



201-
11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO MEDICO NACIONAL

GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

FRECUENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN
PACIENTES CON CANCER GASTRICO DE TIPO
INTESTINAL Y DIFUSO

Estudio comparativo

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

DRA. MA. DEL CARMEN NATALIA ESPINOSA FURLONG

ASESOR DE TESIS:

DR. MIGUEL ANGEL ESPINOSA SANCHEZ



IMSS

PUEBLA, PUE.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

265 466



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C.M.N. M.A.C.
I.M.S.S.

AUTOR

DRA. MA. DEL CARMEN ESPINOSA FURLONG : MEDICO RESIDENTE DE 3°
AÑO EN LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA INTERNA.

ASESOR

DR. MIGUEL ANGEL ESPINOSA SANCHEZ : MEDICO ADSCRITO AL SER-
VICIO DE GASTROENTERO -
LOGIA.

COAUTORES.

DR. RICARDO MARTINEZ CARVAJAL : MEDICO ADSCRITO AL SER -
VICIO DE ENDOSCOPIA.
DR. MANUEL CAMACHO MORALES : JEFE DEL SERVICIO DE GAS-
TROENTEROLOGIA.
DR. MIGUEL GUTIERREZ : MEDICO ADSCRITO AL SER --
VICIO DE ENDOSCOPIA.

AGRADEZCO A DIOS Y A MIS PADRES
LA OPORTUNIDAD DE VIVIR Y PODER DE-
DICARME A TAN NOBLE LABOR, " LA MEDICINA " .

A MIS PADRES :
JUAN ESPINOSA AGUIRRE Y
NATALIA FURLONG AZOMOSA.
CON RESPETO Y ADMIRACION POR SU
ESFUERZO CALLADO Y CONTINUO DIA TRAS DIA.

A TODOS Y CADA UNO DE MIS MAESTROS MEDICOS.
CON GRATITUD Y AFECTO POR SU
ENTREGA EN CADA UNA DE SUS ENSEÑANZAS.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE RESIDENCIA.
POR SU AMISTAD Y APOYO INCONDICIONAL.

A MI AMIGA :
DRA. SARA LUISA ORTIZ GONZALEZ
POR SU PACIENCIA Y COMPRESION DURANTE 3 AÑOS.

A MIS HERMANOS :
JUAN LUIS Y MARTINA POR
ACEPTARME COMO SOY Y SABERME BRINDAR LO MEJOR
DE SI MISMOS.

A MI NOVIO :
DR. MARIO SALAZAR BALLADO POR SU AMOR.

INDICE.

1.	INTRODUCCION.....	1
2.	ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
4.	JUSTIFICACION.....	7
5.	OBJETIVO.....	8
6.	HIPOTESIS.....	9
7.	PROGRAMA DE TRABAJO.....	10
8.	RESULTADOS.....	15
9.	DISCUSION.....	27
10.	CONCLUSION.....	31
11.	BIBLIOGRAFIA.....	32

INTRODUCCION.

El Carcinoma Gástrico es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial , y causa 1500 muertes por año.

Existen estudios que reportan alta incidencia en Japón , los Andes de América Central y del Sur , así como en la parte-oriental de Europa , y ocupa el 2° lugar como causa de mortalidad. En nuestro país, según estadísticas recientes ocupa el 3° lugar como causa de mortalidad ; y en nuestro Hospital la mortalidad por dicha patología es elevada.

Epidemiológicamente se sabe que se presenta con mayor frecuencia en varones en relación con el sexo femenino a una edad promedio de 60 años, y menos del 5% en menores de 40 años de edad.

Por lo que respecta a la etiología , desde la década pasada se realizó el hallazgo de un bacilo curvo que se identificaría más tarde como *Helicobacter Pylori* , en contacto con el epitelio de pacientes con gastritis crónica activa , y desde entonces la relación de la patología gastroduodenal con esta bacteria es más frecuente , de tal manera que se encontró en el 100% de los pacientes con úlcera duodenal así como otras patologías desde la enfermedad ulcerosa péptica hasta el carcinoma gástrico.

Además de la infección por *Helicobacter Pylori* sabemos que existen otros factores predisponentes como serían : factores genéticos , ambientales, socioeconómicos, ocupacionales y alimenticios.

A partir de 1991 la asociación de *Helicobacter Pylori* con Carcinoma Gástrico es más frecuente, y se ha observado en un 80 a 90% de los casos.

Aunque se ha relacionado la presencia de *Helicobacter*

*Pylo*ri con Carcinoma Gástrico , el mecanismo por el cual la -- infección por esta bacteria produce carcinogénesis aún no está bien claro . Se ha propuesto que la inflamación crónica pro -- duce citokinas y radicales de oxígeno entre otras sustancias, que producen producen inflamación celular subsecuente y necrosis de la mucosa dando paso a una metaplasia de tipo intesti -- nal , que puede incrementar la mutagénesis de estas células -- conduciendo al Carcinoma Gástrico.

Sabemos que el Carcinoma Gástrico es un tumor que se origina a partir de células productoras de moco , y se ha clasi -- ficado desde 1953 de diferentes formas , sin embargo la más -- utilizada es la clasificación de Lauren, emitida por su mismo autor en 1965, que lo clasifica en Carcinoma de tipo Intes -- tinal y Carcinoma de tipo Difuso .

Microscópicamente el Carcinoma de tipo Intestinal se --- caracteriza por la cohesión celular tan marcada, dando lugar a formaciones de tipo glandular recubiertas por un epitelio -- de tipo columnar que a su vez secreta gran cantidad de mucina; y la mucosa adyacente muestra metaplasia intestinal. Macros-- copicamente y a través de endoscopia encontramos una tumora-- ción bien delimitada a nivel de ántro gástrico , que puede -- mostrarse ulcerada o polipoide.

