

Correlación endoscópica y anatomopatológica en las gastritis y duodenitis crónicas

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "ANTONIO LUACES IRAOLA", CIEGO DE AVILA

Dr. Julio Zamora Rodríguez, Dra. Adoración Duarte Vilariño" y Dra. Raquel Delgado Moya"

Zamora Rodríguez, J. y otros: *Correlación endoscópica y anatomopatológica en las gastritis y duodenitis crónicas.*

Se expone nuestra experiencia en la correlación o coincidencia endoscópica y anatomopatológica en 110 casos informados con gastritis crónica (GC) y en 61 casos con diagnóstico de plúmleoitis crónica (DC), de un total de 1 730 endoscopias revisadas. En cada caso se realizó un primer examen histológico con conocimiento del diagnóstico endoscópico previo, y un segundo examen microscópico sin conocimiento de los diagnósticos anteriores; se lograron buenos índices de coincidencia positiva en los casos con GC, y mejores aún en los casos con DC, según los informes del primer examen histológico o del segundo, respectivamente, en cada grupo de afecciones. Hubo un moderado grado de coincidencia en cuanto a la intensidad de las GC entre los dos exámenes anatomopatológicos y la endoscopia, y menor aún en los dos resultados histológicos entre sí, al disponer los patólogos de escaso material de biopsia.

INTRODUCCION

La endoscopia del tracto digestivo superior ha demostrado su gran utilidad en el diagnóstico de las afecciones orgánicas gastroduodenales. En el caso de las gastritis y las duodenitis crónicas, la exploración endoscópica puede poner de manifiesto alteraciones que a veces pasan inadvertidas en los exámenes radiológicos convencionales.¹ Las pinzas de biopsia utilizadas a través del canal del fibroscopio han permitido las tomas selectivas de muestras para el examen anatomopatológico, lo que posibilita un estudio más completo de los pacientes.¹ Desde hace varias décadas se ha estado pensando en la dificultad para escribir la última palabra sobre las relaciones entre el cuadro clínico del paciente, la imagen endoscópica y la histopatología gástrica. El diagnóstico endoscópico de la gastritis superficial se ha basado en el enrojecimiento de la mucosa, la exudación y los signos de edema. Desgraciadamente, estos cambios no tienen al parecer un reflejo histológico, mientras que por otro lado una apariencia

endoscópica normal puede esconder una gastritis crónica severa que se revelará histológicamente.² Desde el punto de vista anatomopatológico las gastritis crónicas muestran un infiltrado inflamatorio a linfocitos y plasmocitos en toda la lámina propia, con disminución del número de glándulas y alteraciones del epitelio superficial, que se torna más bajo.³

El procedimiento de elección recomendado para el diagnóstico del tipo y de la extensión de la gastritis crónica es la biopsia gastroscópica múltiple.^{4,10} Se dice que en la mucosa normal puede alcanzarse un acuerdo entre el aspecto macroscópico e histológico del 90 %, mientras que en la gastritis atrófica es de alrededor del 70 %.² No obstante, en estudios realizados en el extranjero se encontró una pobre correlación entre los hallazgos endoscópicos e histológicos.^{11,12} Otros estudios más recientes sugieren que el eritema y la cubierta de mucus de la mucosa indican fuertemente la presencia de gastritis superficial y que los vasos sanguíneos sub- mucosos visibles se correlacionan con el hallazgo histológico de gastritis atrófica.^{13,14} Tratando de esclarecer estos aspectos, *Sauerbruch y colaboradores*¹⁵ publicaron en 1984 un trabajo donde concluyen que la mayoría de los hallazgos endoscópicos individuales observados son de poco valor diagnóstico para la gastritis clasificada histológicamente, y que sólo la visibilidad de vasos submucosos puede ser de alguna ayuda en la predicción de la gastritis atrófica. Diez años antes, el Instituto de Gastroenterología de Cuba abordó aspectos similares y en una publicación sobre gastritis crónica se obtuvo un índice de coincidencia del 57,5 %, ¹⁶ mientras que en otra esta cifra se elevó al 81 %.¹⁷

