



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

**ASOCIACIÓN PÓLIPO ADENOMATOSO TUBULAR
SESIL CON HELICOBACTER PYLORI Y GIARDIASIS
EN UN PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD.
REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA**

**ASSOCIATION SESSILE TUBULAR ADENOMATOUS
POLYP WITH HELICOBACTER PYLORI AND GIARDIASIS
IN A PATIENT WITH ANXIETY DISORDER. CASE REPORT
AND LITERATURE REVIEW**

Diana Yuridia Barrera López
Instituto Mexicano del Seguro Social

Israel Armando Tino Parra
Instituto Mexicano del Seguro Social

Carolina Ruiz Hernandez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Carol Odemaris García Calderón
Instituto Mexicano del Seguro Social

Eduardo Salvador Cabrera Chamú
Instituto Mexicano del Seguro Social

Sergio Carlos Fernández Martínez
Instituto Mexicano del Seguro Social

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16103

Asociación Pólipo Ade nomatoso Tubular Sesil con Helicobacter Pylori y Giardiasis en un Paciente con Trastorno de ansiead. Reporte de Caso y Revisión de Literatura

Diana Yuridia Barrera López¹
barreralopezdianayuridia@outlook.com
<https://orcid.org/0000-0001-7775-1492>
Instituto Mexicano del Seguro Social

Israel Armando Tino Parra
tinoyparra@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0256-7241>
Instituto Mexicano del Seguro Social

Carolina Ruiz Hernández
kro_rh1107@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4239-4955>
Instituto Mexicano del Seguro Social

Carol Odemaris García Calderón
carolodemaris.g@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-8574-3373>
Instituto Mexicano del Seguro Social

Eduardo Salvador Cabrera Chamú
lalo_cbr93@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-8583-4437>
Instituto Mexicano del Seguro Social

Sergio Carlos Fernández Martínez
sergio.fernandezm@imss.gob.mx
<https://orcid.org/0000-0001-5651-8026>
Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN

Los pólipos gastrointestinales son un grupo de lesiones lumbinales que protruyen de la muesa, de las cuales pueden ser de carácter neoplasicas o benigna. La mayoría de los pólipos tienen caracterirticas especificas ya sea apariencia endoscopica, tamaño , procesos autoinmunes, trastoenos funcionales digestivos, factores hereditarios y patologias asociadas como procesos infecciosos por patogenos. La clasificacion es diversa la cual esta dada por el comportamiento epitelial del que derivan. Por lo general se descubren aproximadamnete el 6% de las esofagogastroduodenoscopias, clinicanete la matoria de los apcientes se encuentran asintomaticos. La infeccion por Helicobacter pylori se encuentra aproximadamnete en mas de la mitad de la poblacion mundial facilotando la colonizacion de otras infecciones gastricas al aumnetar el pH del estomago, entre ellas la giardiasis. Se a encontrado una asociacion clinica en el hayazgo de polipos gastricos y este tipo de patogenos. El uso de la endoscopia alta diagnoctica nos ha facilitado una mayor deteccion de pólipos gástricos y duodenales.

Palabras clave: pólipos gástricos, helicobacter pylori, giardiasis, trastorno ansiedad

¹ Autor principal.

Correspondencia: barreralopezdianayuridia@outlook.com

Association Sessile Tubular Adenomatous Polyp with Helicobacter Pylori and Giardiasis in a Patient with Anxiety Disorder. Case Report and Literature Review

ABSTRACT

Gastrointestinal polyps are a group of luminal lesions that protrude from the mucosa, which can be neoplastic or benign. Most polyps have specific characteristics, such as endoscopic appearance, size, autoimmune processes, digestive functional disorders, hereditary factors and associated pathologies such as infectious processes by pathogens. The classification is diverse, which is given by the epithelial behavior from which they derive. They are usually discovered in approximately 6% of esophagogastroduodenoscopies, clinically most of the patients are asymptomatic. Helicobacter pylori infection is found in approximately more than half of the world's population, facilitating the colonization of other gastric infections by increasing the pH of the stomach, including giardiasis. A clinical association has been found between the detection of gastric polyps and this type of pathogen. The use of diagnostic upper endoscopy has facilitated a greater detection of gastric and duodenal polyps.

Keywords: gastric polyps, helicobacter pylori, giardiasis, anxiety disorder

Artículo recibido 05 diciembre 2024

Aceptado para publicación: 25 enero 2025



INTRODUCCIÓN

Definición

Se puede unificar como una lesión luminal la cual es proyectada por encima del plano de la superficie de la mucosa gástrica, las cuales pueden ser benignas o malignas (1). Habitualmente son asintomáticas y suelen diagnosticarse por endoscopia alta diagnóstica. Algunos pólipos gástricos tienden a tener una transformación maligna a cáncer, se considera el cáncer gástrico es la tercera causa más común de muerte relacionada con cáncer en el mundo, actualmente con dificultades para la cura debido al tiempo de evolución en las que se diagnostica al paciente (2).