Microscópicamente el Carcinoma de tipo Difuso se carac-- teriza por una pobre cohesión celular a diferencia del tipo - Intestinal , así como la presencia de células aisladas en pe -- queños cúmulos con una gran cantidad de estroma .Macroscópicamente infiltra de manera difusa la pared gástrica y forma ---- masas sésiles intraluminales .

Se ha observado una mayor incidencia de Carcinoma Gás -- trico de tipo Difuso en pacientes jóvenes;en cambio el Car -- cinoma de tipo Intestinal se presenta con mayor frecuencia -- en pacientes por arriba de los 70 años de edad.

Existe relación de algunas otras patologías con estos -- tipos de Carcinomas .Así tenemos que el Carcinoma de tipo Intestinal se asocia con mayor frecuencia a alteraciones de tipo inflamatorio ,como gastritis atrófica que posteriormente - puede desarrollar metaplasia intestinal .El Carcinoma de tipo Difuso suele asociarse con hipogamaglobulinemia , anemia perniciosa , y en enfermedades de tipo autoinmune.

El hecho de que alteraciones de tipo inflamatorio pre -- dispongan al desarrollo de metaplasia intestinal es un dato - de interés , ya que se ha observado que el Helicobacter Py -- lori se relaciona con la gastritis crónica que evoluciona -- a una gastritis atrófica , la cual muestra cambios premalig - nos como lo es la metaplasia de tipo intestinal.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Desde que Warren reportó en 1983 el hallazgo de un bacilo curvo no identificado en contacto con el epitelio de pacientes con gastritis crónica activa, se han publicado cientos de artículos relacionándolo con diferentes tipos de patologías gastroduodenales .(1,2).

El *Helicobacter Pylori* es una bacteria Gram negativa que se encuentra en íntimo contacto con la superficie de las células de la mucosa recubierto por una capa de moco ;produce diversas enzimas destacando entre ellas la ureasa, la cual alcaliniza el medio produciendo un ambiente óptimo para su desarrollo.(3).

Actualmente existen diferentes métodos para su detección destacando entre ellas el método histopatológico con diferentes tinciones e incluso técnicas de inmunohistoquímica .Existen otros métodos como son el cultivo, la determinación de anticuerpos IgG e IgM, pruebas de aliento como la urea marcada con C 13 ó C 14 y la prueba de la amidohidrolasa (CLOTTEST) cada una de ellas con sus ventajas y sus desventajas.(4).

Se ha reportado una prevalencia del 70 al 100% en pacientes con gastritis no específica tipo B (5,6,7), y de un 90 a 95% en pacientes con úlcera duodenal (8,9,10,11).

En los pacientes con dispépsia no ulcerosa y úlcera gástrica se ha reportado un 50 a 70% respectivamente .

También se ha relacionado con la aparición de Carcinoma Gástrico .En un estudio realizado por el doctor Nomura en una población americana de ascendencia japonesa encontró una frecuencia del 94% en pacientes con Carcinoma Gástrico, y del 76% en la población general (12). En otro estudio publicado por Parsonnet reporta una frecuencia del 84% en pacientes con

Carcinoma Gástrico y del 61% en los pacientes control (13).

En otro estudio realizado en California también por Parsonet , donde compara la frecuencia de *Helicobacter Pylori* en pacientes con Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal contra -- pacientes con Carcinoma Gástrico de tipo Difuso , encontró -- una prevalencia del 89.2% en pacientes con Carcinoma de tipo -- Intestinal y del 31.8% en pacientes con Carcinoma de tipo -- Difuso (14).

Por otro lado Forman y col. en Inglaterra reportan una -- prevalencia del 69% en pacientes con Carcinoma Gástrico , y -- del 47% en pacientes del grupo control .

Aunque se ha relacionado la presencia de *Helicobacter -- Pylori* con el desarrollo de Carcinoma Gástrico , el mecanismo por el cual ésta produce carcinogénesis no está bien establecido , se piensa que la inflamación crónica produce agentes -- nocivos que causan mutaciones mediante los radicales libres -- superóxido. (15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal es el más frecuente en la mayoría de las poblaciones, con una incidencia cada vez menor en los países desarrollados, además de existir cierta áreas o zonas endémicas como en los países orientales .

Se ha tratado de relacionar con múltiples factores ,sin embargo el *Helicobacter Pylori* juega un papel muy importante dentro de la etiología.

Actualmente se observado cierta relación entre la infección por *Helicobacter Pylori* y el Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal , lo que ha motivado a realizar estudios comparativos , ya que como se sabe , esta bacteria es causante de la gastritis crónica activa que predispone en cierto momento al desarrollo del Carcinoma Gástrico.

Quedando también la incógnita del concepto si es una bacteria oportunista o es una bacteria causal ,sin embargo para poder demostrar este concepto inicialmente hay que observar la relación existente entre la bacteria y esta entidad patológica.

JUSTIFICACION.

Existe en nuestra población una frecuencia elevada de --
Carcinoma Gástrico sin contar con datos epidemiológicos pre -
cisos. De igual forma existen también pocos estudios en la liter-
ratura mundial acerca de la relación que existe entre el Heli-
cobacter Pylori y el Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal , -
por lo que se necesario la realización de estudios compara -
tivos para determinar la significancia estadística que esto --
representa.

HIPOTESIS.

- H . 0 .- Si los pacientes con Carcinoma Gástrico de tipo In --
testinal no se asocian con la colonización por Heli -
cobacter Pylori , entonces no encontraremos una fre -
cuencia significativa al compararla con los pacientes
con Carcinoma de tipo Difuso.
- H . 1 .- Si los pacientes con Carcinoma Gástrico de tipo Intesg
tinal se asocian con la colonización por Helicobacter
Pylori , entonces encontraremos una frecuencia esta-
dística significativa al compararla con los pacientes
con Carcinoma Gástrico de tipo Difuso.

