

Gastritis, ulcera péptica y cáncer de estomago

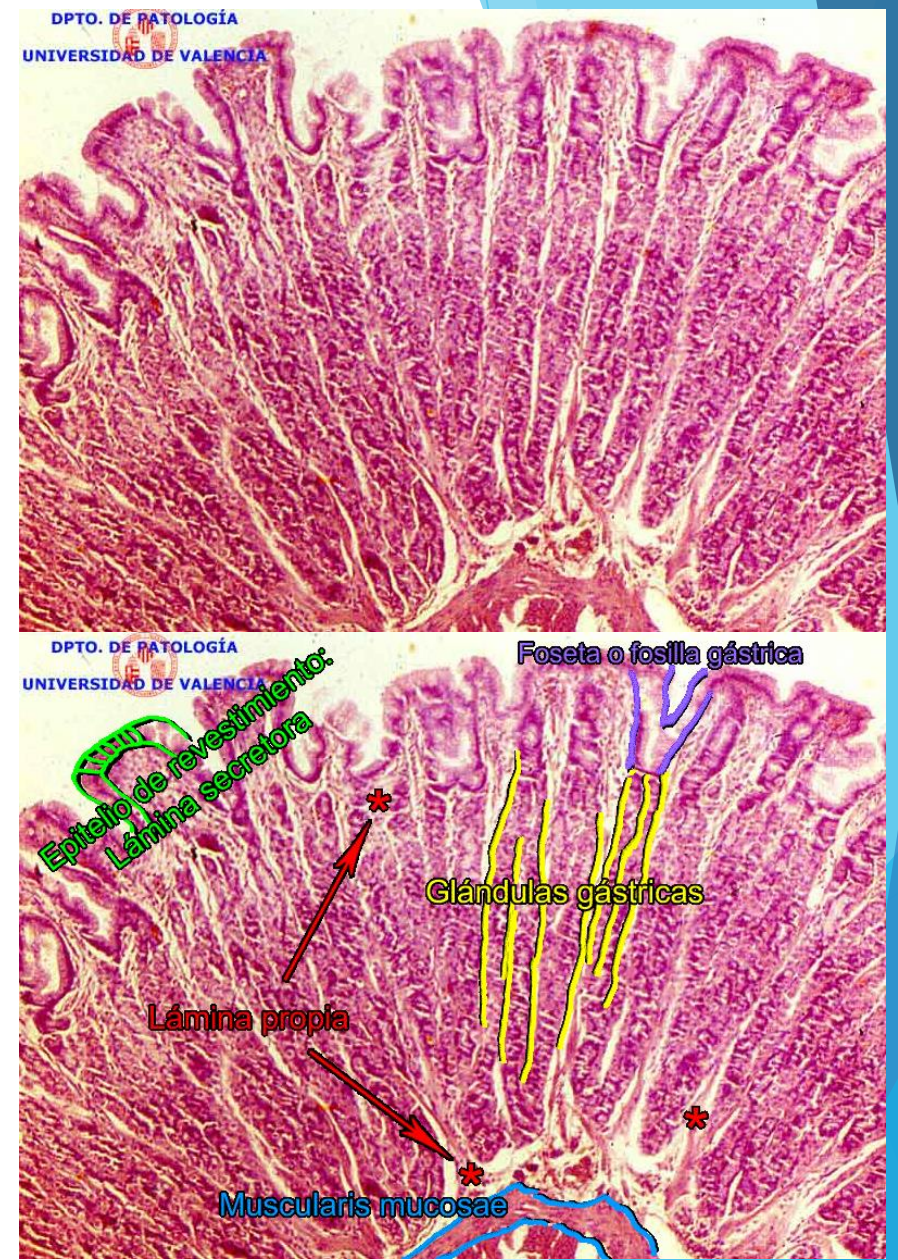
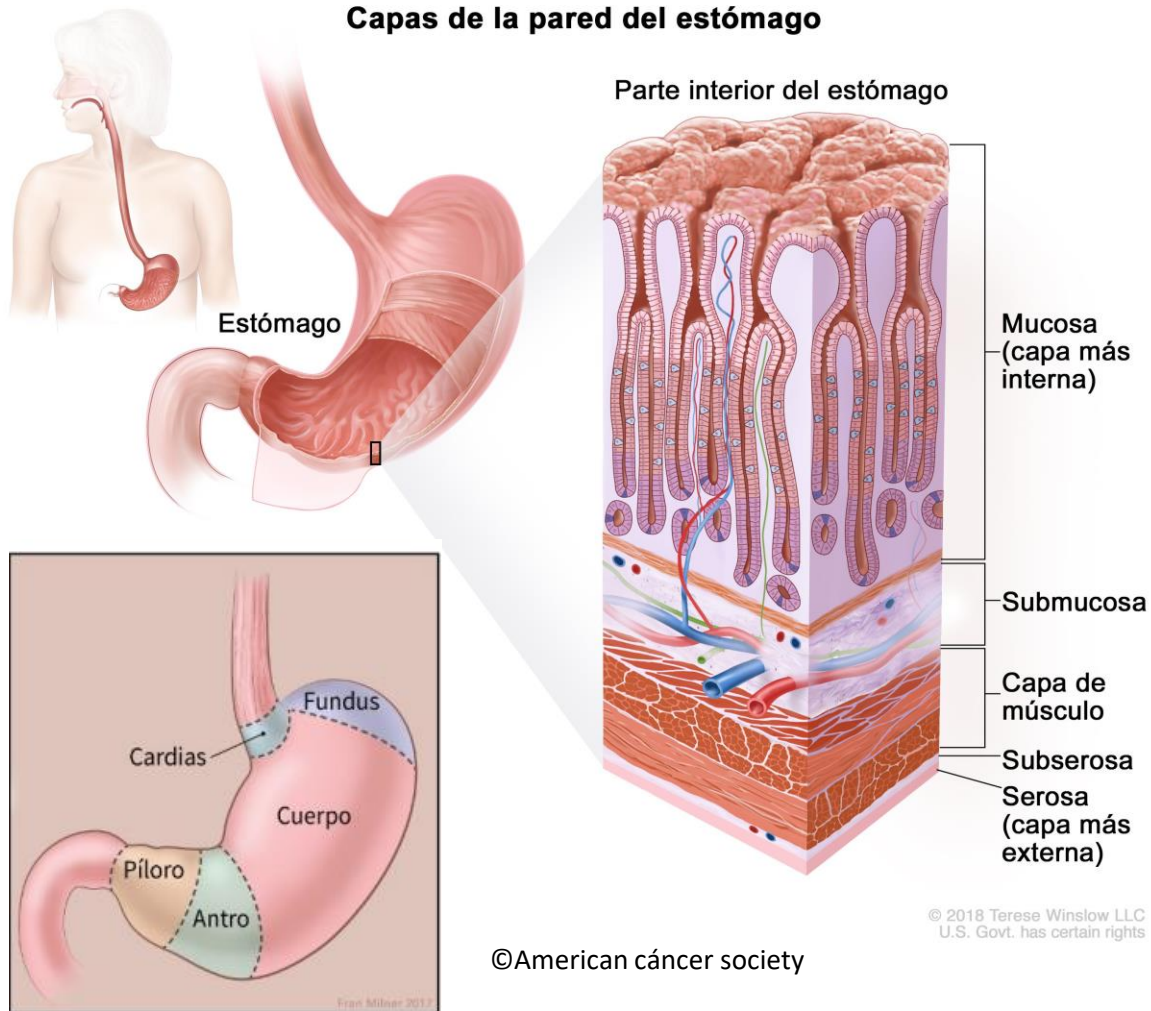
Diego Campillo González

Aritz Diez Gil

Angela Villanueva Martínez

Arquitectura del estómago

Capas de la pared del estómago



Departamento patología. Universidad de Valencia
(uv.es/histomed/practicas/11-digestivo/11-digestivo.htm)

Gastritis

Definición: inflamación microscópica del estómago con daño mucoso

Gastropatía

daño de la mucosa gástrica
pero sin inflamación
microscópica

Etiología

Factores exógenos

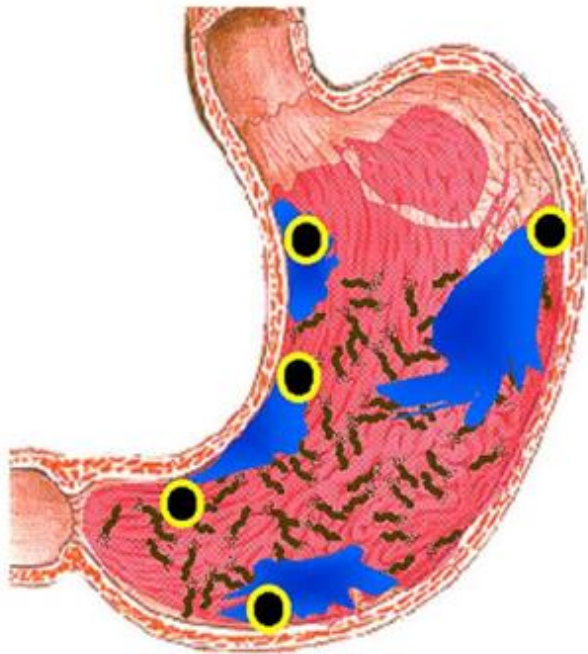
- Infecciones (*Helicobacter pylori*)
- AINES (Fármacos Antiinflamatorios No Esteroides)
- Irritantes gástricos
- Drogas
- Radiación

