

INSTITUTO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA

Desarrollo de la fibrogastroscoopia en el Instituto de Gastroenterología

Análisis de los resultados en 2 000 endoscopios

Por los Dres.:

EDUARDO MANSO RODRÍGUEZ,²¹ ORLANDO NODARSE PÉREZ,*
Profesor: RAIMUNDO LLANIO NAVARRO,²² PEDRO J. VALDÉS BADIÁS²³

Manso Rodríguez, E. et al. *Desarrollo de la fibrogastroscoopia en el Instituto de Gastroenterología. Análisis de los resultados en 2 000 endoscopios. Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.*

Se analizan los resultados de 2 000 endoscopias realizadas en el Instituto de Gastroenterología con el fibrogastroscoopio, exponiéndose la utilidad del método al emplearse estos instrumentos. Se exponen la técnica y métodos de exploración, y al analizar los resultados se destaca el gran número de endoscopias normales; se hace referencia a las causas para su indicación, así como la alta incidencia de la gastritis crónica. Por último se exponen las diversas patologías encontradas, especialmente en Jo que se refiere a úlcera y cáncer gástricos. Al revisar las pocas complicaciones y accidentes que se han presentado, se hace evidente lo inocuo del método.

INTRODUCCION

La gastroscopia antes del desarrollo de los instrumentos de fibra era una exploración relativamente poco utilizada debido a que con los endoscopios rígidos y semirrígidos además de los peligros a que se exponían los pacientes tenía una utilidad limitada al existir muchas áreas ciegas en el estómago.^{1*2*3}

Además, la exploración resultaba bastante traumática, precisaba de una gran especialización y de una serie de condiciones del paciente que de no cumplirse la contraindicaban. Con el desarrollo de los instrumentos de fibra óptica todos estos inconvenientes han sido plenamente obviados y disponemos hoy de una exploración sencilla,

atraumática y completamente útil ya que permite observar todo el estómago. A lo anteriormente expuesto se agrega la facilidad para tomar biopsias dirigidas y fotografiar las distintas lesiones.^{1*2*3*4}

El Ministerio de Salud Pública, asesorado por el Grupo Nacional de Gastroenterología, siempre atento como en otras ocasiones al desarrollo tecnológico de la medicina decidió probar primero estos instrumentos para utilizarlos después a lo largo de nuestra isla como sucede en la actualidad.

En el Instituto de Gastroenterología se comienza la utilización de estos instrumentos con las características antes mencionadas en el mes de enero del año 1970.

Desde esa fecha hasta julio de 1972 se realizaron 2 000 endoscopias cuyos resultados analizaremos en este trabajo.

21 Especialista de 1er. grado en gastroenterología. Instituto de Gastroenterología.
22 Director del Instituto de Gastroenterología. Profesor de la Escuela de Medicina.
23 Enfermero especializado. Instituto de Gastroenterología.

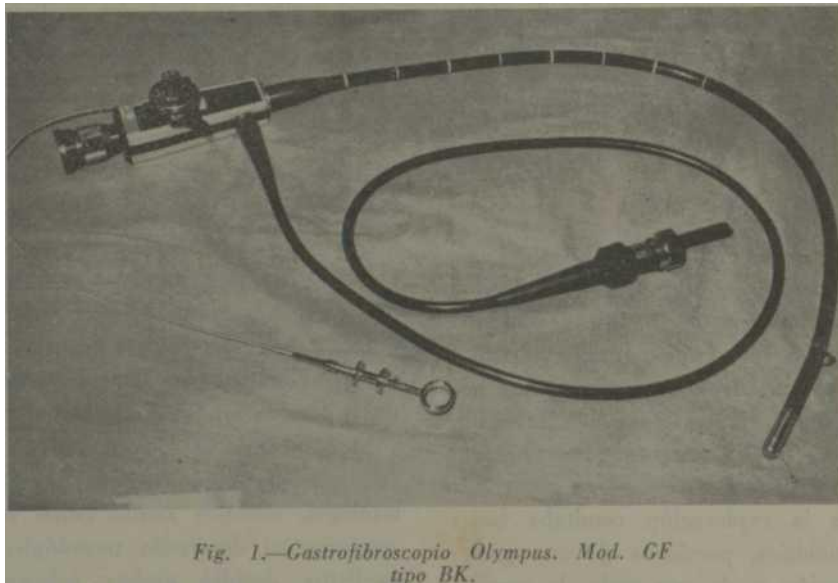
Características del fibroscopio.