PROGRAMA DE TRABAJO.**LIMITES.**

El estudio se llavará a cabo durante el período comprendido de Julio de 1992 a Julio de 1993, en el Servicio de Gastroenterología y Endoscopia del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Oriente, Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho en la ciudad de Puebla Puebla . Durante dicho período se captarán a los pacientes que acudan al Servicio de Endoscopia con diagnóstico de Carcinoma Gástrico.

GRUPO PROBLEMA.

Todos aquellos pacientes con diagnóstico endoscópico de Carcinoma Gástrico, corroborado por estudio histopatológico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se incluirán 20 pacientes con diagnóstico de Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal, y 20 pacientes con Carcinoma Gástrico de tipo Difuso.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Todo paciente con diagnóstico endoscópico de Carcinoma Gástrico y corroborado por estudio histopatológico.
- Derechohabientes del I.M.S.S.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Pacientes que hayan ingerido 15 días antes antibióticos , subsalicilato de bismuto o metronidazol.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- Pacientes con Carcinoma de la unión esófago-gástrica .

RECURSOS HUMANOS.

Participarán un Gastroenterólogo, un Endoscopista, un Anatomopatólogo , un Residente de 3° año de la especialidad de Medicina Interna , así como personal de laboratorio.

RECURSOS FISICOS.

Los existentes en el Servicio de Endoscopia ,laboratorio

y Anatomía Patológica; el costo de los diferentes métodos de diagnóstico será subrogado por los médicos incluidos en el estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS.

No existe riesgo para el paciente ni se interfiere con la terapéutica del mismo.

Así también la investigación se llevará a cabo después de obtener la autorización del Comité para la Investigación Clínica del Hospital de Especialidades del C.M.N. M.A.C.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Ensayo experimental, prospectivo, transversal y comparativo.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Los pacientes se captarán del Servicio de Endoscopia del C.M.N. M.A.C. .Aquellos que tengan lesiones sugestivas de Carcinoma Gástrico se les tomará dos biopsias ; a una de las cuales se le realizará la prueba de la amidohidrolasa (CLOTEST) que se leerá en las próximas dos horas .La segunda biopsia se enviará al Servicio de Anatomía Patológica para la determinación de la estirpe histológica , así como también la reali -

zación de tinciones a base de eosina y hematoxilina para determinar la presencia de Helicobacter Pylori.

A todos los pacientes elegibles se les tomará muestra de suero para determinación de anticuerpos contra Helicobacter Pylori IgG por la prueba de ELISA a la cual se le dará lectura en el Servicio de Patología Experimental.

Una vez hecho el diagnóstico histopatológico , se dividirán en dos grupos .El grupo A , que incluirá los pacientes con Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal ; y el grupo B, que incluirá los pacientes con Carcinoma Gástrico de tipo Difuso.

Se evaluarán de igual forma la edad, el sexo y la localización del tumor para cada grupo respectivamente.

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS.

Paciente No.

Nombre:

Cédula:

Edad:

Sexo: Masculino Femenino.

Cuadro Clínico:

Endoscopía: Fecha: Prueba Rapida: Positiva Negativa.
Resultado:

Parte Anatómica afectada: Fundus Cuerpo Antro.
Biopsia No.:
Resultado:

Tipo de C.A. Intestinal Difuso.
Se identificó H.P. en biopsia : Sí No.

Anticuerpos: Positivos Negativos.

RESULTADOS.

Se captaron un total de 25 pacientes , de los cuales 11 - muestras de suero se extraviaron ,por lo que se excluyeron del del estudio .

Se estudiaron un total de 14 pacientes,5 pacientes fueron omitidos del protocolo por presentar 1 carcinoma de la unión - esófago-gástrica , 1 con úlcera duodenal, 2 con gastritis y - 1 con displasia.

Se incluyeron en el estudio unicamente 9 pacientes.

C.de cardias	1
Úlcera duodenal	1
Gastritis	2
Displasia	1

Pacientes excluidos

GRUPO A.	4
GRUPO B.	5

Muestra de pacientes
incluidos en el estudio.

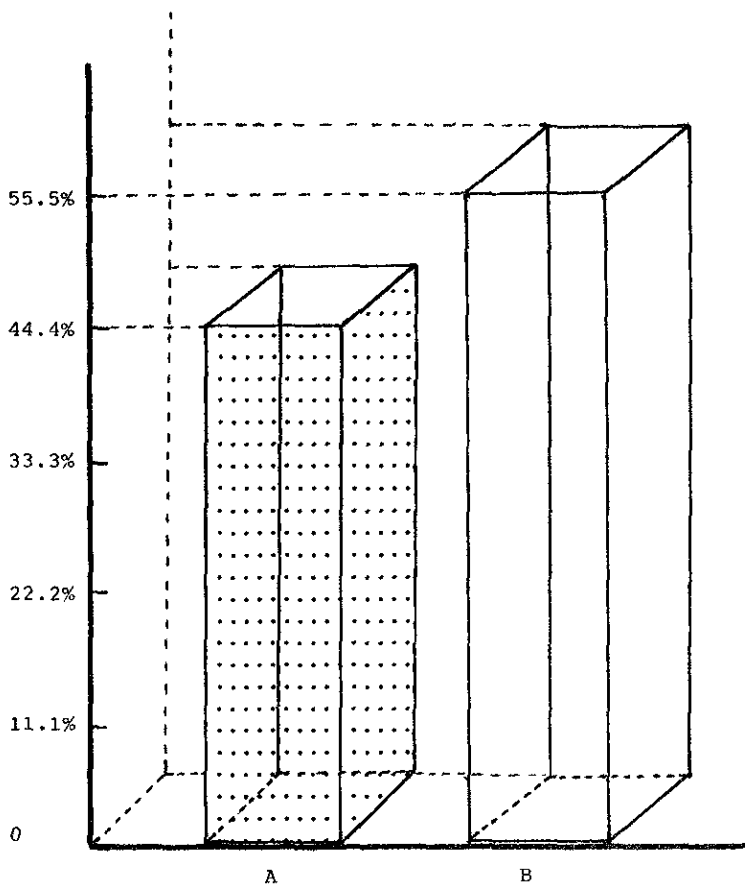
La muestra estuvo integrada por 9 pacientes ; 4 pacien -- tes con Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal (grupo A),que - corresponden al 44.4% , y 5 pacientes con Carcinoma Gástrico - de tipo Difuso que corresponden al 55.5% del total de pacien - tes respectivamente.

