

11727  
2ej. 39



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE MEDICINA

Curso de Especialización en Medicina Interna  
Hospital Regional "1o. de Octubre"  
ISSSTE



## CORRELACION ANATOMO-ENDOSCOPICA DE PATOLOGIA GASTRICA

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :  
DR. BALTAZAR GARCIA ROJO

*E. Zavala*

Dr. Everardo Zavala Vivanco  
Asesor

Dr. Oscar Saita Kamino  
Profesor del Curso



MEXICO, D. F.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

1.- Introducción. . . . .	1
2.- Antecedente. . . . .	3
3.- Objetivos. . . . .	7
4.- Material y Métodos. . . . .	10
5.- Hipótesis. . . . .	11
6.- Resultados. . . . .	12
7.- Discusión. . . . .	18
8.- Conclusiones y Comentarios. . . . .	22
9.- Bibliografía. . . . .	25

## INTRODUCCION

La fibroendoscopia actual se inició en 1957, con el primer fibroendoscopio desarrollado por el Dr. Hirschowitz (1), las características técnicas de este instrumento aunque imperfecto, pusieron de manifiesto las perspectivas de una fibroendoscopia flexible, susceptible de mejoría. En forma gradual se fueron diseñando equipos cada vez más completos hasta lograr obtener fotografía y canal para biopsia controlada. Alrededor de 1971, en Japón, se obtuvieron los primeros equipos endoscópicos lo que fué posible explorar el esófago, estómago y duodeno con el mismo instrumento y a la vez en caso necesario biopsia directa, citología o fotografía estableciendo lo que actualmente conocemos como panendoscopia del tubo digestivo proximal (2,3). Dos años más tarde se iniciaron los estudios que culminarían con la incorporación de procedimientos electroquirúrgicos o de fotocoagulación con el rayo laser. Recientemente se ha iniciado videoendoscopia -- lo que establece un archivo tanto fotográfico como auditivo (4,5).

En el presente estudio, evalúa la correlación anatómo-endoscópica de 50 pacientes que ameritaron endoscopia gástrica, en el Hospital Regional - lo de Octubre, en el período comprendido de enero a noviembre de 1987, con el objeto de analizar la importancia que tiene este método de estudio en el diagnóstico de la patología gástrica y su correlación histopatológica. En donde el análisis global nos afirma que este procedimiento en la mayor parte de los casos es uno de los más importantes que practicar, como primer paso diagnóstico en el protocolo de estudio de dichos problemas.

Este análisis tiene gran importancia por ser el cáncer gástrico una de las patologías primordiales del tubo digestivo alto, en las primeras fases de dicho problema son generalmente silenciosas ó con pocas manifestaciones clínicas en ocasiones muy inespecíficas, que se confunden frecuentemente con otros procesos patológicos y que a menudo el diagnóstico temprano es difícil. Aunque la frecuencia del cáncer gástrico comparados con otras entidades patológicas del estómago, es relativamente baja, sí es muy significativo por su pronóstico, por lo que se justifica el procedimiento comentado ante todo paciente que se tenga la menor sospecha clínica, ya que otros métodos de estudio son menos precisos para llegar al diagnóstico de este problema.

También tiene grandes ventajas de llegar al diagnóstico más exacto de otros padecimientos gástricos, para llevar un manejo más adecuado para cada caso, disminuyendo de esta manera la morbi-mortalidad.

Con la finalidad de ver la sensibilidad y especificidad que tiene la endoscopia en estos tipos de pacientes, se analizaron comparativamente con los resultados histopatológicos de las biopsias tomadas al momento del estudio, llegándose a la conclusión de que por ser un estudio fácil de realización en médicos entrenados, con muy pocas complicaciones, es el procedimiento de elección en la mayor parte de los casos en pacientes con problemas de tubo digestivo alto, en quienes por otras condiciones no es posible de establecer un diagnóstico exacto.

## ANTECEDENTES

El desarrollo de la endoscopia ha sido rápido y progresivo, la adquisición de diferentes tipos de fibroendoscopios hace posible la observación del tubo digestivo en todos sus segmentos, obteniéndose así el diagnóstico y tratamiento y su correlación histopatológica a la observación microscópica.

Actualmente el estudio endoscópico del tubo digestivo alto proximal en el que se utiliza el fibroendoscopio y si el procedimiento es llevado bajo sedación superficial, tiene morbilidad similar a otros procedimientos exploratorios, sin embargo establece el diagnóstico de una o varias lesiones en todo el trayecto, ya sea superficiales, excavadas o prominentes, de acuerdo a estudios comparativos del procedimiento endoscópico y radiológico aumentando su sensibilidad y especificidad, cuando se correlaciona con la anatomía patológica. La endoscopia es el estudio del tubo digestivo alto y se considera como estudio inicial integral más apropiado en aquellos pacientes con síntomas dispépticos del tubo digestivo proximal-- (6), ésta conclusión indudablemente producirá un cambio en la actitud del médico al seleccionar el método de estudio inicial en este tipo de pacientes.

La forma incomparable del procedimiento endoscópico para detectar lesiones pequeñas lo ha hecho el procedimiento de elección que ofrece la oportunidad de identificar lesiones neoplásicas o metaplásicas superficiales de tipo denominado "carcinoma temprano", donde pueden detectarse lesiones inadvertidas y/o concomitantes a las desarrolladas.

La biopsia transendoscópica ha contribuido a la detección oportuna de enfermedad maligna, ha quedado plenamente establecido, que la endoscopia por tener cualidades que permiten la observación directa de las lesiones ofrece la posibilidad de análisis de características macroscópicas, dimensiones, estado de los bordes y de la mucosa adyacente, por lo que es posible establecer el diagnóstico y el tratamiento específico.

