

Gastrite e Úlcera

Gastrite:

A gastrite é a inflamação do revestimento mucoso do estômago.

A mucosa do estômago oferece resistência à irritação e normalmente pode suportar um elevado conteúdo ácido. No entanto, pode irritar-se e inflamar-se por diferentes motivos.

A **gastrite bacteriana** segue-se normalmente a uma infecção por organismos como o *Helicobacter pylori* (bactérias que crescem nas células secretoras de muco do revestimento do estômago). Não se conhecem outras bactérias que se desenvolvam em ambientes normalmente ácidos como o do estômago, embora muitos tipos possam fazê-lo no caso de o estômago não produzir ácido. Tal crescimento bacteriano pode provocar gastrite de forma transitória ou persistente.

A **gastrite aguda por stress**, o tipo mais grave de gastrite, é provocada por uma doença ou lesão graves de aparecimento rápido. A lesão pode não afetar o estômago. Por exemplo, são causas frequentes as queimaduras extensas e as lesões que provocam hemorragias maciças.

A **gastrite erosiva crônica** pode ser secundária a substâncias irritantes como os medicamentos, sobretudo a aspirina e outros anti-inflamatórios não esteróides (AINE), à doença de Crohn e a infecções bacterianas e virais. Com este tipo de gastrite, que se desenvolve lentamente em pessoas que, por outro lado, gozam de boa saúde, podem verificar-se hemorragias ou ulcerações. É mais frequente em pessoas que abusam de álcool.

A **gastrite viral ou por fungos** pode desenvolver-se em doentes crônicos ou imunodeprimidos.

A **gastrite eosinofílica** pode resultar de uma reação alérgica a uma infestação por certos vermes (nematódeos). Neste tipo de gastrite, os eosinófilos (um tipo de glóbulos brancos no sangue) acumulam-se na parede gástrica.

A **gastrite atrófica** ocorre quando os anticorpos atacam o revestimento mucoso do estômago, provocando o seu adelgaçamento e perda de muitas ou de todas as células produtoras de ácido e de enzimas. Esta perturbação afeta normalmente as pessoas mais velhas. Também tem tendência para ocorrer nas pessoas a quem foi extirpado parte do estômago (procedimento cirúrgico chamado gastrectomia parcial). A gastrite atrófica pode provocar anemia perniciosa porque interfere com a absorção da vitamina B₁₂ presente nos alimentos.

A **doença de Ménétrier** é um tipo de gastrite de causa desconhecida. Nesta, as paredes do estômago desenvolvem pregas grandes e grossas, glândulas volumosas e quistos cheios de líquido. Cerca de 10 % dos afetados desenvolvem cancro do estômago.

A **gastrite de células plasmáticas** é outra forma de gastrite de origem desconhecida. Nesta doença, as células plasmáticas (um tipo de glóbulos brancos) acumulam-se nas paredes do estômago e noutros órgãos.

A gastrite também pode ser induzida pela ingestão de agentes corrosivos, como os produtos de limpeza, ou pelos elevados níveis de radiação (por exemplo, na radioterapia).

Sintomas

Os sintomas variam conforme o tipo de gastrite. No entanto, normalmente uma pessoa com gastrite sofre de indigestão e de queixas ligeiras na parte alta do abdômen.

Na **gastrite aguda por stress**, a doença subjacente, os traumatismos ou as queimaduras em geral camuflam os sintomas gástricos. No entanto, podem sentir-se queixas moderadas na parte alta do abdômen. Pouco depois dum traumatismo, no revestimento do estômago podem surgir pequenos pontos hemorrágicos. Em poucas horas, estas pequenas lesões hemorrágicas podem converter-se em úlceras. As úlceras e a gastrite podem desaparecer se a pessoa recuperar rapidamente do traumatismo. Se assim não for, as úlceras podem tornar-se maiores e começar a sangrar, normalmente entre 2 e 5 dias depois da lesão. A hemorragia pode fazer com que as fezes sejam de cor negro-alcitrão, tingir de vermelho o líquido do estômago ou, se for muito abundante, fazer baixar a tensão arterial. A hemorragia pode ser maciça e mortal.

Os sintomas da **gastrite erosiva crônica** incluem náuseas ligeiras e dor na parte alta do abdômen. No entanto, muitas pessoas (como os consumidores crônicos de aspirinas) não sentem dor. Algumas pessoas podem apresentar sintomas parecidos com os duma úlcera, como dor, quando o estômago está vazio. Se a gastrite se complicar com úlceras sangrantes, as fezes podem adotar uma cor negro-alcitrão (melena) ou então podem verificar-se vômitos de sangue vermelho (hematêmese) ou de sangue parcialmente digerido (como borra de café).

Na **gastrite eosinofílica**, a dor abdominal e os vômitos podem ser provocados por um estreitamento ou por uma obstrução completa da saída do estômago para o duodeno.

Na **doença de Ménétrier**, o sintoma mais comum é a dor de estômago. São menos habituais a perda de apetite, os vômitos e a perda de peso. A hemorragia é também rara. Pode ser provocada uma retenção de líquidos e uma tumefação dos tecidos (edema) devido à perda de proteínas pela inflamação do revestimento do estômago. Estas proteínas misturam-se com o conteúdo do estômago e são eliminadas do organismo.

Na **gastrite de células plasmáticas**, podem aparecer dor abdominal, vômitos e diarreia, juntamente com uma erupção cutânea.