TABLA DE RESULTADOS EN RELACION A CADA PACIENTE.

No.Pac.	Edad	Sexo	C.A Int.	C.A.Dif.	Clotest	H.P.	IgG
1	53	M	x		+	-	+bajo
2	54	M		x	-	-	+alto
3	59	M	x		-	+	+alto
4	66	M	x		+	+	-
5	75	M	x		+	+	+bajo
6	45	F		x	+	+	+alto
7	49	F		x	+	-	+bajo
8	66	F		x	+	-	+bajo
9	67	F		x	+	-	+bajo

A=C.G.Intestinal.

B=C.G.Difuso.

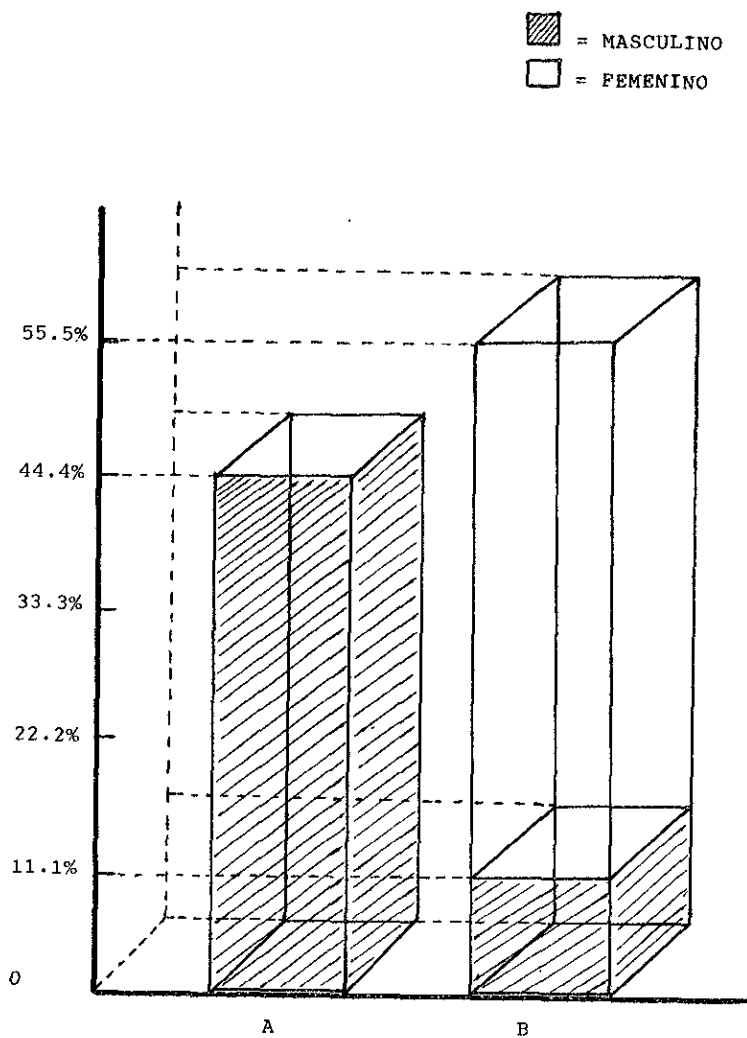


Representación gráfica de los grupos A y B.

Los pacientes incluidos en el grupo A , formado por 4 -- hombres que representan el 44.4%, con edades entre 53 y 75 -- años con una media de 62 ; y el grupo B formado por 1 hombre y 4 mujeres que representan el 11.1% y el 44.4% respectivamente, con edades entre 45 y 67 años con una media de 56.2.($p < 0.01$).

	MASCULINO	FEMENINO
A	4	0
B	1	4

Relación de sexos en cuanto a grupos.



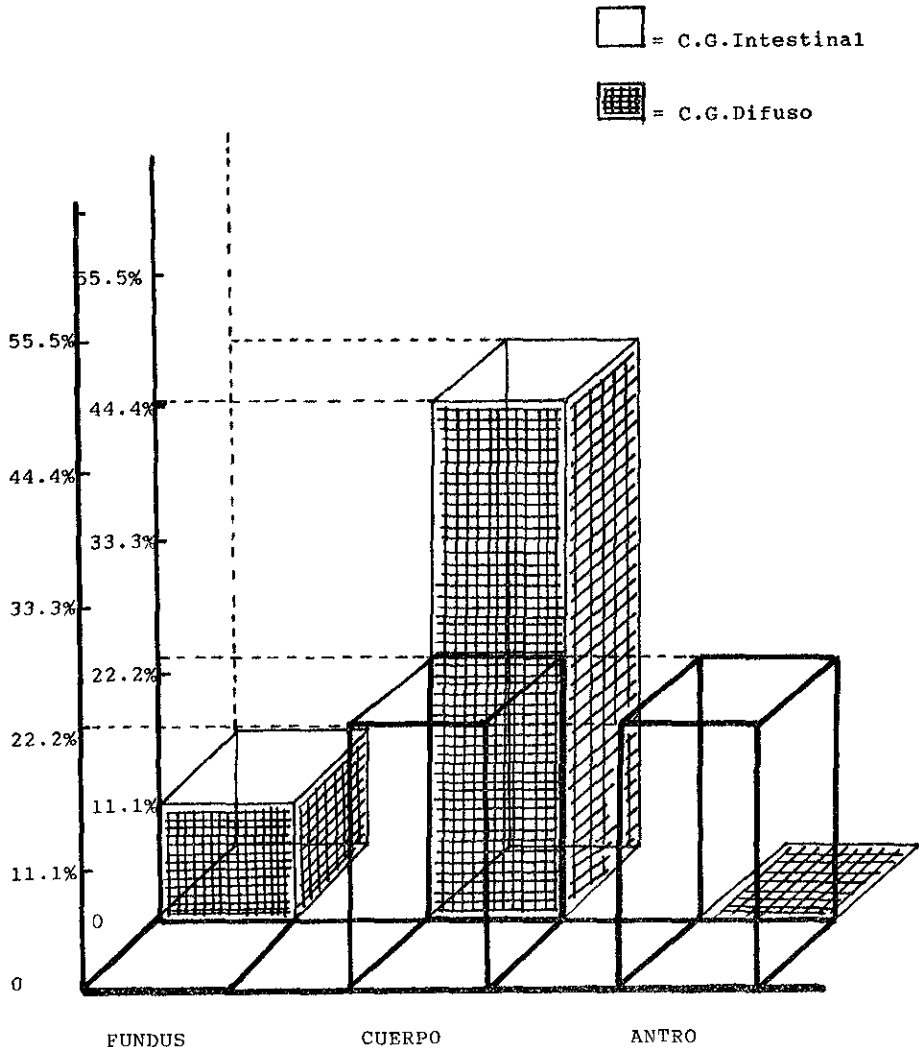
Representación gráfica en cuanto al sexo por grupos.

