

# Dispepsia: Características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, durante el año 2010

Dyspepsia: clinical characteristics, endoscopic and histological findings in patients of the Hospital Nacional Hipólito Unanue, during 2010

Sylvana Ayala Ríos <sup>1,2,a</sup>, Oscar Pichilingue Prieto <sup>3,a</sup>, Tito Capcha Loyola <sup>3,a</sup>, Maria Esther Alba Rodríguez <sup>1,3,a</sup>, Catherina Pichilingue Reto <sup>4,b</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú. <sup>2</sup> Universidad Peruana Ricardo Palma, Lima, Perú. <sup>3</sup> Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú

<sup>4</sup> Facultad de Medicina Humana, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico gastroenterólogo, <sup>b</sup> Egresada.

Recibido: 10/11/2012; Aceptado: 10/02/2013

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las características clínicas, endoscópicas e histológicas así como su relación con *Helicobacter pylori* (Hp) en pacientes atendidos con el diagnóstico de dispepsia en nuestro hospital durante el año 2010. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en la población que acudía a nuestro hospital, en el año 2010, tamaño muestral de 300 pacientes. Se evaluaron variables clínicas, histológicas y endoscópicas. Se confeccionó un instrumento de recolección de datos. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0. **Resultados:** Del total, en su mayoría fueron mujeres (63%), la edad media de 42 años, procedentes del distrito de SJL (30%), 50% de origen andino. El 19% presentaba signos de alarma, la baja de peso caracterizó a este grupo (14%), en endoscopia, se observó eritema antral (74,7%), erosiones (32,9%) y nodularidad (22%). El 93% presentó infección por Hp, displasia leve en el 2,7% y atrofia en solo 14,7%. El 98,5% de los pacientes que presentó nodularidad tuvo infección por Hp. **Conclusiones:** Los síntomas dispépticos frecuentes fueron dolor epigástrico seguido de distensión abdominal, el género femenino lo presentó con mayor frecuencia, signos de alarma fueron poco frecuentes, eritema antral fue la característica más encontrada en las endoscopías. La gastritis crónica moderada fue el diagnóstico anatómo-patológico más frecuente. La infección por Hp tuvo asociación significativa con nodularidad y eritema antral así como también con actividad de la gastritis.

**Palabras clave:** *Dispepsia; Helicobacter pylori; Endoscopia; Gastritis* (fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

**Objective:** To identify clinical, endoscopic and histological characteristics and their relationship with *Helicobacter pylori* (Hp) in patients treated with the diagnosis of dyspepsia in our hospital during 2010. **Materials and methods:** We conducted a cross sectional and retrospective study in the population attending our hospital during 2010, a sample of 300 patients was studied. We evaluated clinical, histological and endoscopic findings. An instrument of data collection was made. We used the statistical package SPSS 15.0. **Results:** It was found that the majority were female (63%), while the mean age at diagnosis was 42 years, mostly from SJL district (30%) of these Andean origin (50 %) was the highest percentage. Only 19% showed signs of alarm, low weight characterize this group (14%), the endoscopic findings most commonly found were antral erythema (74.7%), followed by erosions (32.9%) and nodules (22%). Hp infection was found in 93%, mild dysplasia was present in 2.7% and atrophy in only 14.7%. The 98.5% of patients with nodularity on endoscopy had Hp infection. **Conclusions:** The most frequent dyspeptic symptoms were epigastric pain followed by abdominal distension, the female gender was present more often, the warning signs were rare, antral erythema was the feature most found in endoscopies. Hp infection was significantly associated with some features such as endoscopic antral nodularity and erythema as well as had relation to the activity of gastritis.

**Key words:** *Dyspepsia; Helicobacter pylori; Endoscopy; Gastritis* (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

La dispepsia es síntoma o constelación de síntomas y es por tanto, presa de todas las influencias a las que están sujetas la expresión e interpretación de síntomas. Idioma, cultura, edad, raza, factores psicológicos, experiencias pasadas, por mencionar unas pocas, todas influirán en lo que un paciente dice y cómo usted, como clínico, los interprete y traduzca <sup>(6)</sup>.

