

La fibroendoscopia del tracto digestivo superior en el Instituto de Gastroenterología (Experiencia en 8 000 casos)

Por los Dres.:

ORLANDO NODARSE PEREZ,¹ EDUARDO MANSO RODRIGUEZ,*
RAIMUNDO LLANIO,² WILLIAM HAEDO QUIÑONES*

Nodarse Pérez, O. y otros. *La fibroendoscopia del tracto digestivo superior en el Instituto de Gastroenterología. (Experiencia en 8 000 casos)*. Rev Cub Med 16: 4, 1977.

Se realizaron en el Instituto de Gastroenterología 8 000 fibroendoscopias del tracto digestivo superior en un período de 5 años (1970-1974), cuyos resultados se analizan en este trabajo. Se plantea que sin lugar a dudas el desarrollo y la adquisición de esta amplia experiencia está en relación no sólo con lo inocuo y sencillo del método —debido a la flexibilidad y a la alta tecnología de estos aparatos—, sino también con la organización de los servicios médicos del sistema nacional de salud pública de Cuba que permite realizar estas exploraciones —sin costo alguno— a todos los pacientes que las necesiten. Se destaca que el 32% de las endoscopias fueron normales; ello es consecuencia de la política que se sigue de aconsejar la indicación de estas exoloraciones en escala cada vez más amplia en la búsqueda del cáncer precoz esofagogástrico, aun en pacientes con simples dispepsias; así como también, que los procesos inflamatorios crónicos del tracto digestivo superior fueron los dominantes en la enfermedad encontrada, ya que les correspondió un 47% de las endoscopias patológicas. Se plantea que la enfermedad ulcerosa gastroduodenal tuvo una alta incidencia entre las exploraciones patológicas realizadas; así, de 3 979 gastroduodenoscopias positivas, el 18% de las mismas correspondió a dicha entidad. El cáncer esofagogástrico estuvo presente en el 14% de 4 888 esofagogastroskopias patológicas, y el resto de las lesiones encontradas se analizan en nuestro trabajo. Se concluye que los resultados obtenidos con los endoscopios y lo inocuo de las exploraciones (solamente hemos tenido 2 accidentes de importancia en las 8 000 endoscopias) han motivado a nuestro Ministerio de Salud Pública a extender este servicio a todos los hospitales de primera categoría y a varios de segunda, a todo lo largo del país.

INTRODUCCION

A partir de enero de 1970 comenzamos en Cuba en el Instituto de Gastroenterología a utilizar los fibroscopios flexibles para la exploración endoscópica del tracto digestivo superior. Desde

entonces hasta finales de 1974 hemos realizado 8 000 exploraciones endoscópicas con estos instrumentos, con lo que se acumuló una experiencia que estimamos útil exponer.

Durante todo ese tiempo solamente hemos tenido dos accidentes de importancia con muerte de uno de ellos, lo

1 Especialista de I grado en gastroenterología.

2 Especialista de II grado en gastroenterología. Profesor de la Escuela de Medicina y director del Instituto de Gastroenterología.

que nos brinda un índice de 0,25 accidentes por cada 1 000 endoscopias.

A continuación, exponemos las circunstancias fundamentales por las cuales, clínicos, cirujanos y gastroenterólogos nos solicitan la investigación endoscópica.

Selección de los pacientes

1. Enfermedad esofágica-gástrica o duodenal detectada o sospechada a los Rx.
2. Sintomatología digestiva alta de causa no precisada de más de 6 semanas de evolución.
3. Síndromes anémicos de causa no precisada a pesar de las investigaciones.
4. Sangramientos digestivos altos.