El sitio afectado con mayor frecuencia para los pacientes del grupo A fue el cuerpo y en antro gástricos , habiéndose -- presentado 2 pacientes con lesión a nivel de cuerpo y 2 pacientes con lesión a nivel de antro lo que representa un 22.2% para cada una de las regiones .

Los pacientes del grupo B presentaron 1 de ellos lesión a nivel de fundus , 4 a nivel de cuerpo , y ningún paciente mostró lesión a nivel de antro gástrico, lo que representa un -- 11.1% y un 44.4% respectivamente del total de pacientes, con -- una $p > 0.01$

	FUNDUS	CUERPO	ANTRO
A	0	2	2
B	1	4	0

Región anatómica afectada con mayor frecuencia por grupos.

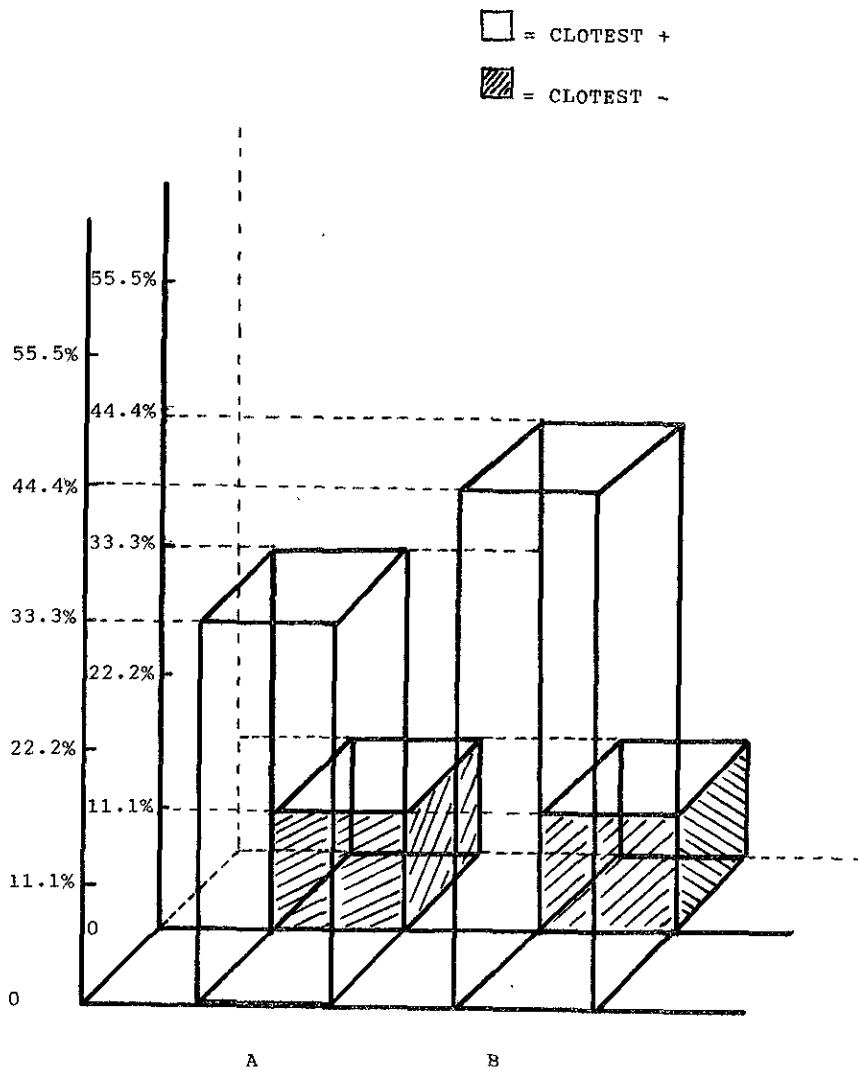


FUNDUS CUERPO ANTRO
 Representación gráfica del sitio afectado con mayor frecuencia.

Los resultados obtenidos mediante la prueba de la amido - hidrolasa (CLOTEST) fueron los siguientes: para el grupo A se - mostró positiva en 3 pacientes de 4 , y para el grupo B en 4 - pacientes de 5, representando un 33.3% y un 44.4% para cada - grupo ($p < 0.01$).

	CLOTEST +	CLOTEST -
A	3	1
B	4	1

Prueba de CLOTEST por grupos.



