

Valor de la gastroscopia en el diagnóstico de la gastritis crónica

Por los Dres.:

ORLANDO NODARSE PÉREZ,¹² EDUARDO MANSO RODRÍGUEZ *

Nodarse Pérez, O. et al. *Valor de la gastroscopia en el diagnóstico de la gastritis crónica*. Rev. Cub. Med. 13 : 4, 1974.

Se estudian 451 pacientes mediante gastroscopia y biopsia a fin de establecer el valor y la certeza del método endoscópico, contrastado con la biopsia. Estos pacientes presentan gastritis crónica (GC) diagnosticada en un total de 2 000 gastroscopias en el Instituto de Gastroenterología. Se analizan los resultados y se concluye que el método es de alta utilidad, aunque debe ser complementado con la biopsia gástrica. Se destaca la utilidad particular en relación con la GC atrófica, y se analiza la posible causa de un mayor índice de error diagnóstico en las gastritis crónicas antrales.

INTRODUCCION

En general el diagnóstico de gastritis crónica (G C) se basa en un conjunto de criterios formados por las alteraciones en la secreción gástrica, las manifestaciones radiológicas, los aspectos gastroscópicos y los patrones morfológicos obtenidos por biopsia ya sean perbucales o a través de la gastroscopia.

El diagnóstico de G C no se establece por un solo examen o método determinado, sino por las alteraciones que en conjunto se obtiene de las investigaciones mencionadas.^{1,2,3}

La radiología ha ido perdiendo valor como base para el diagnóstico de G C, hablando en términos generales. La secreción gástrica conserva su alto valor en los casos de G C difusos, bien establecidos, pero es dudoso en aquellos casos y en circunstancias en que la gastritis o es comenzante, en placas, o está

limitada a la región antral. Con la biopsia perbucal a ciegas, nos encontramos en la misma situación que con el estudio de la secreción gástrica.

La gastroscopia constituye en la actualidad un método idóneo para el estudio de esta patología por dos circunstancias:

a) El estudio gastroscópico permite diferenciar en un 100% la gastritis de otras patologías, que al ser estudiadas por los métodos antes mencionados pueden confundirse con ellas; entre estas patologías, por su importancia y dándole fundamento a esta aseveración, se encuentra el cáncer gástrico.

b) Porque la gastroscopia elimina las limitantes que hemos mencionado para el diagnóstico de la G C, tanto por el estudio de la secreción gástrica como por la biopsia perbucal.

Es decir, con la gastroscopia no escapan las gastritis en las placas y las gastritis antrales y disminuye aunque no elimina la imposibilidad del diagnóstico de

la gastritis comenzante. No deja de ser cierto que cierto número de gastritis crónica no presenta alteraciones gastroscópicas y que en ocasiones alteraciones endoscópicas interpretadas como signos de G C corresponden a un cuadro anatomopatológico normal sobre todo en lo que a G C superficial se refiere.⁴⁵

En la sección de esofagogastrosco- pía del departamento de endoscopia del Instituto de Gastroenterología, encontramos que la incidencia de G C era alta y que era necesario establecer y determinar qué porcentaje del diagnóstico endoscópico era acertado en relación o en contraste con las biopsias tomadas.

En nuestro trabajo "Desarrollo de la Fibrogastrosco- pía en el Instituto de Gastroenterología. Análisis de los resultados en 2 000 Endoscopias", mediante un estudio control, establecimos que en las gastroscopias dadas como normales una de cada 10, presentaba una GC superficial.

En el presente estudio analizaremos la situación inversa, es decir, trataremos de establecer en qué porcentaje de casos el diagnóstico de G C es correcto en relación con la biopsia gástrica.

Antes de entrar a analizar los resultados obtenidos por nosotros es necesario que destaquemos que los porcentajes encontrados estarán influidos por el hecho de una inexperiencia en el diagnóstico endoscópico inicial, que fue vencida progresivamente en el tiempo.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 451 pacientes, mediante gastrosco- pía y biopsias dirigidas, que presentaban manifestaciones variadas, desde el cuadro sospechoso de úlcera gástrica, cáncer gástrico, hasta las manifestaciones dispépticas habituales con la gastroduodenitis crónica.

La gastroscopia se realizó por la técnica habitual descrita, y la biopsia fue tomada con la pinza que para tal efecto viene con el gastroscopio, luego fue procesada por la técnica habitual.

Análisis de los resultados.