Factores endógenos

- Ácido gástrico y pepsina
- Bilis
- Jugo pancreático
- Urea
- Inmunes

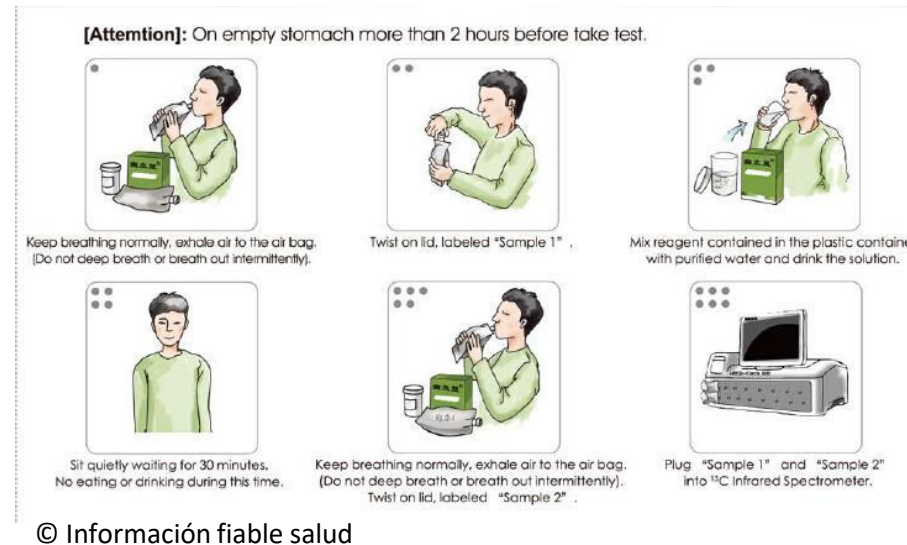
Diagnóstico

Biopsias



Sanz Anquela JM. et al. 2005. Patología gástrica: lesiones precursoras de cáncer gástrico

Pruebas de laboratorio



No invasivas, orientadas a la detección de *H.pylori*:

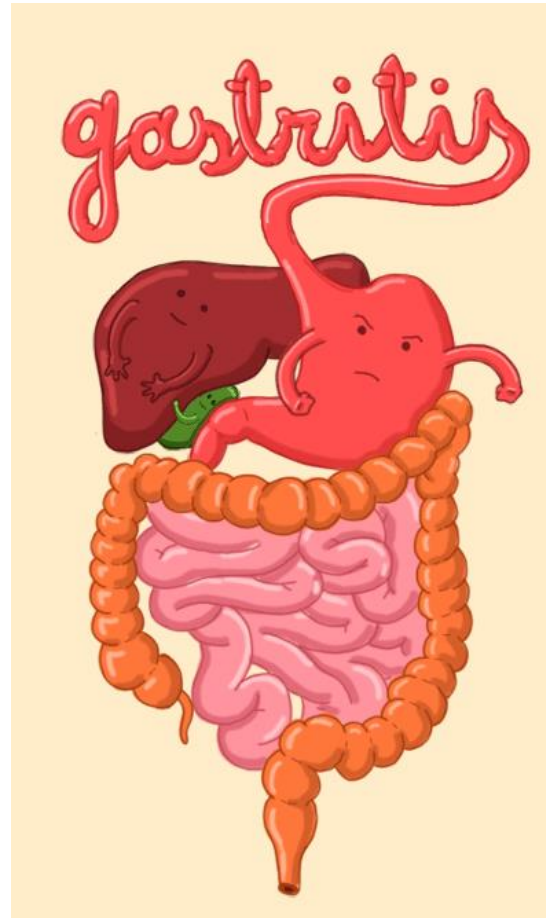
- Serología
- Antígenos en heces
- Prueba del aliento con isótopo de C
- Determinación anti-factor intrínseco, anti-células parietales y anti-pylori junto con valores de gastrina

Clasificación

Tradicional

Criterios histológicos, etiológicos, evolutivos y fisiopatológico:

- **Aguda:** corto plazo, infiltración de neutrófilos
- **Crónica:** largo plazo, infiltración de linfocitos, macrófagos y células plasmáticas.



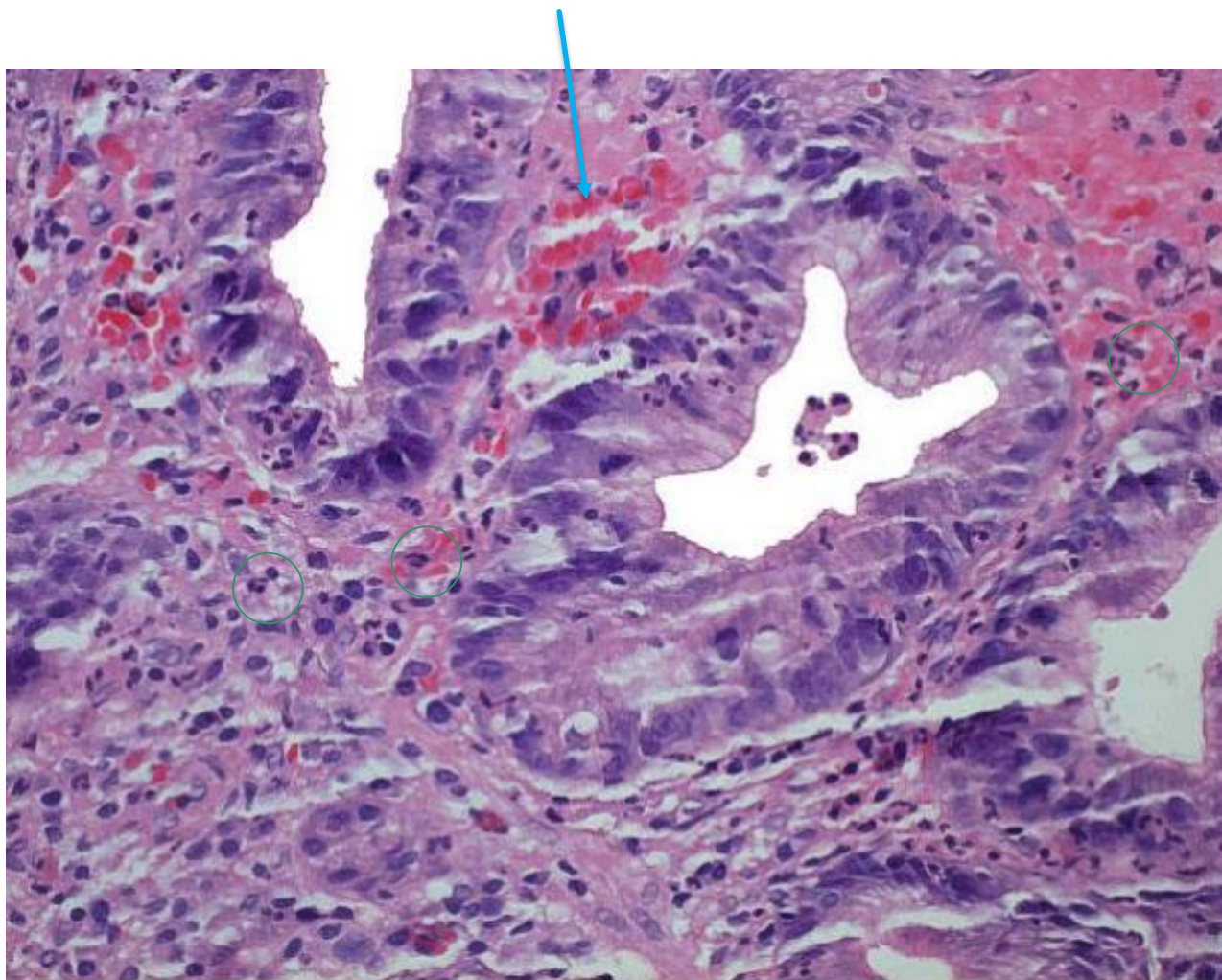
©Giphy

Sistema de Sidney

Correlaciona hallazgos endoscópicos e histológicos:

- Densidad de *H. pylori*
- Grado de infiltración de neutrófilos y células mononucleares
- Daño epitelial
- Atrofia
- Presencia de folículos linfoides