Los síntomas dispépticos crónicos y recurrentes tales como el dolor epigástrico, llenura postprandial, y saciedad temprana son comunes en la población general <sup>(1-3)</sup>. Estos pueden estar asociados con condiciones endoscópicamente negativas, tales como dispepsia funcional, o con lesiones en los órganos, tales como úlcera péptica y esofagitis, que son detectadas fácilmente con la endoscopia <sup>(3-5)</sup>. Por otro lado, tales lesiones también pueden ser asintomáticas y no

siempre hay una relación clara de causa y efecto entre los hallazgos endoscópicos y los síntomas.

La asociación entre síntomas dispépticos y hallazgos endoscópicos aún no ha sido bien caracterizada <sup>(3)</sup>.

Fue nuestro interés el estudiar esta manifestación ya que no existe ningún trabajo epidemiológico realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, con este estudio, se pretende caracterizar desde el punto de vista clínico a dicha entidad, en pacientes a quienes se les realizó la endoscopia y el estudio histopatológico durante el periodo 2010. La importancia del estudio de esta patología radica en la alta prevalencia y su asociación con enfermedades que pueden ser graves (cáncer gástrico, úlcera péptica); además, el identificar la sintomatología que se presenta en nuestra población de estudio, permitirá la optimización de recursos para el diagnóstico de dispepsia, lográndose el uso racional de la endoscopia digestiva.

Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con historia de dolor abdominal recurrente tipo dispepsia, concordancia entre estos y la relación con la infección por Hp, durante el año 2010.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo. La población los conformaron los pacientes que recibieron atención por dispepsia.

La investigación se realizó en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú durante el año 2010.

Los criterios de inclusión fueron: se incluyeron en el estudio a los pacientes que acudieron al Hospital Nacional Hipólito Unanue y como parte de su evaluación ambulatoria por dispepsia, se les realizó un examen endoscópico y toma de biopsia.

Criterios de exclusión fueron: pacientes con síntomas de pirosis y regurgitación; pacientes con contraindicaciones relativas para biopsia gástrica con tiempo de Protombina < 40%, trastorno de coagulación que no responda a manejo y con biopsia gástrica negativa; pacientes que hayan tomado inhibidores de la bomba de protones 5 días antes de la endoscopia; pacientes HIV positivos; pacientes con diabetes mellitus descompensada y; pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (en diálisis).

Para la obtención del tamaño muestral se utilizó la fórmula para el muestreo aleatorio simple (MAS) y su resultado se detalla a continuación.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{(1.96^2) (0.25) (0.75) (2172)}{(2171) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.25) (0.75)}$$

$$n = 300$$

El examen endoscópico se realizó con el endoscopio FUJINON 2200 con las recomendaciones de rutina, ayuno previo la noche anterior, el uso de lidocaína en gel en la zona de la orofaringe, simeticona líquida 5 cc para eliminar las burbujas de aire y una benzodiacepina (Midazolán 4 mg/EV) con efecto amnésico.

Se obtuvo biopsias obteniéndose 3 fragmentos de tejido que luego fueron analizados por un patólogo que dio los resultados bajo la clasificación de Sydney.

Para la obtención de datos se confeccionó un instrumento de recolección de datos, con el cual se obtuvieron los datos de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se separaron del estudio aquellas historias clínicas que tuvieron datos incompletos y las fichas de aquellas personas que cumplían con los criterios de exclusión. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## RESULTADOS

Las características socio-demográficas de los pacientes se muestran en el Tabla 1.

**Tabla 1.** Características socio demográficas en pacientes con dispepsia.

Características	n	%
<b>Género</b>		
Femenino	189	63
Masculino	111	37
<b>Edad</b>		
>19 años	14	4,7
20 – 39 años	136	45,3
40 a más	150	50
Edad media	42	
Edad mínima	15	
Edad máxima	90	
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Costa	134	44,7
Sierra	152	50,7
Selva	14	4,7
<b>Distrito de procedencia</b>		
San Juan de Lurigancho	90	30
Ate Vitarte	47	15,7
El Agustino	44	14,7
Santa Anita	30	10
Cercado de Lima	7	2,3
Otros	82	27,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

En las Tablas 2 y 3 se objetivan el número y las características de los signos de alarma en nuestros pacientes.

