

Biopsia gástrica

Sus resultados en 62 casos

Por los Ores.:

ANTONIO SENTÍ PAREDES (3) JOSÉ PERERA GLARDINÚ,(4)

ISRAEL BORRIVERO y Dora Galego

Breve reseña histórica.

El primero en realizar biopsia gástrica bajo visión directa estableciéndolo como un método útil y seguro en las enfermedades del estómago, fue Chevalier Jackson en 1906.¹ Utilizando un fórceps a través del esofagoscopio rígido. Posteriormente y conjuntamente con la práctica de la gastroseopía se realizan biopsias gástricas dirigidas a las zonas «pie lucen afectadas por procesos inflamatorios e inmorales.

Fueron Wood y Taft. en 1948 los que iniciaron la práctica de la biopsia gástrica por medio de un tubo flexible habiendo realizado desde entonces 1736 biopsias. cuyos resultados han sido reportados en varios trabajos en los Estados Unidos de América. Australia e Inglaterra y recopilados en su monografía "Lesiones difusas del estómago", publicado en 1958. con referencia especial a la gastritis difusa en sus formas agudas y crónicas, atrofia gástrica y la excepcional gastritis hipertrófica gigante, excluyendo las lesiones localizadas como la úlcera péptica y el cáncer.

Posteriormente en 1956 M. Shiner,⁵ publica los resultados de la hiopsia duodenal y yevunal con el tubo «pie lleva su nombre sin referencia a la hiopsia gástrica. Pero un año más tarde en 1957. publica su trabajo sobre biopsia gástrica en 50 casos de dispepsia/Asimismo W. H. Crosby y H. Vi. Kugler reportan los resultados de biopsia de intestino delgado por medio de una cápsula diseñada por ellos.⁷ Aún cuando la cápsula de Crosby solamente ha sido utilizada por sus autores en biopsia de intestino delgado, nosotros al poseerla como único instrumento para este método de diagnóstico, hemos realizado con ella las 62 biopsias gástricas a que hacemos referencia en este trabajo.

Objeto de nuestro trabajo

El objeto de nuestro estudio es la valoración de las lesiones inflamatorias difusas gástricas y su correlación con la sintomatología clínica, la radiología y las alteraciones del gastroanálisis con los hallazgos histológicos de la biopsia gástrica.

Desde el punto de vista histopatológico y de acuerdo con la clasificación aceptada

3 Profesor de Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

4 Profesor de Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

(6**) Patólogo Jefe. Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

6 Auxiliar Anatomía Patológica. Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

de Wood y Taft⁷ hoy se aceptan 4 tipos de gastritis: *crónica-superficial*, *crónica-atrónica*, *atrofia gástrica*, considerándose la llamada gastritis difusa gigante hipertrófica como una variedad rara y que probablemente representa una enfermedad distinta a la gastritis crónica. Señalemos que Benedict⁸ considera a la gastritis crónica superficial dentro de la gastritis aguda y por tanto acepta solamente 3 tipos de gastritis: *aguda*, *crónica-atrónica* y *atrofia gástrica*.

Nuestro trabajo se refiere específicamente a la gastritis crónica en especial, dado que todos los casos arrastraban una sintomatología de varios meses de duración siendo precisamente estas dispepsias crónicas una de las indicaciones de la biopsia gástrica conjuntamente con la deficiencia crónica de hierro por pérdida de sangre, la degeneración combinada aguda de la médula, así como la determinación de la etiología de una anaclorhidria. Digamos asimismo que la biopsia gástrica está totalmente contraindicada en aquellos casos con tendencia al sangramiento, enfermos muy graves o muy anémicos, debiendo temerse solamente como complicación la hemorragia y muy raramente la perforación.

Para valorar los hallazgos microscópicos de las biopsias realizadas hemos tenido en cuenta las alteraciones histológicas descritas en cada una de los distintos tipos de gastritis. En la gastritis crónica estas alteraciones se recogen en el grosor de la mucosa, la concentración de las células principales y parietales y la actividad y extensión del proceso inflamatorio.