En cuanto a la duodenitis crónica inespecífica, se plantea que la misma es una inflamación del duodeno, más comúnmente del bulbo, con una infiltración celular principalmente de células mononucleares superficiales o extendidas en capas más profundas. Se han comunicado también ulceraciones microscópicas, edema, ingurgitación vascular, hemorragia y aplanamiento de las vellosidades.^{18,20} El criterio endoscópico de la duodenitis es variable. Se han observado anomalías evidentes de la mucosa como eritema, edema y pequeñas áreas blancas erosionadas con áreas hemorrágicas.¹⁹⁻²⁰

Por otra parte, se han informado casos relativamente frecuentes de duodenitis inespecífica por giardias no detectable endoscópicamente²¹ y cabe esperar que algunos casos producidos por otros agentes causales también muestren una imagen endoscópica normal del duodeno. En una corta serie de 40 pacientes con diagnóstico simultáneo de gastritis crónica atrófica y duodenitis crónica, *Haedo y colaboradores*¹ encontraron en esta última entidad un índice de coincidencia endoscópica y anatomopatológica del 85 %. En la actualidad no disponemos de datos similares referentes a autores de otros países.

La importancia de determinar el grado de acuerdo o de coincidencia en nuestro medio entre la endoscopia y la anatomía patológica en las gastritis y las duodenitis crónicas, nos ha motivado a realizar el presente trabajo, teniendo en cuenta los datos relativamente desalentadores que se recogen en la literatura médica revisada.

MATERIAL Y METODO

Se revisa un total de 1 730 endoscopias orales realizadas por nosotros (*Zamora*) entre enero de 1981 y octubre de 1984 a pacientes de consulta externa o ingresados en los hospitales de la provincia de Ciego de Avila. Con fines comparativos y descriptivos se seleccionaron de forma arbitraria y sin preferencia alguna 120 biopsias gástricas y 68 biopsias duodenales correspondientes a los siguientes diagnósticos endoscópicos: gastritis crónica (110 casos), mucosa gástrica normal (10 casos), duodenitis crónica (61 casos) y mucosa duodenal normal (7 casos). Los casos presuntamente patológicos y los casos supuestamente normales representan aproximadamente el 80 y el 70 %, respectivamente, del total de biopsias realizadas en relación con tales diagnósticos endoscópicos. El patólogo (*Duarte*) recibió las láminas de estos casos sin conocer los diagnósticos endoscópicos ni histológicos previos de esta muestra. El primer examen microscópico había sido realizado indistintamente por alguno de los 4 patólogos que habían o han laborado en nuestro centro durante el período analizado en este trabajo, generalmente con conocimiento del diagnóstico endoscópico de cada caso. Después, uno solo de ellos sería el que revisaría en esta segunda ocasión el grupo de biopsias seleccionadas en las condiciones de observación ya mencionadas. Una vez obtenidos estos datos, se agrupan y se analizan por separado las endoscopias con diagnóstico de gastritis crónica y de duodenitis crónica para conocer el grado de coincidencia de cada una de ellas con el primer examen histológico; y después con el segundo, se comparan las diferencias entre los resultados obtenidos por un observador anatomopatológico y el otro. Igual procedimiento se siguió con el reducido grupo de biopsias correspondientes a los diagnósticos de mucosa gástrica normal o mucosa duodenal normal, respectivamente. Más adelante, se busca el grado de coincidencia en cuanto a la intensidad en aquellos casos con gastritis crónica confirmada tanto por endoscopia como por ambos exámenes histológicos, y en los cuales el endoscopista y los patólogos especificaron claramente el grado de intensidad de la lesión inflamatoria.

En el presente estudio se comparan descriptivamente los datos relativos a la imagen endoscópica global del estómago o del duodeno y la imagen histológica focal de los puntos de donde fueron tomadas las biopsias en dichos órganos; de ahí que la respuesta coincidente o no del patólogo se refiere solamente a los puntos mencionados y no presenta en modo alguno a todo el órgano analizado en su conjunto. Con posterioridad se valora la frecuencia endoscópica en nuestra serie de 1 730 pacientes, de aquellos casos con resultados "normales" y de los pacientes con diagnóstico de gastritis crónica y de duodenitis crónica; finalmente se analiza la frecuencia de asociación endoscópica en nuestra casuística entre la gastritis crónica y la duodenitis crónica, y viceversa.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