El diagnóstico gastroscópico de G C se hizo basado en los criterios aceptados por la mayoría de los autores, y en las descripciones que al efecto se han hecho de acuerdo a ello.

Por la experiencia que hemos obtenido estimamos que las alteraciones que la G C impone a la mucosa gástrica desde el punto de vista macroscópico son fundamentales en:

- a) Alteraciones en la morfología.
- b) Alteraciones en el color.

Las alteraciones morfológicas son distintas, según se trate de una G C superficial o una gastritis atrófica.

En la gastritis superficial, al ser observado el estómago con mediana insuflación la mucosa gástrica presenta disminución de sus pliegues en relación con el estómago normal, estos se muestran menos gruesos, hacen menos relieve y en aquellas zonas donde normalmente los pliegues son menos marcados en la G C superficial llegan a desaparecer. También se observa una opacidad de la mucosa, que pierde su característico brillo de papel celofán, llegando en ocasiones a adoptar un aspecto granular. Conjuntamente pueden observarse pequeñas erosiones redondeadas o lineales de la mucosa, de color blanquecino, y en casos complicados sangramientos en sábana o microcoágulos.⁴⁵

La mucosa, que por lo general está adelgazada en ocasiones permite visualizar vasos por transferencia que se dibujan en forma tenue como una red pero que nunca da la sensación de prominencia.

Los cambios de coloración se manifiestan por la presencia de una palidez generalizada, que cambia el color rojo anaranjado normal de la mucosa gástrica a un

tono rosado de la misma, pero lo más importante es que la mucosa pierde su uniformidad de color y en la mayoría de los casos toma un aspecto jaspeado, entremezclándose los colores rojo intenso con rosado pálido.

En la G C atrófica las alteraciones antes citadas se hacen mucho más intensas, la mucosa pierde prácticamente todos sus pliegues, se observa aplanada, adelgazada, completamente deslustrada y se visualiza nítidamente la red vascular submucosa haciendo relieve sobre la mucosa gástrica. Este relieve toma a veces una configuración particular que le confiere un aspecto empedrado a la superficie gástrica.^{4,5}

A la par de estas alteraciones, en otras ocasiones el aspecto de G C solamente lo toma la mucosa gástrica en algunas áreas, destacándose estas áreas enfermas rodeadas por una mucosa gástrica de aspecto normal que constituye la gastritis parcelaria.

La gastritis antral crónica no difiere en sus manifestaciones endoscópicas, por tanto, es válido en ella todo lo que hemos expresado. Esto se limita a lo que se denomina región antropilórica, no obstante, la existencia de reflujo duodenal concomitante, que al parecer actúa como un factor irritante químico, la mantiene en un estado subagudo; las alteraciones de color están dadas entonces por un tono rojo vivo intenso o rojo fresa.

A los 451 pacientes que se les diagnosticó gastritis crónica, el estudio anatomopatológico corroboró el diagnóstico en 367, lo que representa un 81% de exactitud diagnóstica y fue normal en 84 casos, lo que

representa un 19% de diagnóstico erróneo de gastritis crónica.

Total de casos	451	
Biopsia —	084	19%
Biopsia +	367	81%

En los 451 casos estudiados el diagnóstico se distribuyó en la siguiente forma:

320 casos fueron diagnosticados como gastritis crónica superficial generalizada.

85 casos fueron diagnosticados como gastritis crónica superficial localizada en el antro.

46 casos fueron diagnosticados como G C atrófica.

Entre los 320 pacientes que se les diagnosticó G C superficial generalizada, la biopsia fue positiva en 258 de ellos y normal en 62 lo que representa un 80,6% de positividad en el diagnóstico (gastroscopio) y un 19,4% de índice de error.

Entre los 85 casos que se les diagnosticó gastritis antral crónica superficial, en 65 de ellos la biopsia confirmó el diagnóstico y en 20 pacientes lo negó, lo que representa un 76% de positividad y un 24% de negatividad.

De los 46 pacientes diagnosticados endoscópicamente con G C atrófica, el informe anatomopatológico no fue concordante en 2 de ellos, lo que representa un 95% de exactitud en el diagnóstico gastroscópico de esta entidad.

Los 2 casos que no concordaron fueron informados como G C superficial.

			Casos +	% Biopsia +	Biopsia —	%
Gastritis crónica	superf. generalizada	320	258	80.6	62	19,1
Gastritis crónica	superf. antral	85	65	76	20	24
Gastritis crónica	atrófica	46	44	95	2	5
Totales		451	367	81	84	19

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran la utilidad que nos ha brindado el método gastroscópico en el diagnóstico de la G C, ya que en forma global el mismo fue exacto en el 81% de los casos, pero se demuestra también que el examen debe complementarse con la biopsia dirigida, para así eliminar el margen de error diagnóstico existente.