En la variedad crónica superficial, la mucosa conserva anchura normal, no hay atrofia de glándulas, hay cambios inflamatorios ligeros, moderados o severos, siendo posible su total curación.

o su persistencia o recurrencia que la conducirán a la variedad atrófica.

En la crónica atrófica, la inflamación es más difusa, hay distintos grados de atrofia de las células principales y parietales, disminuye el grosor de la mucosa, hay infiltración de células redondas en la lámina propia y desaparición parcial o total de las glándulas gástricas, conduciendo a una atrofia gástrica secundaria que se diferencia de la primaria en que esta última es más completa, no existiendo glándulas, hay ausencia de elementos de tipo inflamatorio, teniendo frecuentemente inetaplasia intestinal difusa.

MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO

Se estudiaron 62 casos sospechosos de gastritis crónica haciéndose biopsia gástrica por la cápsula de Crosby y el grupo de investigaciones complementarias ya señaladas.

La cápsula de forma cilíndrica de 15 mm. de longitud y 6 mm. de ancho, unida a un catéter de polietileno de variable longitud, consta de un dispositivo interior de corte el cual es mantenido en posición en la parte alta o superior de la misma por un mecanismo de muelle provocándose su descenso a la parte inferior por medio de la succión con una jeringuilla de 20 cc. que provoca un vacío dentro de la cápsula, cortando el fragmento de mucosa introducido por el orificio lateral que hay en la parte media. El vacío se hace posterior a la pequeña succión inicial que introduce mucosa por el orificio antes mencionado.

La investigación siempre se realizó en ayunas, previa anestesia faríngea con pantocaína al 2% y en aquellos casos con intensa mixorrea, practicamos de rutina un lavado gástrico con solución salina fisiológica. Situamos bajo control

fluoroseópico la cápsula metálica a nivel del cuerpo del estómago, colocando posteriormente al paciente en decúbito prono con una almohada situada en hemiabdomen superior con el objeto de aproximar la cápsula a la pared gástrica. Un 30% aproximadamente de los casos hemos fallado en obtener material para biopsia bien por la pequenez del fragmento o bien porque solamente se ha aspirado mucus considerando que a pesar del lavado gástrico no ha sido posible remover la totalidad de éste.

RESULTADOS

Del análisis de nuestros 62 casos encontramos 30 con alteraciones patológicas de la mucosa gástrica (48%), de estos casos positivos, 15 eran portadores de gastritis crónica atrófica con rnetaplasia intestinal, 13 de gastritis crónica y 2 de gastritis crónica con un brote de gastritis aguda (superficial).

La edad promedio fue 54 años, la raza predominante la blanca, y en relación al sexo, el femenino.

En los hábitos tóxicos, 8 consumían dos o más cajetillas de cigarros al día y 10 de los casos ingerían 8 ó más tazas de café al día, no encontrándose hábitos alcohólicos de importancia.

La sintomatología predominante fue digestiones lentas, epigastralgia, ardor gástrico, pirosis y sensibilidad dolorosa difusa en epigastrio a la presión.

De las investigaciones complementarias, la radiológica sugirió gastritis en 22 casos y diagnóstico radiológico de tumor y úlcera péptica en dos casos.

En relación al gastroanálisis, es importante el resaltar que encontramos 25 anaclorhidrias-hitamino-resistente y dos hipoclorliidrias.

En 10 de nuestros casos encontramos un porcentaje de hemoglobina por debajo de 80%, que excluyendo otra patología atribuimos a sangramiento microscópico difuso de la mucosa gástrica.

Del estudio de los 32 casos clínicamente sospechosos de gastritis, pero con biopsia gástrica negativa, en un 40% los exámenes complementarios no precisaron la etiología de los síntomas, por

10 que los consideramos de orden disquinético, habiendo encontrado en el 60% restante etiologías tales como: úlcera gastroduodenal, tumor gástrico, diverticulosis de color, litiasis biliar, poli-parasitismo que explicaban el cuadro clínico de los pacientes, habiendo en este grupo algunos casos en los cuales no fue posible el realizar las investigaciones necesarias para llegar a un diagnóstico correcto.