Se han utilizado dos modelos de fibrogastros copios Olympus que fundamentalmente se diferencian por poseer el último, movimientos laterales adicionales a los movimientos hacia arriba y abajo; otras diferencias como fuente de luz, la no utilización de bombillos, medios automáticos para la insuflación de aire etc. Aunque tienen su utilidad no constituyen diferencias esenciales. Este gastros copio como hemos dicho mueve su extremo distal en 4 direcciones, es completamente flexible como una sonda, permite la toma de biopsia, muestra citológica en forma dirigida y fotografías de manera altamente sencilla.^{11a.2-3*4)5}

Mediante un sistema de pedal eléctrico se ha eliminado la insuflación manual por los clásicos sistemas de pera (Fig. 1).

de novocaína al 2%. En los primeros tiempos procedíamos a realizar siempre un lavado gástrico previo con la sonda de Edwald pero lo desechamos como proceder sistemático ya que además de evitar una molestia adicional al paciente eliminamos los cambios que en la mucosa, sin lugar a dudas, produce tanto el lavado como la sonda en sí; ya que por otra parte las escasas secreciones existentes no impiden la correcta visualización de la mucosa gástrica. En la actualidad sólo realizamos este lavado previo en aquellos casos en que por radiología se haya detectado o se sospeche retención gástrica.

Una vez preparado el paciente, se le acostaba en decúbito lateral izquierdo con los miembros inferiores en flexión (cuando ello no es posible se realiza la exploración sentado o en cualquier decúbito)



Técnica endoscópica.

El paciente en ayunas es preparado previamente mediante la inyección de 1 mg IM de atropina (SCI) y 10 mg de diazepam (Faustan IM). Se procede a anestesiarse la orofaringe mediante atomizaciones y se procede a la

introducción del instrumento, esto se hace en forma sencilla y delicadamente colocando el extremo del gastros copio en la orofaringe e invitando al paciente a que realice movimientos de deglución. Una vez que el extremo distal ha

llegado al esófago se continúa la introducción, despacio y cuidadosamente hasta su llegada al estómago, se insufla aire y se está ya en condiciones de comenzar la exploración de la mucosa gástrica. Sistemáticamente localizamos con rapidez el ángulo y procedemos a su exploración, continuamos hasta llegar al píloro el cual también examinamos detenidamente. A partir de ese momento y en forma retrógrada procedemos a explorar cuidadosamente las dos caras y las dos curvaturas del estómago en toda su extensión.

Cuando se desea explorar la cámara aérea y los cardias realizamos la maniobra de viraje en U (U-TURN) con la cual se observan perfectamente estas zonas e inclusive se puede ver el instrumento pasando por la unión esofagogástrica.⁴⁻⁵

Indicaciones y contraindicaciones.

La exploración está indicada en toda patología gástrica detectable o no a los Rx pero tiene gran utilidad en las dos situaciones siguientes:

- ^Diagnóstico diferencial entre úlcera maligna y benigna.
- Diagnóstico precoz del cáncer gástrico.

Además, es de gran utilidad en el estómago operado, en el diagnóstico y evolución de los tumores benignos, en el seguimiento evolutivo de las gastritis crónicas atróficas y en la clínica, en aquellas situaciones en que existiendo un cuadro sindrómico mantenido, la radiología no brinda diagnóstico.

En la actualidad no se acepta como correctamente estudiado un sangramiento digestivo alto si no se le ha realizado una gastroscopia.⁴

Por último, no estamos autorizados a indicar intervención quirúrgica por»; úlcera gástrica si ésta no ha sido estudiada mediante gastroscopia y biopsia dirigida.⁰⁷⁻⁸

En relación a las contraindicaciones, en nuestra experiencia, podemos afirmar que con estos instrumentos no existen prácticamente, salvo las que provengan de actitudes no normales por parte de pacientes con afectaciones psíquicas profundas.

Resultado de 2 000 gastroscopias realizadas en el Instituto de Gastroenterología.

De las 2 000 gastroscopias, 722 fueron diagnosticadas como normales lo que representa un 36% del total y 1 278 presentaron una o más patologías que representan un 64% del total.

Normal	722	36%
Patológicas	1 278	6-4%
Total	2 000	

En relación con las gastroscopias informadas como normales debemos aclarar que las mismas fueron indicadas por:

- a) Paciente con manifestaciones digestivas altas sin alteraciones radiológicas.
- b) Pacientes con manifestaciones digestivas altas y manifestaciones radiológicas que resultaron ser falsas.