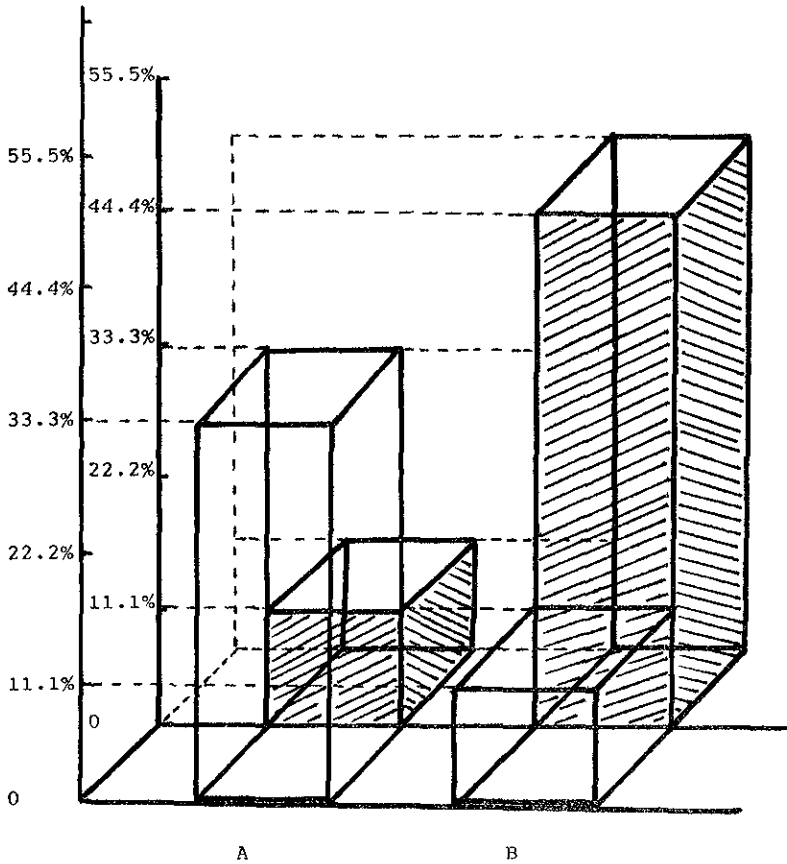
Gráfica representativa de la prueba de amidohidrolasa con respecto a ambos grupos.

La determinación de Helicobacter Pylori mediante tinciones especiales mostró datos interesantes. Para el grupo A se encontraron 3 pacientes positivos de 4, y para el grupo B 1 paciente de 5, con un porcentaje del 33.3% y del 11.1% respectivamente ($p < 0.01$)

	H.P. +	H.P.-
A	3	1
B	1	4

Relación de pacientes positivos a Helicobacter Pylori, --
mediante tinciones de eosina y hematoxilina .

□ = + a H.P.
 ▨ = - a H.P.



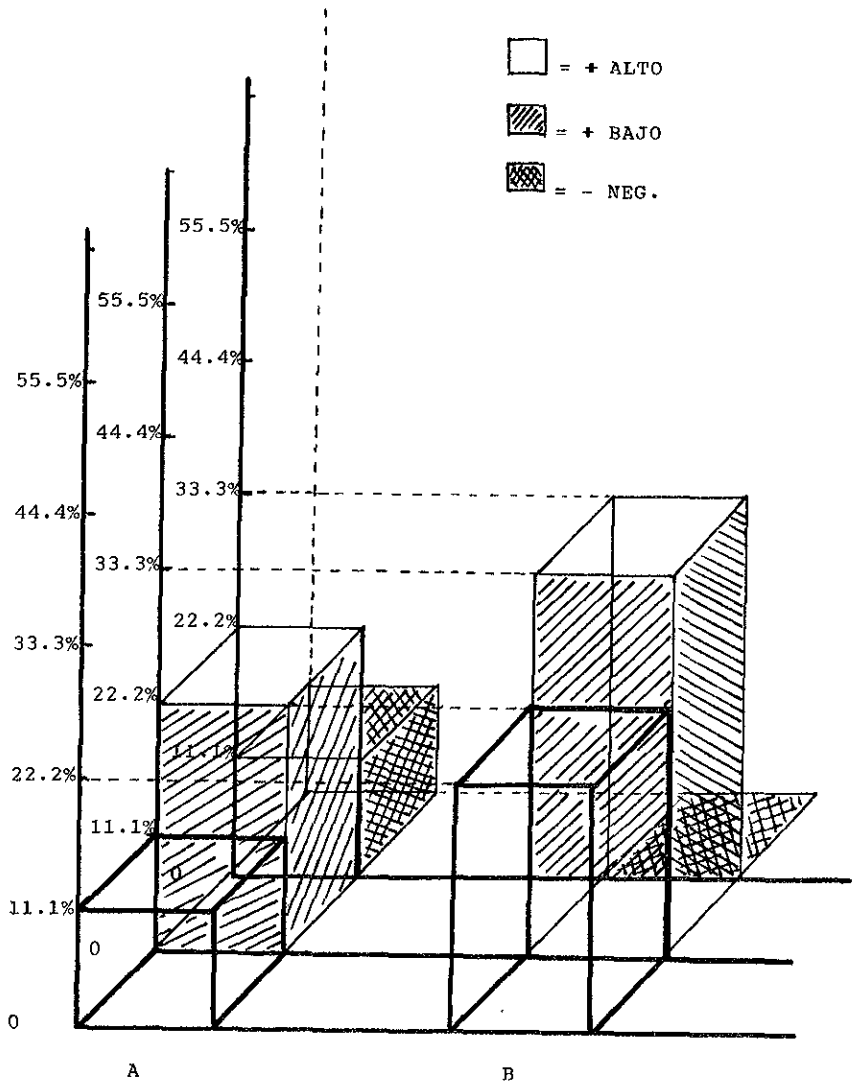
Representación gráfica de los hallazgos mediante tinciones especiales.