De las investigaciones complementarias en los casos negativos, la radiología reportó 16 casos de posible gastritis, 11 sin alteraciones, tumor gástrico en dos y úlcera duodenal en 3.

El gastroanálisis, reportó 15 anaclorhidrias histamino-resistentes, 8 normoclorhidrias y 9 hiperclorhidrias.

Se encontraron 14 casos con hemoglobina por debajo de 80% explicable por la variada patología de este grupo.

DISCUSION

De acuerdo con la sintomatología aceptada como predominante en la gastritis crónica, llenura epigástrica y dolor profundo difuso, señalemos que ambos síntomas estuvieron presentes en un elevado porcentaje de nuestros casos positivos.

Desde el punto de vista radiológico, tal como ha sido señalado por Buckstein,⁹ no es posible establecer una exacta correlación entre la naturaleza de los pliegues gástricos y las alteraciones histológicas de la mucosa, ya que ni el grosor de los pliegues ni su aparente disminución justifican los diagnósticos de gastritis. Se acepta que la irregularidad de ambas curvaturas gástricas sobre todo la menor es signo radiológico más sugestivo de gastritis crónica.

El estudio radiológico en nuestros casos positivos de gastritis, planteó la posibilidad de esta afección en 22 casos o sea en el 73%, basándose este diagnóstico más que nada en la alteración de los pliegues gástricos. No obstante en 6 casos portadores de alteraciones histológicas la radiología fue negativa. Aparentemente, de acuerdo con los resultados anteriores el estudio gastroduodenal sería de utilidad en el diagnóstico positivo de gastritis, sin embargo, en nuestro grupo negativo de gastritis por biopsia fue reportado radiológicamente alteraciones sugestivas de esta afección en 16 ó sea 50%, lo cual indudablemente quita valor a esta investigación como un método seguro de diagnóstico en el proceso que estudiamos.

En relación con el gastroanálisis, encontramos un íntimo paralelismo entre la gastritis crónica atrófica y la disminución, hasta la desaparición total de la secreción clorhídrica libre del jugo gástrico.

En el grupo negativo, encontramos 15 casos de anaclorhidria histainino-resistente, de los cuales dos eran portadores de tumores gástricos malignos que la explicaban. En cuanto a los 13 casos restantes, podemos atribuirlos a la frecuente inhibición funcional de la secreción clorhidro-péptica, así como a la anaclorhidria familiar del sujeto normal.¹⁰ En este último grupo encontramos 17 casos con normo e hiperclorhidria.

Considerando a la gastritis crónica como una de las causas de deficiencia de hierro, por déficit de absorción del mismo y por mínimas, pero repetidas hemorragias de la mucosa gástrica, encontramos en los casos positivos una incidencia de hipocromía de 10 casos, señalando el hecho que en todos los casos positivos había sangramiento microscó-

pico en el contenido gástrico, tanto en residuo como en fase digestiva.

En cuanto a la gastroscopía hemos de señalar que distintos autores, Wood, Taft y Benedict están acordes en que en numerosos casos no existe correlación entre la imagen endoscópica y las alteraciones histológicas de la mucosa gástrica. Corno prueba de esto citaremos solamente la estadística de Joske en 1955¹¹ en que de 258 gastroscopías encontró 164 normales de las cuales demostró por biopsia solamente 87 eran normales, 56, tenían gastritis superficial, 16 gastritis atrófica y 5 atrofia gástrica.

CONCLUSIONES

Se estudian 62 casos cuya sintomatología clínica hacía sospechar una gastritis crónica, utilizando la cápsula de Crosby y Kugler para obtener fragmentos de mucosa gástrica realizando conjuntamente un grupo de exámenes complementarios que incluyeron el gastroanálisis, examen radiológico de estómago y duodeno y porcentaje de hemoglobina.