DISTRIBUCION POR EDADES

El 86,4 % de los pacientes con diagnóstico endoscópico de gastritis crónica (GC) y el 90,2 % de los pacientes con duodenitis crónica (DC) se encontraban comprendidos

entre las edades de 21 a 80 años. El promedio global de edades en los pacientes del primer grupo fue de 45,85 años; y en el segundo, de 43,65. Las edades límites en la muestra de pacientes con GC fueron 15 y 89 años, y en el grupo de pacientes con DC fueron 12 y 85 años. El promedio de edades fue similar en cada sexo dentro de cada grupo patológico. No tomamos en consideración la edad ni el sexo en los casos con diagnóstico endoscópico de mucosa gástrica o duodenal de aspecto normal, debido a la escasez de la muestra, originada principalmente por nuestra falta de costumbre de tomar biopsia en tales casos.

DISTRIBUCION POR SEXOS

Se observó un predominio en la cantidad de pacientes con biopsia, del sexo masculino, que tenían el diagnóstico endoscópico de GC (54,6 %) o de DC (60,7 %).

La distribución por edades y sexos se ofrece de forma unificada en la tabla 1.

Sexo	edades y sexos		Total	Duodenitis crónica		Total
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	
	Edad (años)			Masculino	Femenino	
Hasta 20	3	5	8	2	2	4
21-40	22	15	37	16	9	25
41-60	23	18	41	12	8	20
61-80	8	9	17	6	4	10
81 y más	3	1	4	0	1	1
Sin especificar	1	2	3	1	0	1
Total	60	50	110	37	24	61

PROMEDIO DE PONCHES DE CADA PACIENTE CON BIOPSIA

Este dato solamente se registró en 39 casos (35,4 %) de los 110 pacientes con diagnóstico endoscópico de GC y en 19 casos (31,1 %) de los 61 pacientes con diagnóstico macroscópico de DC, obteniéndose un promedio de 1,6 ponches/paciente en el primer grupo, y de 1,3 ponches/ pacientes en el segundo. A pesar de no contabilizarse este dato en la totalidad de los casos, consideramos que estos promedios indican de forma aproximada nuestra costumbre real de tomar sólo 1 ó 2 ponches gástricos y 1 ponche duodenal en la mayoría de los pacientes en los cuales tratamos de hacer una comparación entre los hallazgos endoscópicos e histológicos en las afecciones analizadas en este trabajo. No se valora el número ni el promedio de ponches en los casos con diagnóstico endoscópico de mucosa gástrica o duodenal de aspecto normal por la escasez de la muestra en cada uno de esos grupos.

COINCIDENCIA ENTRE LA ENDOSCOPIA Y LA ANATOMIA PATOLOGICA

a) *Coincidencia en cuanto a positividad en las GC*

En el primer examen histológico se obtuvo una coincidencia positiva en 102 de los 110 pacientes con diagnóstico endoscópico de GC (92,7 %). En cambio, en el segundo examen histológico hubo coincidencia positiva en 94 de los 110 pacientes analizados, lo cual representa el 85,5% de los casos (tabla 2).

Examen histológico	Endoscopia		Anatomía patológica	
	Total de casos con biopsias	(+)	Indice de coincidencia % (—)	%
Primer examen	110	102	92,7 8	7,3
Segundo examen	110	94	85,5 16	14,5