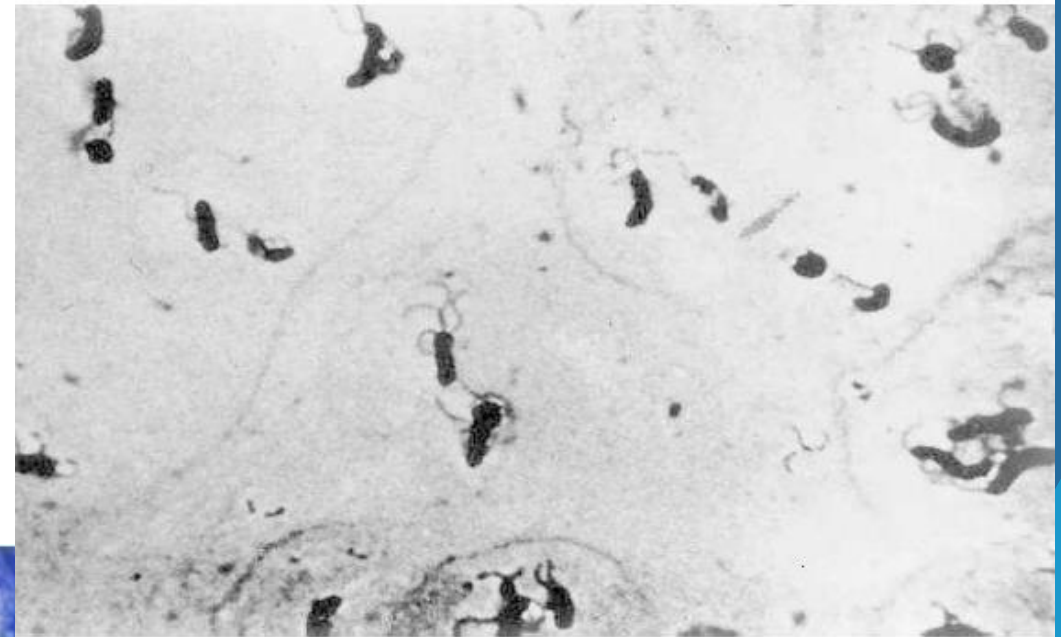
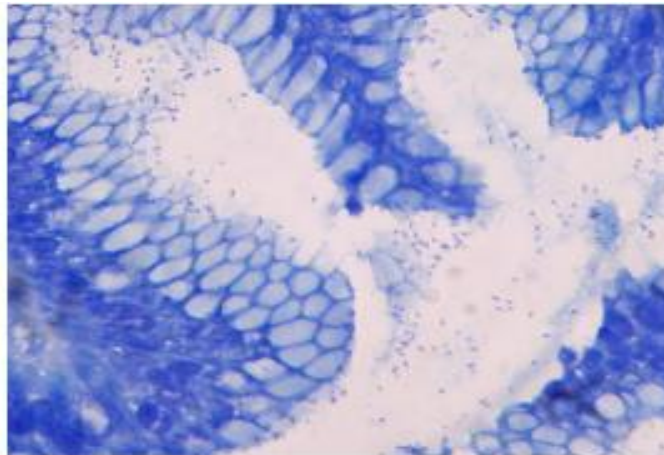
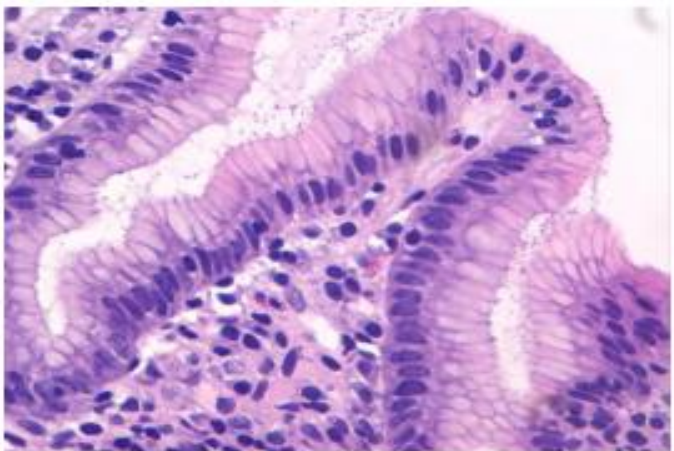
Gastritis aguda



- En el 20% de los pacientes la gastritis se resolvería espontáneamente
- En el 80% restante se desarrolla gastritis crónica
- Infiltrado inflamatorio de **neutrófilos** principalmente
- Puede acompañarse de hemorragia mucosa

Gastritis crónica causada por *Helicobacter pylori*

1. Afectación antral con mínima infección al cuerpo
2. Se pierden células G y células parietales
3. Atrofia + metaplasia intestinal
4. Dispersión de *H.pilory* y gran afectación al cuerpo
5. Daño progresivo que puede llevar a desarrollar úlceras

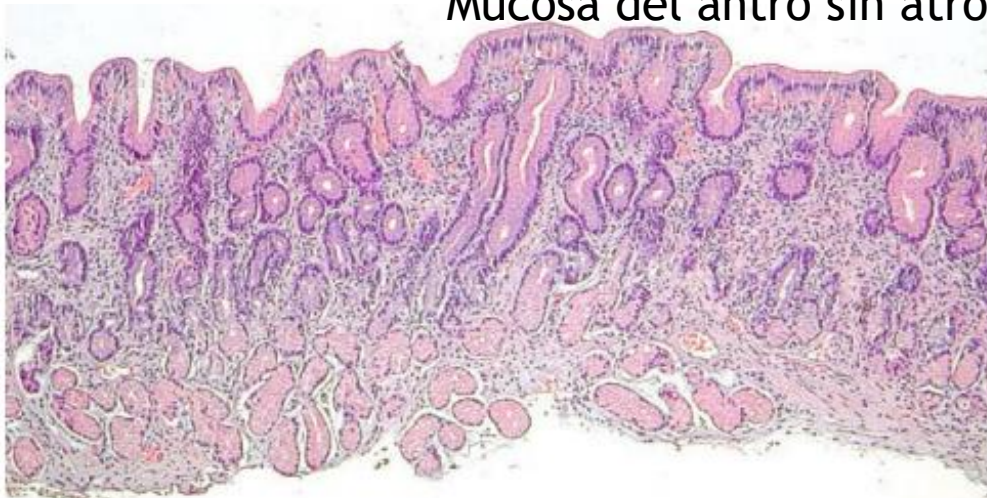


Helicobacter pylori

Gastritis crónica causada por *Helicobacter pylori*

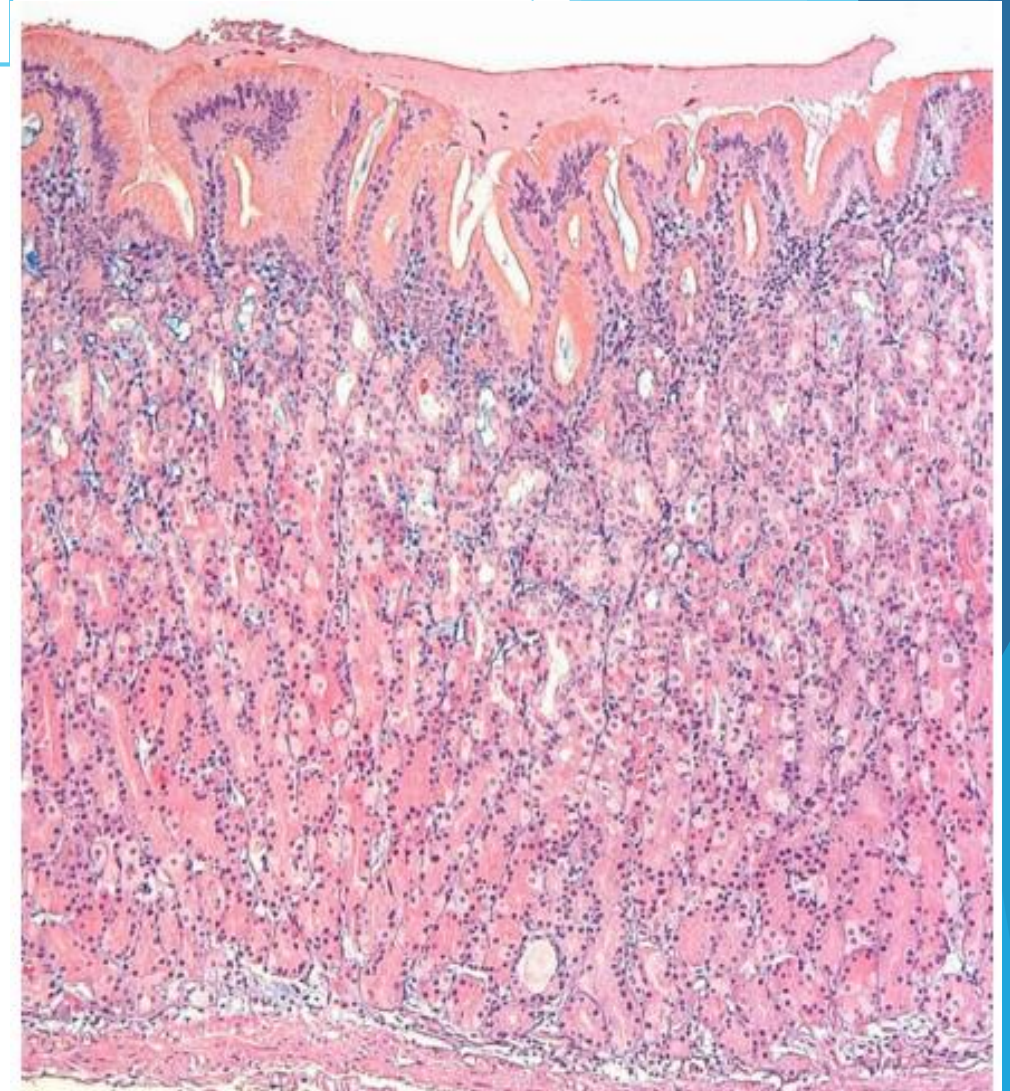
1. Afectación antral con mínima infección al cuerpo
2. **Se pierden células G y células parietales**
3. Atrofia + metaplasia intestinal
4. Dispersión de *H.pilory* y *gran afectación al cuerpo*
5. Daño progresivo que puede llevar a desarrollar úlceras