Helicobacter pylori es una bacteria gran negativa espiroidea, flagelada, que coloniza la mucosa del estómago desarrollando patologías digestivas, destacando la úlcera péptica y el cáncer gástrico, y extradigestivas. La bacteria cuenta con mecanismos intrínsecos que permiten su supervivencia en un medio ácido, como el gástrico, participando en la génesis de gastritis y enfermedad ulcerosa péptica. Su erradicación se asocia a reducción de complicaciones y necesidad de cirugía (17).

Epidemiología

Los datos disponibles sobre características de los pólipos gástricos varían dependiendo de la población estudiada (edad, raza; coexistencia de trastornos genéticos relacionados con síndromes polipósicos, estado socioeconómico). Se detecta entre el 1% - 6% de las esofagogastroduodenoscopia (EGD) realizadas por diferentes indicaciones como sangrado gastrointestinal y dolor abdominal, 80 a 90% de manera incidental.

Se observa una gran variabilidad en la prevalencia de los pólipos gástricos, con una tasa de detección que varía de un 0.6% a un 6,35% en Brasil y Estados Unidos respectivamente. La tasa de adenomas y carcinomas gástricos son mucho más altas en el este de Europa y Asia que en las poblaciones occidentales en un 27% en comparación con 0.5 a 3.7%, respectivamente. En países occidentales, la incidencia de pólipos gástricos disminuye, mientras que en zonas donde la prevalencia de *Helicobacter pylori* es alto, se ha reportado con mayor frecuencia.

La prevalencia es variable, del 0.3 – 6%, asociado a diferentes, como la infección por *H. pylori*, consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y gastritis crónica, entre otros. Hace algunos años, los pólipos gástricos eran 2 veces más frecuentes en el antro que en el cuerpo del

estómago, pero en los últimos 10 años la ubicación ha cambiado; la incidencia de pólipos ha aumentado en el cuerpo del estómago (19%) contra 32%, y disminuyó en el antro (46%) contra 24% anteriormente. Se ha observado una distribución por la edad alterada de los pólipos gástricos: pacientes de 45 a 59 años tienen actualmente el doble de pólipos gástricos que hace 10 años, pero se observa una relación inversa en pacientes de 60 años o más (1)(2).

Aunque se cree que la mitad de la población mundial está infectada por *H. pylori*, existe una amplia variación en la prevalencia de la infección, entre países y dentro de ellos. Dependiendo de factores raciales, socioeconómicos y culturales (17).

Clasificación

Respecto a su clasificación se puede hablar de diferentes perspectivas.

- *Clasificación macroscópica de Yamada e Ichikawa:* se dividen en 1) pólipos planos, es decir ligeramente elevados y con márgenes indistintos, altura <2.5 mm, 2) pólipos sésiles, es decir elevado con borde definido en la base, pero sin muesca, la altura excede los 2.5 mm, 3) pólipos semipedunculados, es decir, elevado con márgenes definidos y muesca clara en la base, pero sin pedículo y 4) pólipos pedunculados. Los pólipos epiteliales gástricos incluyen pólipos de glándulas fúndicas, pólipos hiperplásicos y pólipos adenomatosos (2).
- *Clasificación endoscópica:* mediante la clasificación de Paris se pueden evaluar las lesiones superficiales de todo el tracto digestivo permitiendo unificar el lenguaje entre endoscopistas de todo el mundo. Permite describir lesiones de alto riesgo de evolución a carcinoma avanzado y tomar decisiones terapéuticas en función de los hallazgos endoscópicos y el tamaño de las lesiones. Divide las lesiones en 6 tipos, del 0 al 5. Los estadios 1 al 5 corresponden a neoplasias avanzadas, es decir aquellas que alcanzan, la capa muscular propia. El estadio 0 corresponde a lesiones incipientes, aquellas que pueden ser resecaadas endoscópicamente. El estadio 0, a su vez, se divide en 3 subtipos: pólipos (0 – I) si se eleva 2.5 mm sobre la superficie adyacente, y estas pueden ser pediculados (0 – Ip con base estrecha) y sésiles (0 – Is con base y parte superior con el mismo diámetro) lesiones superficiales o planas (0 – IIa lesión superficial elevada, 0 – IIb lesión superficial plana, 0 – IIc lesión superficial deprimida) y lesiones excavadas (0 – III) (9)(10).