La diferencia encontrada entre los resultados obtenidos en ambos exámenes anatomopatológicos pudiera deberse a varios factores. Uno de ellos es la necesidad de decidir si hay una gastritis muy ligera o si la mucosa es completamente normal sobre la base de una muestra frecuentemente muy escasa en tamaño con todas las limitaciones que esto implica para el observador. No sabemos si el conocimiento previo del diagnóstico endoscópico influye favorablemente o no sobre la decisión del patólogo. En cualquier caso, el uso de fibroscopios cada día más modernos puede facilitar la obtención de índices de coincidencia positiva aceptables e incluso excelentes sin necesidad de recurrir a menudo a la biopsia gastroscópica múltiple. Esto ha permitido que en nuestra casuística hayamos encontrado índices más elevados que en otras series nacionales informadas una década atrás, donde se señalaban cifras del 57,5 %¹⁶ y del 81 %.¹⁷ Desde luego, estas cifras pudieran mejorarse si se aumenta el número de ponches tomados en las biopsias, pero ello haría que el trabajo endoscópico fuese muy engorroso, dada la alta frecuencia de los diagnósticos endoscópicos de GC. En nuestra serie se encontró un caso que endoscópicamente mostraba una GC moderada con algunas zonas sospechosas de GC atrófica, que el primer patólogo informó como GC moderada y el segundo como severa, pero sin ratificar la existencia de los cambios atróficos. Sin embargo, en un caso en que el endoscopista diagnosticó una GC moderada o severa, el primer patólogo informó una GC moderada, y el segundo, una GC severa con áreas de intestinalización de las glándulas. En otro caso, la endoscopia planteó una GC erosiva con pliegues muy engrosados y ambos patólogos coincidieron en la presencia de una GC severa con áreas de intestinalización glandular. Y en un tercer caso, el endoscopista halló una GC con engrosamiento de los pliegues gástricos; el primer patólogo informó una GC moderada, y el segundo, una GC severa y agudizada con áreas de intestinalización de las glándulas. Ningún caso se concluyó ca- tegóricamente como una GC atrófica por la escasez de la muestra, pero aceptando que

en los 3 casos hubiesen focos limitados de gastritis atrófica, ello representaría una frecuencia del 3,2 % en los 94 casos con GC diagnosticada por el segundo patólogo, en contraste con el 12 % detectado por *Nodarse y Manso*¹⁷ en un total de 367 casos con GC comprobada histológicamente.

Nuestra experiencia no concuerda con la de *Sauerbruch y colaboradores*,¹⁸ ya que en nuestra serie el eritema mucoso fue un factor constante en la mayoría de los casos con diagnóstico confirmado de GC. El eritema típico no fue uniforme en intensidad ni distribución, y las áreas enrojecidas se mezclaban íntimamente con las áreas más pálidas ofreciendo un aspecto visual que recordaba un poco al del *rash* sarampionoso. En cambio, el enrojecimiento y el brillo uniforme de la mucosa gástrica en pacientes con reflujo biliar fueron elementos que parecen habernos inducido a error en algunos casos. Es preciso reconocer el eritema artificial de la mucosa antral producido durante la endoscopia por el roce instrumental en muchos pacientes y no confundirlo con un signo de gastritis verdadera. Como es fácil comprender, una biopsia "negativa" de gastritis, basada solamente en 1 ó 2 ponches, no debe ser tomada como criterio único para descartar esta afección. No obstante, pueden obtenerse buenos índices de coincidencia en los diagnósticos endoscópicos e histológicos de GC, incluso tomando pocos ponches en las biopsias, si se evita cuidadosamente cualquier tendencia al sobrediagnóstico endoscópico de esta entidad, sin olvidar que entre el ojo humano, el sistema óptico de los fibroscopios y la visión microscópica existen fronteras que no pueden trasponerse más allá de ciertos límites.

En la tabla 3 se ofrece el grado de coincidencia entre los dos exámenes histológicos en los 110 casos que tenían un diagnóstico endoscópico de GC. Como puede verse, los dos patólogos tuvieron la misma opinión en alrededor del 89 % de las muestras analizadas y no coincidieron en casi el 11 % de los casos.

Exámenes histológicos	Endoscopia No. de casos	(+)	Anatomía patológica Índice de coincidencia % (—)	%
Diagnóstico GC*	92	92	83,6	—
similar MGN**	6	6	5,5	—
Diagnóstico diferente	12	—	—	12
Total	110	98	89,1	12

b) Coincidencia en cuanto a positividad en las DC

En el primer examen histológico se obtuvo una coincidencia positiva en 60 de los 61 pacientes con diagnóstico endoscópico de DC (98,4 %), mientras que en el segundo examen histológico esta cifra fue de 57 casos (93,4 %).

Aparentemente resultó más fácil en nuestra casuística obtener índices elevados de coincidencia en los pacientes con diagnóstico de DC que en aquéllos con diagnóstico de GC, a pesar de haber tomado en los primeros un promedio de ponches inferior al de los segundos. Tal vez el menor tamaño de la cavidad duodenal en relación con la gástrica haya compensado en parte esa diferencia. En la tabla 4 se muestran los índices de coincidencia endoscópica y anatomopatológica en estos casos. Posteriormente, en la tabla 5 se ofrece el grado de coincidencia entre los 2 exámenes histológicos en los 61 casos que tenían un diagnóstico endoscópico de DC. Como puede apreciarse en él, los 2 patólogos tuvieron la misma opinión en el 95 % de los casos analizados y no coincidieron en el 5 % restante.