Mucosa del antro sin atrofia



Sanz Anquela JM. et al. 2005. Patología gástrica: lesiones precursoras de cáncer gástrico

Mucosa del cuerpo sin atrofia

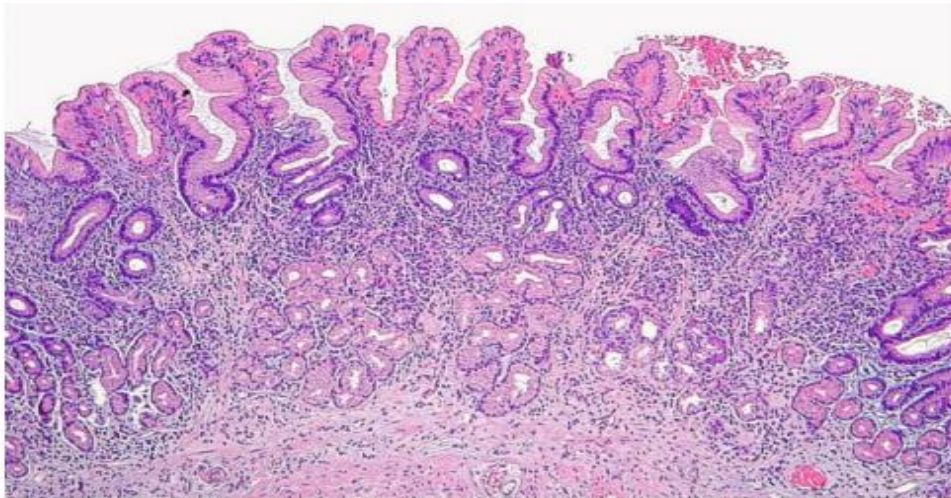


Sanz Anquela JM. et al. 2005. Patología gástrica: lesiones precursoras de cáncer gástrico

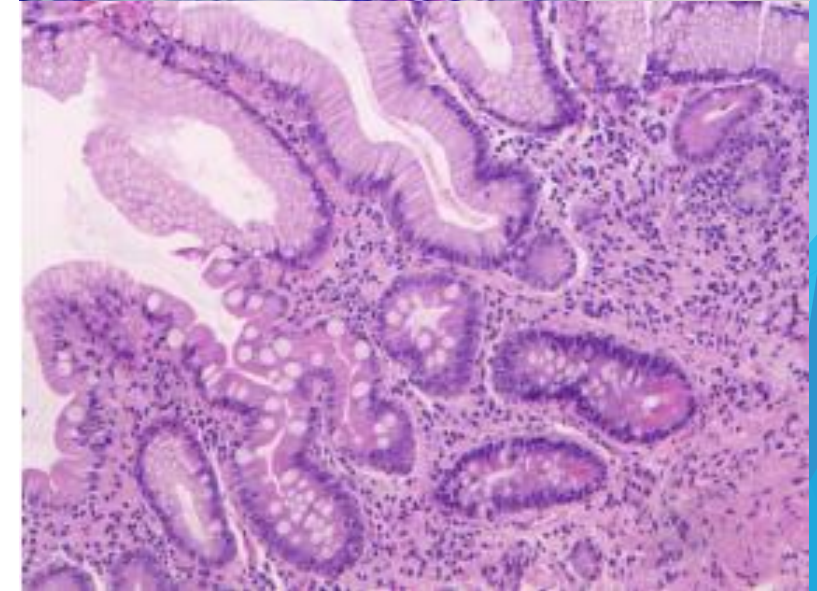
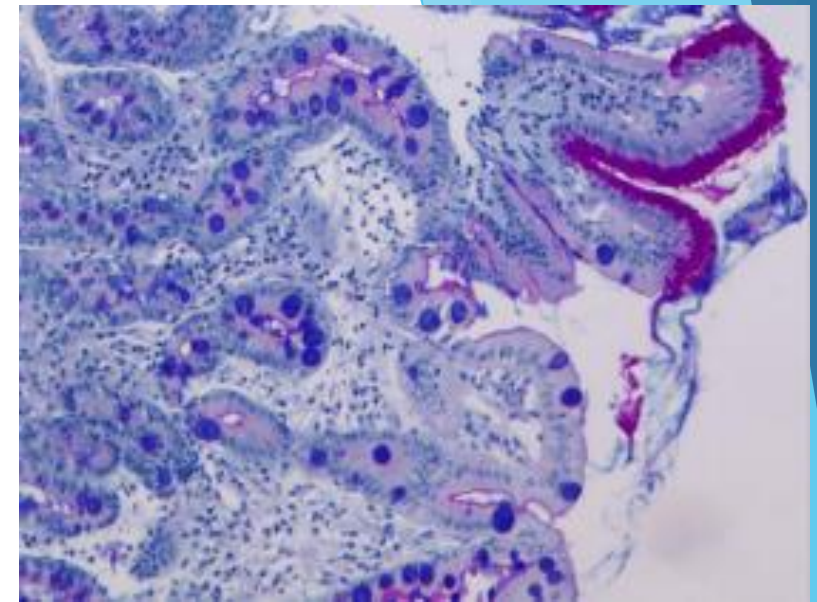
Gastritis crónica causada por *Helicobacter pylori*

1. Afectación antral con mínima infección al cuerpo
2. Se pierden células G y células parietales
3. **Atrofia + metaplasia intestinal**
4. Dispersión de *H.pilory* y gran afectación al cuerpo
5. Daño progresivo que puede llevar a desarrollar úlceras

Atrofia no metaplásica antral



Sanz Anquela JM. et al. 2005. Patología gástrica: lesiones precursoras de cáncer gástrico

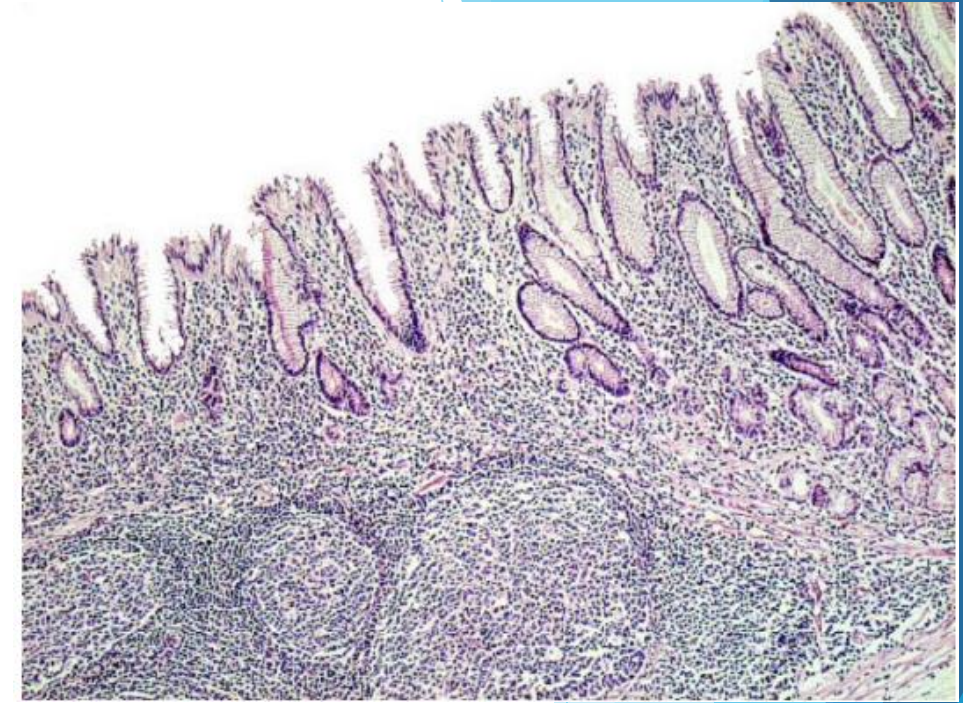
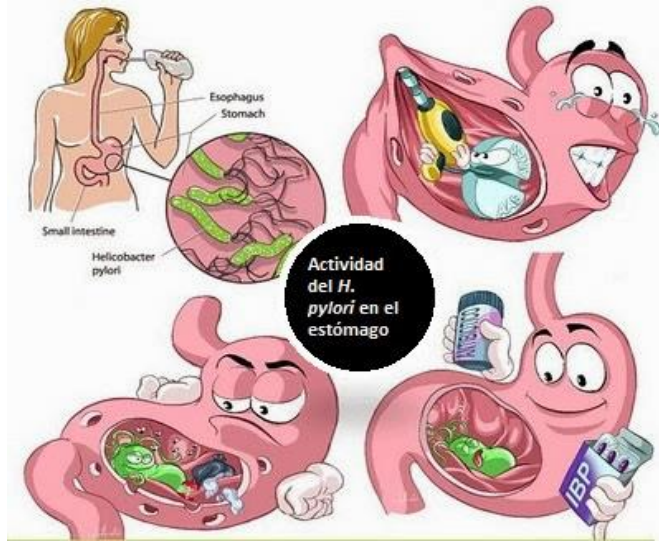