- *Clasificación histológica:* divide los pólipos en gástricos y duodenales dependiendo el comportamiento epitelial del que deriven. Lo que derivan del epitelio superficial de la mucosa nativa o del epitelio metaplásico (metaplasia intestinal gástrica o metaplasia foveolar duodenal) pueden ser de tipo foveolar o intestinal, otros pólipos se desarrollan a partir del componente glandular profundo, como los derivados de las glándulas pilóricas / oxínticas (Tabla1). En la población adulta más del 90% de todos los pólipos gástricos están compuestos por pólipos de glándula fúndica (47 – 77%) y pólipos hiperplásicos (17 – 55%) (Tabla 2). Todos los subtipos de adenomas (variantes de glándulas intestinales, foveolares, pilóricas y oxínticas) representan solo del 1 – 10% de estos casos.

De estos subtipos, los adenomas de tipo intestinal (56%) y los adenomas de tipo foveolar (41%) son los más frecuentes; la prevalencia de los adenomas de glándulas pilóricas (PGA) y oxínticas (OGA) no están del todo establecidas.

Tabla 1. Clasificación de los polios gástricos según el comportamiento mucoso de origen.

Pólipos / Adenomas derivados del epitelio superficial	Pólipos / Adenomas derivados de glándulas gástricas (oxínticas)
<i>Esporádico</i>	<i>Esporádicos</i>
Pólipo hiperplásico	Pólipo de la glándula fúndica (FGP)
▪ Hiperplasia foveolar polipoide reactiva	Adenoma de la glándula oxíntica (OGA)
Adenoma	Adenoma de la glándula pilórica (PGA)
▪ Tipo de intestino (metaplasia)	
▪ Tipo foveolar	
<i>Sindrómico</i>	<i>Sindrómico</i>
Pólipo juvenil	FGP – asociado a FAP
Síndrome de Peutz – Jeghers	FGP – asociado a GAPPS
Síndrome de Cronkhite – Canada	FGP – asociado a MAP
	FGA – asociado a FAP

Tabla 2. Pólipos más prevalentes en población adulta

Pólipos de glándulas fúndicas (FGP)	Pólipos hiperplásicos
<ul style="list-style-type: none">▪ Pólipos pequeños (1 a 7 mm) redondos y translucidos de superficie lisa.▪ Exclusivo en l mucosa oxíntica.▪ Casi siempre solitarios, 25% de los pacientes no sindrómicos desarrollan múltiples y el 40 a 80% sindrómicos.▪ Consecuencia de la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP).▪ Raro en síndromes de poliposis hereditaria, poliposis asociada a mutaciones genéticas por MUTYH (MAP) y con síndrome de Zollinger – Ellison.▪ Origen No Sindrómico diagnóstico entre los 40 – 60 años, con predominio femenino.▪ Origen Sindrómico en edad más temprana entre los 20 a 40 años, sin predominio de sexo, raro en pacientes pediátrico.▪ Menos frecuencia en relación con H. pylori, metaplasia intestinal o atrofia.▪ Considerado clásicamente como lesiones hamartomatosas (benignas), pero por la relación a alteraciones genéticas actualmente se consideran lesiones clonales.▪ En ausencia de características atípicas como tamaño > 10 mm, no es necesario retirarlo.	<ul style="list-style-type: none">▪ De base ancha, contorno liso y lobulado, casi siempre <20 mm, pero pueden crecer a 120 mm▪ Aumento de neoplasia con >25 mm de tamaño.▪ Segundo tipo de pólipo más común▪ Suelen ser solitarios y con predominio en región antral (60%), múltiples (20%), termino “poliposis hiperplásica” para casos de >50 pólipos.▪ Con mayor frecuencia en la sexta y séptima década de la vida, pero más común entre los niños con el 42% de pólipos pediátricos,▪ Ligero predominio femenino▪ Asociados con gastritis subyacente en contexto de metaplasia intestinal (37%), H. pylori (25%), gastropatía química y autoinmune (21% y 12% respectivamente).▪ Ausencia de mutaciones patogénicas en pequeños pólipos lo que implica una naturaleza verdaderamente no neoplásica▪ Metaplasia (4 a 16%), rara vez displacia (4%) frecuentemente >20 mm de tamaño.

Los pólipos de tipo epitelial son los más prevalentes, y entre ellos los más frecuentes son los pólipos hiperplásicos y los pólipos de glándula fúndica, siendo mucho menos frecuentes los pólipos adenomatosos, que representan solo el 1 – 12 %.



Sin embargo, esta distribución varía de acuerdo con la población estudiada. Los riesgos de transformación maligna mucho de la histología: así, los pólipos hiperplásicos tienen bajo riesgo de malignización (2%), mientras que los adenomas tienen mayor riesgo (hasta 30%). La importancia radica entre en que no siempre existe concordancia entre el aspecto macroscópico y el resultado del estudio anatomopatológico. Además, las biopsias pueden no ser representativas de todo el pólipo. Es por esto por lo que se tiene que tomar la importancia a los factores asociados para la toma de decisiones clínicas (3)(8).