**Tabla 2.** Presencia de signos de alarma en pacientes con dispepsia.

Signos de alarma	n	%
Con signos de alarma	57	19
Sin signos de alarma	243	81
Total	300	100

**Tabla 3.** Signos de alarma en pacientes con dispepsia.

Signos de alarma	n	%
Baja de peso	42	14
Anemia	13	4,3
Melenas, hematemesis,		
Thevenon positivo	10	3,3
Vómitos importantes	2	0,7
Síndrome consuntivo	2	0,7

La sintomatología con la que se presentaron los pacientes fue muy variada y se detalla en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Tipos de sintomatología en pacientes con dispepsia.

Tipos de síntomas dispépticos	n	%
Dolor/ardor en el epigastrio	264	88
Distensión abdominal	140	46,7
Eructos/ flatulencia	126	42
Nauseas/ vómitos	83	27,7
Saciedad precoz	59	19,7
Hiporexia	35	11,7
Otros síntomas	6	2

Los hallazgos endoscópicos y los diagnósticos realizados durante la endoscopia se detallan en las Tablas 5 y 6.

**Tablas 5.** Hallazgos endoscópicos en pacientes con síntomas dispépticos.

Hallazgos endoscópicos	Con síntomas dispépticos n	(%)
Eritema antral	219	(74,2)
Erosiones	97	(32,9)
Nodularidad	65	(22,0)
Reflujo biliar	33	(11,2)
Cicatriz de úlcera duodenal	14	(4,7)
Hernia	15	(5,1)
Pólipos	11	(3,7)
Cicatriz de úlcera gástrica	12	(4,1)
Duodenitis erosiva	11	(3,7)
Neoplasia	6	(2,0)
Úlcera activa	5	(1,7)

**Tabla 6.** Diagnósticos endoscópicos según género en pacientes con dispepsia.

Conclusión	Femenino n (%)	Masculino n (%)
Gastritis eritematosa antral	100 (52,9)	58 (52,3)
Gastritis erosiva antral	55 (29,1)	31 (27,9)
Gastritis nodular antral	24 (12,7)	11 (9,9)
Gastritis atrófica antral	5 (2,6)	2 (1,8)
Duodenitis	4 (2,1)	9 (8,1)
Esofagitis distal	1 (0,5)	-
Total	189 (100)	111 (100)

Los diagnósticos anatómo-patológicos se describen en la Tabla 7.

**Tabla 7.** Diagnóstico anatómo-patológico en pacientes con dispepsia.

Conclusión	n	%
Gastritis crónica leve	79	26,3
Gastritis crónica moderada	169	56,3
Gastritis crónica severa	52	17,3
Total	300	100

Las diferentes características de los pacientes con Hp + se detallan en las Tablas 8 y 9.

**Tabla 8.** Asociación entre la edad del paciente y presencia de HP en pacientes con dispepsia.

Grupo etareo	Con Hp n (%)	Sin Hp n (%)	pa
< 19 años	14 (5)	-	
20 – 39 años	118 (42,4)	18 (81,8)	0.02**
> 40 años	146 (52,5)	4 (18,2)	
Total	278 (100)	22 (100)	300 (100)

\*Hp: Helicobacter pylori  
\*\* Diferencia estadísticamente significativa  
a: Prueba de Chi<sup>2</sup>

**Tabla 9.** Asociación entre infección por Hp y severidad histológica en relación a los hallazgos endoscópicos.

Hallazgos endoscópicos	Eritema Antral n (%) / p <sup>a</sup>	Erosiones n (%) / p <sup>a</sup>	Nodularidad n (%) / p <sup>a</sup>	Cicatriz de úlcera duodenal
Infección por Hp	185 (66,5) /	95 0,005**	66 (34,2) / 0,27	16 (100) / 0,24 (98,5) / 0,03**
Infiltración neutrófila	189 (91,7) / 0,07	95 (95) / 0,60	67 (100) / 0,01**	16 (100) / 0,29
Infiltración Mononuclear	206 (68,7) / 0,37	100 (100) / -	67 (100) / -	16 (100) / -
Atrofia	29 (65,9) / 0,66	13 (13) / 0,56	11 (16,4) / 0,64	1 (6,3) / 0,32
Metaplasia intestinal	40 (19,4) / 0,12	21 (21) / 0,62	14 (20,9) / 0,69	8 (50) / 0,00**

<sup>a</sup>: Prueba de Chi<sup>2</sup>  
\*\* Diferencia estadísticamente significativa

## DISCUSIÓN

La dispepsia es una de los síndromes que se presentan con más frecuencia en la consulta de la especialidad de Gastroenterología<sup>(7)</sup>.

