UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

PREVALENCIA DE DUODENITIS LINFOCÍTICA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR.

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Gastroenterología

María de los Angeles Oñate Ortiz.
Marianí del Valle Salazar León.

Tutor: Juan Carlos González.

Caracas, mayo 2017

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENZUELA

VICERRECTORADO ACADÉMICO

SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA TECONOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 19/05/2017

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Nosotros, María de los Ángeles Oñate Ortiz y Mariani del Valle Salazar León, autores del trabajo: PREVALENCIA DE DUODENITIS LINFOCITICA EN PACIENTES CON INDICACION DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR, Presentado para optar: al título de Especialista en Gastroenterologia.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

x	*Si autorizo*
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma(s) autor (es)



C.I. Nº 18.351.192

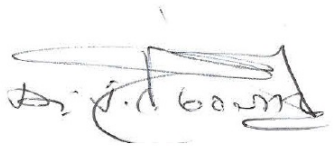
e-mail: mariadelosa121@gmail.com



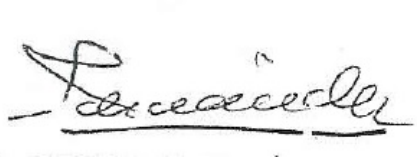
C.I Nº 16.845.587

e-mail: marianleon@hotmail.com

Caracas a los 19 días del mes de mayo del 2017.



Prof. Juan Carlos González
Prof. Universitario
Cátedra de Clínica Gastroenterológica
Tutor



Prof. Saturnino Fernández
Prof. Asociado
Cátedra de Clínica Gastroenterológica
Director del Curso



Prof. Leyda Aldana
Instructor
Cátedra de Clínica Gastroenterológica
Coordinador del Curso

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	**1**
INTRODUCCIÓN	**3**
MÉTODOS	**14**
RESULTADOS	**16**
DISCUSIÓN	**17**
REFERENCIAS	**22**
ANEXOS	**24**

PREVALENCIA DE DUODENITIS LINFOCITICA EN PACIENTES CON INDICACION DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR.

Mariani Salazar León, C.I. 16.845.587. Sexo: Femenino, E-mail: marianleon@hotmail.com. Telf: 0424-9578410. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Gastroenterología.

Maria de los Angeles Oñate Ortiz, CI. 18.351.192. Sexo: Femenino, E-mail: mariadelosa121@gmail.com. Telf: 0424-8332688/0424-3432932. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Gastroenterología.

Tutor: **Juan Carlos Gonzalez,** C.I. 3.480.317. Sexo: Masculino, E-mail: gonzalezdjc@gmail.com. Telf.: 0414-9363305/0212-5678909. Dirección: Clínica el Ávila. Médico Internista, Gastroenterólogo, especialista en Vías Biliares y Endoscopia Terapéutica, presidente de Sociedad Venezolana de Endoscopia Digestiva, Jefe de Servicio de Gastroenterología Hospital Universitario de Caracas, Director Editor de Revista GEN de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la prevalencia de Duodenitis Linfocítica en pacientes con indicación de endoscopia digestiva superior. Pacientes y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó endoscopia digestiva superior a 50 pacientes con síntomas de enfermedad ulcero péptica con o sin tratamiento con IBP. Investigamos antecedentes de *Helicobacter pylori*, enfermedades inmunológicas, consumo de AINEs, IBP y síntomas predominantes. En la biopsia duodenal se evaluó la arquitectura de las vellosidades intestinales y el número de linfocitos intraepiteliales. Resultados: La prevalencia de duodenitis linfocítica fue de 7 (14%) la edad promedio fue 47 años, 71,4% fueron del sexo femenino. El 100% presento gastropatías y duodenopatía inespecífica. Los síntomas más frecuentes epigastralgia 57,1%, pirosis 28,6% y plenitud postprandial 28,6%. De los pacientes, 71,4% presento enfermedad ulcero péptica, 28,6% enfermedad inmunológica, 28,6% infección por *Helicobacter pylori*, 42,9% tuvieron consumo de AINEs, y 85,7% consumo de IBP. Conclusiones: La duodenitis linfocítica fue más común en el sexo femenino y pacientes menores de 50 años, la mayoría presento síntomas y se asoció con

enfermedades inmunológicas, consumo de AINEs e IBP, infección por *Helicobacter pylori* y enfermedad ulceropéptica. Esta entidad debe ser considerada al estudiar las biopsias de duodeno con aumento de linfocitos intraepiteliales y vellosidades normales.

Palabras claves: Duodenitis Linfocítica, (DL) Linfocitos intraepiteliales (LIEs) Enfermedad Ulcero péptica, (EUP) Enfermedad Celiaca (EC).

ABSTRACT:

Objective: to determine the prevalence of lymphocytic duodenitis in patients with indications for Upper Endoscopy. Patients and Methods: Descriptive cross-sectional study. Upper endoscopy was performed in 50 patients with symptoms of peptic ulcer disease with or without PPI treatment. We investigated about the history of *Helicobacter pylori*, immunological diseases, use of NSAIDs, PPIs and predominant symptoms. We evaluated the architecture of the intestinal villi and the number of intraepithelial lymphocytes in the duodenal biopsy. Results: The prevalence of lymphocytic duodenitis was 7 (14%). The mean age was 47 years, 71.4% were female. 100% presented gastropathy and non-specific duodenopathy. The most frequent symptoms were epigastralgia 57.1%, heartburn 28.6% and postprandial fullness 28.6%. Of the patients, 71.4% had peptic ulcer disease, 28.6% immunological disease, 28.6% Helicobacter pylori infection, 42.9% had NSAID use, and 85.7% had PPI use. Conclusions: Lymphocytic duodenitis was more common in females, and patients younger than 50 years, the majority presented symptoms and had an association with immunological diseases, use of NSAIDs and PPIs, *Helicobacter pylori* infection and ulceropeptic disease. This entity should be taken into account when studying duodenal biopsies with increased intraepithelial lymphocytes and normal villi.

Key words: Lymphocytic duodenitis, (DL) Intraepithelial lymphocytes (LIEs) Peptic ulcer disease, (EUP) Celiac disease (EC).

INTRODUCCIÓN.

Planteamiento y Delimitación del Problema.

El aumento de linfocitos intraepiteliales, es un hallazgo inespecífico de la biopsia duodenal, el cual cada vez aparece reportado con mayor frecuencia, este hallazgo histológico se encuentra dentro de la clasificación de Marsh para enfermedad celiaca correspondiendo a la etapa 1, en cuanto al grado de lesión, así mimo también un aumento de linfocitos intraepiteliales en biopsias de duodeno, está relacionado con una entidad denominada duodenitis linfocítica la cual se define por la presencia de vellosidades intestinales con arquitectura normal y linfocitos intraepiteliales (LIE) > 25 por cada 100 enterocitos. La mucosa del intestino proximal exhibe una arquitectura normal con una razón vellosidad cripta > 3:1 (la mayoría de las vellosidades > 4:1). Un incremento de > 30/100 linfocitos intraepiteliales sobre la vellosidad se considera anormal con criptas de longitud normal y en ausencia de infección parasitaria. Múltiples artículos han detallado las causas de linfocitosis intraepitelial con preservación de la arquitectura de la vellosidad y su relación con otras patologías. [1,2]

El contaje de linfocitos en las biopsias de duodeno, es un aspecto poco estudiado, ampliamente relacionado con la enfermedad celiaca por sus características histológicas, y puede ser el marcador más sensitivo para la ingesta de gluten en estos pacientes, [3] sin embargo, existen reportadas otras entidades clínicas asociadas a este hallazgo histológico en adultos, los cuales han sido determinados en diversos estudios. [4 ,5]

Estas asociaciones incluyen, con mayor frecuencia a la infección por *Helicobacter pylori*, consumo de AINEs, enfermedades autoinmunes, infecciones parasitarias, sobre crecimiento bacteriano en intestino Delgado, enfermedad inflamatoria intestinal, así como síndrome de intestino irritable en aquellos pacientes sin causa identificada de este patrón, y con criterios clínicos para esta entidad. [5]

Debido a la falta de estudios sobre duodenitis linfocítica, los pacientes que presentan este diagnóstico frecuentemente son incluidos en el grupo de pacientes con enfermedad celiaca, y desde el punto de vista anatomopatológico se encuentra en el grupo de una entidad denominada duodenitis inespecífica. (5)

Por lo antes expuesto, en vista de la alta frecuencia en nuestra población de muchas de las entidades etiológicas, asociadas a un aumento patológico de linfocitos intraepiteliales según otros estudios, y de que no existe un diagnóstico de la misma en nuestro medio, ya que se incluyen dentro de otras patologías inespecíficas, es importante la realización de esta línea de investigación, para mayor conocimiento de esta entidad y su aplicación en la práctica clínica para el diagnóstico y terapéutica de la misma.