- 1.—En un 30% de los casos biopsiados no se obtuvo de primera intención material útil para diagnóstico, siendo necesario repetir la investigación en dos o tres oportunidades.
2. —En ninguno de los casos en los que se practicó la investigación hubo que lamentar complicaciones.
3. —De los 62 casos, 30 fueron positivos de gastritis (48%), y 32 negativos (52%).
4. —En los casos positivos la edad promedio fue 54 años, predominó el sexo femenino en proporción 3 a 1, y el mayor número de casos fue de la raza blanca.

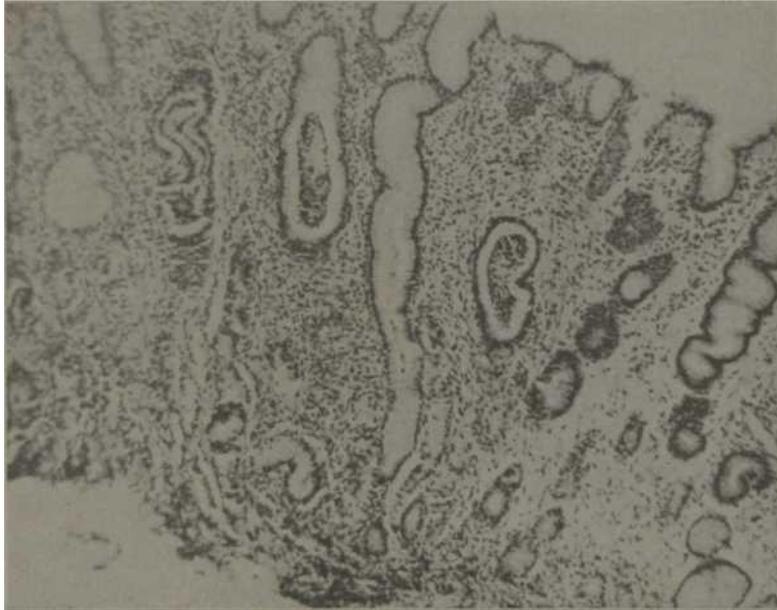


Fig. 1. *Infiltrado crónico de la lámina propia con exudado inflamatorio intraglandular. Moderada atrofia de la mucosa gástrica.*



Fig. 2. *Una vista a mayor aumento para mostrar el exudado a polimorfos e histiocitos dentro de la glándula.*

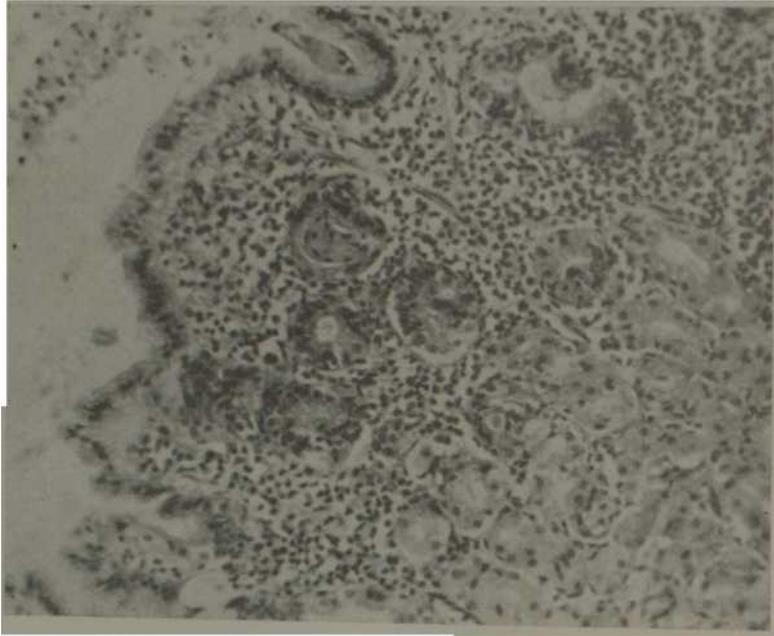


Fig. 3. Otra imagen con infiltrado crónico de la lámina propia y atrofia glandular.