Etiopatogenia

Se han asociado a diversos factores, como la infección por *H. pylori* el cual es un bacilo gramnegativo, flagelado que es patógeno potencial para el ser humano y que es capaz de producir diversos grados de inflamación en todos los sujetos colonizados. La presencia de gastritis crónica atrófica siendo el principal causante *H. pylori* se considera otro factor etiológico importante, este proceso inflamatorio crónico se asocia al desarrollo de úlceras, atrofia, metaplasia intestinal, displasia, adenocarcinoma gástrico. El consumo de IBP relacionado con un estado de supresión crónica de la acidez gástrica al igual que la producción de pólipos de glándulas fúndicas (1)(17).

Fisiopatología

Helicobacter pylori es un patógeno potencial para el ser humano capaz de producir diversos grados de inflamación gástrica (gastritis) siendo variable e independiente de la presencia de síntomas. En la actualidad es la principal causa de gastritis crónica, desarrollo de úlceras, atrofia, metaplasia intestinal, displasia, adenocarcinoma gástrico y linfomas de tejido linfoide asociado a mucosa gástrica.

La infección por *H. pylori* es un proceso continuo que va de la inflamación aguda, que progresa a inflamación crónica, y puede evolucionar a gastritis atrófica, metaplasia intestinal y finalmente a cáncer. La caracterización histológica de la gastritis, así como la presencia de lesiones premalignas; tiene un valor pronóstico, tanto de complicaciones gastroduodenales como de desarrollo de adenocarcinoma gástrico.

El conocimiento del denominado “cerebro intestinal”, un complejo sistema neuro-endocrino que posee neuronas eferentes y aferentes, neurotransmisores pre y post – sinápticos tanto excitadores como inhibidores con acción rápida o lenta que condicionan las respuestas, ha sido determinante para conocer

el grupo de patologías denominadas trastornos funcionales digestivos. El mediador bioquímico mas importante implicado en la fisiopatología de la dismotilidad es la serotonina, que se localiza principalmente en el aparato digestivo (95%) importante recordar la participación colinérgica, que favorece la irritabilidad del mecanismo neuromuscular del intestino (15).

La bacteria gran negativa es poseedora de enzima ureasa que permite transformar urea a dióxido de carbono y amoniaco, con lo que alcaliniza el medio acido en que se encuentra, atravesando la capa de mucus para finalmente alcanzar la superficie apical del epitelio gástrico, contando con factores de adherencia (17).

Clínica

La mayoría de los pólipos gástricos no generan síntomas, pueden ser causa de sangrado, dolor abdominal e incluso obstrucción. Se ha encontrado una relación entre la anemia o HDA y los pólipos hiperplásicos, mientras que los síntomas de RGE (reflujo gastro esofágico) se asocia a los pólipos de glándula fúndica (1).

El principal síntoma en todos los pacientes fue dolor abdominal, los del tracto digestivo alto, localizado en epimesogastrio, mientras que los del tracto digestivo bajo presentaban localización del dolor en flancos, fosas iliacas o hipogastrio, según la localización de las lesiones encontradas. Sangrado rectal es el segundo síntoma y melena en las lesiones altas. Diarrea se presentan en la mayoría de los casos probablemente debido por el tránsito de contenido hemático (12).

Se presenta dispepsia el cual se define como un conjunto de síntomas que se originan en la región abdominal superior y que incluye dolor y/o ardor epigástrico, saciedad temprana y plenitud posprandial. Principalmente dolor abdominal en la parte central y mitad del abdomen, que se presenta por lo menos el 25% durante las últimas cuatro semanas, que no guarda relación con la ingesta y no hay causa orgánica o alteración metabólica que justifique los síntomas.

La reunión de Roma III define a la dispepsia funcional como el inicio de los síntomas en los últimos tres meses, de los seis meses previos al diagnóstico con uno o más de los siguientes síntomas: a) molesta llenura postprandial; b) saciedad temprana; c) dolor epigástrico, y sin evidencia de enfermedad estructural. Existen dos divisiones: síndrome de dolor epigástrico y síndrome de malestar posprandial.



La endoscopia es indispensable para diagnosticar dispepsia funcional. Cuando no existe un estudio endoscópico, se denomina dispepsia no investigada.

El 70% de los pacientes se encuentran entre los 20 y 70 años, sin diferencia importante de género y más del 70% de los pacientes son atendidos por médicos generales.