Tabla 4. *Coincidencia patológica*

Examen histológico	3 endoscópica-anatom		en los casos con duodenitis crónica	
	Total de casos con biopsia	(+)	Índice de coincidencia %	(-) %
Primer examen	61	60	98,4	1 1,6
Segundo examen	61	57	93,4	4 6,6

Tabla 5. *Coincidencia entre los dos exámenes histológicos en los casos con diagnóstico endoscópico de duodenitis crónica*

Exámenes histológicos	Endoscopia No. de casos	(+)	Anatomía patológica	
			Índice de coincidencia %	(-) %
Diagnóstico DC*	57	57	93,4	---
similar MDN**	1	1	1,6	---
Diagnóstico diferente	3	—	—	3 5,0
Total	61	58	95,0	3 5,0

c) Coincidencia en cuanto a positividad en los casos con resultados endoscópicos "normales"

En el reducido grupo de 10 casos con diagnóstico endoscópico de mucosa gástrica normal, el primer examen histológico coincidió en el 80 % de los mismos, mientras que el segundo examen microscópico sólo lo hizo en el 50 % de los casos. En el grupo de 7 pacientes con diagnóstico endoscópico de mucosa duodenal normal, el primer patólogo coincidió solamente en 3 de los casos, mientras que el segundo patólogo no coincidió en ninguno. La escasez de la muestra no permite extraer conclusiones definitivas en estos dos grupos, pero confirma lo informado por otros autores de que las GC y las DC pueden presentarse sin signos endoscópicos ostensibles. No obstante, en el segundo caso esto debe ponernos en guardia contra la posibilidad de que la DC sin manifestaciones endoscópicas sea en realidad más frecuente de lo que uno piensa.

d) Coincidencia en cuanto a intensidad de las GC

Se analizan todos los casos (61) con GC confirmada por endoscopia y por ambos exámenes histológicos, en los cuales el endoscopista y los dos patólogos especificaron claramente el grado de intensidad de la lesión inflamatoria. El primer examen microscópico ofreció datos similares a los del endoscopista en 46 pacientes, lo que representa el 75,4 % del total de casos observados. El segundo examen histológico coincidió con el examen endoscópico en 35 casos, lo que equivale al 57,4 % del total analizado. Por otra parte, los dos patólogos coincidieron entre sí sólo en el 45,9 % de los casos, bien sea afirmando o negando el dato endoscópico inicial (tabla 6). Para lograr este tipo de comparación aproximada, se obvió el inconveniente de que en el primer examen histológico abundan los casos de GC clasificadas como superficiales o atróficas, mientras que en el segundo examen se incluyó y generalizó la clasificación utilizada en el Instituto de Gastroenterología,³ que divide a las GC en gastritis superficiales, gastritis crónicas propiamente dichas y gastritis atróficas. Todo parece indicar que en nuestra serie fue muy difícil lograr un buen grado de acuerdo con la intensidad de las GC, incluso entre los 2 patólogos. No obstante, debe tenerse en cuenta que la intensidad de la gastritis puede variar de una zona a otra, por lo que la imagen global endoscópica de la mucosa gástrica y su imagen focal histológica pueden complementarse parcialmente entre sí en lugar de excluirse categóricamente una a la otra. Este criterio pudiera ser de utilidad a la hora de correlacionar el cuadro clínico, endoscópico y anatomopatológico de cada paciente en particular, por lo que consideramos que el endoscopista debe siempre informar su criterio en cuanto a la intensidad de esta afección.

Tabla 6. Coincidencia en intensidad de las gastritis crónicas confirmadas por endoscopia y anatomía patológica

Endoscopia	Anatomía patológica					
	No. de casos analizados (+)	Indice de coincidencia entre los dos exámenes histológicos			%	%
		Primer examen	Segundo examen	Indice de coincidencia con la endoscopia		
Intensidad						
Ligera (L)	28	22	78,6	17	60,7	16
L-M	10	10*	100,0	9**	90,0	5
Moderada (M)	16	9	56,3	3	18,8	6
M-I	5	5***	100,0	5****	100,0	1
Intensa (I)	2	0	—	1	50,0	0
Total	61	46	75,4	35	57,4	28

Ligera-7, moderada-4. ** Superficial-4, ligera-1, moderada-4. *** Moderada-3, intensa-2. Moderada-3, intensa-2.