La endoscopia la realizamos, tanto a pacientes ingresados como de consulta externa, lo que nos tomó un tiempo promedio de unos 15 minutos, algo más prolongado en las duodenoscopias y más corto en las esofagoscopias. Por ser contrarios a la administración superflua de medicamentos y dado lo bien tolerada de la investigación en muy contadas ocasiones recurrimos a la premedicación sedante; con iguales criterios usamos en situaciones muy especiales los medicamentos relajantes. Finalmente hemos abolido el lavado gástrico de rigor—previo a la endoscopia— y sólo lo reservamos para los casos en que el estudio radiológico así lo aconseja.¹

Conscientes de que la endoscopia es un método más para el diagnóstico, y que la misma debe conjugarse íntimamente con la radiología, mantenemos el principio de exigir el estudio radiológico contrastado previo, a excepción de los casos de urgencia.

En general estos son los pasos que seguimos en la preparación de los pacientes:

Preparación de los pacientes

1. Estudio radiológico contrastado del tracto digestivo superior, previo a la endoscopia.
2. Paciente en ayuno de 12 horas.
3. Sedación previa con diazepam por vía IM (10 mg) en casos muy específicos, que en nuestro criterio lo han requerido.
4. Solamente hemos administrado medicamentos relajantes de la musculatura lisa cuando estimamos que la duodenoscopia iba a ser muy laboriosa o cuando en estudios radiológicos mostraban un bulbo muy espástico e irritable.
5. Explicación al paciente de la exploración, de su utilidad, y de la necesidad de su cooperación.
6. Anestesia orofaríngea con *spray* de xilocaína.

Nuestra técnica endoscópica no difiere de la realizada en los diferentes países y sólo deseamos destacar, ya que son motivo de discusión, los siguientes aspectos;

Técnica endoscópica

1. Selección del instrumento: para explorar esófago y duodeno preferimos los de visión axial. Para la exploración del estómago consideramos insustituibles los de visión lateral.
2. Realizamos la exploración generalmente en decúbito lateral izquierdo.
3. En general usamos la técnica de exploración convencional, pero estimamos que es la exploración retrógrada la etapa más importante y útil de la endoscopia.

Resultados obtenidos

De las 8 000 fibroendoscopias realizadas, 5 000 corresponden a gastroscopias, 2 000 a esofagoscopias y 1 000 a duodenoscopias.

Los diagnósticos fueron corroborados mediante biopsia dirigida, cirugía, la evolución clínica o endoscópica o posnecropsia.

En los cuadros I, II y III que exponemos se pueden apreciar las distintas enfermedades encontradas y su porcentaje de incidencia.

CUADRO I		
ENFERMEDAD ENCONTRADA EN 8 000 FIBROENDOSCOPIAS DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR		
Esófagoscopias (2 000) Enfermedad	Casos	%
Esófagitis crónica	525	26
Hernias hiatales	369	18
Cáncer esofágico	283	14
Acalasia esofágico	140	7
Várices esofágicas	108	5,5
Estenosis cicatrizales	48	2,5
Esófagitis aguda	30	1,2
Divertículos esofágicos	25	1,2
Micosis esofágica	23	1,1
Compresión extrínseca	17	0,8
Úlcera esofágica	15	0,7
Cuerpos extraños	13	0,6
Calasia	10	0,5
Mallory Weiss	4	0,2
T. benigna	4	0,2
No concluyentes	8	0,4
Normales	592	2 30,0
	214	

Nota: los totales no cuadran por existir múltiples pacientes con más de una enfermedad.

CUADRO II		
GASTROSCOPIAS (5 000)		
Enfermedad	Casos	%
Gastritis crónica	1 790	36
Úlcera gástrica benigna	490	10
Prolapso pilórico	490	10
Cáncer gástrico	410	8
Síndrome pilórico	80	1,6
Pólipo gástrico	65	1,3
Piloroplastia	60	1,2
No útiles para diagnóstico	57	1,1
Piloritis	57	1,1
Gastritis aguda	54	1
Tumores parietales	39	0,7
Cuerpos extraños	35	0,7
Úlcera de la neoboca	25	0,5
Estenosis de la neoboca	23	0,45
Divertículos gástricos	22	0,4
Compresión extrínseca	20	0,4
Linfomas gástricos	8	0,16
Rendu Osler	6	0,1
Estenosis hipertrófica del píloro ⁵ del adulto		0,1
Enfermedad de Menetrier	4	0,08
Páncreas aberrantes	3	0,06
Normales		30,4
	1 520	5