Justificación e Importancia

En Venezuela aun no existen estudios relacionados con la duodenitis linfocítica, por lo tanto, no hay datos estadísticos con respecto a la epidemiologia de esta. En estados unidos y otros países de Latinoamérica, estudios revelan que esta entidad puede presentarse a cualquier edad y su prevalencia es más frecuente en adultos, después de la cuarta década y en el sexo femenino, con una relación de 2.4:1. (2)

Los síntomas dispépticos están relacionados con los agentes causales ya antes descritos, de esta entidad, entre los más frecuentes en nuestra población se encuentran, la infección por *Helicobacter Pylori*, AINEs, y las infecciones parasitarias, y en menor porcentaje la enfermedad celiaca y las enfermedades autoinmune, por lo que es importante conocer la relación entre la presentación clínica de estas patologías con los hallazgos endoscópicos e histológicos, de estos pacientes, así mismo la presentación clínica la cual puede ser de gran utilidad para decidir la conducta terapéutica inicial apropiada con estos pacientes. Es por esto que se determinara, que síntomas se encuentran presente con mayor frecuencia, en pacientes con diagnóstico de duodenitis linfocítica. (6)

El Gold estándar para el diagnóstico de la duodenitis linfocítica es el estudio anatomopatológico de la mucosa duodenal, el cual no se solicita de rutina en nuestro servicio y en este sentido no se han reportado casos con este diagnóstico, sin embargo es frecuente la descripción en los estudios endoscópicos de alteraciones de la mucosa duodenal, tales como mucosa de aspecto congestivo, erosivo, nodular, entre otros, siendo interesante conocer qué relación tienen estos hallazgos con las características histológicas de la mucosa duodenal.[7]

Antecedentes

Aziz, I., y col. En el año 2010 realizaron un estudio prospectivo en Sheffield, Reino Unido, cuyo objetivo fue estudiar la etiología de la duodenitis linfocítica. Los resultados mostraron que la enfermedad celíaca estuvo presente en el 16% de los pacientes. En la ausencia de un diagnóstico positivo para enfermedad celíaca, se asoció más comúnmente a medicamentos (21%), infección (19%), la desregulación inmune (4%), enfermedad inflamatoria intestinal (2%), colitis microscópica (2%), sarcoidosis (1%) y la deficiencia de IgA (1%). De 34 pacientes sin asociaciones conocidas, 18 tenían síntomas del síndrome del intestino irritable (IBS), y en 29 pacientes investigados con biopsias duodenales seriadas los Linfocitos intraepiteliales se normalizaron en 22 de los casos. [2]

Philpott H., y col. En el año 2011 publicaron un estudio retrospectivo, cuyo objetivo fue definir la relación entre los datos clínicos y los hallazgos histopatológicos en la duodenitis linfocítica. Se estudiaron todos los reportes histopatológicos de biopsias duodenales realizadas en el Eastern Health en un periodo de 6 años (2005-2011). Los resultados, 104 pacientes fueron estudiados; con una edad media de 41 años (rango 18-87), el 67% mujeres. Los síntomas de presentación fueron diarrea (n = 24), anemia (n = 21), dolor abdominal (n = 51) y otros (n = 8). La serología para la enfermedad celiaca se realizó en 72% (n = 74); 44 pacientes no tenían ninguna investigación adicional para EC. En los 30 pacientes restantes con pruebas adicionales para EC, se diagnosticó esta entidad en 2 pacientes. Esta investigación adicional estuvo influenciada por los síntomas presentados. [8]

Shmidt E y col en el 2014 estudiaron, el aumento de la linfocitosis intraepitelial (LIE) con arquitectura vellosa preservada, es un hallazgo común pero no específico en las biopsias duodenales, se estudió el cambio en la frecuencia del LIE aislado en la biopsia duodenal con el tiempo y determinar si las asociaciones de enfermedades reportadas previamente han cambiado durante ese período, se evidencio en adultos con una biopsia duodenal que mostró vellosidades normales y aumento del número de linfocitos intraepiteliales, teniendo como resultados de las 15.839 biopsias duodenales realizadas durante el período de estudio, 1105 (7,0%) tuvieron el hallazgo histológico de interés. Las probabilidades de encontrar la enfermedad celíaca recién diagnosticada, disminuyeron en 0.9 en promedio durante cada año, mientras que las probabilidades de encontrar una asociación no celíaca aumentaron 1.12 veces cada año. El LIE atribuido al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y sobre crecimiento de bacterias de intestino delgado (SIBO) aumentó en 1,06 y 1,3 veces, respectivamente, para cada año en promedio. Llegando como conclusión que durante los años 2000 a 2010, se ha observado un aumento de la frecuencia, en las biopsias duodenales que se aislaron con LIE. Las probabilidades de un diagnóstico de enfermedad celiaca (EC), para este hallazgo han ido disminuyendo, mientras que las probabilidades de uso de AINE y SIBO han ido aumentando. Aunque el hallazgo de LIE aislada en la biopsia duodenal justifica el tratamiento para la EC en todos los pacientes, debe investigarse más para otras posibles causas, incluyendo el uso de AINE e inhibidores de la bomba de protones. [3]

Marco Teórico

Los linfocitos Duodenales intraepiteliales (LIE) participan en la vigilancia inmunológica del tracto intestinal y se activan ante la presencia de antígenos. La linfocitosis suele ser un marcador de la respuesta inflamatoria de bajo grado o de memoria inmunológica. Se ha postulado que estas células pueden desempeñar un papel en la liberación de mediadores que evocan las respuestas del sistema nervioso entérico, excitan las vías sensoriales aferentes

e inducen hiperalgesia visceral. En la duodenitis linfocítica se ha planteado el concepto de desregulación inmunológica una vez que se ha excluido a la enfermedad celíaca y las infecciones gastrointestinales. [9]

En el año 1971 se determinó el recuento normal de LIE en <40 LIEs por 100 enterocitos a partir de biopsias yeyunales utilizando una Capsula de Crosby o Watson lo cual se mantuvo hasta el año 2005. Más recientemente, el recuento normal de LIE ha sido establecido en <25 por 100 enterocitos y esta entidad se encuentra en aproximadamente 2-3.8% de las biopsias duodenales. [9]

La Duodenitis linfocítica (LD) se define por vellosidades intestinales con arquitectura normal y la presencia de más de 25 linfocitos intraepiteliales por cada 100 enterocitos. Un estudio sobre biopsias duodenales encontró que en el 2% de las muestras pueden estar presentes LIEs con arquitectura normal. Cuando se contaron formalmente los linfocitos intraepiteliales el 20% fue diagnosticado finalmente con enfermedad celiaca. [4]

Existen numerosas causas de duodenitis linfocítica seronegativa. Se estudió la prevalencia de duodenitis linfocítica en sujetos seronegativos para enfermedad celíaca la cual fue de 4% y la mayoría estuvo asociada a infección por H. pylori. Estudios retrospectivos han sugerido otras asociaciones con esta entidad como la Enfermedad Celíaca, Infecciones Gastrointestinales, Trastornos Inmunológicos (Patología tiroidea, la artritis reumatoide, psoriasis, y trastornos del tejido conectivo), Anti-inflamatorios No Esteroideos (AINEs), Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), Deficiencia de IgA. [4]

El diagnóstico de la enfermedad celíaca requiere un enfoque clínico-patológico con serología y biopsia. Actualmente la clasificación está cambiando, debido a que esta entidad puede mostrar un mínimo de patología (arquitectura normal y un recuento de linfocitos intraepiteliales / 100 enterocitos menor de 25). En estos casos se ha recomendado el seguimiento serológico de los pacientes. Las investigaciones para apoyar el diagnóstico de la enfermedad celíaca deben incluir pruebas para la transglutaminasa tisular anticuerpo (tTG) y / o anticuerpos antiendomisio (EMA) en la presencia de un nivel normal de IgA. [5]

Un aumento LIEs en otros órganos del tracto gastrointestinal debería alertar sobre la posibilidad de enfermedad celíaca y realizar de forma rápida las pruebas serológicas. Si se ha realizado el diagnóstico de colitis microscópica (colitis linfocítica y / o colitis colagenosa) o gastritis linfocítica (Gastritis linfocítica o gastritis colagenosa) se debe hacer diagnóstico diferencial con la enfermedad celíaca. La Gastritis linfocítica se ha descrito en el 18-33% de los pacientes celíacos en la práctica actual. [(2)]

Esta enfermedad se manifiesta clásicamente en el intestino delgado proximal y se extiende variablemente al yeyuno. El bulbo duodenal recibe el alimento parcialmente digerido mezclado con ácido y la pepsina; es por lo tanto el primer punto de contacto del gluten con la mucosa del intestino delgado, por lo que es posiblemente el sitio ideal para la toma de biopsias. La interpretación de las biopsias de lesiones en el bulbo duodenal puede verse alterada en lesiones pépticas y en la distorsión de las glándulas de Brunner.