En concordancia con los resultados de otros autores nuestra casuística evidencia que la gastroscopia alcanza su mejor índice de certeza en el diagnóstico de esta entidad, cuando se trata de gastritis crónica atrófica.

Por otra parte, también es un hecho definitivamente claro que el mayor índice de error diagnóstico concurre en la gastritis crónica superficial limitada al antro, el error diagnóstico en esta entidad alcanzó hasta un 24%. En nuestro criterio la causa de este mayor índice de error diagnóstico está relacionada con las alteraciones del color no demostrativos de inflamación crónica, sino significativa solamente de un cierto grado de hiperemia en los reflujos duodenales no intensos. Esto no podemos afirmarlo, pero es un criterio que debe ser comprobado en un futuro.

SUMMARY

Nodarse Pérez, O., et al. *The value of gastroscopy for diagnosing chronic gastritis.* Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.

A study on 451 patients by gastroscopy and biopsy for establishing the value and accuracy of endoscopic methods, in comparison with biopsy, is performed. These patients had chronic gastritis, diagnosed from a total of 2 000 gastroscopies at the Institute of Gastroenterology. Results are analyzed and it is concluded that this method is greatly useful, although it should be complemented by gastric biopsy. Its particular usefulness in relation to atrophic chronic gastritis is emphasized and the possible cause of a higher rate of diagnostic error in antral chronic gastritis is analyzed.

RESUME

Nodarse Pérez, O. et al. *La valeur de la gastroscopie dans le diagnostic de la gastrite chronique.* Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.

A propos de 451 malades étudiés par gastroscopie et biopsie afin d'établir la valeur et la sûreté de la méthode endoscopique contrastée avec la biopsie. Ces malades ont gastrite chronique (GC) diagnostiquée dans un total de 2 000 gastroscopies à l'Institut de Gastroentérologie. Les résultats sont analysés. La méthode est très utile, bien qu'elle doit être complétée avec la biopsie gastrique. On souligne l'utilité particulier par rapport avec la GC atrophique, analysant la possible cause d'un plus grand indice d'erreur diagnostic dans les gastrites chroniques antrales.

FE3KME

Hopapce 0., h jrn UeHHOCTB racTpocKonmi B jmaraoeTHKe xpoHiraecKoro racTpUTA.
Rev Cub Med 13: 4, 1974.

ÛpoBOjHTCfl nsy'jeHue 451 ÓojitHoro npn iiomohh racTpocKonnn h ónoncmi c uejiL® onpejejiHTB jjeHHOCTL ii HajiesHocTt 3Hj>ocKonirqecKoro MeTOfla no CpaBHeHHK) C OHOnCneK. y 3THX OÖJIKHHX xpo Hffl C Kiu rae TDK T (KT) H OYJUI ooHapyjReiiH cpemi 2 000 racTpocKomiii, npoH3Bejje.eHHHX e HHCTHTyTe racTp- 03HTepojiorioi. PpoBOflHTCfl aHajiH3 pe3yjiLTatob h 3aKjiKHaetch, ^to stot MeToa HBJiHeTCH o^eHB uejiecooópa3HHMii, xoth cJiejiyeT ero ponojiHHTi duo- ncaeil Kejiijnce. OTMenaetCH ocooan nojtE>3a 3Toro MeToa b OTHomeHue KT aTpotjHHeCKoro h iipobojiiitc aHaji23 bo3mojkhhx npiraw tíojiBirero noicacaTe- jih jiHarHOMTffqecKúx omadOK b cjiy^afix aHTpajitHoro xpoHiraecKoro racTpUTA.
y

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Henry C. Gastrofotografía y Cinegastroscopia. *Progresos en Gastroenterología*, /; 107-141, 1970.
2. —Monaghan J. F., R. P. Nast. Gastroscopia. *Gastroenterología Bockus Tomo I*: 338- 349, 1969.
3. *Tsutomu. K. Direct Vision of the Stoinaeh. Rev. Gastro-Endoscopy*. 8: 1-42, 20-26, 1966.
4. *James G. Gastroscopy. Clínicas Quirúrgicas de Norte América*, 649-656, junio 1971.
5. —*Debray Ch. La Biopsia Gástrica Dirigida. La Semaine des Hopitaux*, 133-153, enero 1964.