Diversos estudios en la actualidad han permitido concluir que el grupo de pacientes con dismotilidad gastrointestinal suele tener en forma frecuente alteraciones en las esferas psicológica y social, eventos de depresión, ansiedad, vida de estrés y somatizaciones en forma frecuente y con exacerbación de síntomas en situaciones de tensión emocional, cambios hormonales y ataques de pánico. Los trastornos funcionales digestivos más frecuentes están la dispepsia funcional (B1); síndrome de intestino irritable (C1) presentándose alteraciones en la motilidad y la sensibilidad visceral, lo que explica la mayoría de los síntomas; enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (15)(17)(18).

Diagnóstico

Los pólipos gástricos se detectan de forma casual durante una gastroscopia realizada para estudios sintomáticos digestivos no atribuibles a los pólipos, en la mayoría de los casos por reflujo, o pacientes asintomáticos explorados por otros motivos por ejemplo en preevaluación por cirugías bariátricas.

De acuerdo con la existencia de diferentes tipos de pólipos gástricos y sus porcentajes de malignidad han hecho el uso de la endoscopia una técnica diagnóstica fundamental. Sin embargo, la caracterización histopatológica es la que dicta el potencial neoplásico o el grado de malignidad (13).

La imagen de banda estrecha (NBI narrow-band imaging) es una técnica endoscópica que permite una mejor visualización de la estructura superficial y los capilares de la mucosa superficial del tracto digestivo. Se ha reportado la utilidad de este método para diagnosticar metaplasia intestinal gástrica y la severidad de la gastritis (7).

La toma de biopsia se considera fundamental por la existencia de apariencias endoscópicas normales, pero con alteraciones neoplásicas en el estudio histológico. Tenemos que recordar que no siempre existe concordancia entre el aspecto macroscópico y la anatomía patológica. En los pacientes con pólipos gástricos las guías actuales recomiendan evaluar el estado de la infección por *H. pylori* y obtener biopsia de las mucosas gástricas circundantes para descartar la conexión de gastritis crónica (4).

El diagnóstico para *H. pylori* se puede realizar con prueba de aliento con urea la cual es sencilla, relativamente económica y ampliamente disponible con un 96% y una especificidad del 93%. Se utiliza tanto para diagnóstico como para confirmar erradicación. Otra técnica es mediante determinación de anticuerpos monoclonales dirigidos contra *H. pylori* en las heces mediante ELISA, prueba con alta sensibilidad.

La decisión de realizar una endoscopia debe basarse en el contexto clínico del paciente, y ante la sospecha de *H. pylori*, deben obtenerse biopsias gástricas. Al realizar una endoscopia depende de la evaluación integral de cada paciente. Las indicaciones incluyen: pacientes con síntomas de dispepsia mayores de 50 años, con signos de alarma (anemia, pérdida de peso, disfagia, hemorragia digestiva) o con falta de respuesta a tratamiento empírico. La búsqueda del *H. pylori* por sí sola no es una indicación válida para realizar una endoscopia.

Al tener la sospecha de infección por *H. pylori* al realizar endoscopia, debe tomarse muestras de tejido gástrico para prueba rápida de ureasa (PRU), y análisis histopatológico acuerdo con el protocolo de Sídney actualizado el cual incluye toma de 5 biopsias; de curvatura mayor (2) y menor (2) a nivel de cuerpo gástrico y antro de 3 cm de píloro, además de una biopsia de incisura (1), este con el fin de maximizar la identificación de lesiones premalignas. Se debe conformar la erradicación de la infección por *H. pylori* al menos 4 semanas posteriores al término del esquema antimicrobiano, mediante un apueba de aliento o detección de antígeno con anticuerpos monoclonales en heces (17).

Tratamiento

La erradicación del *H. pylori* es el primer eslabón en el tratamiento de los pólipos hiperplásicos, ya que se ha demostrado una desaparición de hasta el 80% de los pólipos. Además, existiendo una relación con la gastritis crónica, cuando aparece una neoplasia raramente lo hace sobre el propio pólipo, sino sobre la mucosa atrófica, por lo que es crucial investigar su existencia para establecer el seguimiento (4)(5).

A técnica endoscópica especializada como terapéutica tiene como objetivo principal reducir el número de cirugías y sus complicaciones con un porcentaje de recuperación altos (14).

Los pólipos gástricos de tipo no adenomatoso tienen bajo riesgo de malignización, por lo que no es de primera instancia la resección endoscópica, algunas guías si recomienda la lipectomía en casos hiperplásicos mayores de 0.5 cm (1).