Metaplasia intestinal completa

Maria Luisa Pardo Lopez. 2016. Historia natural de la gastritis crónica. Factores que modulan su evolución. Estudio de una cohorte de 478 pacientes con seguimiento de 12 años, en la provincia de Soria. TESIS

Gastritis crónica causada por *Helicobacter pylori*

1. Afectación antral con mínima infección al cuerpo
2. Se pierden células G y células parietales
3. Atrofia + metaplasia intestinal
4. **Dispersión de *H.pylori* y gran afectación al cuerpo**
5. Daño progresivo que puede llevar a desarrollar úlceras, adenocarcinomas o linfomas.

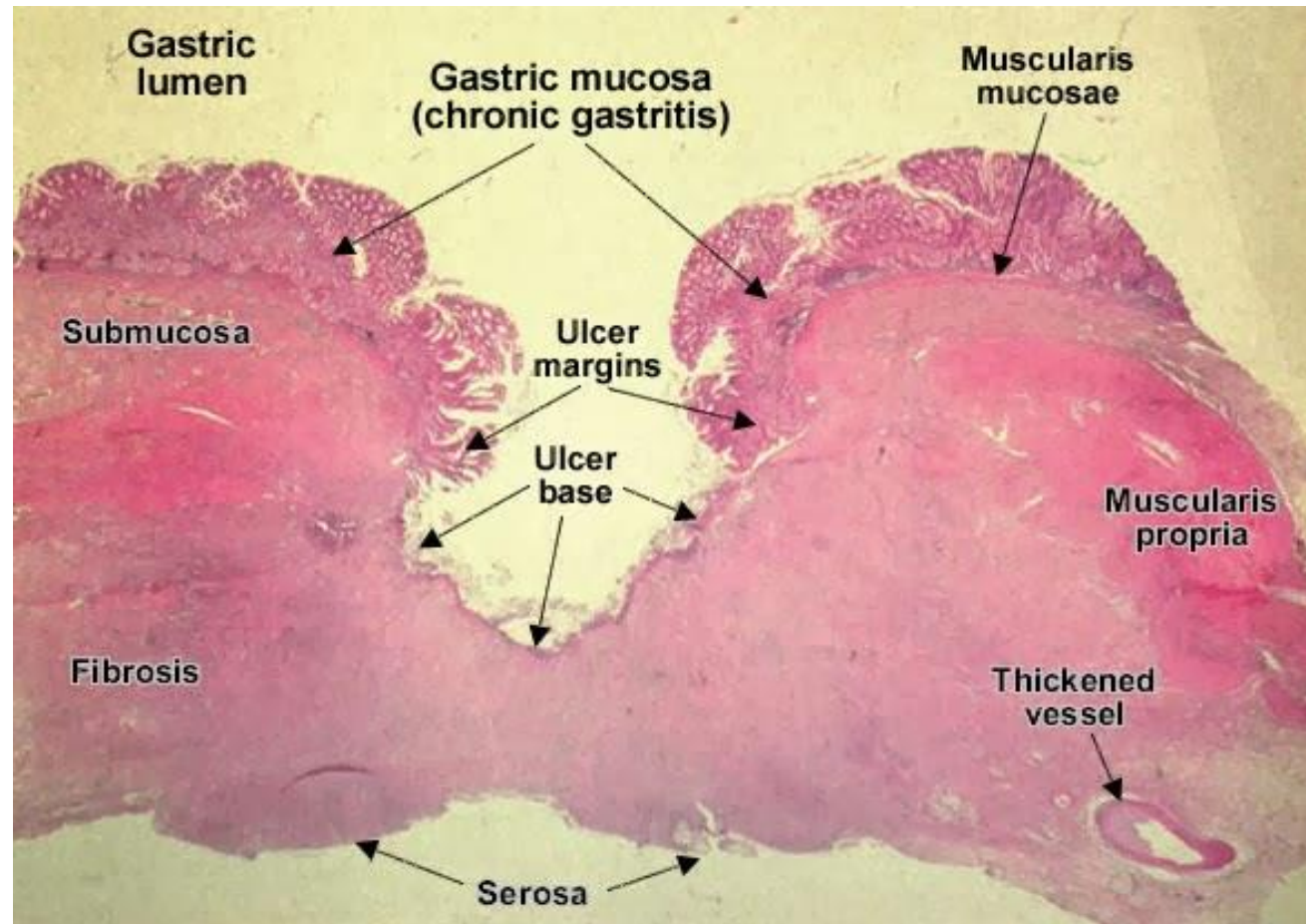


Sanz Anquela JM. et al. 2005. Patología gástrica: lesiones precursoras de cáncer gástrico

Tratamiento

MEDIDAS TERAPÉUTICAS GENERALES	MEDIDAS DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO
• Medidas terapéuticas que alivien síntomas: ○ Dieta sin sustancias irritantes ○ Drogas que contrarresten la agresión a la barrera gástrica	• Gastritis por AINES: retiro, reducción de medicación; tratamiento con fármacos • Gastritis alcohólica: antagonistas de los receptores H2 o sucralfato • Gastritis por estrés: antagonistas de receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones o sucralfato por vía oral • Gastritis por hipertensión portal: uso de propanolol o nadolol o descompresión portal • Gastritis asociada a <i>H.pylori</i>: tratamiento dirigido a su erradicación

Úlcera péptica



Causas de la úlcera péptica

- ▶ Producción excesiva de ácido clorhídrico
- ▶ Infección por *Helicobacter pylori*
- ▶ Consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- ▶ Tabaquismo
- ▶ Alcoholismo
- ▶ Genética



©Tu gestor de salud



©WebConsultas



©Criogene



©Salud Coomeva



©WebConsultas



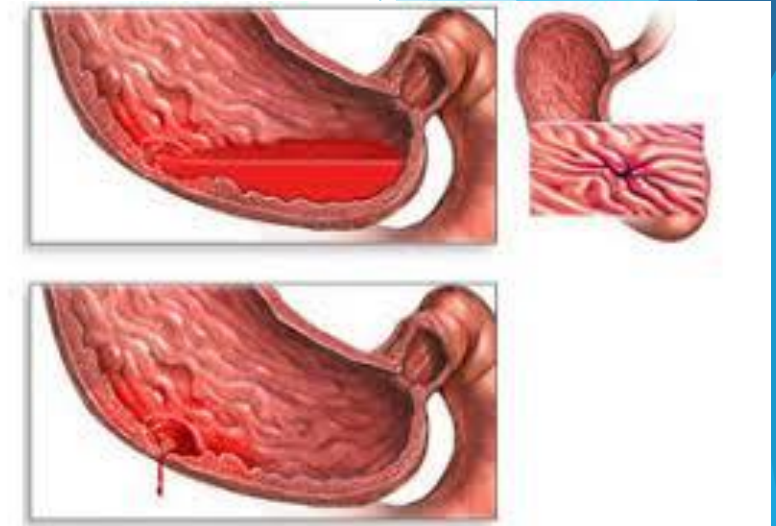
©Linea y Salud

Síntomas

- ▶ Sensación de malestar en la zona central y superior del abdomen
- ▶ Náuseas
- ▶ Vómitos
- ❖ Si la úlcera se complica:
 - ▶ Hemorragia digestiva (cuando es profunda y erosiona un vaso)
 - ▶ Perforación (cuando la lesión es muy profunda y rompe la pared)
 - ▶ Estenosis (cicatriz de úlceras antiguas que provoca una estrechez del tubo digestivo dificultando el paso del alimento)