CUADRO III DUODENOSCOPIAS (1 000)

Enfermedad	Casos	%
Duodenitis crónica	235	23,5
Úlcera duodenal	200	20
Engrosamiento de pliegues	18	1,8
Estenosis duodenal	12	1,2
Divertículos	10	1
Pseudodivertículos	10	1
Pólipos duodenales	8	0,8
Hilos de sutura del duodeno	6	0,6
Duodenitis aguda	4	0,4
Úlcera posbulbar	5	0,5
Fístula duodenal	2	0,2
Megabulbo	2	0,2
Enfermedad de Crohn	2	0,2
Infiltración neoplásica del duodeno	3	0,3
Normales	501	50,0
	1 018	

COMENTARIOS

1. Puede llamar la atención el alto porcentaje de endoscopias normales en nuestras esofagoscopias (30%), gastroscopias (30%) y duodenoscopias (50%); pero ello no es más que el reflejo de nuestro criterio de realizar estas exploraciones a todo paciente cuyo diagnóstico no haya sido precisado. Eilo es posible fundamentalmente porque en nuestro sistema de asistencia médica todas las investigaciones son gratuitas."
2. Los procesos inflamatorios crónicos: esofagitis, gastritis y duodenitis han sido las enfermedades más frecuen-

temente encontradas en nuestras 8 000 endoscopias, y aunque ello coincide con los resultados de otros autores no deja de llamar la atención.³

3. La hernia hiatal constituyó un diagnóstico de alta frecuencia (18%) en nuestras esofagoscopias; las distintas complicaciones de la misma son raras, y concuerdan con los informes señalados por otros autores.
4. El 14% de las esofagoscopias realizadas correspondieron a cáncer de este órgano. Esta alta incidencia está probablemente en relación con dos hechos:
 - Durante los primeros años esta exploración con instrumentos flexibles solamente se realizaba en nuestro instituto.
 - Además al instituto acuden muchos enfermos referidos por hospitales generales de La Habana.
5. El alto número de acalasia esofágicas (140 casos) estudiadas endoscópicamente no refleja ni mucho menos la incidencia de esta enfermedad. Ello se debe a que en nuestra institución existe una consulta exclusiva para esta enfermedad que recibe los casos de todo el país.
6. No es sorprendente —al igual que sucede en otras latitudes— lo frecuente de la úlcera gástrica (10%) y más aún de la duodenal (20%) en nuestras endoscopias.
7. La gran frecuencia del cáncer gástrico en nuestras gastroscopias (410 casos) obedece a idénticas causales analizadas en el cáncer esofágico.¹
8. Llama la atención lo poco frecuente de las afecciones inflamatorias agudas: esofagitis: 1,5; gastritis: 1%; duodenitis: 0,4%, en nuestra serie, al compararlas con la incidencia informada por autores de otros países. Creemos que ello está en relación con distintos hábitos alimentarios,

ingestión de bebidas alcohólicas, etc. por parte de esas poblaciones.^{3,3}

9. En nuestro criterio la endoscopia del tracto digestivo superior se ha mostrado de gran utilidad y se ha hecho imprescindible en el diagnóstico gas-troenterológico en general y

específicamente en:

- Diagnóstico diferencial entre las úlceras benigna y maligna del estómago.
- Diagnóstico positivo de la úlcera duodenal en la deformidad radiológica de la mitra y de las pequeñas úlceras gástricas prepilóricas.
- Diagnóstico etiológico de los sangramientos digestivos altos.⁰

SUMMARY

Nodarse, O. et al. *Fiberoptic endoscopy of the upper digestive tract in the Institute of Gastroenterology. Experience with 8 000 cases.* Rev Cub Med 16: 4, 1977.