Las gastroscopias dadas como normales lo fueron efectivamente para todas las patologías excepto para la gastritis crónica superficial en la cual de un estudio por muestreo que se realizó se puso de manifiesto que en ocasiones la misma no presentaba manifestaciones endoscópicas. En ese sentido podemos afirmar que en pacientes con sintomatología, secreción gástrica y biopsia compatible con gastritis crónica superficial en cada 10 de ellos, 1 se informa gastroscópicamente normal.

Gastritis Crónica.

En las 2 000' gastroscopias realizadas se informó gastritis crónica en 699 pacientes

lo que representa el 35% del total de las endoscopias. De estas 699 gastritis, 46 resultaron ser gastritis crónicas atróficas y el resto gastritis crónicas superficiales.

Los signos fundamentales desde el punto de vista gastroscópico para el diagnóstico de gastritis crónica fueron, cambios de coloración en la mucosa gástrica, con pérdida de su uniformidad de color, que consisten principalmente en palidez de la misma en grandes extensiones unido a aplanamiento de pliegues, deslustramiento de la mucosa, copos de mucus, vasos por transparencia, etc.

Úlceras Gástricas

Del total de endoscopias, en 182 de ellas se diagnosticó úlcera gástrica de tipo péptica lo que representa el 9% del total.

Estas úlceras pépticas presentaban los caracteres de benignidad clásicos tales como aspecto en sacabocado, limpieza del fondo, regularidad de los bordes, etc. Fueron eliminadas de esta estadística aquellas que en evolución posterior resultaron úlceras malignas. (Fig. 2).

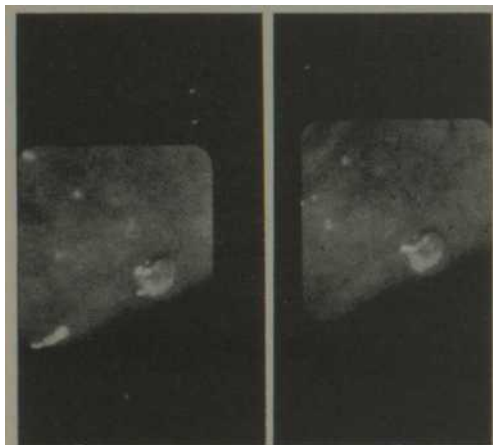


fig. 2—Úlcus Péptico del ángulo.

Cáncer Gástrico

En las 2 000 gastroscopias se estableció el diagnóstico de cáncer gástrico en 178 de ellas lo que representa un 8,9% del total.

De estas 178 neoplasias, 64 correspondieron a la forma infiltrante, 57 al cáncer vegetante y 57 a la úlcera cancerosa. Es decir que del total de neogástricas diagnosticadas el 35% correspondió a la forma infiltrante, 32,5% a la forma vegetante e igual porcentaje a la úlcera maligna. (Fig. 3).

Estómago operado

Ciento sesenta y cinco endoscopias, del total, fueron indicadas a pacientes a los que se había realizado algún tipo de intervención quirúrgica gástrica. No analizaremos la patología encontrada en estas endoscopias ya que por su importancia será motivo de otra publicación. En general las patologías más

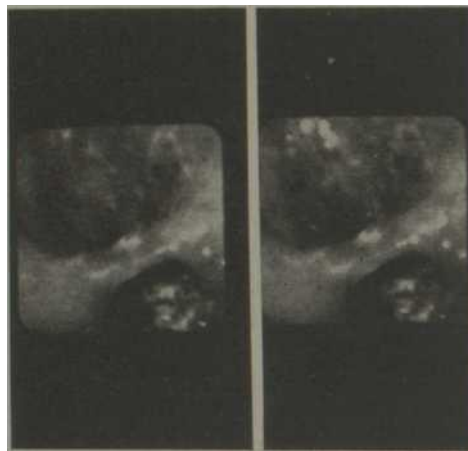


Fig. 3.—Úlcera maligna del ángulo.

Infiltrante	64	35 %
Vegetante	57	32,5%
Úlcera maligna	57	32,5%
T o t a l	178	

frecuentes fueron las gastritis crónicas del muñón, las estomitis, la boca anastomótica exageradamente amplia, algunas neoplasias recidivantes, neoplasias del muñón y muy pocas úlceras de la neoboca.