La determinación de anticuerpos contra *Helicobacter pylori* IgG por la prueba de ELISA en suero mostró positividad alta en 1 paciente, y positividad baja en 2 de ellos habiéndose reportado negatividad para 1 paciente, en el grupo A, lo que representa el 11.1% y el 22.2% respectivamente para este grupo.

Con relación al grupo B se encontraron 2 pacientes con positividad alta y 3 pacientes con positividad baja de 5, representando el 22.2% y el 33.3% respectivamente ($p > 0.01$).

IgG	+ alto	+ bajo	-
A	1	2	1
B	2	3	0

Hallazgos en cuanto a la determinación de IgG en suero.



Representación gráfica de los anticuerpos contra Helico - bacter Pylori para ambos grupos.

DISCUSION.

Mediante este estudio pudimos observar nuestra propia experiencia; nosotros encontramos a pesar de tener una muestra -- muy pequeña , que el Carcinoma Gástrico en general se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, generalmente por arriba de los 60 años de edad.

El Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal mostró menor incidencia en nuestro Hospital en comparación con el Carcinoma Gástrico de tipo Difuso , mostrándose en el 44.4% y en el --- 55.5% respectivamente.

En relación al Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal, mostró mayor prevalencia en el sexo masculino representando el -- 100% de los casos para su grupo ; a diferencia del Carcinoma Gástrico de tipo Difuso que mostró únicamente 1 paciente del sexo masculino y 4 pacientes del sexo femenino, representán -- do el 20% para los varones , y el 80% para las mujeres, mostrando diferencias significativas en cuanto a sexo para ambos grupos, presentándose el Carcinoma Gástrico de tipo Difuso con ma yor frecuencia en el sexo femenino .

La edad de los pacientes también fue evaluada , observán-- dose mayor incidencia de Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal en pacientes por arriba de los 60 años , a diferencia del Carcinoma Gástrico de tipo Difuso que mostró predilección por los pacientes menores de 60 años. Por lo que respecta a edad y sexo en relación a estudios previos , nuestra experiencia es simi - lar

La literatura muestra que la zona afectada con mayor frecuencia por el Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal es el --- antro, sin embargo en nuestro medio mostró igual incidencia -- para el cuerpo y el antro gástricos , afectándose ambas por -- igual en el 50% de los casos .

El Carcinoma Gástrico de tipo Difuso mostró mayor incidencia a nivel del cuerpo encontrándose en el 80% de los casos.

Las pruebas diagnósticas realizadas como marcadores para Helicobacter Pylori , como lo es la prueba de la amidohidrolasa , para el grupo A se encontró positiva en 3 pacientes de 4 - representando el 75% en su grupo, y para el grupo B se encontró positiva en 4 pacientes de 5 representando el 80% de los - pacientes . Aunque la muestra es pequeña, dicha prueba muestra significancia estadística por lo tanto es específica para la - detección de Helicobacter Pylori en el 77.7% de los casos.

El hallazgo del Helicobacter Pylori mediante tinciones -- especiales por estudio histopatológico nos permitió observar - 3 pacientes positivos de 4 para el grupo A , representando el 75% de los casos ; y en el grupo B , 1 paciente positivo de 5, - lo que representó el 20% ; sumando un total de 4 pacientes positivos, que representan el 44.4% de la muestra total, lo que la hace poco específica como marcador para Helicobacter Pylori.

La determinación de anticuerpos contra Helicobacter Py -- lori IgG por el método de ELISA mostró resultados convincentes. Se reportaron dos grados de positividad (positivo alto y positivo bajo) ; para el grupo A encontramos positividad alta - en 1 paciente y positividad baja en 2 , haciendo un total de 3 pacientes positivos de 4 , que representan el 75%, y para el - grupo B encontramos positividad alta en 2 pacientes , y positividad baja en 3 , haciendo un total de 5 pacientes positivos - de 5 , representando el 100% , lo que muestra significancia -- estadística importante , demostrándose que los anticuerpos --- contra Helicobacter Pylori como marcadores para el mismo , -- tienen alta especificidad y sensibilidad como método diagnós-- tico en un 88.8% de los casos para la muestra que manejamos.

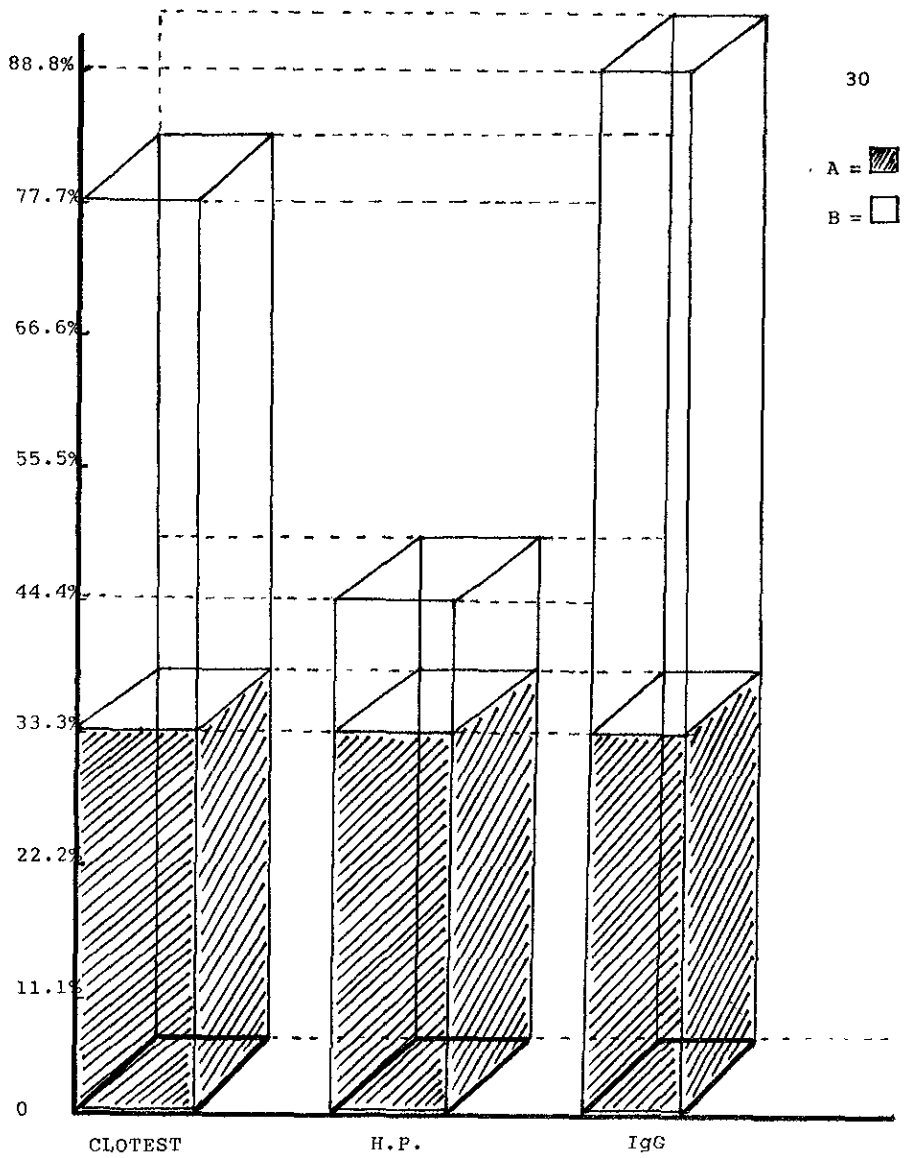
En base a lo obtenido podemos decir que para el grupo A - tanto por histopatología, como por CLOTEST, como por anticuer-