In this paper the results of 8 000 fiberoptic endoscopies of the upper digestive tract performed from 1970 to 1974 in the Institute of Gastroenterology are analyzed. The development and the experience obtained are not only related with the innocuity and easiness of the method as a result of the flexibility and technical aspects of these devices, but also with the organization of the medical services of the Cuban public health national system which permits the performance of these explorations to all patients who need them without any cost. 32% of endoscopies were normal; this is a result of the early indication of these explorations each time in a wider scale for detecting early esophagogastric cancer even in patients with simple dyspepsias. Chronic inflammatory processes of the upper digestive tract prevailed among the different diseases found (47% of abnormal endoscopies). A high incidence of gastroduodenal ulcers was also found; from 3 979 positive gastroduodenoscopies, 18% corresponded to gastroduodenal ulcers. 14% of 4 838 abnormal esophagogastrosopies corresponded to esophagogastric cancer; the remaining lesions are analyzed in this paper. As a result of the innocuity of fiberoptic endoscopies (only 2 significant accidents in 8 000 endoscopies), the Ministry of Public Health has extended the use of this procedure to all first-category hospitals and some second-category hospitals in the whole country.

RESUME

Nodarse, O. et al. *La fibroendoscopie du tractus digestif supérieur à l'Institut de Gastro-entérologie. (Expérience chez 8 000 cas).* Rev Cub Med 16: 4, 1977.

8 000 fibroendoscopies du tractus digestif supérieur ont été réalisées à l'Institut de Gastro-entérologie pendant une période de 5 ans (1970-1974), dont les résultats sont analysés dans ce travail. On signale que, sans doute, le développement et l'acquisition de cette vaste expérience est en rapport non seulement avec l'innocuité et la simplicité de la méthode —à cause de la flexibilité et de la haute technologie de ces appareils—, mais aussi avec l'organisation des services médicaux du système national de la santé publique de Cuba qui permet de réaliser ces explorations —sans aucun coût— à tous les patients qui en aient besoin. On souligne que 32% des endoscopies ont été normales; et cela par la politique de conseiller l'indication de ces explorations à une échelle chaque jour plus vaste à la recherche du cancer précoce oesophago-gastrique, même chez des patients n'ayant que des simples dyspepsies; on souligne aussi que les processus inflammatoires chroniques du tractus digestif supérieur ont prédominé dans la maladie trouvée, car ils ont représenté 47% des endoscopies pathologiques. Les auteurs signalent que la maladie ulcéreuse gastro-duodénale a eu une haute incidence parmi les explorations pathologiques réalisées; ainsi, de 3 979 gastro-duodénoscopies positives, 18% correspondait à cette entité. Le cancer oesophago-gastrique a été présent dans 14% des 4 838 oesophago-gastrosopies pathologiques, et les autres lésions trouvées sont analysées

dans ce travail. Pour conduire les auteurs signalent que les résultats obtenus avec les endoscopies et l'innocuité des explorations (il n'y a eu que deux accidents importants en 8 000 endoscopies réalisées) ont constitué une motivation pour que le Ministère de la Santé Publique étende ce service à tous les hôpitaux de premier rang et d'autres de deuxième rang, tout au long du pays.

Κο^apce, o. a εy?, yaίopozHεOCKon&ft Bepxaero εiejy;no*iHoro TpaKTa b i'HCHTTyie racTpoaHTepojioraa, Iühht aüüü cjy'iaeB). Rev cub Med]6: *,77.

