

***Valor de la gastroscopia
como auxiliar del
diagnóstico
(Nuestra experiencia)***

Por los Dres.:

ARNALDO LÓPEZ HIDALGO(18) ARCADIO SOTTO

ESCOBAR (19) Y PEDRO E. ORILLÉ (20)

INTRODUCCION

A modo de introducción diremos que el objeto principal de este trabajo es destacar el valor de la gastroscopia como medio auxiliar de diagnóstico en las enfermedades gástricas.

Ya que nos preocupa el poco uso que se ha hecho siempre de la misma en nuestro medio.

Y si con esta modesta aportación logramos interesar a nuestros médicos en este proceder diagnóstico, nos daremos por satisfechos y cumplido nuestro objetivo.

Métodos:

En nuestros exámenes gastroscópicos, utilizamos la técnica de *Schindler*.

Los instrumentos utilizados han sido:

18 Jefe de la Sección de Gastroenterología del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto", Casa Blanca, Habana, Cuba.

19 Especialista del Departamento de Gastroenterología del Hospital-Escuela Gral. Calixto García", Ave. Universidad, Vedado, Habana, Cuba.

20 Jefe del Departamento de Estadísticas del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto", Casa Blanca, Habana, Cuba.

El gastroscopio flexible de *Schindler* con la punta en forma de dedo (de goma) del mismo autor.

El mismo gastroscopio de *Schindler*, pero con punta redonda metálica de *Henning* y el gastroscopio flexible de fibra.

Nuestra experiencia con estos tres instrumentos es la siguiente:

1^o El gastroscopio flexible de *Schindler* con la punta en forma de dedo (de goma) del mismo autor y más conocida como punta de *Schindler*, es de más fácil introducción y evita en gran manera el espasmo del cardias, que a veces se produce cuando iniciamos una gastroscopia. Pero produce una desventaja, que por ser mayor la distancia de la punta del instrumento al lente, impide la visualización del píloro en algunos casos.

2^o El gastroscopio flexible de *Schindler* con punta redonda metálica (de *Henning*), hace un poco más molesta para el paciente la introducción del instrumento y se producen espasmos del cardias con más frecuencia que con la punta de *Schindler*. Pero tiene la ventaja

ja sobre el anterior, que al ser la distancia de la punta al lente más corta, la visualización del píloro se hace más segura.

3º El gastroscopio flexible de fibra (de reciente adquisición), ha sido utilizado con mucha menos frecuencia por nosotros.

Tiene una visión que puede ser calificada de maravillosa, las molestias para el paciente son mínimas, pero el modelo utilizado por nosotros tiene una gran desventaja, que por ser tan extraordinariamente flexible, es muy difícil su movilización y su control por parte del endoscopista por lo que resulta lenta y trabajosa la exploración y nunca estamos seguros de sí hemos visualizado todo el órgano. Ahora bien, esta desventaja ha sido al parecer obviada por unos constructores japoneses, los cuales han introducido una varilla metálica al instrumento, haciéndolo de esta forma un poco más rígido; pero nosotros todavía no tenemos el instrumento con esa

modificación.

RESULTADOS

En unas estadísticas hechas por el *Dr. Strub* en el Cook County Hospital de Chicago en 1963, encontró que examinando a sus pacientes solamente con estudios radiológicos se podía llegar a hacer el diagnóstico en un 70 a un 85% de los casos, pero si además les hacía gastroscopias elevaba este porcentaje de un 83 a un 92% y si a estos exámenes les añadía estudios citológicos el porcentaje llegaba de un 93 a un 97%.

En los pacientes estudiados por nosotros (120 casos) procedentes de los hospitales "Dr. Luis Díaz Soto"; "General Calixto García"; "Dr. Carlos J. Finlay" y "Cmdte. Manuel Fajardo" el porcentaje de diagnóstico con el estudio radiológico solamente fue de: 60% y, agregándole gastroscopia fue de 81%.

(Ver Cuadro No. 1).

CUADRO No. 1

Diagnóstico	Radiología	-f. Gastroscopia	-J. Citología
Chicago	70 a 85%	83 a 92%	93 a 97%
Habana	60%	81%	

Como se puede apreciar nuestras estadísticas están algo por debajo de las de Chicago y tratando de averiguar las posibles causas de esta diferencia, hemos llegado a las conclusiones siguientes: 1º En los Departamentos de Rayos X de estos Hospitales no se realiza fluoroscopia de una manera sistemática. Veamos un ejemplo de lo anterior (Figs. No. 1 y No. 2).

2º Que no hacemos citología como práctica habitual.

3º Que muchos pacientes son atendidos en los Departamentos de Cirugía y Medicina Interna, sin pasar por Gastroenterología.

Veamos un ejemplo de lo anterior (Figs. 3, 4 y 5).

Desglosemos ahora los 120 pacientes examinados por nosotros con estudio radiológico y gastroscopia.

En 43 de estos pacientes el diagnóstico radiológico fue confirmado por la



Fig. 1. Estudio radiológico de un paciente con la técnica llamada "Standard" en fluoroscopia del estómago en cascada sin otra alteración.



Fig. 2 El mismo paciente de la Fig. 1, después de un estudio radiológico con fino roteo y en diferentes posiciones, se hace evidente un grueso nicho en curvatura menor.