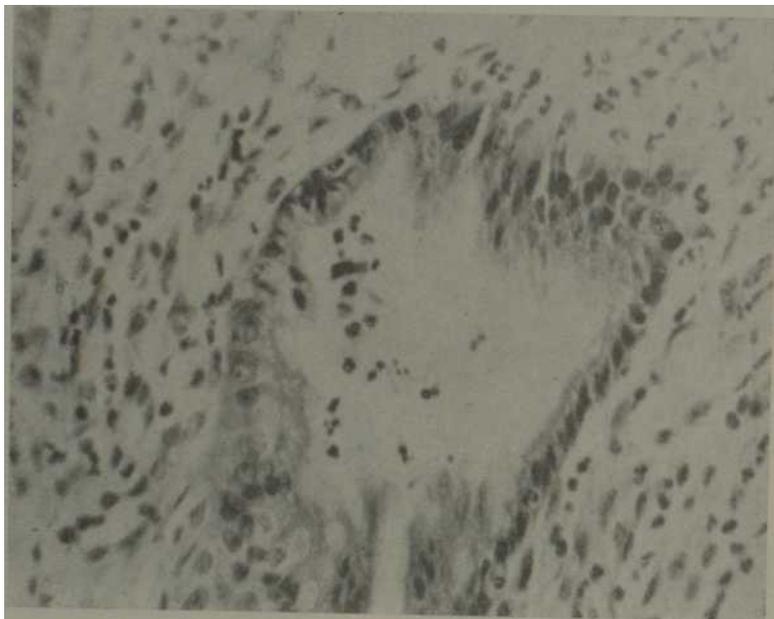


Fig- 4. Otra imagen vista a mayor aumento con exudado inflamatorio en lámina propia y dentro de la glándula.

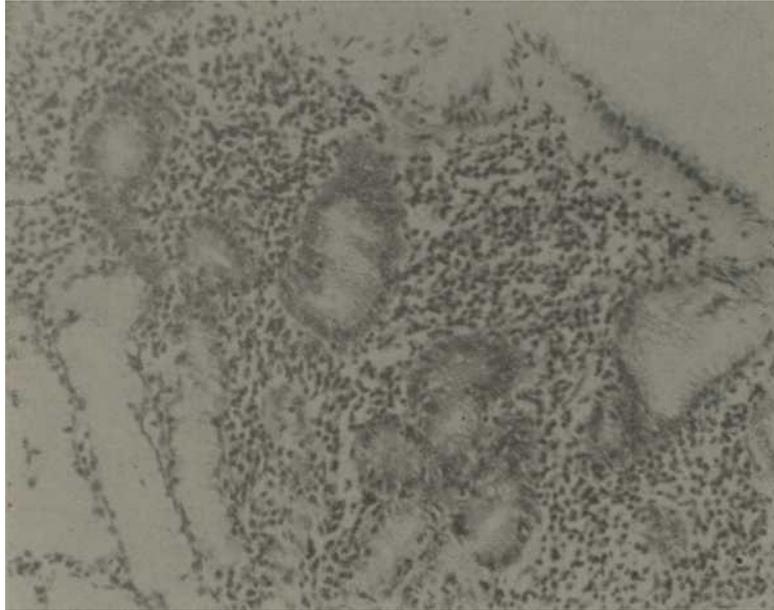


Fig. 5. Otra imagen con marcado infiltrado linfo-plasmocitario de la lámina propia y moderada atrofia glandular.