Respecto a la toma de muestras la opinión de consenso es que de cuatro a seis biopsias son necesarias para el diagnóstico; originalmente, la recomendación, fue que las biopsias fueran tomadas en la segunda porción del duodeno y a partir de esta. Sin embargo, estudios recientes muestran que el bulbo duodenal es también de importancia. Si bien un enfoque de tres biopsias (incluyendo el bulbo duodenal) es suficiente, un régimen de cinco biopsias es mejor para detectar el grado y la severidad de la atrofia de las vellosidades.

El informe de una biopsia duodenal debe contener la descripción de la arquitectura de las vellosidades, recuento de LIE (Normal o mayor de 25, el número real), inflamación activa (Neutrófilos) si están presentes, los agentes patógenos y, en su caso, comparación con una biopsia previa. No todos los pacientes con enfermedad celíaca tendrán histología típica de esta enfermedad. Las vellosidades del intestino delgado proximal pueden aparecer torcidas en la lámina o cortarse tangencialmente, por lo que se ha sugerido que 4 vellosidades normales digitiformes guarden una relación vellosidad-cripta entre 3:1 y 5:1. Esto se considera una biopsia arquitecturalmente normal. En las vellosidades normales, los

LIEs disminuyen en número desde la base hacia el ápice, por lo cual el conteo de los LIEs en los ápices de las vellosidades es el método más útil para confirmar un aumento de los mismos. En la práctica, es aconsejable evitar el recuento de LIEs en las vellosidades que no estén bien orientada porque las secciones tangenciales de la base de las vellosidades pueden producir un falso negativo. [6-9]

Debido a que los LIEs son un componente funcional del sistema inmunológico intestinal, no es inesperado que un estímulo antigénico endógeno, exógeno o causa autoinmune conlleve a un aumento en los mismos. En muchos casos no se asociará daño celular epitelial y la muerte (por apoptosis) en el tiempo que lleva a atrofia de las vellosidades. Las condiciones asociadas con vellosidades normales parecieran representar una manifestación leve o temprana de este proceso. [6]

Los cambios inflamatorios endoscópicos e histológicos observados en la mucosa del bulbo duodenal asociados o no con úlcera péptica han recibido múltiples denominaciones: duodenitis inespecífica, duodenitis crónica, duodenitis péptica, gastroduodenitis. [9]

Los trastornos ulcero pépticos influyen en la calidad de vida y la productividad de los afectados, siendo causas comunes e importantes de morbilidad y mortalidad. Aproximadamente el 40% de adultos en los Estados Unidos manifiestan una crisis mensual, el 20% semanal, y aproximadamente el 7% de acidez diaria.

Las células epiteliales del estómago y del duodeno secretan moco en respuesta a la irritación de la mucosa epitelial y como resultado de la estimulación colinérgica. La porción superficial de la mucosa gástrica y duodenal presenta la forma de una capa de gel, que es impermeable al ácido y la pepsina. Otras células gástricas y duodenales secretan bicarbonato, que ayuda a formar un tampón ácido que se encuentra cerca de la mucosa. Las prostaglandinas de tipo E (PGE) tienen una función protectora importante, porque PGE aumenta la producción tanto de bicarbonato y la capa mucosa. [10]

En condiciones normales, existe un equilibrio fisiológico entre la secreción de ácido gástrico y la defensa de la mucosa gastroduodenal. La lesión de la mucosa y, por lo tanto, la presencia de úlcera péptica se produce cuando el equilibrio entre los factores agresores y los mecanismos de defensa se rompe. Factores agresores, como los AINEs, la infección por H pylori, alcohol, sales biliares, ácido y pepsina, pueden alterar la defensa de la mucosa, permitiendo la retro difusión de los iones de hidrógeno y el daño subsiguiente de células epiteliales. Los mecanismos de defensa son la presencia de uniones estrechas intercelulares, moco, el flujo sanguíneo de la mucosa, la restitución celular y la renovación epitelial. [(11)]

Algunos autores sugieren que el aumento en la secreción de ácido y etanol podría tener un papel importante en la patogénesis de la duodenitis. La infección por *H. pylori* también puede desempeñar un papel clave en patogénesis de la enfermedad gastroduodenal y es un factor de riesgo independiente para la inflamación crónica en el duodeno. [(12)]

La mayoría de los pacientes con úlceras duodenales han mermado la secreción de bicarbonato duodenal, que también ha demostrado que es causada por *H. pylori*, ya que con su erradicación se invierte este defecto. El aumento de la secreción de ácido gástrico y la secreción de bicarbonato duodenal reducida disminuyen el pH en el duodeno, lo cual promueve el desarrollo de metaplasia gástrica (es decir, la presencia de epitelio gástrico en la primera porción del duodeno). La infección por *H pylori* en las zonas de metaplasia gástrica induce duodenitis y aumenta la susceptibilidad de la lesión al ácido, con lo que predispone a las úlceras duodenales. La colonización duodenal por *H. pylori* se encontró que era un predictor muy importante de desarrollo de úlceras duodenales en un estudio que siguió a 181 pacientes con endoscopia negativa, dispepsia no ulcerosa. [(13)]

Cuando *H pylori* coloniza la mucosa gástrica, generalmente da lugar a inflamación. La asociación causal entre la gastritis por *H. pylori* y úlcera duodenal ya está bien establecida en la literatura. En los pacientes infectados con *H. pylori*, los altos niveles de gastrina y pepsinógeno y niveles reducidos de somatostatina han sido medidos y se demostró que la exposición duodenal al ácido gástrico incrementa en estos pacientes. Los factores de virulencia producidos por *H pylori*, incluyendo ureasa, catalasa, citotoxina vacuolizante, y lipopolisacárido, están bien descritos. [(13)]

En los Estados Unidos, la enfermedad ulcero péptica, afecta a aproximadamente 4.5 millones de personas anualmente. El 10 % de la población en este país tuvo evidencia de ulcera duodenal en algún momento. De los infectados por *H pylori*, la prevalencia es de 20%; la proporción de población con infección por *H. pylori* incrementa sostenidamente con la edad. [13]

En forma universal, la incidencia de ulceras duodenales, ha disminuido en las ultimas 3 a 4 décadas. Aunque la tasa de ulcera gástrica simple está en descenso, la incidencia de ulcera gástrica complicada y hospitalizaciones se ha mantenido estable, en parte debido al uso concomitante de aspirina en una población que envejece. La tasa de hospitalización por úlcera péptica es de aproximadamente 30 pacientes por cada 100.000 casos. [13]

La prevalencia de enfermedad ulcero péptica ha variado, actualmente la prevalencia es similar para ambos sexos. La prevalencia es aproximadamente 11-14 % en hombres y 8-11 % en mujeres. Con respecto a la edad de aparición disminuye en hombres jóvenes, particularmente en el caso de la ulcera duodenal, incrementando está en mujeres de mayor edad. Las tendencias reflejan cambios complejos en los factores de riesgo para la enfermedad ulcero péptica, incluyendo los fenómenos de cohortes de edad con la prevalencia de la infección por H. pylori y el uso de los AINEs en la población de mayor edad. [14]

Las causas de enfermedad ulcero péptica, que también se han relacionado con la duodenitis linfocítica son las siguientes: *H. pylori*, AINEs, relacionadas con el estilo de vida, estrés fisiológico grave, estados de hipersecreción (poco común) y factores genéticos. [9-14]

La tasa de infección por *H. pylori* en las úlceras duodenales en los Estados Unidos es inferior al 75% para los pacientes que no usan AINEs. Excluyendo los pacientes que utilizan AINEs, el 61% de las úlceras duodenales y el 63% de las úlceras gástricas fueron positivos para H. pylori en un estudio. Estas tasas fueron más bajas en los blancos que en los no blancos. La prevalencia de la infección por *H. pylori* en úlceras complicadas (por

ejemplo, sangrado o perforación) es significativamente menor que la encontrada en la enfermedad de úlcera no complicada. [10-15]