La infección de *H. pylori* se trata habitualmente con la combinación de 2 o 3 antibióticos con un IBP, tomadas de forma concomitante o de manera secuencial por periodos de 7 a 14 días. En la práctica clínica, el curso de la terapia de erradicación inicial, se le nombra “terapia de primera línea”. En la actualidad, la tasa de erradicación con el esquema triple con claritromicina es menor del 80%. Con base a la experiencia en otras partes del mundo, se recomienda usar esquema cuádruple con o sin bismuto:

- A) Terapia cuádruple con bismuto: IBP cada 12 hrs, subcitrate de bismuto 300 mg 4 veces al día, tetraciclina 500 mg 4 veces al día y metronidazol 500 mg 4 veces al día, tratamiento por 14 días.
- B) Terapia cuádruple sin bismuto (terapia concomitante): IBP cada 12 hrs, amoxicilina 1gr cada 12 hrs, claritromicina 500 mg cada 12 hrs y nitroimidazol 500mg (tinidazol o metronidazol) tratamiento por 14 días (17).

Caso Clínico

Paciente masculino de 21 años que acude a consulta con médico familiar refiriendo, taquicardia, insomnio, angustia excesiva y pensamientos negativos recurrentes; al igual menciona náuseas con vómito ocasional de contenido alimentario con presencia de sangrado escaso, pérdida del apetito, cefalea, dolor abdominal generalizado y evacuaciones diarreicas.

Antecedentes heredo familiares: padre vivo diagnosticado HAS con tratamiento, hace 10 años diagnosticado con *Helicobacter Pylori* actualmente erradicado; madre viva aparentemente sana, hermana viva aparentemente sana.

Antecedentes personales no patológicos: originario y residente ciudad de México, habita en casa propia, construida con materiales perdurables contando con todos los servicios de urbanización (luz, agua, drenaje), estado civil soltero, ocupación estudiante, escolaridad licenciatura, religión católica, convivencia con animales un gato, tabaquismo ocasional en un periodo de 5 años con un consumo de 1 a 3 cigarrillos diarios. Alcoholismo social, toxicomanías negadas, practica atletismo con regularidad, esquema de vacunación completo.

Antecedentes personales patológicos: niega enfermedades crónico-degenerativas, niega transfusionales, niega quirúrgicos, niega traumáticos, niega alérgicos; diagnosticado hace 1 mes con trastorno de ansiedad, tratado con alprazolam, hoy en día suspendido por decisión del paciente.



Inicia padecimiento actual con la presencia de distimia e insomnio; sintomatología acompañante con dispepsia intermitente, dolor abdominal con predominio en epigastrio, hiporexia progresiva, náuseas recurrentes las cuales llegan ocasionalmente a vomito los cuales presentan rayado hemático, evacuaciones diarreas de 3 a 5 deposiciones en un día, semilíquidas sin presencia de sangrado o moco, con una evolución de cuadro clínico de 10 días consulta a médico familia el cual realiza cuestionario Beck obteniendo un puntaje de 26 diagnosticando crisis de ansiedad intensa por lo que se reinicia tratamiento con alprazolam 30 mg 1 tableta cada 24 horas y paroxetina 10 mg. Posterior a 5 días iniciado el tratamiento presenta mejoría clínica psiquiátrica, sin embargo presenta agudización en sintomatología digestiva. A la exploración física dirigida a padecimiento actual se encuentra abdomen blando depresible con incremento en peristalsis en todos los cuadrantes, doloroso a la palpación media y profunda en marco cólico transversal y descendente, en región de epigastrio y mesogastrio, en escala de ENA de 8/10, no megalias, sin datos de irritación peritoneal, timpánico a la percusión, puntos apendiculares negativos, Mc Burney negativo, puntos ureterales negativos. Se indica endoscopia alta diagnóstica (EAD) la cual reporta esofagitis grado “A” por clasificación de los Ángeles, secundario a reflujo gastroesofágico, gastritis crónica folicular antral y erosiva severa con estigmas de sangrado gástrico reciente, asociado a *Helicobacter pylori*, duodenitis por giardiasis (Figura 1).

Figura 1



Primera EAD. *Esófago* morfología normal, mucosa rosa pálido, en tercio distal se observan lesiones de 5 mm de longitud. Unión escamo – columnar localizada a 39 cm de la ADS. *Estómago* mucosa del cuerpo y antro con hiperemia, edema y patrón moderado de “empedrado” y erosiones profundas con abundantes coágulos. Píloro es central, amplio y franqueable, hiato competente. *Duodeno* con mucosa con aspecto de terciopelo blanquecino.

Se realiza toma de biopsia del antro gástrico la cual confirma el diagnostico de gastritis folicular asociada a *Helicobacter pylori*. Se decide inicio de tratamiento de erradicación con esquema cuádruple (IBP cada 12 hrs, subcitrate de bismuto 300 mg 4 veces al día, tetraciclina 500 mg 4 veces al día y metronidazol 500 mg 4 veces al día) tratamiento por 14 días al igual que se inicia tratamiento antiparasitario y amebicida por la presencia de Giardiasis utilizando metronidazol 400mg, diodohidroxiquinoleina 200mg cada 8 horas por 7 días y antifatulento (simeticona) y antiespasmódico (trimebutina) cada 12 hrs por 45 días.

