



10 DE JUNIO DE 2020

“ENFERMEDADES GÁSTRICAS”

FISIOPATOLOGÍA – DR. EDUARDO ZEBADUA

OSCAR ADALBERTO ZEBADUA LÓPEZ

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

2do. Semestre en Medicina Humana



1. Dispepsia Funcional.

- Se define como la sensación molesta, un dolor o ardor que se origina en el tracto gastrointestinal superior, en ausencia de cualquier causa estructural.
- Entre los factores de riesgo se encuentran:
 - a) Ser de sexo femenino
 - b) Edad avanzada
 - c) Fármacos
 - d) Fumar
 - e) Ansiedad o depresión
 - f) Obesidad
- En sí, no tienen un mecanismo fisiopatológico conocido. Se cree que, en pacientes con los siguientes aspectos serían los causantes de los síntomas. En función de los síntomas predominantes los mecanismos patogénicos serían diferentes:

Factores psicosociales. Existe una relación bidireccional entre la dispepsia funcional y los trastornos psiquiátricos pudiendo influenciarse mutuamente, ya que los síntomas pueden verse influenciados por la cognición y las emociones, y la existencia de síntomas puede empeorar los síntomas psiquiátricos de base debido al malestar que generan.

Factores inflamatorios gástricos. principalmente la infección por *Helicobacter pylori*.

Factores inflamatorios duodenales. infecciones por virus, bacterias, alergias alimentarias, tabaco, exposición al ácido gástrico,

El reflujo gastroesofágico. tanto de ácido como de sales biliares es otro factor relacionado con la patogénesis de la dispepsia funcional.

Hipersensibilidad visceral. tanto a la distensión gástrica como una anómala percepción al ácido normal del estómago y duodeno.

Trastornos de la motilidad gastrointestinal. incluyen una relajación fúndica reducida, un vaciamiento gástrico lento, disritmias gástricas con actividad mioeléctrica anormal, hipomotilidad y sobredistensión antral y dismotilidad del intestino delgado.

- Para diagnosticar, se necesita de análisis de sangre, pruebas de detección bacteriana y endoscopia.
- En cuanto al tratamiento, dado que en esta patología es difícil definir la causa hay que probar diferentes tratamientos hasta dar claramente con una mejora de los síntomas. Por este motivo el tratamiento siempre debe ser individualizado y basándose en la gravedad de los síntomas. Y puede ir desde cuidados en la alimentación hasta fármacos (procinéticos).

2. Enfermedad ácido péptica.

- Es un conjunto de padecimientos del aparato digestivo, en la cual la sobreproducción de **ácido** y pepsina producen inflamación.
- Entre los factores de riesgo, las personas que se medican con a un largo plazo como aspirina e ibuprofeno, o están infectadas por la bacteria H. pylori son más propensas a desarrollar úlceras pépticas.
- Dependiendo de los factores protectores y de los factores agresores, tiende o no a desequilibrarse a favor o en contra del desarrollo de la enfermedad ácido péptica. Dichos factores son los siguientes:
 - a) **Factores pre-epiteliales:** Capa de moco, que sirve para aislar la mucosa gástrica del ácido; bicarbonato.
 - b) **Factores epiteliales:** - Capa de fosfolípidos de la membrana celular; rápido recambio celular.
 - c) **Factores sub-epiteliales:** - Angiogénesis que mantiene viable la mucosa gástrica y duodenal; microcirculación; prostaglandinas y factores de crecimiento.

Sin embargo, ninguno de estos factores se ha podido relacionar como unicausales, sino que, en definitiva, son el conjunto de agentes causales reunidos en determinado paciente lo que permiten el desarrollo de la EAP.

- **Cuadro clínico:** Dolor abdominal urente, de localización epigástrica, con o sin reflejo a hipocondrio derecho o izquierdo e irradiación a región dorsal en la mayoría de oportunidades. En la úlcera gástrica, el dolor es desencadenado por las comidas, mientras que en la duodenal, la molestia se mejora con la ingestión de alimentos para reaparecer 90 minutos a tres horas después.
- **Diagnóstico:** Pruebas laboratoriales, radiografía de tórax y endoscopia.
- **Tratamiento:** Dieta controlada y medicamentos para disminuir la producción de ácido estomacal (antiácidos). Si una bacteria es la causa, es posible que se necesiten antibióticos.

3. Síndrome de Zollinger-Ellison.

- Es una afección en la cual el cuerpo produce una cantidad excesiva de la hormona gastrina.
- Entre los factores de riesgo están que el paciente o sus familiares padezcan NEM 1, antecedentes de trastornos endócrinos y úlceras pépticas recurrentes.
- Fisiopatológicamente, son consecuencia, fundamentalmente, de la hipersecreción ácida gástrica resultante de la hipergastrinemia. caracterizado por un estado de hipergastrinemia, constituye un modelo clinicobiológico valioso que ha permitido conocer el comportamiento biológico de una gran parte de los tumores neuroendocrinos pancreáticos y estudiar las consecuencias de la hipergastrinemia mantenida sobre el tubo digestivo, que se manifiesta fundamentalmente por una hipertrofia de los pliegues gástricos y una hipersecreción ácida permanente que determina una enfermedad ulcerosa péptica rebelde al tratamiento convencional con antisecretorios. Si bien la acción trófica de la gastrina es muy marcada sobre la mucosa gástrica, también puede ser de relieve en la mucosa de intestino delgado o colon, habiéndose postulado un mayor riesgo de carcinoma gástrico en sujetos con hipergastrinemia mantenida.
- **Cuadro clínico:** En varios casos se producen síntomas similares a los de una úlcera o a los de la ERGE. Los síntomas pueden incluir dolor abdominal, acidez, náuseas o vómitos, fatiga, diarrea, pérdida de peso, sangre en el vómito o en las heces.
- **Diagnóstico:** Cuestionar síntomas y antecedentes clínicos, análisis de sangre, endoscopia digestiva alta, resonancia magnética, tomografía abdominal, ecografía abdominal, gammagrafía de receptores de somatostatina, angiografía.
- **Tratamiento:** Extirpación quirúrgica del tumor, Bomba de inhibidores de protones, Bloqueadores H₂, Análogos de somatostatina para controlar el crecimiento del tumor.