El uso de AINE es una causa común de EUP. Estos fármacos alteran la barrera de permeabilidad de la mucosa, lo que hace la mucosa vulnerable a las lesiones. El 30% de los adultos que toman AINEs tienen efectos adversos gastrointestinales. Los factores asociados con un mayor riesgo de úlceras duodenales en la configuración del uso de AINEs incluyen la historia de EUP anterior, la edad avanzada, el sexo femenino, las dosis altas o combinaciones de AINEs a largo plazo, el uso concomitante de anticoagulantes y la presencia de comorbilidades**.** [15]

Un estudio prospectivo a largo plazo descubrió que los pacientes con artritis que eran mayores de 65 años que tomaron regularmente aspirina a dosis bajas estaban en un mayor riesgo para la dispepsia suficientemente graves como para requerir la interrupción del medicamento. [12]

Con respecto a los síntomas de la enfermedad ulcero péptica el dolor en epigastrio, es el síntoma más común en ambas ulceras, tanto gástricas como duodenales., está caracterizado por sensación de ardor o cólico y aparece después de las comidas, clásicamente en las ulceras gástrica poco después de comer, y en las duodenales en las próximas 2-3 horas después de la ingesta. Los alimentos o antiácidos alivian el dolor de las úlceras duodenales, pero proporcionan alivio mínimo del dolor en el caso de la úlcera gástrica. [15]

El dolor de la ulcera duodenal frecuentemente despierta al paciente durante la noche. Sobre 50-80 % de los pacientes con ulceras duodenales experimentan dolor nocturno, en comparación con sólo el 30-40% de los pacientes con úlceras gástricas y 20-40% de los pacientes con dispepsia no ulcerosa. Otros síntomas de enfermedad ulcero péptica comprenden dispepsia incluyendo, eructos, distensión abdominal, intolerancia a alimentos con alto contenido en grasas, acidez, molestias torácicas, en casos de consumo de AINEs, la enfermedad puede ser silente, sin estas manifestaciones. Solo en el 20-25 % de pacientes con síntomas sugestivo de enfermedad ulcero péptica, son estudiados. [15]

Objetivo general

Determinar la prevalencia de duodenitis linfocítica en pacientes con indicación de Endoscopia Digestiva Superior que acuden a la consulta externa y triaje del servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas.

Objetivos Específicos

1. Determinar frecuencia de duodenitis linfocítica, según la edad y el sexo de los pacientes estudiados.
2. Relacionar la duodenitis linfocítica con los hallazgos endoscópicos.
3. Definir los síntomas presentes con mayor frecuencia en los pacientes con duodenitis linfocítica.
4. Determinar la relación entre duodenitis linfocítica y la presencia de enfermedad ulcero péptica, enfermedades inmunológicas e infección por *Helicobacter pylori*.
5. Determinar la relación entre la presencia de duodenitis linfocítica y pacientes con consumo de AINEs e inhibidores de la bomba de protones.

Aspectos éticos:

Este estudio es un tipo de investigación sin riesgo, ya que se emplearán técnicas y métodos de análisis documental prospectivo. No se realizará ninguna intervención o modificación de las variables fisiológicas, anatómicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en dicho estudio.

MÉTODOS:

Tipo de estudio:

Descriptivo y prospectivo, de corte transversal.

Población y muestra:

La población, está formada por aquellos pacientes con indicación de endoscopia digestiva superior que acudieron a la consulta externa y al triaje del servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas, la muestra estuvo constituida por 50 pacientes a quienes se les realizó endoscopia digestiva superior en el servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas en el período comprendido entre Agosto de 2013 y Enero de 2014 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio los pacientes mayores de 18 años, evaluados en el triaje y la consulta externa de gastroenterología, con síntomas de enfermedad ulcero péptica con o sin tratamiento con inhibidor de bomba de protones.

Se excluyeron del estudio a los pacientes con hemorragia digestiva superior, neoplasias gástricas o duodenales, estado de inmunosupresión, estomago operado, embarazadas, lesiones por cáusticos, negación al estudio endoscópico.

Procedimiento:

Se tomaron biopsias de estómago y duodeno con pinzas de biopsia desechables, de la mucosa gástrica se obtuvieron cinco fragmentos según el protocolo de Sídney (dos muestras de antro, una del ángulo y dos muestras del cuerpo gástrico). Se tomaron cinco biopsias de la mucosa duodenal (tres de segunda porción y dos de bulbo duodenal); las cuales fueron incluidas en colectores individuales con 10 cc de formol al 10%. Las biopsias fueron enviadas al Instituto de Anatomía patológica Dr. José Antonio O'Daly donde se

evaluaron los hallazgos histopatológicos y se realizó el conteo de los linfocitos intraepiteliales por campo.

Para la recolección de los datos se diseñó un formato que incluyó la información clínica, hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos de los pacientes del estudio. El formato se encuentra en anexo.

Tratamiento estadístico adecuado

Se calculó el promedio y desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. Las relaciones entre variables nominales se llevaron a cabo con la prueba chi-cuadrado de Pearson. Se consideró un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con SPSS 24.

Aspectos administrativos:

Recursos:

Institucionales: Los datos fueron obtenidos a través de la realización de historias clínicas de pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Gastroenterología del HUC, en el período Agosto 2013 - Enero 2014.

Humanos: Investigadores, colaboradores, médicos gastroenterólogos, los procedimientos fueron realizados por endoscopistas del servicio de Gastroenterología del H.U.C. con el fin de disminuir los errores dependientes del observador, se seleccionaron endoscopistas entrenados los cuales reportaron las características endoscópicas del estómago y duodeno, asesor especialista, metodológico y estadístico.

Instrumentos: Fichas de recolección de datos, gastroscopios marca *Fujinon* de la serie 4500, computador portátil, libros de texto especializados, revistas médicas, Internet, lápices, bolígrafos, hojas y carpetas.

RESULTADOS

Participaron 50 pacientes que acudieron a la consulta externa y triaje del servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas, con indicación de endoscopia digestiva superior donde se tomó biopsia de la mucosa duodenal, estudiándose las muestras en anatomía patológica, para el contaje de linfocitos intraepiteliales, la edad promedio fue 47 ± 17 años, con respecto al sexo, 12 pacientes (24%) corresponde al sexo masculino y 38 (76%) corresponde al sexo femenino, se registró mediante un formulario que síntomas gastrointestinales presentaban, consumo de IBP, enfermedades inmunológicas, y de esta manera asociar la prevalencia de duodenitis linfocítica con estas variables. (Grafico 1- 4)

De los 50 pacientes 7 (14%) presentaron duodenitis linfocítica dado por un contaje de LIE mayor a 25 de los cuales 4 (57,1%) menor igual a 50 años y 3 (42,9%) mayor a 50 años, 2 pacientes (28,6%) corresponden al sexo masculino y 5 (71,4%) al sexo femenino. (Tabla 3)

Los 7 pacientes (100%) presentaron algún tipo de gastropatía, así como duodenopatía inespecífica. (Tabla 2)

Los síntomas con mayor frecuencia en pacientes con duodenitis especifica fueron epigastralgia 4 pacientes (57,1%), pirosis 2 (28,6%), plenitud postprandial 2 (28,6%), eructos 2 (28,6%) y distensión abdominal 1 (14,3%). (Tabla 4)

De los 7 pacientes 5 (71,4%) presentaron enfermedad ulcero péptica, 2 (28,6%) enfermedad inmunológica y 2 (28,6%) infección por *Helicobacter pylori*. (Tabla2)

Con respecto al consumo de AINEs, 3 pacientes (42,9%) y 6 (85,7%) consumen IBP.(Tabla1)

DISCUSION

En promedio, en el 14 % de las muestras de biopsia duodenal de nuestra investigación se identificó un "incremento de linfocitos intraepiteliales", planteándose el diagnóstico de duodenitis linfocítica (DL), en 7 pacientes de los 50 que participaron en este estudio, según Verress B, y colaboradores en 2004 reportan en su estudio sobre Revisión de contaje de LIEs en duodeno que existe in incremento del contaje de LIE en 1.3 y 2.2 % en las biopsias de intestino delgado proximal, por otra parte I. Aziz y colaboradores en un estudio prospectivo realizado en el año 2010, donde estudiaron las causas de DL, reportaron que esta entidad es encontrada en 2-3.8 % de las biopsias de duodeno, y más recientemente 2014, Eugenia Shmidt y colaboradores en un estudio retrospectivo donde se estudió el incremento de LIEs entre año 2000 y 2010, reportan una prevalencia de 7 %, siendo importante acotar que no fue un valor constante en el tiempo variando de 3 % en el año 2000 a 10.9 % en 2010, y teniendo en esta misma bibliografía un reporte del periodo 1995-2001 con una prevalencia de 1.3 %, por lo que es importante hacer énfasis en el importante aumento del rango que fue reportado este hallazgo, y aun cuando nuestro resultado demuestra una diferencia importante con el resto de los estudios se acerca más a los resultados más recientes reportados en 2014, sin embargo podemos atribuir este incremento del diagnóstico de DL, a las variaciones que han existido en cuanto a la definición de "aumento de LIEs" recordando que previamente se consideraba anormal un límite superior a 40 LIE/100 enterocitos y actualmente este valor corresponde a más de 25 LIE/100 enterocitos.