©Noticiasya



©Tratamiento Natural

Diagnóstico

- ▶ Síntomas que refiere el paciente
- ▶ Endoscopia digestiva oral
- ▶ Radiografía de contraste con bario del estómago y duodeno (menos fiable y no permite obtener biopsias)
- ▶ Análisis específico de muestras de aire espirado (prueba del aliento) en infección por *H.pylori*
- ▶ Comprobación del consumo de AINE porque serán la principal causa del mal



©WebConsultas



Clasificación de las úlceras

```
graph TD; A[Clasificación de las úlceras] --> B[Según la localización]; A --> C[Según las características]; B --> D[Úlcera gástrica]; B --> E[Úlcera duodenal]; C --> F[Úlcera gástrica crónica]; C --> G[Úlcera gástrica aguda];
```

Según la localización

- ▶ Úlcera gástrica
 - ❖ Estómago
- ▶ Úlcera duodenal
 - ❖ Primera porción del intestino delgado

Según las características

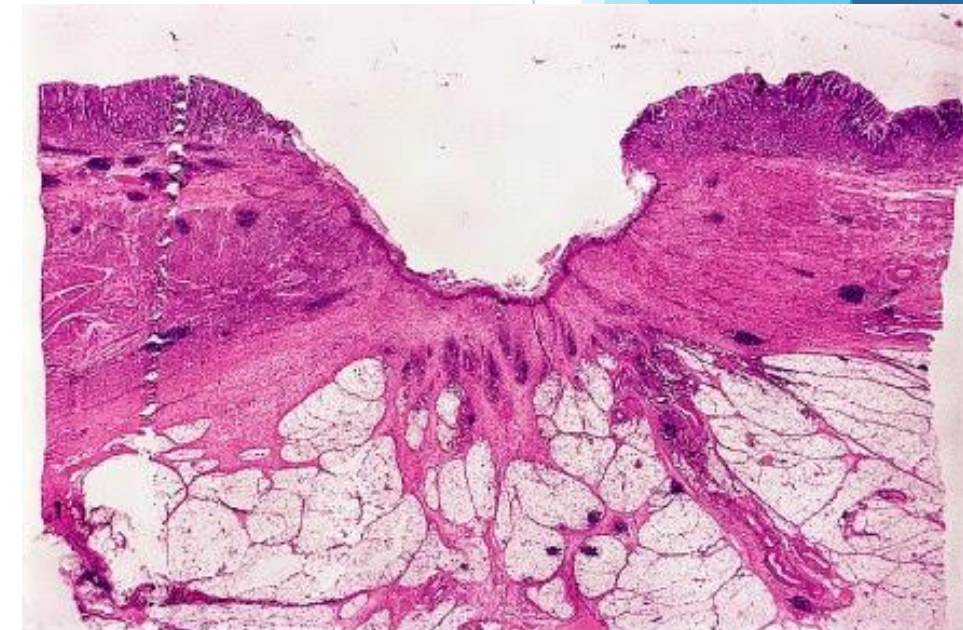
- ▶ Úlcera gástrica crónica
- ▶ Úlcera gástrica aguda

Úlcera gástrica crónica

- ▶ En el límite de la mucosa corporal y antral
- ▶ Lesiones con paredes rectas y redondeadas
- ▶ Los márgenes están al nivel de la mucosa
- ▶ La profundidad varia: lesión hasta la mucosa o más profunda
- ▶ La base de la úlcera es lisa y brillante (digestión del exudado)
- ▶ Vasos trombosados
- ▶ Retracción fibrosa de los bordes
- ▶ Zonas adyacentes edematosas y enrojecidas
- ▶ Enfermedad en si con crisis recurrentes



©DefiniciónABC

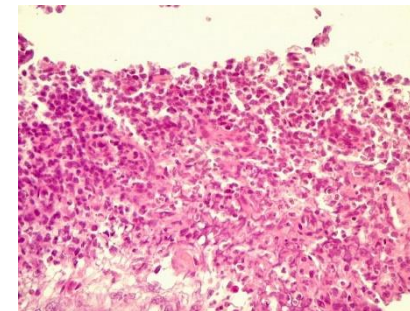
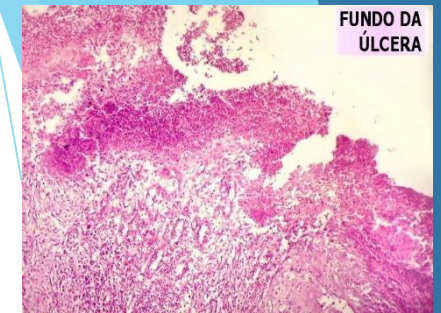
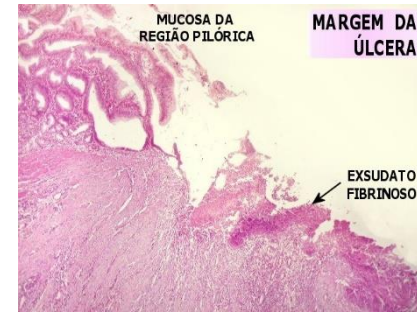


© Elsevier Inc 2004 Rosai and Ackerman's Surgical Pathology 9e

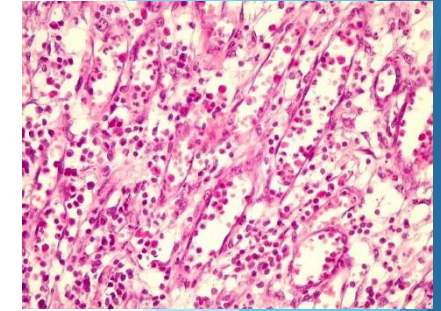
Aspecto microscópico

1.Necrosis activa 2.inflamación crónica
3.cicatrización 4.curación

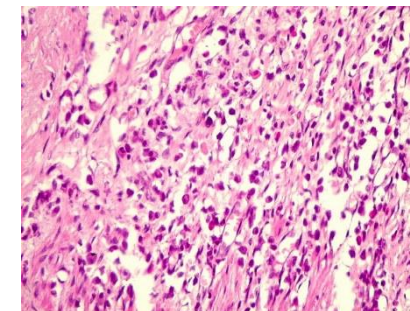
- ▶ Base y márgenes ➡ fina capa superficial de detritus fibronecrótico
- ▶ Zona de infiltración celular no específica (neutrófilos)
- ▶ Base ➡ zona activa de tejido de granulación (sobre cicatriz fibrosa o de colágeno)



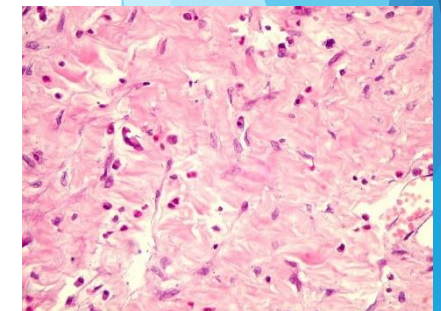
Exudado fibrino-purulento



Tejido de granulación



Tejido fibroso laxo con infiltrado inflamatorio



Tejido fibroso denso con poco infiltrado inflamatorio

Úlcera gástrica aguda

- ▶ Localizada en cualquier parte de la mucosa gástrica
- ▶ Lesiones pequeñas múltiples y con forma circular
- ▶ La profundidad varia: descamación del epitelio superficial o lesión que afecta a todo el espesor de la mucosa
- ▶ Color del fondo rojo pardo (digestión de la hemorragia)
- ▶ Patrón de pliegues gástricos es normal
- ▶ Epitelización completa al desaparecer el estímulo lesivo (estrés y AINE)
- ▶ Forma parte del cuadro de la gastritis aguda erosiva

Tratamiento de la úlcera asociada a *H.pylori*

Eliminación de la bacteria:

- Tratamiento mas eficaz ➡ combinación de tres medicamentos (IBP + dos antibióticos)
Se elimina la bacteria en el 80-85% de los casos
- Personas mas resistentes ➡ combinación de cuatro medicamentos (IBP + tres antibióticos)

❖ PENICILINA



©Rosa Sales

Cáncer de estómago

Crecimiento descontrolado de cualquier tejido de los que componen el estómago.

Factores de riesgo

Ambientales:

- *Helicobacter pylori*
- Dieta
- Tabaquismo y alcohol
- AINES
- Obesidad

Procesos premalignos:

- Gastritis crónica.
- Úlcera gastroduodenal
- Metaplasia intestinal.