Esta patología es un problema frecuente en la población en general, se calcula una prevalencia del 25% en los Estados Unidos y otros países occidentales. En nuestro país, un estudio realizado en la selva describe una prevalencia del 37,6%<sup>(8)</sup>. Nuestro estudio no nos permitió evaluar la prevalencia porque se incluyeron en este, a todos los pacientes con sintomatología presente.

Diversos estudios reportan que la edad promedio de predominio de casos dispépticos a los que se les ha realizado estudios endoscópicos oscila entre los 40 a 45 años, seguidos del grupo de 35 a 44 años, los investigadores afirman que las personas de estos grupos etáreos tienen una mejor capacidad desde el punto de vista psicológico para enfrentar este tipo de exámenes<sup>(9-11)</sup>; nuestra investigación muestra resultados coincidentes siendo la edad media de 42 años, además de haber encontrado una asociación significativa entre la edad y la presencia de *H. pylori* en el estudio histológico. La mayoría de las personas participantes del estudio, procedían principalmente del distrito de San Juan del Lurigancho (30%) y del distrito de Ate Vitarte (15,7%) en Lima, Perú, esto se justifica por la cercanía de dichos distritos a la sede hospitalaria; otra característica importante es el lugar de origen de los participantes, la mayoría de ellos provenía de la sierra central (50,7%) de nuestro país, característica propia de los distritos del cono este de Lima.

Respecto al género se ha demostrado una asociación significativamente mayor de manifestación de dispepsia entre las mujeres<sup>(11)</sup>, esto podría estar asociado al uso de AINES que es más elevado en las mujeres especialmente por padecimientos de tipo ginecológico, reumatológico y otros, convirtiéndose en un factor de riesgo para dispepsia<sup>(11)</sup>. Por otro lado encontramos que la identificación de *H. pylori* en las biopsias gástricas fue en el 63,3% de las pacientes mujeres y un 36,7% en varones; este predominio en el sexo femenino coincide con los resultados que también encontró Rodríguez et al.<sup>(13)</sup>

El temor a posibles retrasos en el diagnóstico ha llevado a recomendar una endoscopia inicial en pacientes con dispepsia no investigada a partir de una determinada edad o si hay signos de alarma (pérdida de peso, vómitos, disfagia, sangrado digestivo y presencia de una masa abdominal palpable). La edad de corte para el cambio de estrategia depende de la prevalencia local de neoplasias gástricas. El beneficio de la endoscopia en pacientes con dispepsia no complicada, es decir, sin síntomas de alarma y la elección de la estrategia empírica más adecuada aún se debate ampliamente<sup>(22)</sup>. Nuestros resultados muestran que el 81% de los sujetos con síntomas dispépticos no presentaron signos de alarma

al momento de indicarse la endoscopia, solo un 19% presentaron uno o varios de estos signos, siendo la baja de peso el signo que se presentó con mayor frecuencia (14%), seguido de la anemia (13%).

En las enfermedades del tubo digestivo superior los síntomas pueden ser muy variados y estos adoptar diversas formas clínicas. Para la patología dispéptica, los síntomas incluyen ardor, eructos, un incremento en la distensión abdominal, náuseas, sensación de digestión anormal o lenta y llenura fácil<sup>(13)</sup>. Para nuestra investigación, el 100% de los participantes presentó por lo menos un síntoma de los asociados a la dispepsia, de estos el principal fue el dolor o ardor en la zona del epigastrio (88%), seguido de la distensión abdominal (46,7%), eructos/flatulencia (42%) y náuseas/vómitos (27,7%), resultados similares a los encontrados por Bejarano<sup>(14)</sup>.

Diversos estudios han encontrado que los aspectos endoscópicos más frecuentes en pacientes dispépticos son el eritema antral (friabilidad del antro) y la cicatrización de la úlcera duodenal, esta relación fue estadísticamente significativa para Tahara et al.<sup>(15)</sup> Estos hallazgos sugieren que los pacientes con eritema antral pueden tener secreción ácida gástrica normal o alta, pues recientemente se ha reportado que el ácido secretado en la zona intraduodenal afecta la motilidad gastroduodenal y la sensación sugiriéndose un rol activo del ácido gástrico en la patología de la dispepsia funcional<sup>(15)</sup>. Nuestros resultados en hallazgos endoscópicos mostraron que el eritema antral (74,7%) fue la característica más frecuente, seguida de las erosiones (33,3%) y la nodularidad (22,3%).