pos , se detectó *Helicobacter Pylori* en 90% , y para el grupo-B en el 100% , por lo que el *Helicobacter Pylori* no se asocia con mayor frecuencia al Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal, pues lo encontramos para ambos grupos en porcentajes similares, corroborándose de esta manera nuestra hipótesis nula.

GRUPOS	A	B
HISTOPATOLOGIA	3	1
CLOTEST	3	4
ANTICUERPOS	3	5

Relación de casos positivos en cuanto a marcadores para -
Helicobacter Pylori.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



Representación gráfica en cuanto a marcadores para *Helicobacter Pylori*.

CONCLUSION.

Mediante este estudio podemos concluir que el Helicobacter Pylori no se asocia con mayor frecuencia al Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal , dado que pudimos observar una diferencia muy poco significativa a pesar de que la muestra fue pequeña, además se presentó casi en el 100% de ellos, y que el método diagnóstico más sensible es la determinación de inmunoglobulinas (IgG).habiéndose mostrado en el 100% de 5 pacientes en el grupo B , y en 3 pacientes de 4 para en Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Dehesa M. Importancia del Campylobacter Pylori . Rev. -- Gastroenterol. Mex. 1989;54:111-119.(primera parte).
- 2.- Bartlett J. Campylobacter Pylori:Fact or Fancy ?(editorial) Gastroenterology 1988;94:229-238.
- 3.- Joann E. Nicholas J. Talley.Helicobacter Pylori: contro -- versies and approach to management. Mayo Clin.Proc. 1990;65:414-26.
- 4.- Gregory A. Timothy T. Usefulness of culture, histology -- and ureasa testing in the detection of Campylobacter Py -- lori. Am. J. Gastroenterol. 1989;84:133-137.
- 5.- Nadeskov-Sorensen P. Bjoneklett A. Fausa O.Campylobacter - Pylori infection and its relation to chronic gastritis: - an endoscopic , bacteriologic and histomorpjologic study,- Scan J Gastroenterol 1988;23:867-874.
- 6.- Loffeld RJLF, Potters HVPJ et al.Campylobacter Associated- gastritis in patients with non-ulcer dyspepsia. J Clin --- Pathol. 1988;42:85-88.
- 7.- Buck G., Gourley W, et al. Relation of Campylobacter Py -- lori to gastritis and peptic ulcer. J. Infect Dis. 1986;153:664-669.
- 8.- Marshall B , Goodwin C, Warren J et al. prospective dou-- ble-blind trial of duodenal ulcer relapse after eradica--

- tion of *Campylobacter Pylori*. Lancet 1988;2:1437-1442.
- 9.- Lambert J Dunn K, Eaves E. *Campylobacter Pylori* in -----
diseases of the human upper gastrointestinal tract ---
(abstract). Aust. N Z J Med. 1986;16:615.
 - 10.- Feng Y, Wang Y, *Campylobacter Pylori* in patients with --
gastritis ,peptic ulcer, and carcinoma of the stomach in-
lanzhou, China (letter to editor) Lancet 1988;1:1055-1056.
 - 11.- Lamoliatte H, Megraud F, De mascarel A. *Campylobacter Py -*
lori dis and epigastric pain: endoscopic, histological , -
and bacteriological correlation. Gastroenterol Clin Biol.
1987;11:212-216.
 - 12.- Nomura A, Grant N et al. *Helicobacter Pylori* infection-
and gastric carcinoma among japonese american in Hawaii.
N Eng J Med. 1991;325:1132-1136.
 - 13.- Parsonnet J, Gary D. et al . *Helicobacter Pylori* infec --
tion an the risk of gastric carcinoma .N Eng J Med. ---
1991;325:1127-1131.
 - 14.- Parsonnet J, Vandersteen D. et al. *Helicobacter Pylori*--
infection in Intestinal and Difuse type gastric adeno -
carcinomas . J. Natl Cáncer Inst. 1991;83:640-643.
 - 15.- Forman D, Newell DG, et al. Association between infection
with *Helicobacter Pylori* risk of gastric cáncer:evidence
from a prospective investigation. B.M.J. 1991;302:1302- -
1305.