4. Cáncer gástrico.

- Se refiere, generalmente a la neoplasia más frecuente en pacientes del tubo digestivo.
- Los **factores** de riesgo son la alimentación alta en alimentos ahumados y salados, baja en frutas o verduras, y claro, antecedentes familiares de **cáncer** de estómago.
- La evolución de un tejido hacia la malignidad implica varias etapas. La primera evidencia visible de transformación neoplásica es la displasia, un estado en el que las células epiteliales muestran alteraciones de tamaño, forma y organización. La displasia es una reacción común de los tejidos a la inflamación crónica o a la exposición de toxinas o irritantes ambientales. El grado de desviación de la estructura normal de las células y tejidos definen la displasia como leve, moderada, o severa. Las células displásicas mantienen cierto grado de control sobre la proliferación celular, por lo que es generalmente reversible una vez retirado el factor inductor. Sin embargo la displasia grave se acompaña de evolución hacia carcinoma cuando no se interviene, y muy raramente tiene regresión hacia un tipo histológico menor y progresa hacia adenocarcinoma en 75% de los casos en el transcurso de 18 meses.
- **Cuadro clínico:** Puede ser asintomático o con síntomas (indigestión, pérdida de peso, dolor abdominal en la parte superior, cambios de ritmo intestinal, pérdida de apetito y hemorragia digestiva).
- **Diagnóstico:** Análisis de sangre, las pruebas de imagen, la endoscopia digestiva alta con o sin ecografía endoscópica y el estudio anatomopatológico.
- **Tratamiento:** Resección endoscópica de la mucosa, la cirugía, la quimioterapia/anticuerpos monoclonales y la radioterapia aunque, en algunos pacientes, el tratamiento será exclusivamente sintomático dirigido a mejorar la calidad de vida y el control de los síntomas.

5. Linfoma gástrico MALT.

- Es una variante del **linfoma** maligno no Hodgkin que afecta a las células B y que se desarrolla a expensas del tejido linfoide asociado a las membranas mucosas, aunque también ocurre, más raramente, en los ganglios linfáticos. Es el acrónimo de "tejido linfoide asociado a mucosas"
- **Entre los factores de riesgo** están la edad avanzada, predisposición en el sexo masculino, exposición o ingesta de fármacos, químicos, radiación, personas inmunodeprimidas, enfermedades auto inmunitarias e infecciones que atacan a los linfocitos.
- Los linfomas gástricos derivados de linfocitos tipo B se dividen en dos tipos: aquel tipo MALT el cual corresponde a un 50% de los linfomas gástricos y el difuso de células grandes B. El linfoma de la zona marginal (usualmente llamado MALT) es típicamente una neoplasia de bajo grado (50%), caracterizado por un infiltrado linfoideo denso compuesto de pequeños linfocitos que invaden y destruyen las glándulas gástricas, de manera que se crea una lesión "linfoepitelial", la cual es patognomónica del linfoma. Debido a que la submucosa gástrica no contiene tejido linfoide en condiciones normales, se ha planteado que el desarrollo de tejido linfoide semejante a las placas de Peyer en el intestino delgado ocurre en respuesta a la infección con *H. pylori*. La mayor parte de las observaciones acuerdan una relación causal entre la infección crónica con *H. pylori* y el desarrollo de linfoma. Al igual que se ha descrito en pacientes con adenocarcinoma gástrico, en regiones geográficas con una alta prevalencia de *H.pylori* también se ha reportado una alta incidencia de linfoma gástrico. La infección con este microorganismo se ha notado que precede el desarrollo del linfoma tipo MALT. De esta manera la infección por algunas cepas de *H.pylori* en pacientes con predisposiciones previas desencadena el desarrollo de linfoma gástrico debido a una compleja interacción entre la cepa específica del microorganismo y el huésped.
- **Cuadro clínico:** Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas (dispepsia, náuseas y vómitos, anorexia, pérdida de peso, etc.), y son similares a las de muchas otras patologías digestivas, como la úlcera péptica u otros tipos de tumores gástricos. En ocasiones, se pueden producir complicaciones, como una hemorragia digestiva o, mucho más raramente, una perforación gástrica.
- **Diagnóstico:** Análisis bioquímicos, endoscopia y biopsia de médula ósea.
- **Tratamiento:** En los casos con afectación gástrica localizada debida a *H. pylori*, el tratamiento con antibióticos permite con frecuencia lograr la remisión del linfoma. En los otros casos es necesario recurrir a la quimioterapia. El linfoma MALT conjuntival se trata con interferón alpha-2a.