La historia natural de la gastritis por *H. pylori* comprende la inflamación que progresa desde el antro hasta el cuerpo gástrico, lo que resulta en el avance de cambios atróficos que llevan a la reducción en la secreción de ácido y eventualmente a la pérdida de células parietales con desarrollo de atrofia<sup>(16)</sup>, lo cual explica el mayor porcentaje de pacientes con gastritis antral en relación a la corporal y fúndica. En nuestra investigación, encontramos datos coincidentes con estos autores ya que la totalidad de pacientes dispépticos tuvieron hallazgos endoscópicos positivos, siendo la gastritis eritematosa antral diagnosticada con mayor frecuencia (52,7%), seguida de la gastritis erosiva antral (28,7%) y finalmente se observó a la gastritis nodular antral (11,7%).

El hecho de que un tercio de los pacientes con dispepsia presenten una patología definida y tratable, nos hace estar a favor de que la endoscopia constituya un elemento indispensable en el diagnóstico y manejo de la dispepsia, lo que también concuerda con los criterios de Roma II y Roma III como también lo señala Meléndez et al.<sup>(23)</sup>. Entre las causas orgánicas de dispepsia encontramos que las más frecuentes fueron las erosiones (33,3%), cicatriz de úlcera duodenal (5,3%) y gástrica (4%) así como neoplasias (2%).

Las biopsias gástricas representan un instrumento útil y certero para el diagnóstico de la patología gástrica y determinan los tipos de inflamación, lesiones premalignas y grado de infección por Hp. El *Helicobacter pylori* afecta a más de la mitad de la población mundial. La infección es más común en países en vías de desarrollo y se adquiere a edades más tempranas, de tal manera que a los 5 años de edad más del 20% de los niños puede estar infectados y a los 20 años, más del 80% de la población está infectada. Según los estudios nacionales, la prevalencia de *Helicobacter pylori* se encuentra alrededor en el 60% de la población, oscilando entre 30 a 90%, en los niveles socioeconómicos bajos siendo la misma en la costa, sierra y selva, manteniéndose estacionaria, a diferencia de los niveles medio y alto donde está disminuyendo<sup>(17)</sup>. Nuestros datos encontraron que un 92,6% presentó infección por Hp, debido a que la mayor parte de la población de nuestro estudio (del cono este y sierra central) se encuentra en estado de pobreza viviendo en estado de salubridad mínimos concordando con el estudio realizado por Molano et al.<sup>(12)</sup>

En cuanto a la severidad histológica de las gastritis y los síntomas dispépticos, las lesiones más frecuentes fueron la infiltración mononuclear (100%), infiltración neutrófila (100%), seguida de la metaplasia intestinal (22,7%); respecto al diagnóstico histopatológico concluyente corresponden a gastritis crónica moderada el 56,3%, leve 26,3% y severa 17,3%.

Meléndez et al.<sup>(23)</sup> definen en su estudio como alteraciones mínimas endoscópicas: congestión mucosa (eritema antral), gastritis crónica; siendo estas características las que tuvieron mayor presentación en los pacientes sometidos a su estudio, concluyendo que la dispepsia funcional fue el mayor motivo de consulta. En nuestro estudio más de la mitad los casos presentaron los hallazgos descritos en el párrafo anterior coincidiendo así con Meléndez et al, siendo de este modo la dispepsia funcional la causa más común de síntomas dispépticos en nuestros pacientes.

Trabajos anteriores muestran una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de *H. pylori* y nódulos en la mucosa gástrica<sup>(22,24,25)</sup>. Algunos autores opinan que el *H. pylori* presenta una relación de causa-efecto con la gastritis nodular, siendo el Hp el responsable de la hiperplasia folicular que encuentran. La gastritis nodular, según otros estudios es mucho más frecuente en niños que en adultos; cerca del 50% de niños con Hp positivo presentan patrón de gastritis nodular, en adultos, según estudios publicados anteriormente es algo controversial<sup>(18)</sup>. En nuestro trabajo la relación entre infección por Hp y nodularidad fue estadísticamente significativa como también lo señala Maghidman et al<sup>(22)</sup>.