FRECUENCIA DE CASOS CON GC O CON DC SIN MANIFESTACIONES ENDOSCOPICAS

La frecuencia de casos con GC sin manifestaciones endoscópicas en nuestra serie osciló entre el 1,9 y el 5,1 % en dependencia del observador anatomopatológico, en contraste con el 10 % informado por *Manso y colaboradores*.²³ Esta cifra fue comparativamente más elevada en los casos con DC, oscilando entre el 6,3 y el 10,9 % de los casos según se tratara del primer examen histológico o del segundo. Estos resultados son el reflejo de nuestra casuística, pero pudieran haber variado si se hubiesen tomado más biopsias a los casos presuntamente normales por endoscopia.

FRECUENCIA ENDOSCOPICA DE RESULTADOS "NORMALES" Y DE CASOS CON GC Y CON DC

En nuestra serie del 1 730 pacientes sólo 155 (9 %) tuvieron resultados endoscópicos dentro de los límites normales. De ellos, 37 se encontraron en gastroscopias y el resto en gastroduodenoscopias o panendoscopias. El primer grupo representa el 15,4 % de 240 gastroscopias revisadas en nuestro trabajo, a diferencia del 36 % encontrado por *Manso y colaboradores*²³ en una serie mucho más amplia. Estos autores encontraron GC en el 35 % de los 2 000 pacientes examinados, mientras que nosotros lo hicimos en el 80 % de los nuestros 1 730 casos analizados. La DC estuvo presente en el 63,3 % de los casos de nuestro estudio. Estos resultados se ofrecen en la tabla 7.

	casos	%
Total de endoscopias	1 730	100,0
Resultados "normales"	155	9,0
Gastritis crónica (GC)	1 384	80,0
Duodenitis crónica (DC)	1 095	63,3
GC + DC (asociadas)	989	57,2

FRECUENCIA DE ASOCIACION ENDOSCOPICA ENTRE LA GC Y LA DC, Y VICEVERSA

De 1 384 casos con diagnóstico endoscópico de GC, sólo tomamos en consideración para este análisis a 1 325, ya que descontamos a 59 pacientes con diagnóstico de GC en los que no se pudo explorar el duodeno, y por tanto, no podemos definir si presentaban o no también duodenitis. Teniendo en cuenta este hecho, se encontró que había GC y DC simultáneamente en 989 pacientes. Por lo tanto, de 1 325 casos con diagnóstico endoscópico de GC, el 74,6 % presentó también DC. En cambio, del 1 095 casos con diagnóstico endoscópico de DC, el 90,3 % tuvo además GC (tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia de asociación < endoscópica entre la gastritis crónica y la duodenitis crónica y viceversa

Enfermedad de referencia	No. de casos	Enfermedad asociada	No. de casos	Frecuencia de asociación (%)
Gastritis crónica	1 325*	Duodenitis crónica	989	74,6*
Duodenitis crónica	1 095	Gastritis crónica	989	90,3

* No se consideran 59 casos con diagnóstico de gastritis crónica en duodeno. los cuales no se pudo explorar el

CONCLUSIONES

Este estudio no pretende de ninguna manera inferir resultados a la población de la provincia de Ciego de Avila ni del país. Se trata de un análisis puramente descriptivo realizado a partir de una muestra de casos que no reúne los requisitos para hacer generalizaciones de tipo estadístico. No obstante, los resultados obtenidos sí reflejan cuidadosamente lo observado en la casuística de nuestro trabajo, por lo que sus conclusiones son válidas con respecto a la muestra analizada. Estas, son:

1. Se obtuvieron buenos índices de coincidencia positiva entre los diagnósticos endoscópicos e histológicos de GC (92,7 y 85,5 %), y mejores aún en los casos de DC (98,4 y 93,4 %), según los informes del primer examen histológico o del segundo, respectivamente, en cada grupo de afecciones. La utilización de fibroscopios cada vez más modernos parece permitir niveles adecuados de correlación, si se evita cuidadosamente la tendencia al sobrediagnóstico endoscópico de estas entidades.
2. Se observaron diferencias de apreciación entre los 2 exámenes anatomopatológicos, principalmente en el caso de las GC, de lo que se deduce que no siempre fue fácil decidir si en una muestra generalmente muy pequeña de tejido había una gastritis "mínima" o si la mucosa gástrica era completamente normal. No sabemos si el conocimiento previo del diagnóstico endoscópico por parte del primer patólogo influyó de manera favorable o no en su dictamen histológico.
3. Una biopsia "negativa" de gastritis, basada solamente en 1 ó 2 ponches, no debe tomarse como criterio único para descartar esta afección, aunque en nuestra serie la biopsia gastroscópica múltiple no fue necesaria en muchos casos para confirmar histológicamente este diagnóstico.
4. Al indicar la intensidad de las GC, la endoscopia coincidió con el primer examen histológico, en 3 de cada 4 pacientes y con el segundo examen microscópico en más de la mitad de los casos, aunque entre ambos exploradores anatomopatológicos sólo hubo acuerdo en menos del 50 % de las muestras analizadas. Tal vez se requiera un número mayor de ponches para que se reduzcan estas diferencias en

la apreciación histológica de la intensidad de la lesión inflamatoria en las gastritis crónicas.

1. En nuestro estudio, la frecuencia de casos con GC sin manifestaciones endoscópicas osciló entre el 1,9 y el 5,1 %, en dependencia del observador anatomopatológico. Estas cifras fueron superiores en el caso de las DC (6,3 y 10,9 %, respectivamente).
2. La frecuencia endoscópica en nuestra casuística de resultados dentro de límites normales fue baja (9 %), fue alta en el caso de las DC (63,3 %) y más elevada aún en el caso de las GC (80 %).
3. En nuestra serie, casi el 75 % de los pacientes con diagnóstico endoscópico de GC presentó también DC, excluyendo a 59 casos con gastritis en los que no se pudo explorar el duodeno. En cambio, más del 90 % de los casos con diagnóstico endoscópico de DC estuvo asociado con GC.

Reconocimiento

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la compañera Elsa Rivero, por su excelente trabajo mecanográfico, y a Magdalena Rodríguez y Belkys Toledo, por su constante estímulo en esta fatigosa labor.

SUMMARY

Zamora Rodríguez, J. et al.: *Endoscopio and anatomopathologic correiation In chronic gastritis and duodenitis.*

Our experience with regard to endoscopic and anatomopathologic correiation in 110 cases with chronic gastritis (CG) and 61 cases with chronic duodenitis (CD), from a total of 1 730 reviewed endoscopies, is exposed. In each case, a first histologic examination, knowing previous endoscopic diagnosis, and a second microscopic examination, without knowing previous diagnosis, were performed. For each group of affections, good positive correiation Índices in cases with CG (92,7 and 85,5 %) and even better In cases with CD (98.4 and 93,4 %) were achieved according to first or second histologic examination, respectively. There was a discrete correiation degree with regard to intensity of CG between both anatomopathologic examinations and endoscopy and even less within both histologic results, since pathologists do not have at their disposal enough material for biopsy.

RÉSUMÉ

Zamora Rodríguez, J. et al.: *Corrélation endoscopique et anatomo-pathologique dans les gastrites et les duodénites chroniques.*

Il est exposé notre expérience en ce qui concerne la corrélation ou la coïncidence endoscopique et anatomo-pathologique dans 110 cas atteints de gastrite chronique (GC) et dans 61 cas avec le diagnostic de duodénite chronique (DC), sur un total de 1 730 endoscopies revues. Dans chaque cas, il a été réalisé un premier examen histologique, avec connaissance du diagnostic endoscopique préalable, et un deuxième examen

III

microscopique, sans connaissance des deux diagnostics précédents; il a été obtenu de bons indices de coïncidence positive dans les cas avec GC (92,7 et 85,5%), étant encore meilleurs dans les cas de DC (98,4 et 93,4 %), suivant les rapports du premier examen histologique ou du deuxième, respectivement, dans chaque groupe d'affections. Il y a eu un degré de coïncidence discret en ce qui concerne l'intensité des GC entre les deux examens anatomo-pathologiques et l'endoscopie, étant encore inférieur lors de comparer les deux résultats histologiques entre eux, en raison du déficit de matériel de biopsie pour les pathologistes.