De los 7 pacientes con diagnóstico de DL 5 corresponden al sexo femenino (71.4%) y el 57.1 % se ubican en un rango de edad $\leq$ 50 años, resultado que coinciden con los estudios de Azis y colaboradores en el 2010 donde de 100 pacientes 74 fueron mujeres con edad promedio de 47, y Eugenia Schmidt donde en su descripción demográfica reportan el sexo femenino como predominante con un 73%, es bien conocido la predisposición del sexo femenino para desordenes inmunológico lo cual probablemente desempeñe un rol importante en esta entidad, sin embargo esta observación merece futuras consideraciones.

Con respecto a los hallazgos endoscópicos, no contamos con estudios previos donde relacionen esta variable con la DL, sin embargo, en los 50 pacientes que se estudiaron se encontró que el 100 % presento algún tipo de gastropatía refiriéndonos a gastropatía congestiva, erosiva, eritematosa o nodular según el aspecto de la mucosa, y además tenían duodenopatía inespecífica, evidenciando en nuestro estudio que los pacientes con duodenitis linfocítica presentan alteraciones en mucosa gástrica y duodenal, y que en ninguno de los casos la endoscopia digestiva superior fue normal.

El síntoma que predomino en los pacientes con DL, fue la epigastralgia en un 57.1 % de los pacientes seguido de pirosis, plenitud postprandial y eructos en 28.6% y solo un 14.3 % presento distensión abdominal, Vande Voort, y colaboradores en 2009 realizaron el trabajo titulado “Duodenitis Linfocítica y el espectro de la enfermedad celiaca”, donde sus resultados difieren de los nuestros ya que el 65 % los pacientes con DL presento diarrea crónica, 43 % cólico abdominal, 37 % pérdida de peso y 33 % tuvo distensión abdominal, náuseas y vómitos e incluso un 25 % presento constipación, muchos de estos corresponden a síntomas comunes en el síndrome de intestino irritable, enfermedad celiaca y enfermedad ulceropéptica los cuales han sido relacionados ampliamente con la DL.

Siguiendo este orden de ideas en nuestra investigación se encontró que en 5 pacientes (71,4%) se planteó diagnóstico de enfermedad ulceropéptica según sus síntomas y hallazgos endoscópicos, sin embargo, al igual que con los hallazgos endoscópicos no contamos con bibliografía de estudios previos que soporten esta asociación sin embargo podemos ver que en la mayoría de los pacientes existió una relación entre enfermedad ulceropéptica y DL.

Con respecto a la presencia de enfermedades inmunológicas en los pacientes con DL en nuestra investigación se encontró en solo 2 pacientes (28,6 %), los cuales tenían diagnóstico artritis reumatoide e hipotiroidismo, existiendo una diferencia con respecto a otros estudios como I. Aziz y colaboradores donde los trastornos inmunológicos se presentaron en 4% de los pacientes lo cual es semejante a los resultados de Rosinach M y colaboradores en su estudio sobre etiología de DL en el año 2012, con esta asociación en 3.3 % de los pacientes, esta diferencia estadística puede deberse a que en estos estudios la

muestra fue mucho mayor a la nuestra, con respecto al tipo de patología inmunológica asociada, coincidimos con la bibliografía que reporta entre la principales la artritis reumatoide, enfermedades tiroideas (tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Graves) y lupus eritematoso sistémico, entre otros sin embargo a pesar de que este concepto de enfermedades inmunológicas como causantes de DL ha sido notado previamente, la literatura plantea que aún está mal entendido e incluso especulado.

La asociación de infección por *Helicobacter pylori*, y el incremento de LIEs, en la mucosa duodenal, parece ser una reacción idiosincrática y suele estar presente solo en duodeno proximal, afortunadamente la erradicación de Helicobacter está asociada a un retorno en la normalidad del número de LIEs, según la bibliografía citada para esta investigación, en nuestro estudio 2 pacientes (28.6 %) presentaron infección por *Helicobacter pylori*, en el caso de Aziz y colaboradores 14 % tenía esta asociación, además ellos tomaron en cuenta otras infecciones intestinales reportando 5 casos de pacientes con infección por giardia (1), campylobacter (1), áscaris (1) y dos casos de sobrecrecimiento bacteriano en intestino delgado.

De los 7 pacientes con DL, 3 manifestaron consumo de AINEs, lo cual representa un 42.9 %, siendo este tipo de droga, según estudios previos la más comúnmente asociada con incremento de LIEs en intestino delgado, en estudios como los de I Aziz y colaboradores así como Eugenia Shmidt y colaboradores el consumo de AINEs se encuentra entre las tres primeras causas de DL, siendo encontrado en 21 % y 21.6 % de los pacientes que participaron en dichos estudios respectivamente con diagnóstico de DL, lo cual coincide con lo reportado en la literatura donde mencionan que más del 15 % de los pacientes con incremento de LIEs en duodeno consumen este tipo de droga, el uso documentado de AINEs ha aumentado progresivamente en el tiempo, así lo demuestra el estudio de Eugenia Shmidt y colaboradores siendo un estudio retrospectivo comprendido ente 2001 – 2010 evidenciando un incremento de 1.06 veces por año.

El uso de inhibidores de la bomba de protones, (IBP) estuvo presente en la gran mayoría de los pacientes con DL, es decir en 6 pacientes 85.7 %, aunque no contamos con trabajos previos que describan esta asociación, este resultado hace inferir que pudiera

existir cierta relación entre IBP y duodenitis linfocítica, sin embargo haría falta futuros estudios para confirmar esta relación.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos sugieren que la duodenitis linfocítica es más común en el sexo femenino y en pacientes con edad ≤ 50 años, que la gran mayoría de los pacientes con este diagnóstico presentan síntomas, existiendo una importante asociación entre esta entidad y enfermedades inmunológicas, consumo de AINEs, e infección por Helicobacter Pylori lo cual coincide con las investigaciones previas, sin embargo también se evidencio relación entre DL y enfermedad ulceropéptica y uso de IBP aunque no contamos con estudios previos que describan esta relación.

Es importante entonces realizar toma de biopsias en duodeno en caso de síntomas o alteración en la mucosa, y en el estudio histológico incluir el contaje de linfocitos y arquitectura de las vellosidades, ya que se está pasando por alto el diagnostico de duodenitis linfocítica la cual como hemos visto se trata de una entidad con repercusiones clínicas, anatomopatológicos y epidemiológicas bien definidas y la mayoría de las veces está siendo catalogada como duodenitis inespecífica o enfermedad celiaca existiendo diferencias bien establecidas entre estos tipos de patología y la duodenitis linfocítica.

Los médicos gastroenterólogos debemos ser conscientes, de que existen enfermedades no celiacas que ocasionan un aumento de linfocitos intraepiteliales en la biopsia duodenal, como la duodenitis linfocítica.

RECOMENDACIONES:

Nuestro estudio presento limitantes en cuanto al número de muestras a ser estudiadas, así como la falta de realización de serología para enfermedad celiaca como lo son anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomisio, HLA DQ 2 o DQ 8, siendo esto de gran importancia ya que se ha demostrado que pacientes con diagnóstico de DL, aun con vellosidades normales han presentado serología positiva para enfermedad celiaca, es por ello que sería recomendable para futuros estudios un mayor número de pacientes, con mayor significancia estadística y tomar en cuenta la serología para enfermedad celiaca, además de seguimiento de estos pacientes ya que según estudios previos un 20 % de estos pacientes una vez corregido el factor asociado a DL o incluso con una dieta libre de gluten pueden tener una regresión a la normalidad del número de LIEs en las biopsias de duodeno.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Walker M, Murray J. An update in the diagnosis of coeliac disease. Histopathology 2011, 59, 166–179
2. Azis I; Evans K. E.; Hopper, A. D. *; Smillie, D. M.; Sanders _ & D. S. A prospective study into the aetiology of lymphocytic duodenosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32: 1392–1397.
3. Shmidt E, Smyrk T, Boswell C, Felicity T. et al. Increasing duodenal intraepithelial lymphocytosis found at upper endoscopy: time trends and associations. Gastrointestinal Endoscopy Volume 80, No. 1 : 2014.
4. Vande Voort J, L: Murray J, Lahr B, Van Dyke C, Kroning C, Breanndan S *et al*. Duodenosis linfocítica y el espectro de la enfermedad celiaca. Am J Gastroenterol. 2009 Enero: 104 (1): 142-148
5. Walker M.M, Murray J.A, Ronkainen J., Aro P., Storskrubb T. D'Amato M. *et al*. Detection of Celiac Disease and Lymphocitic Enteropathy by Parallel Serology and Histopathology in a Population-Based Study. Gastroenterology 2012 139:1 (112-119)
6. Brown I, Mino-Kenudson M, Deshpande V, Lauwers. Intraepithelial lymphocytosis with normal proximal small intestinal villus architecture. Arch Pathol Lab Med Julio 2006, 130 (1020-1025)
7. Wang, C-X; Liu, L-J; Guan, J; Zhao, X-L. Ultrastructural changes in non-specific duodenitis. *World J Gastroenterol* 2005;11(5):686-689
8. Philpott H1, Gibson P, Thien F. Irritable bowel syndrome - An inflammatory disease involving mast cells. Asia Pac Allergy. 2011 Apr;1(1):36-42.
9. Pietroiusti A, Luzzi I, Gomez MJ, Magrini A, Bergamaschi A, Forlini A, et al. Helicobacter pylori duodenal colonization is a strong risk factor for the development of duodenal ulcer. *Aliment Pharmacol Ther*. Apr 1 2005;21(7):909-15. [Medline].\
10. Guideline] Lanza FL, Chan FK, Quigley EM. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol*. Mar 2009;104(3):728-38. [Medline].
11. [Best Evidence] Vergara M, Catalán M, Gisbert JP, Calvet X. Meta-analysis: role of Helicobacter pylori eradication in the prevention of peptic ulcer in NSAID users. *Aliment Pharmacol Ther*. Jun 15 2005;21(12):1411-8. [Medline].

12. Laine L, Curtis SP, Cryer B, Kaur A, Cannon CP. Risk factors for NSAID-associated upper GI clinical events in a long-term prospective study of 34 701 arthritis patients. *Aliment Pharmacol Ther*. Nov 2010;32(10):1240-8. [Medline].
13. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. *Am Fam Physician*. Oct 1 2007;76(7):1005-12.
14. Schubert ML, Peura DA. Control of gastric acid secretion in health and disease. *Gastroenterology*. Jun 2008;134(7):1842-60. [Medline].
15. Beck IT, Kahn D.S, Lacerte, M. Solymar, J; Callegarini J; Geokas M.C. 'Chronic duodenitis': A clinical pathological entity?. *gut.bmj.com*. Jan 22, 2012.

ANEXO

Gráfico 1.
Distribución de pacientes según edad.

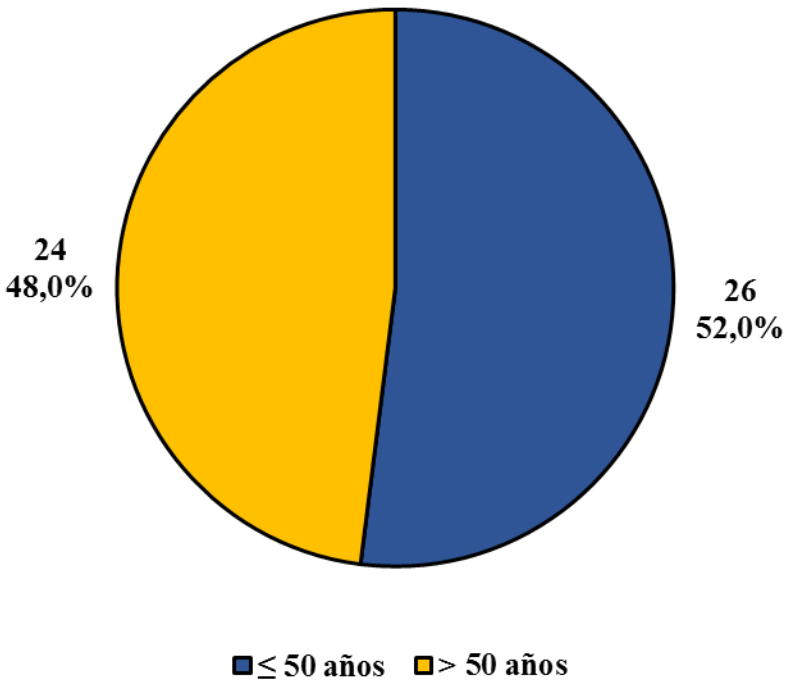


Gráfico 2.
Distribución de pacientes según sexo.

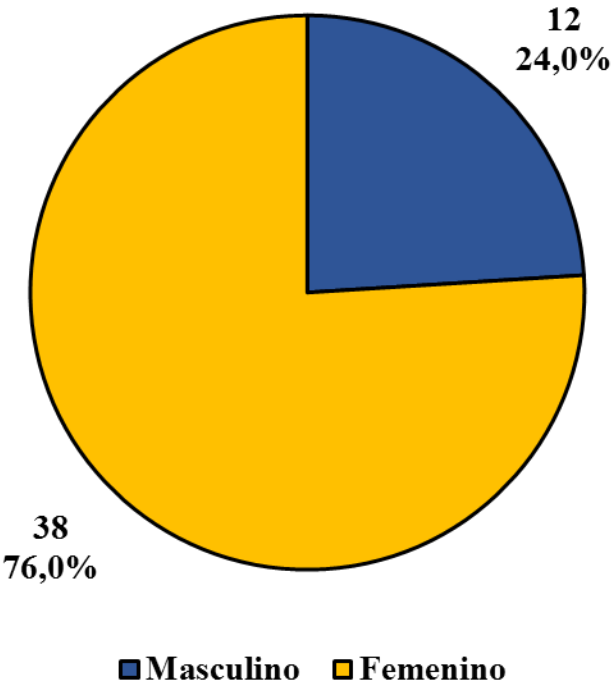


Gráfico 3.
Distribución de pacientes según signos y síntomas.

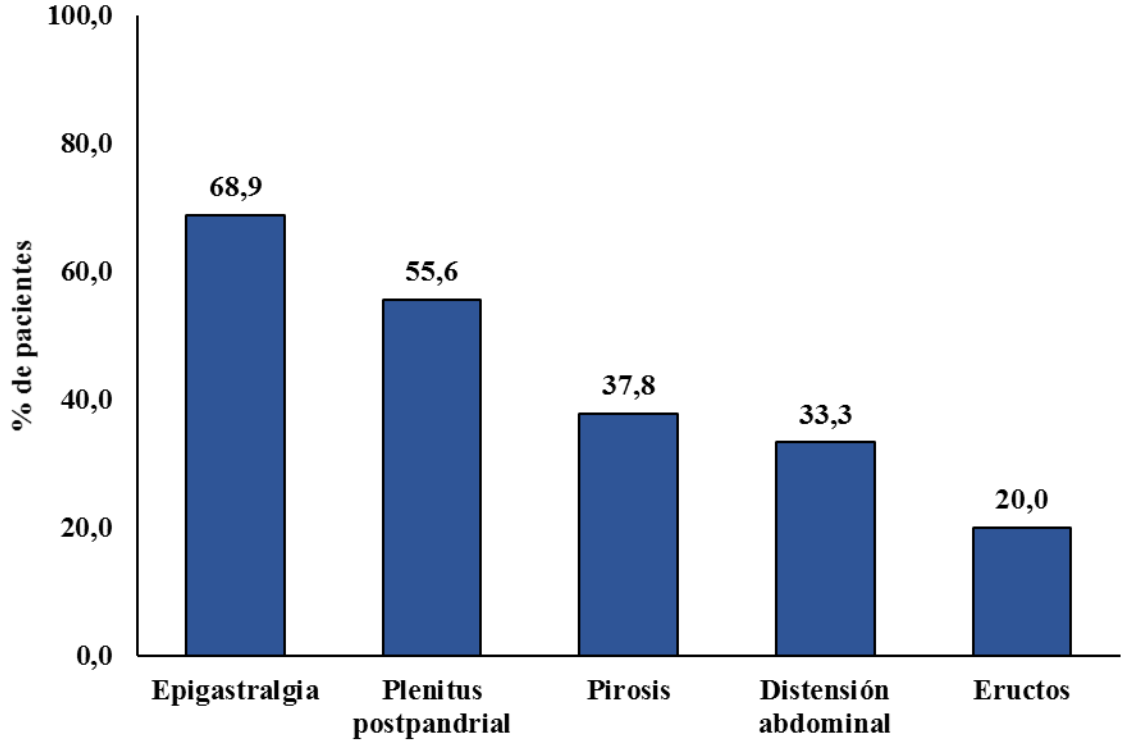


Gráfico 4.
Distribución de pacientes según consumo de IBP y AINEs.