Del total de los 165 operados de estómago 128 correspondieron a la intervención tipo Bilroth II, 25 a piloroplastias con vaguectomía, 9 intervenciones tipo Bilroth I, 2 gastroenterostomías simples y una gastrostomía.

Bilroth II	128
Piloroplastia + Vag.	25
Bilroth I	09
Gastroenterostomía	2
Gastrostomía	1
T o t a l	165

Tumores Benignos

Se encontraron en nuestra casuística 44 tumores benignos lo que representa el 2,2% del total de endoscopias.

De estos tumores benignos 26 correspondieron a pólipos adenomatosos, 2 a páncreas aberrante y 16 a tumores submucosos. (Fig. 4).

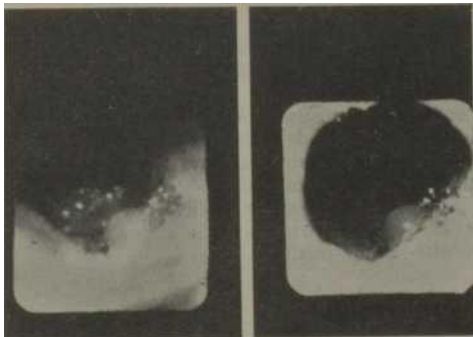


Fig. 4.—Pólipo en la región ntral.

Otras patologías

Además de las entidades analizadas hemos hallado diversas patologías que por su escasa incidencia serán expuestas en forma conjunta: (Fig. 5).

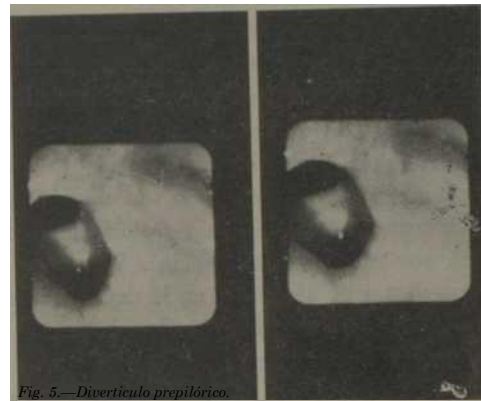


Fig. 5.—Divertículo prepilórico.

	Casos
—Divertículos gástricos	12
—Pseudodivertículos prepilóricos	9
—Compresiones extrínsecas del estómago	9
—Gastritis aguda	7
—Estenosis hipertrófica del píloro del adulto	2
—Enfermedad de Menetrier	3
—Linfoma gástrico	2
—Várices del fundus gástrico	2

RESULTADO EN 2 000 GASTROSCOPIAS REALIZADAS EN EL INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA

Normales	722
Gastritis crónicas	699
Úlceras pépticas	182
Cáncer gástrico	178
Estómago operado	165
Tumores benignos	41
Divertículos gástricos	12
Pseudodivertículos prepilóricos	9
Compresiones extrínsecas	9
Gastritis aguda	7
Enfermedad de Menetrier	3
Linfoma gástrico	2
Várices del fundus	2
Estenosis hipertrófica del píloro del adulto	2
T o t a l	2 036

En las 2 000 exploraciones en 12 ocasiones la gastroscopia no fue satisfactoria lo que representa un 0,6%. El diagnóstico "no satisfactorio" se refiere a que una vez intubado el paciente por diversas causas la mucosa gástrica no pudo ser observada.

En nuestra estadística estas causas fueron por orden de frecuencia:

- Restos de alimentos en la cavidad gástrica (a pesar del lavado gástrico).
- Crisis de náuseas y vómitos.
- Intolerancia a la insuflación del estómago.

Finalmente, en 12 ocasiones (0,6%) a pesar de haber explorado la mucosa gástrica no

podimos establecer diagnóstico limitándonos únicamente a señalar las alteraciones.

Accidentes y Complicaciones

Desde el punto de vista de la endoscopia en sí, en nuestras 2 000 gastroscopias no hubo complicaciones por yatrogenia y sí algunos accidentes menores en relación con la anestesia.

Sólo existió un caso portador de una úlcera neoplásica complicada con perforación que no se diagnosticó antes de la endoscopia, y que al tratar de realizar la gastroscopia en ningún momento se pudo observar la mucosa gástrica pues el aire insuflado pasó a la cavidad abdominal.