BIBLIOGRAFIA

1. Colcher, H.: Endoscopia del estómago y duodeno. En: Bockus, H. L.: Tratado de Gastroenterología. 3ra ed. en español, T. 1. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1980, Pp. 478-498.
2. Villardel, F.: Inflamación crónica gástrica y biopsia por succión. En: Bockus, H. L.: Tratado de Gastroenterología. 3ra ed. en español. T. 1. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1980. Pp. 553-601.
3. Clasificación anatomopatológica de las gastritis crónicas, utilizada en el Instituto de Gastroenterología.
4. Gear, M. W. L. et al.: Gastric ulcer and gastritis. Cut 12: 639, 1971.
5. Kimura, K.: Chronological transition of the fundic-pyloric border determined by step-wise biopsy of the lesser and greater curvatures of the stomach. Gastroenterology 63: 584, 1972.
6. Kimura, K.; T. Takemoto: An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. Endoscopy 1: 87, 1969.
7. Krauthelm, J. et al.: Zur gastroskopischen und gastrobiopsischen Diagnose der atrophischen Gastritis. Z Gastroent 9: 237, 1971.
8. Lambert, R.: Chronic gastritis. A critical study of the progressive atrophy of the gastric mucosa. Digestión 7: 83, 1972.
9. Ottenjann, R. et al.: Ist die Gastritis ein diffuser Prozess? Ergebnisse einer gastroscopischen Stufenbiopsie. Klin Wschr 49: 27, 1971.
10. Stadelmann, O. et al.: Ergebnisse endoskopischer Gastrobiopsie Bericht über etwa 1500 gezielte Magneizenbiopsien. Dtsch Med Wschr 94: 839, 1969.
11. Atkins, L.; E. E. Benedict: Correlation of gross gastroscopio findings with gastroscopio biopsy in gastritis. N Engl J Med 254: 641, 1956.
12. Heinke, J. K.: Correlation of gastroscopy, gastric photography and biopsy in diagnosis. Gastrointest Endosc 16: 81, 1969.
13. Cronstedt, J. L.; J. W. Simpson: Correlation between gastroscopio and direct vision biopsy finding. Gastrointest Endosc 19: 174, 1973.
14. Meshkinpour, H. et al.: Significance of endoscopically visible blood vessels as an index of atrophic gastritis. Am J Gastroenterol 71: 376, 1979.
15. Sauerbruch, T. et al.: Endoscopy in the diagnosis of gastritis. Diagnostic value of endoscopic criteria in relation to histological diagnosis. Endoscopy 16: 101-104, 1984.
16. Moreno Luna, A. y cols.: Evaluación e índice de confiabilidad entre los distintos procedimientos de diagnóstico de la gastritis crónica. Rev Cub Med 13: 375-381, 1974.
17. Nodarse, O.; E. Manso: Valor de la gastroscopia en el diagnóstico de la gastritis crónica. Rev Cub Med 13: 389-393, 1974.
18. Beck, I. T. et al.: Chronic duodenitis. A clinical pathological entity. Gut 6: 376, 1965.
19. Belber, J. P.: Duodenitis: An endoscopist's ruminations. Gastrointest Endosc 19: 57, 1972.
20. Gelzayd, E. A. et al.: Non-specific duodenitis: A distinct clinical entity? Gastrointest Endosc 19: 131, 1973.
21. Nodarse, O.: Alteraciones duodenales en la giardiasis. Resúmenes del Simposio sobre Absorción Intestinal. Ciudad de La Habana, 1978.
22. Haedo, W. y cols.: Gastritis crónica atrófica y participación duodenal. Rev Cub Med 16: 391-393, 1977.

23. *Manso, E. y cols.*: Desarrollo de la fibrogastroscofia en el Instituto de Gastroenterología. Análisis de los resultados en 2 000 endoscopias. Rev Cub Med 13: 421-427, 1974.

Recibido: 18 de marzo de 1986. Aprobado: 24 de marzo de 1986.

Dr. *Julio Zamora Rodríguez*, Avenida 61 No. 11823, Apto. 3, entre 118 y 120, Marianao-15 Ciudad de La Habana, Cuba.