Genéticos:

- Familiar directo → 50-75% de padecerlo
- Poliposis adenomatosa familiar o pólipos gástricos
- Síndrome de Lynch
- Variante autosómica dominante derivado de mutación en gen E-cadherina



Síntomas

Temprana

- Indigestión y malestar estomacal
- Náuseas
- Pérdida de apetito

Tardía

- Sangre en heces
- Pérdida de peso
- Ictericia y ascitis
- Vómitos



©Vive sana

Diagnóstico

- ▶ Endoscopia digestiva alta con biopsia:

- Visualización de la lesión
- Determinar forma y tamaño
- Determinar localización
- Determinar el estadio

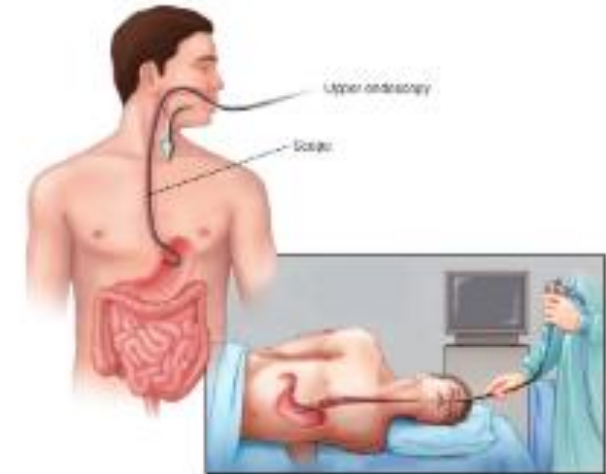
- ▶ Tomografía computadorizada

- ▶ Ecografía abdominal

- ▶ Resonancia magnética

- ▶ Examen coprológico

- ▶ Conteo sanguíneo completo



©Clínica universitaria Puerto Montt

FIGURA 1. CLASIFICACIÓN MACROSCÓPICA DEL CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

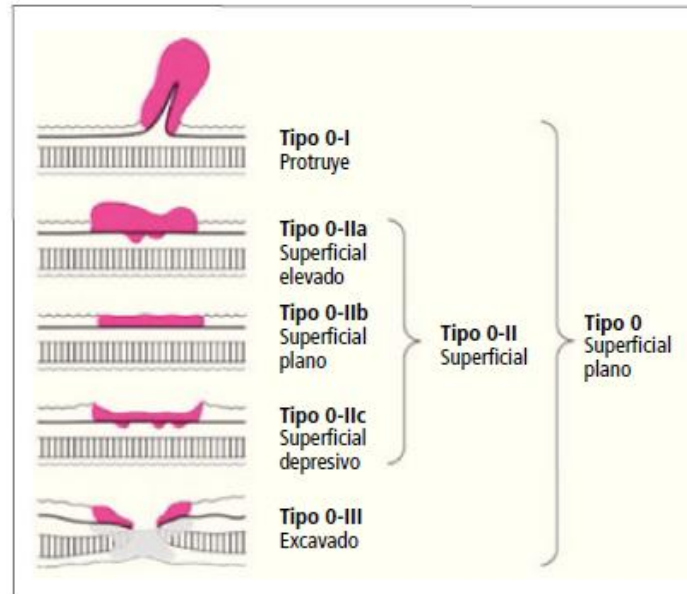
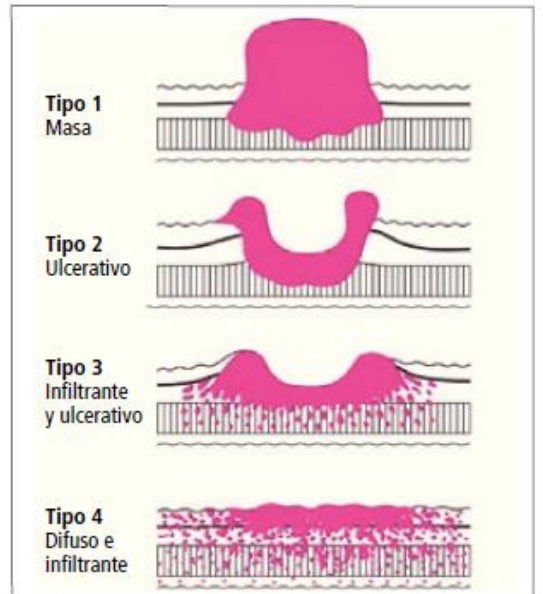


FIGURA 2. CLASIFICACIÓN MACROSCÓPICA DEL CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO



Tipos de cáncer gástrico

- ▶ **Adenocarcinoma** (la mayoría 90-95%) y segunda causa de muerte por cáncer en el mundo
 - ▶ Linfoma
 - ▶ Tumores del estroma gastrointestinal (GIST)
 - ▶ Tumores carcinoides
 - ▶ Otros tipos de cáncer
 - Carcinoma de células pequeñas/escamosas
 - Leiomiosarcoma

Reconocimiento de ciertos factores altamente patogénicos:

1. *H.pylori*
2. Factores dietéticos
3. Factores ambientales

reducción del número de casos

Adenocarcinomas

Tipo intestinal

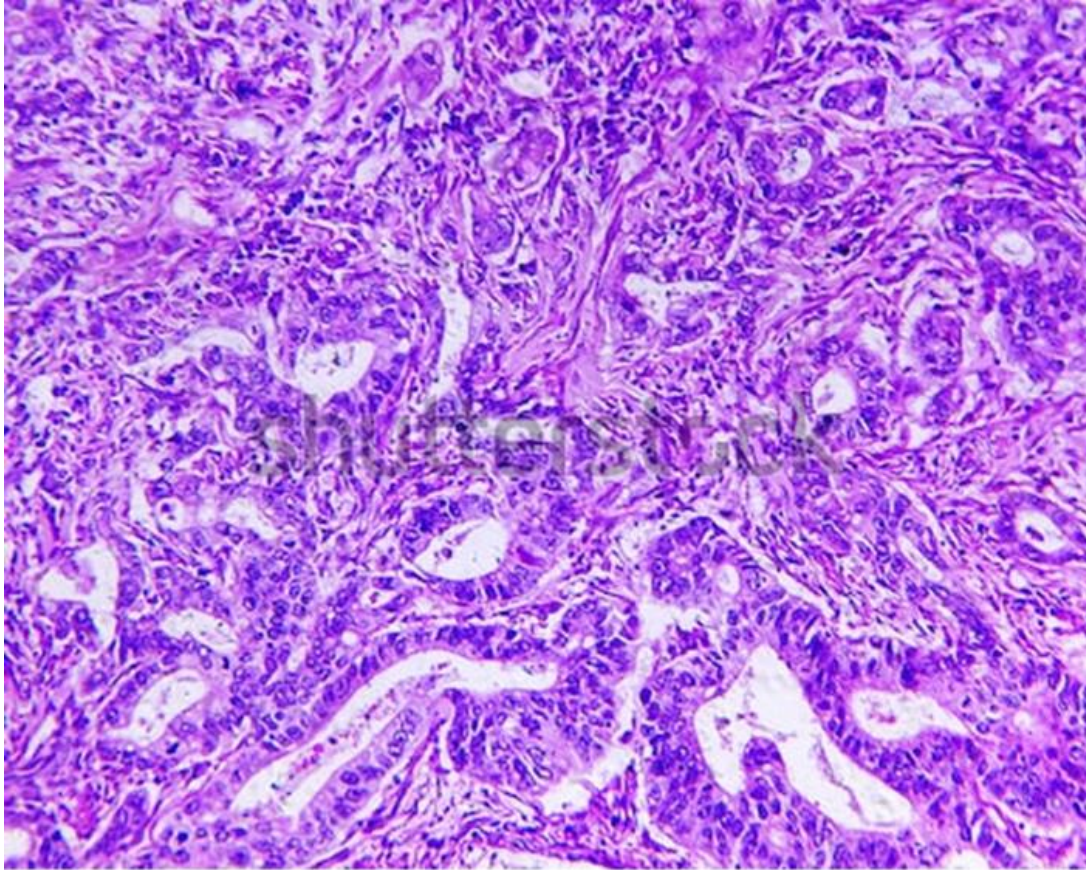
- Tubular
- Papilar
- Mucinoso

Tipo difuso

- Con células en anillo de sello.
- Otros adenocarcinomas poco cohesivos.

