la afección, fueron corroborados con el hallazgo histopatológico, siendo 28 de sexo masculino con edad media de 48.25 años, y 45 de sexo femenino con edad media de 49.16 años; refiriendo los mismos, como síntomas principales flatulencia, náuseas y vómitos, dolor abdominal y pérdida de peso.

El tiempo de evolución de los síntomas fué variable, de días a dos años, presentando el 100% de los mismos, diagnóstico histológico acorde al criterio básico para el diagnóstico de la afección, como ser la presencia de un infiltrado crónico de tipo linfocitario, observándose una gran y estrecha relación entre el diagnóstico endoscópico de la enfermedad y la presencia de *H. pylori*, siendo la misma del 97.26%.

MARCO TEORICO

A la gastritis verrucosa activa ó gastritis varioliforme, se le cataloga sobre la base de la patogenia y la asociación clínica en el grupo de gastritis erosiva y hemorrágicas IDIOPATICAS. Si bien su presencia es rara en América del Norte, algunos centros Europeos informan gran cantidad de casos, lo que sugiere que factores geográficos ó genéticos son importantes en la patogenia. La descripción original del transtorno fué realizada por Lambert y col. e incluía solo las lesiones típicas en el cuerpo gástrico. Para ratificar este diagnóstico, deben excluirse otras causas de erosiones gástricas con aspecto endoscópico que puede llegar a ser similar, como el uso de AINES y el consumo de alcohol.

El espectro de síntomas informados es amplio, con dolor abdominal indefinido, náuseas y vómitos. Menos comúnmente se encuentra hemorragia digestiva y pérdida de peso. Los síntomas pueden presentar altibajos, sin una relación estricta con la cantidad de las erosiones.

El exámen endoscópico revela nódulos pequeños (en general de menos de un cm de diámetro), ubicados en las crestas de los pliegues gástricos, en especial a nivel del antro, cerca al píloro, muchos de ellos, o todos, presentan umbilicación central, algunos con una base blanca.

Las tomas biópsicas muestran aspectos de hiperplasia de las criptas, siendo no obstante la lesión característica una GASTRITIS LINFOCITICA. *H. pylori* se halla presente en la gran mayoría de los casos, siendo aparentemente importante en su patogenia. Por otra parte, se observan altos títulos de IgG anti-*H. pylori* en algunos pacientes con esta afección, y un infiltrado de células mononucleares (sobre todo linfocitos T), predominantemente en el epitelio de la superficie y las criptas. Este tipo de gastritis presenta un patrón histológico que recuerda a la enfermedad celiaca, lo que se interpreta como una respuesta anormal a la presencia de un antígeno determinado. Se ignora la naturaleza del antígeno, aunque el *H. pylori* ha sido propuesto como candidato. Representando así la gastritis verrucosa una respuesta inmune local a tales antígenos, aunque interviniendo otros factores, entre los que pueden contarse la edad de inicio y la duración de la infección, el tipo de cepa bacteriana y el estado inmune del huésped.

Se ha sugerido entonces la presencia de un factor antigénico, unido por receptores específicos en la célula epitelial, pudiendo ser dicho factor antigénico el *H. pylori*, apoyándose especialmente en la elevada frecuencia (92%) de asociación de la bacteria con estas lesiones.

En cuanto al pronóstico, algunos pacientes tienen aparentes remisiones en meses, mientras que en otros, la condición persiste durante años. No se ha hallado un tratamiento uniformemente establecido eficaz. Diversas terapias han sido empleadas, siendo las de más actualidad el uso de corticoides y cromoglicato, claro está junto con el tratamiento erradicador.

INTRODUCCION

La gastritis verrucosa activa, también llamada gastritis varioliforme ó gastritis erosiva crónica, como su nombre lo indica, es un tipo de gastritis erosiva IDIOPATICA, que se caracteriza por erosiones gástricas múltiples distintivas y recurrentes en las crestas de diminutas protuberancias en antro y cuerpo gástrico.

Los criterios que se emplean para su diagnóstico son: 1) La presencia de varios nódulos pequeños (en general de menos de 1 cm de diámetro), ubicados en las crestas de los pliegues gástricos, con depresiones ó erosiones centrales, algunos cubiertos de fibrina. 2) El compromiso del cuerpo, el antro ó ambos. 3) La evidencia histológica de una gastritis LINFOCITICA.

El exámen endoscópico de estas lesiones, revela la presencia de varios nódulos pequeños, de menos de un centímetro de diámetro, ubicados en las crestas de los pliegues gástricos, en especial a nivel del antro cerca al píloro. Muchos de ellos ó todos con umbilicación central, algunos con una base blanca.

Las biopsias muestran aspecto de hiperplasia de las criptas, siendo no obstante la lesión característica una GASTRITIS LINFOCITICA, caracterizada por infiltrados de células mononucleares (sobre todo linfocitos T), predominantemente en el epitelio de la superficie y las criptas, en la cual el H. pylori se halla presente en la gran mayoría de los casos, siendo aparentemente importante en su patogenia.