B HHCTUTyTe racTpoaHTepojiorHa npoa3Be,n,eaH 8000 \$atipo3Hii,ocKona>i sepxHero sejiyucraioo TpaKTa b Teneane b jieT -(■l-a7U-1974 j, pe3yji- TäTH, KOTOPHX aHaJyKHPyMTCfl B .HaHHOÛ paóOTe. ■ yKa3HBaeTCH, ^ITO de3 coMHeHiw, pa3BHrae a oajiaueHae 3thm mapoKHM ouhtom HaxoflaTCH b 3aBa0Hiá0CTH He tojisko ot de30nacTHOCTa a nrocTOTu MeTo^a - b pe- 3yjiixaTe nOij,aTjiHB0CTH a bhckoh Texaojioraa sthx annapaTOB- a TaK— i;e ot opraffii3arpaa wje^anBKCKax oT^e-JieHaii b HartaoHaJUHOM ε.lacuiTatie iviihiicTepetbom 3,npaBooxpaHefla KyOH, mto ,nacT bo3ivkx..hocti npoa3BO- ,lj,hts fiaaaoc accJie^OBAHae- de3 KaKax-jxaóo 3aTpaT- BceM nanaeiaM, KOTOpne b HeM Hy^naioTCH,' ÜOfl^épKaBaeTca, hto 32% aanocKonaa HBa- jiaci HopMaJiiHHMa, 3TO HBJxaeTCfl cJiefICTBaeM nojiaiaa, KOTOpK cjie- syeT coBeTOBan npoBoaaTi εyw 3Tax accjieji,OB'aHaa Ka3aHii/pa3 bo bcs óojiee niapoKOM iviacmTade b noackdX aanazciaoro pasa nameBO^a a ae- jiy^Ka aaiiie y naaaeHTOB o nrocTOii flacneacaea, a Taicae npeBanapo- saja xpOHaqecKae BÖcnaTejiHHe npoaecH Bepxaero ^ejyAo^Horo - TpaKTa epefla HaaaeHHOá namaoaaa, TaK KaK hm cooTBeTCTBoBajia 47% naTOJiora^ecKax sa^ocKonaa. lKa3HBaeTCH, H3BeHHaa tjo;e3HT &e- Jyñaa a flBeHaiwaTanepcTaoH khiukb aMejia Bucoky» qacioTy cjei,a - a poa3BejjjeHHux naTOJioraneCKax sangoKonaa: TaK, a3 3979 nojio^aTeji- hiiX racTposycweHooKomiif lb# othociuüci Kv<uaaHoü namaoaaa, PaK nameBOfla a /¿ejyKa BOTpesaJXca b lvi> a3 4boo naTOJioraweCKax 330- (¿.aroracTpoCKonaü, a ocTaBUiasch ^¿gtí aaaseHHHX nopaaeHHü aHana- 3HPyeTCH b Hanea padoie. B saio^ao^eHae yKa3HBaeTCH, ^ito nojiyqeiiHiie pé3VJiiTaTH 3HuocKonaü a de3oaaTaoCTi accjie^osaaiif {m aiviejia to^ii- ko ε cepie3KHX ocjiOjstaeaaH b Búüü sanocKonaü) aajia ocaosaHaH Hame- ny jijaiaicxepcTBy 4npaBooxpaHeHHH-pacnpocTpaHii sto accJie^OBAHae bo Bcex rocruTajiax nepBoa KaTepoaaa a b aecKOJiiKax BT0p0á KaTepo- paa no Bceii dpaHe.

BIBLIOGRAFIA

1. *Honsset, P.; Debray, Ch.* Fibroscopia digestiva. Temas Escogidos de Gastroenterología, Sociedad Colombiana de Gastroenterología, XVIII, 15-54, 1974.
2. *Tsutoms Kidokoro.* Direct visión of the stomach. Rev Gastro Endoscopy, VIII: 1-42, pag. 20-26, 1966.
3. *James, A. Gregg; Mamigon Garabedian.* Fiberoptic examination of the digestive tract. Clínicas Quirúrgicas de Norte América, pág. 633-640, junio 1971.
4. *James A. Gregg.* Gastroscopy. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Pág. 649-656, junio de 1971.
5. *Brevil, J.; Blavon Duchssne, V.* La fibroscopia de urgencia en las hemorragias digestivas altas. A propósito de 200 casos. Nouv Presse Med 2889-2892, 1, 1972.
6. *Manso, E. y otros.* Panendoscopia de urgencia en los sangramentos digestivos altos. Rev Cub Cir 14: 2, 1975.