Se presenta paciente a revaloración concluidos los días de tratamiento con nueva EAD presentando como hallazgos esofagitis grado “A” de los ángeles secundario a ERGE, gastritis antral superficial y duodenitis leve por Giardiasis (Figura 2). Se realiza toma de segunda biopsia de lesión tipo pólipo de la mucosa del antro gástrico reportando pólipo adenomatoso tubular.

Figura 2



Primera EAD. *Esófago* morfología normal, mucosa rosa pálido, en tercio distal se observan lesiones de 5 mm de longitud. Unión escamo – columnar localizada a 39 cm de la ADS. *Estomago* mucosa del cuerpo y antro con hiperemia, edema. Píloro es central, amplio y franqueable, hiato competente. *Duodeno* aspecto discreto de terciopelo blanquecino asociado a giardiasis.

Paciente con mejoría clínica aparente, continua con presencia de dolor abdominal leve en epimesogastrio, por lo que se continua con tratamiento con IBP (esomeprazol), sucralfato y gastro procinético (cinitaprida) y antiácido por 2 meses. Al término del tiempo se revalora paciente realizando una tercera y última endoscopia para valoración de pólipo en donde se menciona clasificación de pólipo adenomatoso sésil en unión esofagogástrica (Figura 3).

Figura 3



Esófago de forma, volumen y distensibilidad adecuada, mucosa rosa pálido, patrón glandular vellosos y vascular conservado. *Estómago*, de forma y distensibilidad adecuada, mucosa de cuerpo y antro normal. A la retroversión mucosa de fondo y cardias normal, píloro central y permeable, al paso del endoscopio. *Duodeno*, forma y volumen y distensibilidad conservados, con mucosa normal. Se observa pólipo séstil en unión esófago gástrica.

Paciente presenta total mejoría clínica, se continua con seguimiento anual por gastritis crónica y se indica a paciente inicio de protocolo para resección de pólipo adenomatoso.

DISCUSIÓN

En este caso clínico se pudo analizar a un paciente joven de 21 años el cual cursaba al inicio con sintomatología característica de un cuadro agudo de ansiedad. De acuerdo con diversos estudios como el realizado por la psicóloga ortega en el año 2021 en su investigación “ansiedad y depresión en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales” donde explica que dichos trastornos psiquiátricos suelen presentarse en combinación con alteraciones gástricas como son la motilidad, hipersensibilidad visceral, procesos inmunológicos, microbiota intestinal y del procesamiento del sistema nervioso central. Las investigaciones muestran una elación entre eventos estresantes y la exacerbación de síntomas provocando una interacción anormal entre los factores psicológicos, el sistema nervioso central y el sistema gastrointestinal dando como resultado una desregulación del eje cerebro – intestino; lo que hizo sospechar desde un inicio en un cuadro agudizado de ansiedad enmascarando el origen fisiopatológico gástrico de base. Centrándonos en el proceso gástrico podemos analizar en este paciente la importancia de los factores de riesgo que desencadenaron en cuadro clínico,

el consumo de alimentos irritantes aumentando la acidez gástrica. Un evento que resalta es el hallazgo de Giardia al realizar la endoscopia por lo que podemos mencionar los estudios de Ali Abdelfattah en su trabajo titulado “Coexistencia de Helicobacter pylori y Giardia duodenalis, relación de anemia ferropénica grave”, nos habla sobre la facilidad de colonización de otras infecciones, en la mucosa gástrica al presentar H. pylori, entre ellas la giardiasis.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir con base al este desarrollo de caso clínico la importancia que tiene el poder integrar la sintomatología clínica con diversos procesos patológicos en una misma línea de tiempo, como se pudo analizar en este caso el paciente contaba con sintomatología gástrica que al igual puede presentarse en trastornos emocionales. Otra cuestión en la que podemos concluir es el manejo oportuno de los pacientes con aparición de sintomatología gástrica, ya que en este caso se pudo descubrir por hallazgo la presencia de pólipo gástrico con alto porcentaje de malignización y que, con base a los índices estadísticos como la edad, el paciente en cuestión no se habría sospechado ni diagnosticado. Los trastornos funcionales digestivos tienen un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes dada su alta prevalencia en poblaciones económicamente activas repercutiendo en el sector económico y rendimiento laboral, ocasionando igualmente una difícil relación médico – paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Argüello V. L., Cordova H. y Uchima H. (217). Pólipos gástricos: análisis retrospectivo de 41.253 endoscopias digestivas altas. Gastroenterología y hepatología.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.01.003>
2. Markowski A. R., Markowska A. y Guzinska-Ustymowicz K. (216). Pathophysiological and clinical aspects of gastric hyperplastic polyps. World Journal Gastroenterology. October 28; 22(40): 8883-8891. DOI: 10.3748/wjg. v22.i40.8883. <http://www.wjgnet.com/esps.aspx>
3. Kovári B., Kim B. H., Lawers G. (2020). The pathology of gastric and duodenal polyps: current concepts. Histopathology 2021, 78, 106–124. DOI: 10.1111/his.14275.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/his.14275>