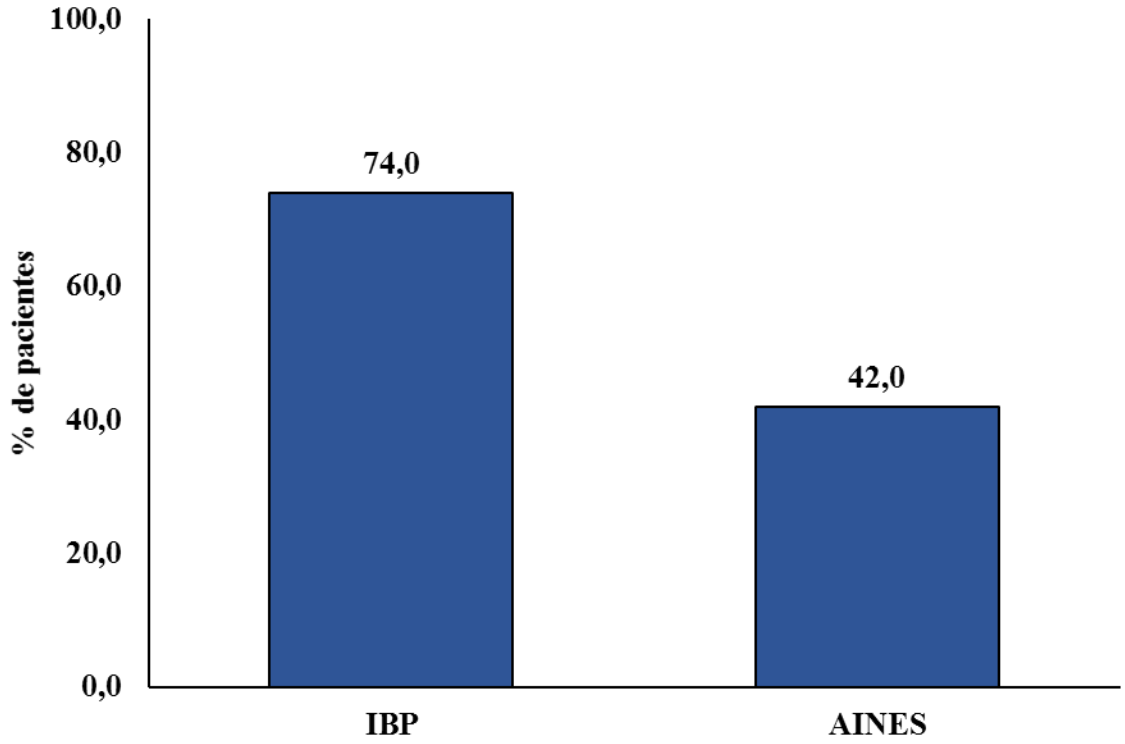


Gráfico 5.
Distribución de pacientes según hallazgos endoscópicos.

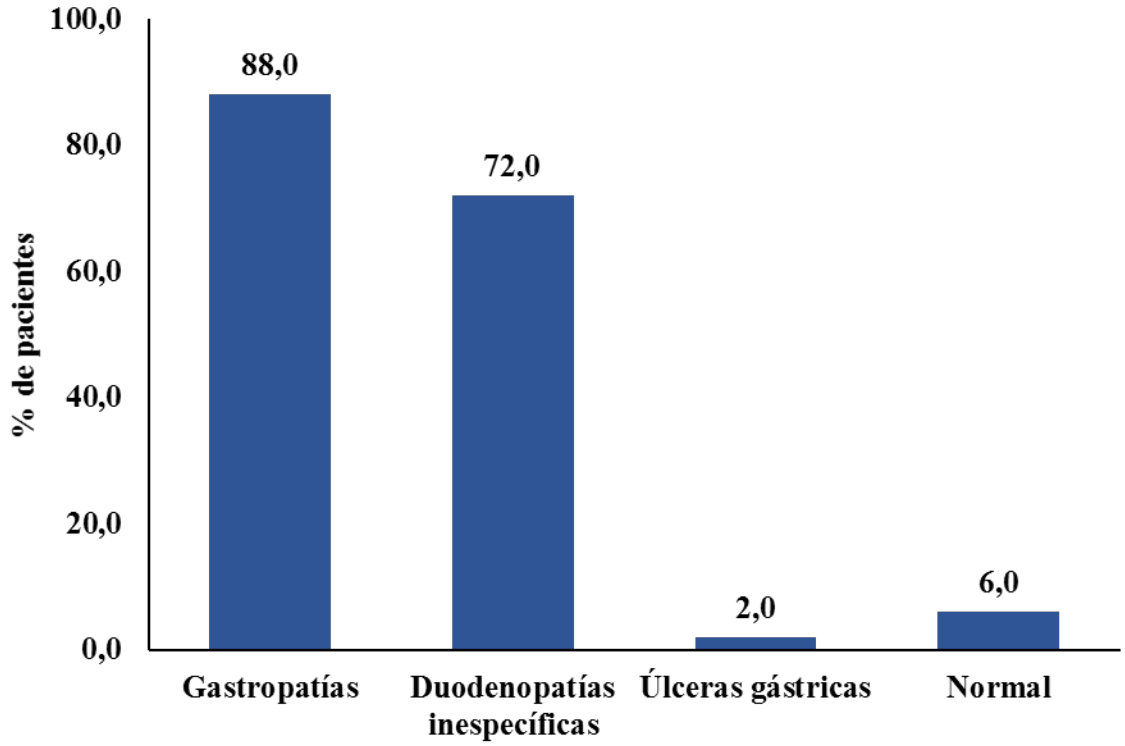


Gráfico 7.
Distribución de pacientes según presencia de duodenitis linfocítica.

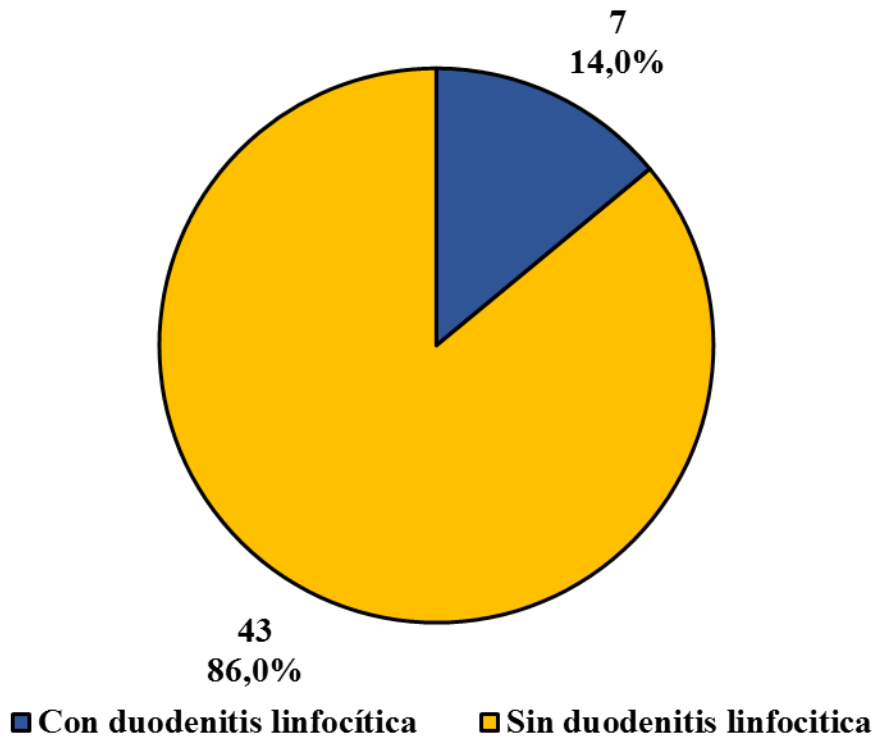


Gráfico 8.
Distribución de pacientes según presencia de neutrófilos.