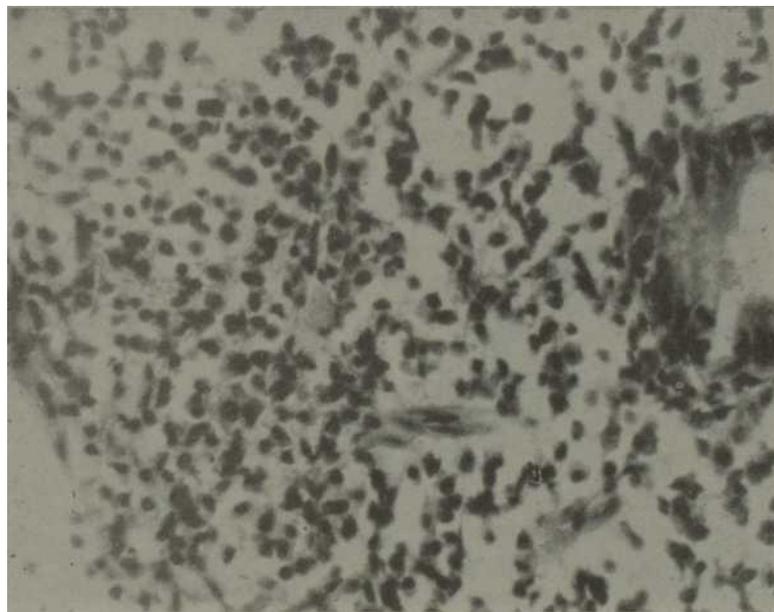


Fig. 6. Fisto o mayor aumento de la imagen anterior.

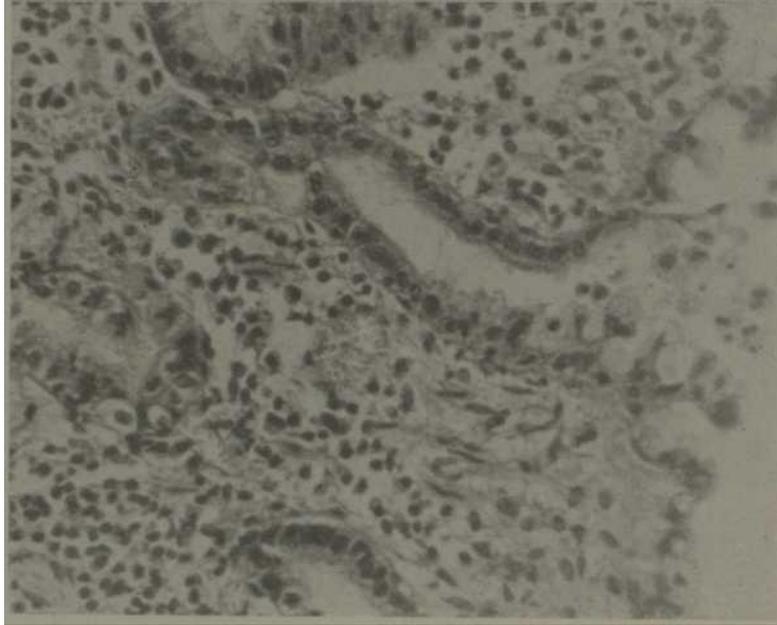


Fig. 7. Aren de erosión del epitelio superficial en la gastritis crónica atrofién.