4. Carmack S. W., Genta R. M., Graham D., Lauwers G. (2009). Management of gastric polyps: a pathology-based guide for gastroenterologists. *Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 6, 331–341. doi:10.1038/nrgastro.2009.70. <https://www.nature.com/articles/nrgastro.2009.70>
5. Abdelfattah A., Hijjawi N. S., Jacob Jaldún. (2023). Coexistence of *Helicobacter pylori* and *Giardia duodenalis* causes severe iron deficiency anaemia in an adult male: a case report. *J Infect Dev Ctries* 2024; 18(5):839-842. doi:10.3855/jidc.19089. <https://www.jidc.org/index.php/journal/article/view/38865402/3363>
6. Katelaris P., Hunt R., Bazoli F., et alt. (2021). Directrices mundiales de la organización de gastroenterología. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-spanish>
7. Soc-Choz P. G., Hernandez G. A., Ramirez S. M., et alt. (2020). Correlación de la imagen de banda estrecha con la histopatología de los polipos gástricos. *Endoscopia.* 2020;32(Supl 2):470-475. DOI: 10.24875/END.M20000279 www.endoscopia-ameg.com
8. Niu ZY., Xue Y., Zhang J., et alt. (2021). Análisis of endoscopic and pathological features of gastric adenomatous polyps and risk factors for canceration. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2021 Dec 18;53(6):1122-1127. Doi: 10.19723/j.issn.1671-167X.2021.06.019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34916692/>
9. Candoa R. Herramientas para la interpretación de informes endoscópicos: clasificaciones y escalas en endoscopia digestiva. (2020). *Rev Med Chile* 2020; 148: 992-1003. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n7/0717-6163-rmc-148-07-0992.pdf>
10. Maiza R. E. Clasificación de París de las lesiones superficiales del tracto digestivo. (2011). *Gastroenterol. latinoam* 2011; Vol 22, Nº 2: 123-126. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n7/0717-6163-rmc-148-07-0992.pdf>
11. Perez B. G., Del Real V. O. y Eluzen G. N., Revisión de la poliposis gástrica: a propósito de un caso operado por laparoscopia con protocolo Fast Track. (2018). *Rev Chil Cir* 2018;70(2):160-163. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-pdf-S0379389317300303>
12. Cano M. I., Rosas C. C. y Vázquez N. J. (2006). Lesiones polipoides del tracto gastrointestinal, de la boca al ano. *Anales de Radiología México* 2006; 1:47-66.



<https://www.analesderadiologiamexico.com/temp/2006/1.%202006/Anrx061-07.pdf>

13. Macias-Rodríguez R., García-Flores O., Ruiz-Margain A., et alt. (2014). Evaluación de los pólipos gástricos en endoscopia. *Endoscopia*. 2014;26(2):62---69.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2014.03.001>
14. Dorrabo C. B. (2019). Rentabilidad terapéutica de la centralización de la evaluación y tratamiento de pólipos difíciles. *Gastroenterol. Hepatol*. 2019;42(10):648---649.
<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.03.011>
<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570519301347>
15. Abdo-Francis J. (2011). Trastornos funcionales digestivos. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2011;74(4):229-233. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-pdf-X0185106311907333>
16. Velásquez-Cuasquen B., Romo-Romero W., Orozco-Chamorro C. et alt. (2021). Adenoma vellosa de esófago en la mucosa ectópica gástrica: reporte de un caso. *Rev. Colomb. Gastroenterol*.2021;36(Supl.1):72-77.
<https://doi.org/10.22516/25007440.596>
17. Bosques-Padilla F., Remes-Troche J., González-Huezo M., et alt. (2018). IV consenso mexicano sobre *Helicobacter pylori*. *Revista de Gastroenterología de México*. 2018;83(3):325---34.
<https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2018.05.003>
18. Ortega I. S., Donatti S., Cremades C., et alt. Ansiedad y depresión en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales de un hospital de la ciudad de Buenos Aires. *Rev. Psicología de la salud* Vol. 10. Núm. 1. 2022. Artículo 6, pag. 70. DOI: 10.21134/pssa.v10i1.814.
<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/1224>