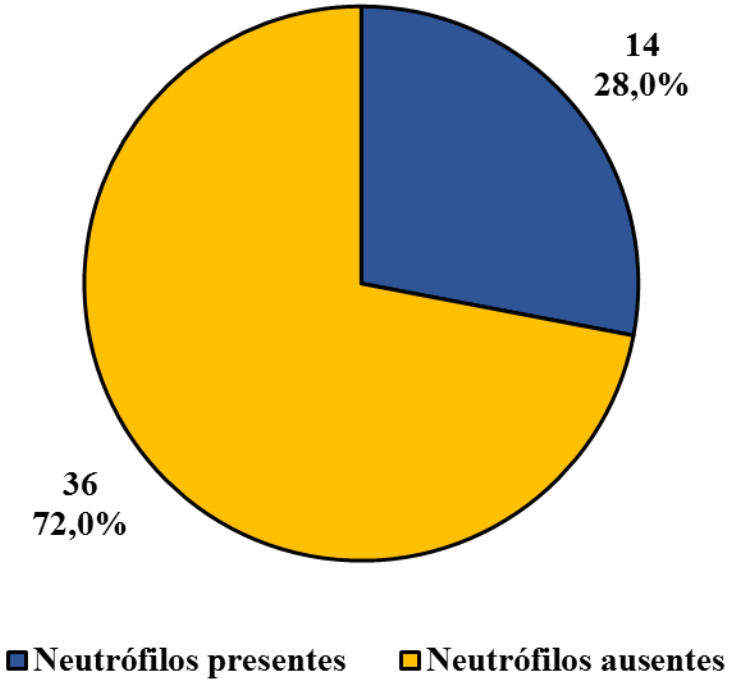


Gráfico 9.
Distribución de la muestra según comorbilidades.

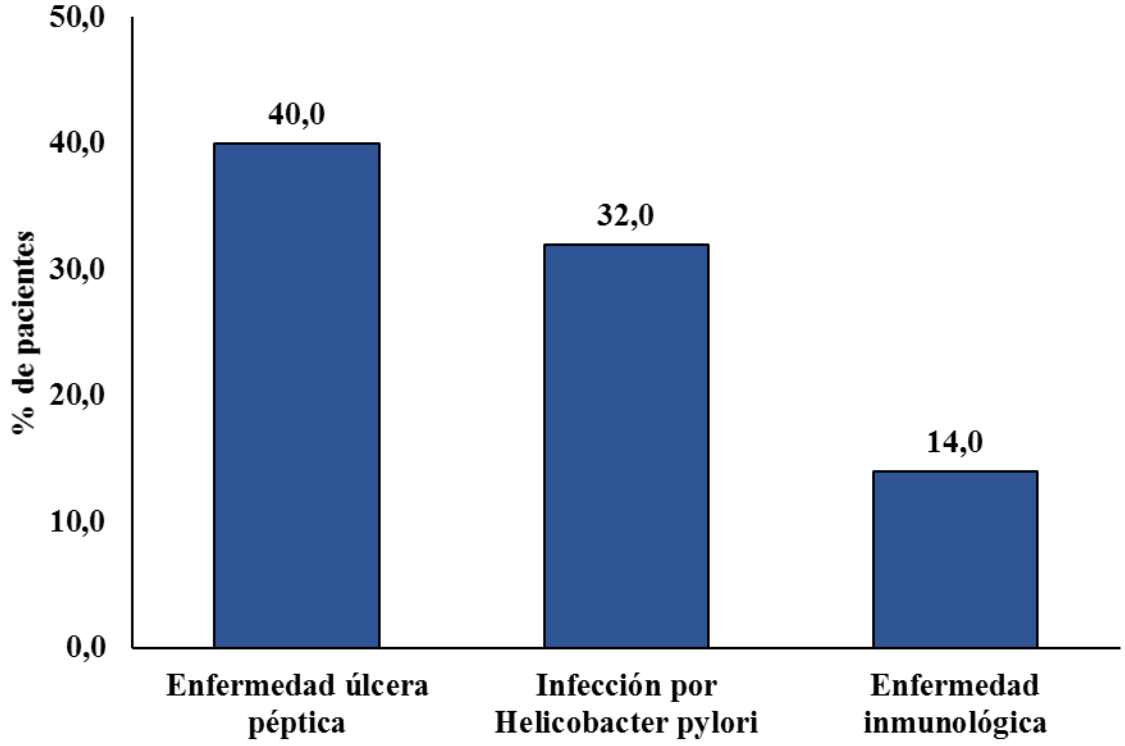


Tabla 1.
Distribución de pacientes según características clínicas y epidemiológicas.

Variables	Estadísticos	
n	50	
Edad (años)(*)	47 ± 17	
Sexo		
Masculino	12	24,0%
Femenino	38	76,0%
Síntomas	45	90,0%
Epigastralgia	31	68,9%
Plenitud postprandial	25	55,6%
Pirosis	17	37,8%
Distensión abdominal	15	33,3%
Eructos	9	20,0%
Tratamientos		
IBP	37	74,0%
AINES	21	42,0%

(*) media ± desviación estándar

Tabla 2.
Distribución de pacientes según hallazgos endoscópicos y comorbilidades.

Variables	**n**	**%**
Diagnóstico endoscópico		
Gastropatías	44	88,0
Duodenopatías inespecíficas	36	72,0
Úlceras gástricas	1	2,0
Normal	3	6,0
Vellosidades		
Normal	13	26,0
Alteración leve	25	50,0
Alteración moderada	12	24,0
LIE		
< 25	43	86,0
> 25	7	14,0
Neutrófilos		
Presente	14	28,0
Ausente	36	72,0
Comorbilidades		
Enfermedad úlcera péptica	20	40,0
Enfermedad inmunológica	7	14,0
Infección por *Helicobacter pylori*	16	32,0

Tabla 3.
Relación de duodenitis linfocítica según edad y sexo.

	Duodenitis linfocítica			
	Si (n = 7)		No (n = 43)	
Variables	**n**	**%**	**n**	**%**
Edad				
≤ 50 años	4	57,1	22	51,2
> 50 años	3	42,9	21	48,8
Sexo				
Masculino	2	28,6	10	23,3
Femenino	5	71,4	33	76,3

Edad: p = 1,000

Sexo: p = 1,000

Tabla 4.
Relación de síntomas y duodenitis linfocítica.

	Duodenitis linfocítica				
	Si (n = 7)		No (n = 43)		
Síntomas	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Pirosis	2	28,6	15	39,5	0,902
Epigastralgia	4	57,1	27	71,1	0,775
Plenitud postprandial	2	28,6	23	60,5	0,250
Distensión abdominal	1	14,3	14	36,8	0,467
Eructos	2	28,6	7	18,4	0,537

Tabla 5.
Relación de hallazgos endoscópica, tratamiento y comorbilidades con duodenitis linfocítica.

	Duodenitis linfocítica				
	Si (n = 7)		No (n = 43)		
Variables	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Vellosidades					0,182
Normal	0	0,0	13	30,2	
Alteración leve	4	57,1	21	48,8	
Alteración moderada	3	42,9	9	20,9	
Neutrófilos					0,624
Presentes	3	42,9	11	25,6	
Ausentes	4	57,1	32	74,4	
Tratamiento					
IBP	6	85,7	31	72,1	0,766
AINES	3	42,9	18	41,9	1,000
Comorbilidades					
Enfermedad ulcero péptica	5	71,4	15	34,9	0,157
Enfermedad inmunológica	2	28,6	5	11,6	0,541
Infección por Helicobacter pylori	2	28,6	14	32,6	1,000
Hallazgos endoscópicos					
Gastropatías	7	100,0	37	86,0	0,670
Duodenopatía inespecífica	7	100,0	29	67,4	0,185
Úlcera gástrica	0	0,0	1	2,3	1,000
Estudio normal	0	0,0	3	7,0	0,471

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Unidad de investigación

Cátedra de Clínica Gastroenterológica

Escuela “Luis Razetti”, Facultad de Medicina

Hospital Universitario de Caracas

PACIENTE				
CEDULA DE IDENTIDAD				
NUMERO DE HISTORIA				
EDAD				
SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
ENDOSCOPIA	PRIMERA		SUSCESIVA	
SINTOMAS DE ENFERMEDAD ULCEROPEPTICA	SI		NO	
	☐ PIROSIS ☐ PLENITUD POSTPRANDIAL ☐ ERUCTOS		☐ DISTENSION ABDOMINAL ☐ EPIGASTRALGIA	
INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES	SI		NO	
DIAGNOSTICOS ENDOSCÓPICOS				

HALLAZGO HISTOLOGICO	VELLOSIDADES INTESTINALES (ARQUITECTURA) ☐ NORMAL ☐ ALTERADA	LINFOCITOS INTRAEPITELIALES (LIE) POR CADA 100 ENTEROCITOS ☐ < 25 ☐ >25 Valor	NEUTROFILOS ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES

	Duodenitis Linfocítica	Duodeno Normal
EUP		
Enfermedades Inmunológicas		
Consumo de AINEs.		
Tratamiento para *Helicobacter pylori*.		
Tratamiento con IBP.		