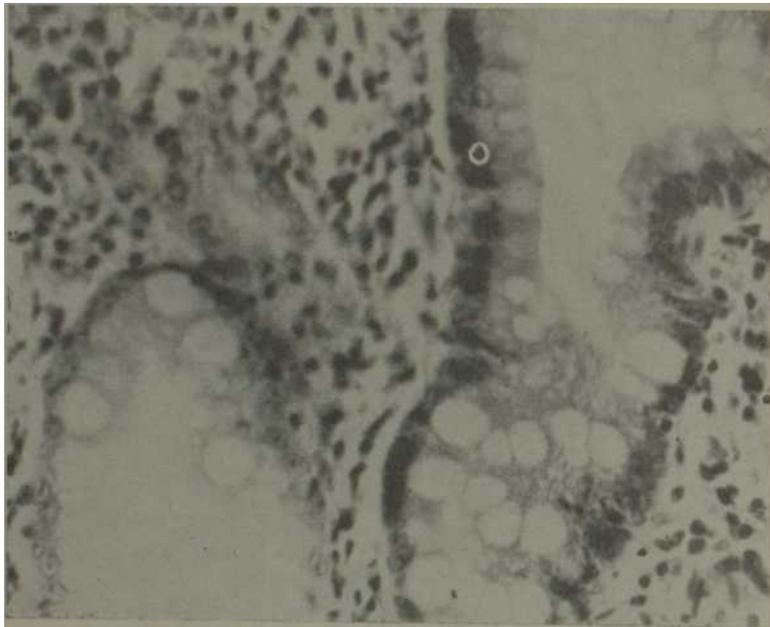


Fig. 8. Metnplasia intestinal con abundantes células caliciformes en una gastritis crónica atrófica.

5. —En los hábitos tóxicos el café y el tabaco no parecieron jugar papel etiológico en la gastritis, no encontrando antecedentes alcohólicos.
6. —Los síntomas predominantes fueron: digestiones lentas, dolor, ardor, pirosis y sensibilidad dolorosa difusa a la palpación del epigastrio.
7. —En los casos positivos la radiología fue sospechosa de gastritis en 22 casos (73%) encontrando 16 falso-positivos (50%). No consideramos la radiología de valor definitivo en el diagnóstico de gastritis.
8. —Existe una evidente correlación entre disminución de acidez clorhídrica libre y atrofia progresiva de las glándulas clorhidro-pépticas (90% de los casos) .
9. —Se encontró un 37% de anemias hipocrónicas correlacionadas con la gastritis.
- 10.—Creemos que el diagnóstico positivo de gastritis ha de basarse en la sintomatología típica esbozada y en orden de valor las investigaciones complementarias son: el gastroanálisis, el estudio radiológico gastroduodenal y como factor decisivo en el diagnóstico la biopsia gástrica, habiendo perdido la gastroscopia gran parte de su utilidad en los procesos inflamatorios difusos gástricos, aunque conservándola en los procesos localizados.

CONCLUSIONS

Sixty two cases with clinical symptoms that made suspect gastritis were studied using the Crosby and Krugler capsule to obtain samples of the gastric mucosa and by a number of coirplementary examinations which included: gastroanalysis, radiological examination of the stomach and duoden and hemoglobin determination.

1. —In 30% of patients it was not possible to obtain adequate material by the first biopsy. In each of them it was necessary to repeat the biopsy once or twice.
2. —Biopsies did not bring about any complication.
3. —Thirty cases (48%) gave positive results for gastritis and 32 (52%) were negative.
4. —The average age among positive cases was 54 years. The ratio between females and males was 3:1. Most cases belonged to the white race.
5. —Toxic habits like coffee and tobacco seemed to play no role in the etiology of the gastritis. No antecedents of alcoholism were found in any of the patients.
6. —Predominant symptoms were: slow digestions, pain, burning sensation (stomach) and diffuse tenderness et epigastric palpation.
7. —Among positive cases, the radiological examination gave suspicious results in 22 (73%) and false- positive results in 16 (50%) cases. The authors do not consider radiological examination to be of definite value for the diagnosis of gastritis.
8. —There exists an evident correlation between decreased free chlorhydric acid and progressive atrophy of the chlorhydropeptic glands (90% of cases).
9. —Hypochromic anemia correlated with gastritis in 37% of cases.
10. —The authors believe that a positive diagnosis of gastritis should be

based on the symptomatology delineated above. According to their value, complementary studies follow this ascending order: Gastroanalysis and radiological examination of the stomach and duodenum, gastric biopsy being the most important factor in diagnosis. Gastroscopy has not much of its value for the diagnosis of diffuse inflammatory gastric processes, but maintains it in localized processes.

CONCLUSION?