A **gastrite por radioterapia** provoca dor, náuseas e ardor devido à inflamação e, por vezes, ao desenvolvimento de úlceras no estômago. Estas podem perfurar a parede do estômago, pelo que o conteúdo deste se espalha pela cavidade abdominal e provoca uma

peritonite (inflamação do revestimento abdominal) e uma dor muito intensa. Esta doença grave, caracterizada pela rigidez do abdômen, requer cirurgia imediata. Em alguns casos, depois da radioterapia, formam-se umas cicatrizes que estreitam a saída do estômago, provocando dor abdominal e vômitos. A radiação pode danificar o revestimento protetor do estômago, de tal forma que as bactérias podem invadir a sua parede e provocar uma forma de gastrite grave e extremamente dolorosa de aparecimento brusco.

Úlcera Péptica:

Uma úlcera péptica é uma ferida bem definida, circular ou oval, causada por o revestimento do estômago ou do duodeno ter sofrido lesão ou simples erosão pelos ácidos gástricos ou pelos sucos duodenais. Quando a úlcera é pouco profunda, denomina-se erosão.

A **úlcera duodenal**, o tipo mais comum de úlcera péptica, surge no duodeno (os primeiros centímetros de intestino delgado imediatamente a seguir ao estômago). As **úlceras gástricas**, que são as menos frequentes, normalmente situam-se na parte alta da curvatura do estômago. Se for extirpada cirurgicamente parte do estômago, podem desenvolver-se **úlceras marginais** na zona em que o estômago remanescente voltou a ligar-se ao intestino. A repetida regurgitação de ácido procedente do estômago para o segmento inferior do esôfago pode provocar inflamação (esofagite) e **úlceras esofágicas**. As úlceras que aparecem como consequência do *stress* derivado duma doença grave, queimaduras ou traumatismos, denominam-se **úlceras de stress**.

Causas

Uma úlcera desenvolve-se quando se alteram os mecanismos de defesa que protegem o estômago ou o duodeno do suco gástrico (por exemplo, quando se altera a produção da quantidade de muco). Não se conhecem as causas de tais alterações. Praticamente todas as pessoas produzem ácido no estômago, mas só entre 1 % e 10 % desenvolvem úlceras. Pessoas diferentes geram diferentes quantidades de ácido no estômago. O padrão de secreção de ácido em cada pessoa tem tendência para se manter durante toda a vida. De fato, os lactentes podem ser identificados como secretores de tipo baixo, intermédio ou alto. Os secretores do tipo alto têm maior tendência para desenvolver úlceras pépticas do que os secretores do tipo baixo. No entanto, as pessoas com uma abundante secreção, duma forma geral, nunca desenvolvem úlceras e outras com secreção baixa fazem-no. É óbvio que estão implicados outros fatores para além da secreção ácida.

Muitas pessoas com **úlcera duodenal** têm, além disso, bactérias do tipo *Helicobacter pylori* no estômago. Atualmente, estas bactérias são consideradas como a causa principal da úlcera péptica. O mecanismo pelo qual estas bactérias contribuem para a formação das úlceras é desconhecido.

As **úlceras gástricas** diferenciam-se das duodenais por tenderem a desenvolver-se mais tarde. Certos medicamentos (sobretudo a aspirina e anti-inflamatórios não esteróides)

provocam erosões e úlceras no estômago, especialmente nas pessoas de idade avançada. Estas erosões e úlceras têm tendência para sarar quando se interrompe o tratamento com fármacos. A recorrência é pouco provável, a menos que se reinicie o mesmo tratamento. Algumas úlceras gástricas cancerosas (malignas) também podem dar a impressão de que se curam, o que torna difícil diferenciá-las das não cancerosas (benignas), bem como das provocadas por medicamentos.

Sintomas

A úlcera típica tende a curar-se e a recidivar. Os sintomas podem variar conforme a localização e a idade do indivíduo. As crianças e as pessoas de idade avançada podem não apresentar os sintomas habituais ou até nenhum tipo de sintoma. Nestas circunstâncias, as úlceras descobrem-se só quando surgem complicações.

Apenas cerca de metade dos afetados com úlceras duodenais apresentam sintomas típicos: dor, ardor, corrosão, sensação de vazio e fome. A dor tende a aparecer quando o estômago se encontra vazio. A úlcera normalmente não dói ao acordar, mas a dor normalmente começa pelo meio da manhã. A dor é constante, de intensidade ligeira ou moderada e localiza-se numa área definida, quase sempre mesmo abaixo do esterno. A ingestão de leite, de alimentos ou de antiácidos normalmente alivia-a, mas costuma voltar duas ou três horas depois. É frequente a dor acordar a pessoa à 1 ou 2 da madrugada. Muitas vezes aparece uma ou mais vezes por dia ao longo dum período de uma a várias semanas e depois pode desaparecer sem tratamento. No entanto, normalmente volta, muitas vezes dentro dos dois primeiros anos e, por vezes, depois de vários anos sem sofrer queixas. É habitual que as pessoas desenvolvam padrões de dor muito fixos e frequentemente, por experiência, sabem quando é provável o reaparecimento da úlcera (com frequência na Primavera e no Outono e durante períodos de *stress*).

Os sintomas das **úlceras gástricas** não seguem muitas vezes os mesmos padrões que as úlceras duodenais, visto que o comer pode desencadear ou aumentar a dor mais do que aliviá-la. As úlceras gástricas são mais propensas a provocar edema da porção do estômago que se abre para o duodeno, o que pode impedir que a comida saia adequadamente do estômago. Isto pode provocar distensão do abdômen, náuseas ou vômitos depois das refeições.

Na esofagite ou nas **úlceras esofágicas**, o afetado normalmente sente dor ao engolir ou ao deitar-se.