Se ha asociado Hp a un aumento de la prevalencia de la dispepsia. La causa más frecuente de dispepsia

orgánica es la enfermedad ulcerosa péptica, atribuible en el 90% de los casos a una infección por *H. pylori*. La erradicación de esta bacteria disminuye la intensidad y el número de síntomas de la dispepsia no ulcerosa, reduciendo o aliviando estos, según lo reportado por González et al y Ruiz et al<sup>(19,20)</sup>. Estos resultados son consistentes con la mejoría endoscópica e histológica de la mucosa gástrica: después de la erradicación, el porcentaje de la endoscopia digestiva alta normal se incrementó en 31% y la gastritis severa desapareció según lo reportado por Talley et al<sup>(21)</sup>; lo que sugiere que la erradicación del *H. pylori* mejora la gastritis y determina cambios en la intensidad de los síntomas. En nuestro estudio del 92,6 % que presentó infección por *H. pylori*, el 63,3% fueron mujeres y el grupo etáreo en el que se observó con mayor frecuencia fue en mayores de 40 años, solo en un 7,3% no se detectó la presencia de *H. pylori*, probablemente debido a uno o varios tratamientos anteriores que no fueron consignados en la historia clínica al momento de recolectar los datos.

## CONCLUSIONES

- La edad mayor de 40 años tuvo una asociación significativa con la presencia de *H. pylori* positivo.
- Ser del género femenino fue una característica frecuente entre los pacientes con dispepsia.
- La presencia de signos de alarma fue poco frecuente en los pacientes con dispepsia y de estos fue la baja de peso fue la más frecuente.
- La manifestación de síntomas dispépticos se presentó en la totalidad de pacientes con esta patología y fue el dolor en el epigastrio el síntoma más frecuente.
- La totalidad de los pacientes sometidos a la endoscopia digestiva alta tuvo daño a nivel de la mucosa gástrica.
- El eritema antral y la gastritis crónica fueron las características más frecuentes entre los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos respectivamente.
- Los síntomas dispépticos en nuestros pacientes tuvieron como causa principal a la dispepsia funcional.
- La infiltración neutrófila, mononuclear y la presencia de *H. pylori* fueron las características más frecuentes encontradas en los hallazgos de la biopsia.
- La totalidad de los resultados de la biopsia estableció algún grado de gastritis crónica.
- Se demostró que la actividad de la gastritis y la presencia de *H. pylori* tuvo una asociación estadísticamente significativa.
- La infección por *H. pylori* tuvo una asociación significativa entre el eritema antral y la nodularidad de la mucosa gástrica, del mismo modo se evidenció una asociación entre la metaplasia intestinal y la cicatriz de úlcera duodenal, seguido de la infiltración neutrófila.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. [American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia](#). *Gastroenterology*. 2005;129(5):1756-80.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care](#). London: NHS; 2004.
3. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Pozzato P, Forman D, Bazzoli F. [Dyspeptic symptoms and endoscopic findings in the community: the Loiano-Monghidoro study](#). *Am J Gastroenterol*. 2010;105(3):565-71.
4. Akdamar K, Ertan A, Agrawal NM, McMahon FG, Ryan J. [Upper gastrointestinal endoscopy in normal asymptomatic volunteers](#). *Gastrointest Endosc*. 1986;32(2):78-80.
5. McColl KE, el-Nujumi A, Murray LS, el-Omar EM, Dickson A, Kelman AW, et al. [Assessment of symptomatic response as predictor of Helicobacter pylori status following eradication therapy in patients with ulcer](#). *Gut*. 1998;42(5):618-22.
6. Quigley EM, Keohane J. [Dyspepsia](#). *Curr Opin Gastroenterol*. 2008;24(6):692-7.
7. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, and Whitehead WE, eds. ROME II. The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment: a multinational consensus. 2nd ed. McLean: Degnon Associates; 2000.
8. Curioso WH, Donaires Mendoza N, Bacilio Zepa C, Ganoza Gallardo C, León Barúa R. [Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la Selva Peruana](#). *Rev Gastroenterol Peru*. 2002 Apr-Jun;22(2):129-40.
9. Olivares A, Chávez J, Rodríguez J. Endoscopia digestiva alta en el Hospital de Petro-Perú de Talara. XI Congreso Peruano de Gastroenterología. Lima, Perú. Sociedad de Gastroenterología del Perú, 1988.
10. MSDS. Indicadores básicos de salud de la República Bolivariana de Venezuela. 2001. Caracas: MSDS/OPS/OMS; 2002.
11. Shereiber S, Silva I, Pereira J, Coelho E. [Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos](#). *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):420-7.
12. Molano J, Piñeros S, López C. [Dispepsia y reflujo gastroesofágico en adolescentes escolarizados](#). *Rev Col Gastroenterol*. 2008;23(1):46-56.
13. Rodríguez S, Otero P, Peralta D, Fernández M, Pastran C. [Prevalencia de infección por Helicobacter pylori en una población del Estado Nueva Esparta. Correlación clínica, endoscópica y anatomopatológica](#). *Gen*. 2008;62(4):290-3.
14. Bejarano M. [Correlación clínica en enfermedad ulcerosa diagnosticada por endoscopia](#). *Rev Col Gastroenterol*. 2004;19(4):247-52.
15. Tahara T, Arisawa T, Shibata T, Nakamura M, Okubo M, Yoshioka D, et al. [Association of endoscopic appearances with dyspeptic symptoms](#). *J Gastroenterol*. 2008;43(3):208-15.
16. El-Zimaity HM, Ota H, Graham DY, Akamatsu T, Katsuyama T. [Patterns of gastric atrophy in intestinal type gastric carcinoma](#). *Cancer*. 2002;94(5):1428-36.
17. Pérez-Aisa MA, Del Pino D, Siles M, Lanás A. [Clinical trends in ulcer diagnosis in a population with high prevalence of Helicobacter pylori infection](#). *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21(1):65-72.
18. Arents NL, Thijs JC, van Zwet AA, Kleibeuker JH. [Does the declining prevalence of Helicobacter pylori unmask patients with idiopathic peptic ulcer disease? Trends over an 8 year period](#). *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16(8):779-83.
19. González P, Legaz ML, Pérez F, Esteban JM, Valenzuela JC, Ponte A, et al. [Eficacia de la erradicación de Helicobacter pylori en la dispepsia no ulcerosa](#). *Med Clin*. 2004;122(3):87-91.
20. Ruiz A, Gordillo FJ, Hermosa JC, Arranz E, Villares JE. [Efecto del tratamiento erradicador en pacientes con dispepsia funcional e infección por Helicobacter pylori: ensayo clínico aleatorizado frente a placebo](#). *Med Clin*. 2005;124(11):401-5.
21. Talley NJ, Janssens J, Lauritsen K, Rácz I, Bolling-Sternevald E. [Eradication of Helicobacter pylori in functional dyspepsia: randomised double blind placebo controlled trial with 12 months' follow up. The Optimal Regimen Cures Helicobacter Induced Dyspepsia \(ORCHID\) Study Group](#). *BMJ*. 1999;318(7187):833-7.
22. Maghidman Samuel, Cok J, Bussalleu A. [Hallazgos histopatológicos en la gastritis nodular: experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia](#). *Rev Gastroenterol Perú*. 2001;21(4):261-70.
23. Meléndez A, Lagos L, Iturriaga H. [Hallazgos endoscópicos en pacientes ambulatorios referidos a endoscopia por síntomas digestivos altos](#). *Gastroenterol latinoam*. 2009;20(1):11-6.
24. Chen XY, Liu WZ, Shi Y, Zhang DZ, Xiao SD, Tytgat GN. [Helicobacter pylori associated gastric diseases and lymphoid tissue hyperplasia in gastric antral mucosa](#). *J Clin Pathol*. 2002;55(2):133-7.
25. Haot J, Hamichi L, Wallez L, Mainguet P. [Lymphocytic gastritis: a newly described entity: a retrospective endoscopic and histological study](#). *Gut*. 1988;29(9):1258-64.

## Correspondencia:

Dra. Sylvana Ayala Ríos

E-mail: [sylvanayala@hotmail.com](mailto:sylvanayala@hotmail.com)