On y a étudié 62 cas présentant un symptomatologie soupçonnée de correspondre à une gastrite chronique en utilisant la capsule de Crosby et Kugler pour obtenir des fragments de muqueuse gastrique et en réalisant au même temps un nombre de recherches complémentaires incluant la gastroanalyse, l'examen radiologique de l'estomac et du duodénum et le pourcentage d'hémoglobine.

1. —Chez le 30% des cas on n'a pas obtenu de matériel utile pour le diagnostic à la première biopsie et il a fallu répéter celle-ci une ou deux fois.
 2. —Il n'y pas eu de complication chez aucun cas où l'on avait réalisé des biopsies.
 3. —Parmi les 62 cas, 30 ont donné des résultats positifs pour gastrite (le 48%) et 32 des résultats négatifs (le 52%).
 4. —Parmi les cas positifs l'âge moyen a été de 54 ans, le sexe féminin prédominant dans la proportion de 3 à 1 et le plus grand nombre de cas appartenant à la race blanche.
 5. —Quant à les habitudes toxiques ni
1. —*Jackson, C.*: (1907). *Gastroscoopia* Med. Rec. 71,549.
 2. —*Shindler R. and Ortmyer M.*: (1942). *Histopathology or chronic gastritis*. Am. J. Dig. Dis. 9:411.
 3. —*IFood I. J. and Taft L. I.*: Diffuse lession of

le café ni l'alcool n'ont joué, à ce qu'il paraît, aucun rôle étiologique chez les cas de gastrite et les auteurs n'ont pas trouvé d'antécédents d'alcoolisme.

6. —Les symptômes prédominants étaient: des digestions lentes douleur, ardeur, pyrosis et une sensibilité douloureuse à la palpation de l'épigastre.
7. —Parmi les cas positifs les données de la recherche radiologique ont été suspectes de gastrite chez 22 (le 73%) et on a trouvé de 16 cas parmi les positifs (le 50%). Les auteurs ne considèrent pas la radiologie ayant une valeur définitive pour le diagnostic de la gastrite.
8. —Il existe une corrélation évidente entre la diminution de l'acide chlorhydrique libre et l'atrophie Progressive des glandes chlorhydro-peptiques (le 90% des cas).
9. —On a trouvé chez le 37% des cas une anémie hypochromique en corrélation avec la gastrite.
10. —Les auteurs opinent que le diagnostic positif de gastrite doit se baser sur la symptomatologie typique esquissée ci-dessus. Les recherches complémentaires sont en ordre ascendant de leur valeur: la gastroanalyse, l'étude radiologique de l'estomac et le duodénum, la biopsie gastrique étant le facteur décisif pour le diagnostic. La gastroscopie a perdu une grande partie de sa valeur pour les procès inflammatoires gastriques diffiers mais la conservant pour les procès localisés.

the stomach, 1958, Edward Arnold Publishers) L. T. D. London.

4. —*Shiner, M.*: Duodenal Biopsy. *Lancet* 1:17, 1956.
5. —*Shiner, M.*: Yeyunal Biopsy tube. *Lancet* 1:85, 1956.
6. —*Shiner, M. y Doniach, A* study of X-Ray

BIBLIOGRAFIA

- negative dyspepsia with reference to histologic changes in the gastric mucosa. Vol. 32:313 Gastroenterology, 1957.
7. —Crosby, W. H. and Kusier, H. H.: Intra-luminal biopsy of the small intestine with the intestinal biopsy capsule. AER, J. Dig. Dis. 2:236, 1957.
 8. Benedict, Edward B. M. D.: Gastritis A plea for rational nomenclature based on pathologic finding, Gastroenterology número 37, No. 2, pág. 215, 1959.
 9. —Ruckstein, J. M. D.: The Digestive tract in Roentgenology. J. B. Lippincott Company.
 10. —Milanés, F.: Diagnóstico gastroenterológico. Editorial Universitaria. Universidad de La Habana, 1958.
 11. —Joske, R. A. Finckh, E. S. and Wood, I. (1955). Gastric biopsy, a study of 1000 consecutive successful gastric biopsies. Quart J. Med. (New Series), 24. 269.