Fig. 3. Paciente ingresado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto", por úlcera gástrica, a los 25 días de estar en tratamiento se le hace gastroscopia y se visualiza una úlcera callosa en curvatura menor.

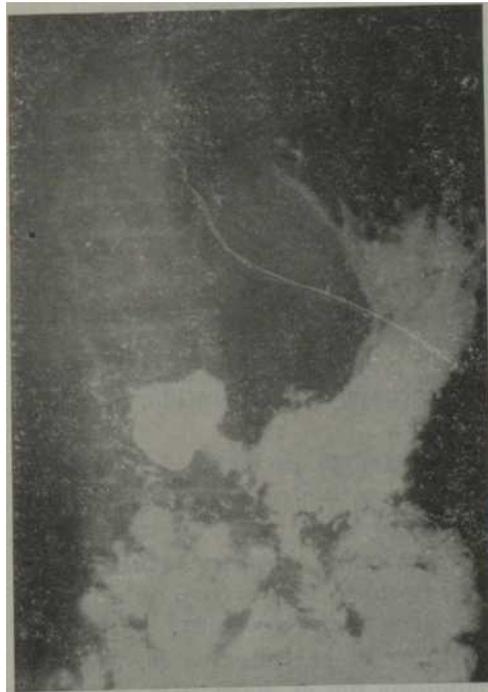


Fig. 4 41 días después de haberse hecho la gastroscopia, en nuevo estudio radiológico, no aparece el nicho.



Fig. 5.—Al insistir el gastroscopista de que el paciente es todavía portador de una úlcera, se le hacen lavados gástricos tres días consecutivos y al cuarto día en nuevo estudio radiológico aparece nuevamente el nicho.

gastroscopia, la mayoría de las lesiones, estaban en las zonas ciegas a la gastroscopia, o fueron pacientes en los cuales (por sus condiciones físicas) la gastroscopia fue poco satisfactoria.

De los 27 pacientes en los cuales la gastroscopia dio el diagnóstico no así la radiología, la mayoría tenían afecciones de difícil visualización por los Rayos X, tales como gastritis atróficas, erosiones de mucosa, telangiectasias, gastrectomizados, pólipos pequeños, etc.

CONCLUSIONES

De lo antes expuesto podemos concluir:

1° Que en nuestros grandes Centros Hospitalarios, donde se hacen la mayoría de las investigaciones complementarias tales como radiología, gastroscopia, gastroquimograma con clorhidria nocturna, biopsias, citología, prueba de la Tetraciclina, etc., el estudio radiológico debe ser con fluoroscopia como técnica habitual.

CUADRO No. 2

Número de pacientes	Coinciden en el diag. R/X y gastro.	R/X hace el diagnóstico	Gastro hace el diagnós.	Total	Por ciento
120	43	28		71	60%
120	43	28	27	98	81%

gastroscopia, o sea coincidieron ambos métodos.

En otros 28 pacientes el diagnóstico radiológico, fue correcto no así el gastroscópico.

Y en los 27 restantes el diagnóstico gastroscópico, fue correcto no así el radiológico (Ver Cuadro 2).

De los 28 pacientes en los cuales la radiología dio el diagnóstico, no así la

2° Que se deben de extender las pruebas tales como citología, biopsias y de la Tetraciclina, a todos los enfermos con patología gástrica.

3° Que la gastroscopia sea igualmente hecha a todos los enfermos con gastropatías y en los cuales no se haya llegado a un diagnóstico. Ya que, como se ha podido ver, la misma resulta de gran

ayuda en la obtención de un diagnóstico definitivo (21%).

4^o Que los enfermos con patología gástrica sean vistos primordialmente en los Servicios de Gastroenterología.

5^o Creemos que con los recursos* en equipos con que contamos actualmente se puede proceder al entrenamiento en gastroscopia a los clínicos o gastroenterólogos de los centros de menor nivel lográndose así la superación de los mismos.

RESUMEN

Se revisan más de 150 historias clínicas de pacientes a los cuales se les realizó gastroscopia. Se analizan los instrumentos utilizados, con sus ventajas y desventajas. Y se resalta en los casos que la gastroscopia ayudó en el diagnóstico, sacándose conclusiones que aconsejan el

mayor uso de la investigación en nuestro medio.

SUMMARY

More than 150 clinical histories of patients with gastroscopy are reviewed. The advantages and disadvantages of the employed instruments are analyzed and relieved in the cases where gastroscopy aids in the diagnosis.

RESUME

On y fait une révision de 150 histoires cliniques des patients auxquels on appliquait une gastroscopie. On y analyse les instruments employés avec ses avantages et ses inconvénients. On y signale les cas dans lesquels la gastroscopie complétait le diagnostic. On expose aussi les conclusions pour l'emploi correct de cette investigation.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Bockus, Henry L.*: "Gastroenterology", 2da. Edición, W. B. Saunders, 1965.
2. —*Palmer, Eddy D.*: "Stomach Disease as Diagnosed by gastroscopy", Lea and Febiger, 1949.
3. —*Schindler, Rudolph*: "Gastroscopy", 2da. Edición, University Press of Chicago, 1950.
4. *Strub, Irvin H.*: "Gastroscopy a Re-Evaluation", American Journal of Gastroenterology, Vol. 40: No. 1, pág. 79, Julio 1963.