SUMMARY

Manso Rodríguez, E. et al. *Development of fibrogastroscopy at the Institute of Gastroenterology. Analysis of results in 2 000 endoscopies.* Rev. Cub. Med. 13 : 4, 1974.

Results of 2 000 endoscopies with fibrogastroscope performed at the Institute of Gastroenterology are analyzed, and the usefulness of the method when these instruments are employed is showed. The technique and exploration methods are exposed and, after the analysis of results obtained, the great number of normal endoscopies is stressed. Reference is made to the causes for its indication as well as to the high incidence of chronic gastritis. Finally, the different pathologies found, especially gastric cancer and ulcer, are exposed. When few existent complications and accidents were reviewed, the safety of this method became evident.

RESUME

Manso Rodríguez, E. et al. *Développement de la fibrogastroscopie à l'Institut de Gastroentérologie. Analyse des résultats dans 2 000 endoscopies.* Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.

Dans ce travail on analyse les résultats de 2 000 endoscopies réalisées à l'Institut de Gastroentérologie avec le fibrogastroscope, exposant l'utilité de la méthode avec ces instruments. La technique et les méthodes d'exploration y sont exposées. Il faut souligner qu'il y a un grand nombre d'endoscopies normales. On fait remarquer la haute incidence de la gastrite chronique ainsi que les causes pour son indication. Finalement on expose les divers pathologies trouvées, en spécial en ce qui concerne l'ulcère et le cancer gastriques. Il y a peu de complications et d'accidents, donc il est évident l'innocuité de la méthode.

FE3KME

MaHco 3. H jip. Pa3BHTiae \$ntiporacTrocKonira B HHCTiiTyTe racTposHTepo-jiouruH. AH3JIH3 pesyjiBTaTOB, nanyneHHux OT 2 000 nnoBejieHHHX 3H;UOCKO- nHO. Eev Cub Med. 13: 4, 1974.

ÿpoBOjiHTCH aHajiii3 pe3yjiBTaTOB 2 000 shjiockoiihJÍ, cjiejaHHtix b HHCTHTyTe racTpo3HTepoJiorra ipioporacTrocKonoM. yKa3HBaeTCH Ha uejiecoópasHoeTB MeTOja npii ncn0jiB30BaHini sTOro nHCTpyweHTa. OimcuBaeTCH TexHpa h Me- tojm 3Kcnjiopanpa h npii aHajm3e pe3yjiBTaTOB oraenaTCH Bucokoe ^hcjio H0pMaJIBHHX 3H, IIDCKOnHB. ÚTMe^aiOTCH nOKa33H2H H BtiCOKafi ^aCTOTa XpOHH— ^ecKoro racTpHTa. B 3aKjimeHHe nepeHHcJiHioTCH pasjyrame oóHapuseHHHe naTOJiorira. ocoóeHHo HTOKaCaTCH H3EH h paKa Hejiynica. Ee3Bpe;nHocTB MeTojia cTaHOBHTCH o^eBHjiHOH, ecjin nojcvieTHTB HejiójiBiLoe HHcJio ocjió&He- HM h Hec^acTHHX cjiy^aex, CBH33HHHX C ero npmeHeHHem.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Tsutomu Kidokoro*. Direct visión of the stomach. *Rev. Gastro Endoscopy*, Vol. *VIII* No. 1-42, Pag. 20-26, 1966.
2. —*T. Sakita*. Diagnóstico del cáncer precoz de estómago. *Rev. Recientes avances en Gastroenterología*. Vol. *I*, Pag. 279-281, 1967.
3. —*James A. Gregg, Mamigon Garabedian*. Fiber optic examination of the digestive tract. *Clinicas Quirúrgicas de Norte América*, Pag. 633-640, junio 1971.
4. *Henry Colcher*. Gastrofotografía y Cinegastroscopia. *Progresos en Gastroenterología*, Vol. *I*: 107-141, 1970.
5. —*James Gregg*. Gastroscopy. *Clinicas Quirúrgicas de Norte América*. Pág. 649-656, Junio de 1971.
6. —*J. F. Monaghan, R. P. Xasl*. Gastroscopia. *Gastroenterología Bockus Tomo I*, Pag. 338-349, 1969.
7. —*John A. Jiggins*. Gastroscopy of peptic ulceration. *Clinicas Quirúrgicas de Norte América*, Pag. 961-968, agosto 1971.
8. —*Ch. Debray*. La biopsia gástrica dirigida. *La Semaine des Hopitaux*, Pag. 133-153, Enero 1964.