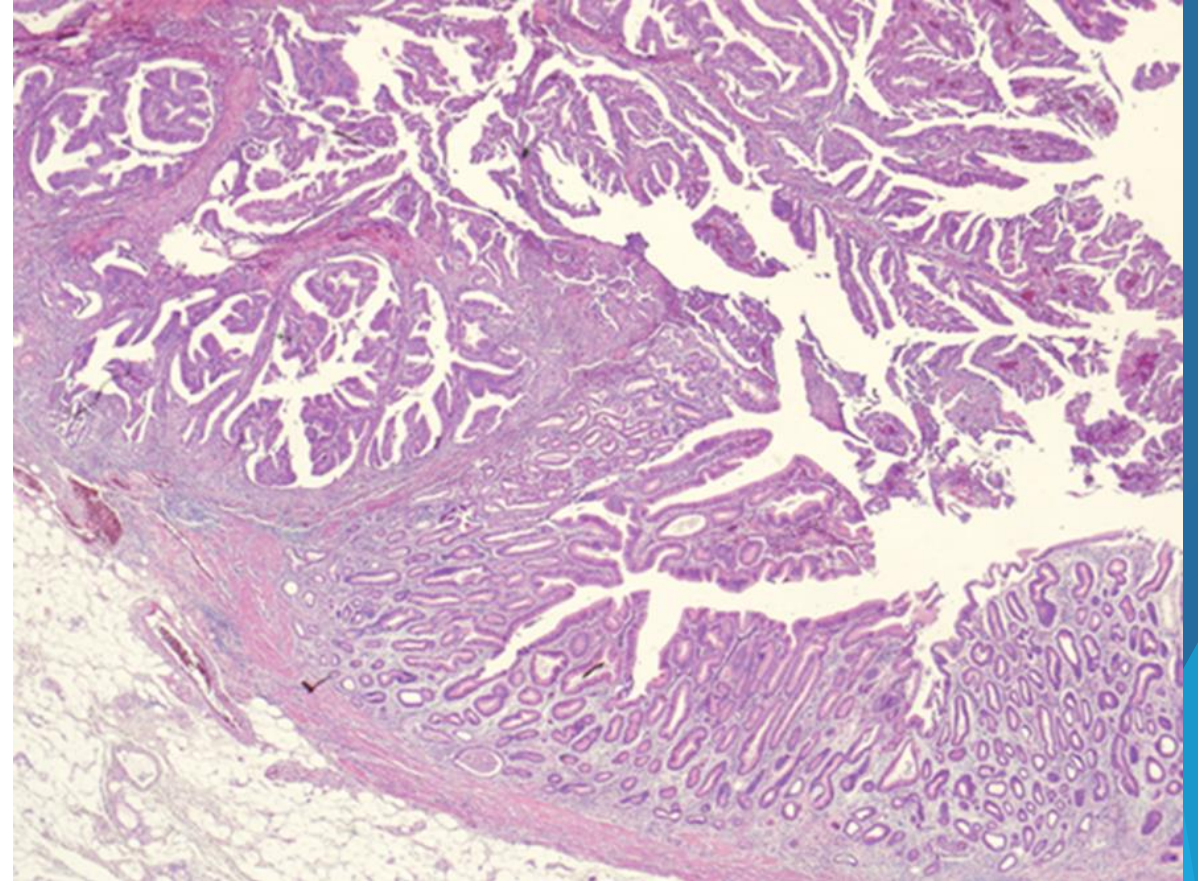


© Medlineplus.gov

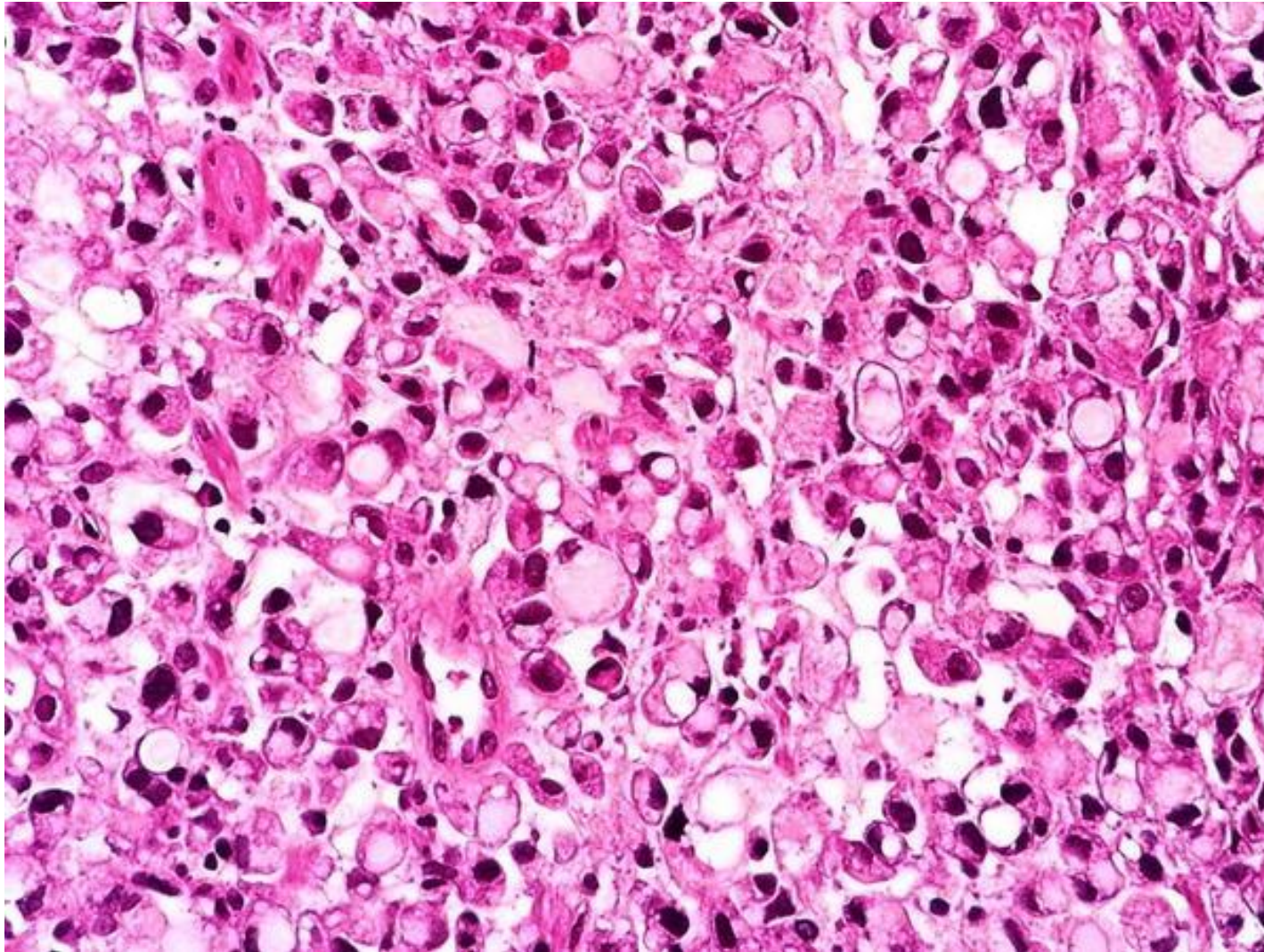


www.shutterstock.com • 288149639

Adenocarcinoma intestinal
tubular



Adenocarcinoma intestinal
papilar



Adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello.

Tratamiento

• MÉTODOS	• PROS	• CONTRAS
• Cirugía	• Efectivo en lesiones de bajo riesgo quirúrgico • Cese de síntomas	• Controversia en el uso de la gastrectomía total o subtotal
• Resección endoscópica mucosa y disección submucosa	• Útiles en pacientes con cáncer gástrico precoz • Para tumores que afecten a la submucosa	• Problemas para realizarlo en ciertas localizaciones
• Radioterapia	• Conjugado con quimioterapia obtiene mejores resultados	• Beneficios no demostrados por sí solo
• Quimioterapia	• Como coadyuvante de la resección quirúrgica	• Beneficios no demostrados por sí solo

Gracias por vuestra
atención

Bibliografía

- ▶ Montes Teves, P., Salazar Ventura, S., & Monge Salgado, E. (2007). Cambios en la epidemiología de la úlcera péptica y su relación con la infección con *Helicobacter pylori*. Hospital Daniel Carrión 2000-2005. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 27(4), 382-388.
- ▶ Toso, R. S., & Skliar, M. I. (2000). Histofisiopatología y tratamiento de la úlcera gástrica: Usos de drogas vegetales. *Cátedra de farmacología, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional de la Pampa. Argentina*.
- ▶ Martín de Argila de Prados, C., & Boixeda de Miquel, D. (2004). Úlcera péptica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 96(1), 81-82.
- ▶ Bonet, J. T., Egea, A. M., & Herola, A. G. (2002). Úlcera gástrica y duodenal. *Guía de Actuación Clínica en AP [Internet]*.
- ▶ Pardo López, M. L. (2016). Historia natural de la gastritis crónica: factores que modulan su evolución: estudio de una cohorte de 478 pacientes con seguimiento de 12 años, en la provincia de Soria.
- ▶ Angós, R. (2016). Gastritis. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(2), 66-73.
- ▶ Cebrián, A., De la Concha, G., & Fernández-Urién, I. (2016). Cáncer gástrico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(3), 118-127.
- ▶ Valdivia Roldán, M. (2011). Gastritis y gastropatías. *Revista de gastroenterología del Perú*, 31(1), 38-48.
- ▶ Anquela, J. S., Martínez, A. B., Yeregui, J. A., & Arregui, G. O(2005, October). Patología gástrica: Lesiones precursoras de cáncer gástrico. In *Revisión. Conferencia en el VII Congreso Virtu al Hispanoamericano de Anatomía Patológica*.