

## Gastritis Crónica

Se denomina gastritis crónica a la inflamación inespecífica de la mucosa gástrica, de etiología múltiple y mecanismos patogénicos diversos. Las lesiones histológicas se localizan en el antro, cuerpo gástrico o en ambos pudiendo ser su evolución progresiva hacia una atrofia gástrica.

La implicación de la infección por *Helicobacter pylori* en gran parte de las gastritis es la novedad más importante. Cuando no se encuentran lesiones orgánicas en esófago ni en estómago existe tendencia a denominar de forma errónea "gastritis" a aquellos cuadros con síntomas de pesadez, aerofagia, molestia abdominal, saciedad temprana, plenitud postprandial... que debían englobarse en el término de dispepsia funcional o no ulcerosa.

En ocasiones estos síntomas se asocian a la presencia de inflamación de la mucosa gástrica. Existen otras formas menos frecuentes de gastritis crónica como la linfocitaria, la hiperplasia de la mucosa gástrica y gastritis hipertrófica, gastritis eosinofílica ...

### ¿A quién afecta?

No existen estudios epidemiológicos extensos de gastritis crónica en España que se puedan aplicar a la totalidad de la población aunque se conoce que la incidencia aumenta con la edad.

Desde que se aceptó que el agente etiológico principal es el *H. pylori* existen estudios sobre la infección por este germen. La mayoría de los pacientes infectados tienen cierto grado de gastritis crónica por lo que se pueden deducir los datos de la enfermedad analizando los estudios sobre prevalencia de *H. pylori*.

En los países en vías de desarrollo con un sistema sanitario deficiente, bajo nivel cultural y económico la prevalencia de gastritis crónica asociada a *H. pylori* es de 60-80% en niños y de 100% en adultos y ancianos. En los países desarrollados con mejor asistencia sanitaria y cultural y mayores ingresos económicos la prevalencia en niños es de 5-10% y en adultos 20-30% siendo de un 60-70% en los mayores de 40 años.

### ¿Cuáles son las causas?

Los factores etiológicos son múltiples pudiendo agruparse en infecciosos, irritantes químicos, inmunológicos y genéticos. En cuanto a la etiología infecciosa varios gérmenes pueden causar lesiones inflamatorias del tipo de gastritis crónica. El germen más frecuentemente asociado a las gastritis crónicas antrales con úlcera duodenal es el *H. pylori*. Se encuentra presente también en las gastritis de antro y cuerpo (pangastritis) no asociadas a úlcera gastroduodenal. La colonización gástrica comienza en el antro debido a la actividad del tipo ureasa, penetrando en el epitelio con lo que consigue desencadenar una cascada inflamatoria.

Entre los irritantes químicos la alcalinización del pH intragástrico por la presencia de bilis puede producir una gastritis crónica. Esta situación es frecuente en los pacientes con estómagos operados (gastrectomía).

En las gastritis de cuerpo con atrofia gástrica que cursan con *aclorhidria* y anemia perniciosa pueden existir anticuerpos anticélulas parietales y/o antifactor intrínseco. También se acepta que la infección por *H. pylori* en pacientes predispuestos genéticamente puede originar esta forma de gastritis crónica atrófica. Así los pacientes con gastritis crónica atrófica y anticuerpos pueden padecer otras enfermedades autoinmunes asociadas (tiroiditis, lupus eritematoso sistémico...).

### ¿Cuáles son los síntomas?

Las gastritis crónicas no tienen unos síntomas específicos de la enfermedad. Hay pacientes asintomáticos, otros presentan síntomas dispépticos del tipo molestia en epigastrio, pesadez postprandial, aerofagia... Existen estudios que demuestran que los síntomas dispépticos aparecen en igual proporción en las gastritis producidas por *H. pylori* que en las que no tienen este germen.

Otras formas de presentación pueden ser anemia perniciosa, anemia ferropénica inespecífica...

## ¿Cómo se diagnóstica?

El diagnóstico diferencial se debe realizar con la úlcera duodenal, hernia de hiato, litiasis biliar, pancreatitis crónica y el síndrome de intestino irritable.

La gastroscopia permite observar la mucosa gástrica sugiriendo el diagnóstico de gastritis pero no existe correlación de los signos endoscópicos con las lesiones histológicas. Asimismo permite descartar otras posibilidades diagnósticas.

El diagnóstico de certeza es con el estudio histológico de la biopsia obtenida por endoscopia. El patólogo nos informa de la localización y morfología de la gastritis y de la presencia o no de *H. pylori*.

El diagnóstico histológico de gastritis crónica no se correlaciona de manera segura con los síntomas por lo que el médico debe considerar otros mecanismos fisiopatológicos.

Otros estudios que se pueden realizar es analítica (hemograma, determinación de hierro, vitamina B12...).

La presencia de *Helicobacter pylori* se puede investigar con otros métodos como determinación de anticuerpos anti- *Helicobacter pylori*, prueba de aliento con urea marcada, test rápido de la ureasa y cultivo microbiológico en una muestra de biopsia.

En las gastritis crónicas con atrofia gástrica conviene realizar un estudio del jugo gástrico y determinar la *gastrina sérica*.

## ¿Cuál es el tratamiento?

Las gastritis crónicas asintomáticas no requieren tratamiento. En los pacientes sintomáticos se debe de individualizar el tratamiento.

En caso de que exista gastritis crónica antral asociada a *Helicobacter pylori* y se decida erradicarlo, disponemos de varias pautas siendo la más frecuentemente utilizada la asociación de inhibidores de la bomba de protones, amoxicilina y claritromicina durante 7 ó 10 días.

Si existe anemia por niveles bajos de hierro se indicará hierro para restablecer los depósitos. En las atrofias gástricas con niveles bajos de vitamina B12 se administrará esta vitamina de forma periódica.

Existen algunas normas dietéticas que mejoran los síntomas de estos pacientes como evitar las grasas, salsas, picantes, especias... así como realizar cinco tomas alimenticias diarias aunque de menor cantidad.