Las lesiones ácido-pépticas que se pueden observar, van desde una inflamación mínima hasta úlcera gigantes, las úlceras gástricas benignas, generalmente cuando son características, no requieren de la biopsia complementaria, sin embargo ésta es indispensable a la menor duda y debe de completarse con muestra de citología abrasiva para establecer el diagnóstico exacto. Por lo que concierne a las úlceras gástricas en algunos pacientes, quedan dudas sobre si el proceso es benigno o maligno; a la mayor brevedad debe de obtenerse muestras de la lesión mediante biopsia múltiple trasendoscópica para los estudios de histopatología, se considera que ello evita las llamadas pruebas terapéuticas que ya no están justificadas debido que el criterio de dar tratamiento de prueba de 3 semanas y repetir el estudio endoscópico, al cumplirse éstas, ha perdido validez desde el advenimiento de los antagonistas de los receptores  $H_2$  de la histamina, porque éstos producen en algunos casos disminución importante del tamaño de la úlcera neoplásica (7), además teniendo el recurso del procedimiento no tiene justificación el de no realizar su biopsia, por otra parte en pocos casos también se presentan dudas al examen histológico de las muestras obtenidas, en este caso o circunstancias puede repetirse la toma de la biopsia endoscópica en más ocasiones hasta quedar completamente asegurado el diagnóstico.

Al realizar endoscopia en pacientes con úlcera gástrica, nos permite llegar a un 95 a 100% al diagnóstico si se combina el criterio macroscópico con la biopsia y citología tomadas durante el procedimiento (8,9).

Las características macroscópicas que nos permiten hacer la diferencia entre úlcera gástrica péptica y un carcinoma ulcerado, es en relación a que en la primera los bordes son planos y regulares, los pliegues circunscritos confluyen hasta el borde externo de la úlcera y que las paredes son elásticas; las características de un carcinoma ulcerado, serían lo opuesto a lo anterior, no obstante la imagen macroscópica en ocasiones pueden mostrar algunos datos pépticos y otros neoplásicos, es más hay úlceras que presentan todas las características de ser benignas y a la bio\_

sia demuestra que se trata de un carcinoma, por lo que es importante practicar a toda úlcera gástrica crónica por benigna que parezca biopsia múltiple y citología (10).

Los sitios de más posibilidad para tomar tejido neoplásico es el borde interno de la úlcera, donde se une la mucosa con la fibrina, es recomendable un seguimiento endoscópico mensual para ver la evolución de la úlcera con toma de biopsia y citología, hasta su completa cicatrización.

En la exploración del estómago en ocasiones se encuentran pliegues gigantes de aspecto cerebroide que puede estar en relación con linfomas o enfermedad de Menetrier (11), en el linfoma, los pliegues gástricos son irregulares en contorno, no guardan relación uno con el otro y presentan rigidez de la pared, algunos de éstos están asociados a nódulos ulcerados o grandes ulceraciones (12), en la enfermedad de Menetrier, los pliegues gástricos habitualmente son muy gruesos, especialmente en la curvatura mayor y generalmente el antro está respetado.

En estos casos la mucosa se encuentra elástica y distiende con mayor facilidad, con la biopsia tomadas por endoscopia son de gran utilidad para descartar el diagnóstico de linfoma (13).

Una de las grandes contribuciones que la endoscopia ha realizado, es el conocimiento y detección temprana del carcinoma gástrico, con lo que -- algunos países como Japón ha logrado cambiar el panorama sombrío de -- este padecimiento (14).

Desgraciadamente en México, la detección temprana del carcinoma gástrico es poco frecuente, debido a la falta de sospecha clínica en sus -- primeras manifestaciones clínicas y a que los estudios radiológicos no son el 100% efectivos ya que en pocos lugares se les realizan con doble contraste y sobre todo a que todavía no se piensa en la endoscopia como -- uno de los primeros procedimientos a utilizar en pacientes con sintomatología de tubo digestivo alto.

Los pólipos gástricos pueden ser de estirpe adenomatoso con posible ---



transformación maligna y frecuentemente se asocian con cáncer o otra gástrica, estos pólipos generalmente son únicos y casi siempre se encuentran localizados en el antro, otros tipos de pólipos encontrados en el estómago son los hiperplásicos, que generalmente son múltiples y no tienden a malignizarse, aunque también se ha encontrado asociados a carcinomas gástrico, todos los pólipos deben de ser estudiados por endoscopia y extirpados para análisis histológico.

Las gastritis mínimas moderadas identificadas por endoscopia, es una apreciación subjetiva del endoscopista, que frecuentemente no correlaciona con la histología o la sintomatología clínica.

En cambio la gastritis erosiva que puede ser secundaria a medicamentos alcohol, stress debido a traumas: cirugía, sepsis o a insuficiencia renal-- entre otros correlaciona perfectamente con la clínica cuya principal manifestación es la hemorragia del tubo digestivo alto (15,16).

La gastritis crónica con sus diferentes manifestaciones, como son las gastritis superficiales y/o gastritis atrófica, son fácilmente reconocidas con el endoscopio y confirmadas por biopsia, la importancia diagnóstica de la endoscopia de estos padecimientos, es que nos puede permitir un seguimiento de estos pacientes, ya que algunas de estas lesiones son consideradas como premalignas (17).

Existe un gran número de enfermos con síntomas sugestivos de enfermedad de tubo digestivo alto, lo que a pesar de ser relativamente específicos mediante su análisis no es posible establecer un diagnóstico con precisión que se requieren métodos de estudio para su confirmación, hasta el momento en México, el estudio más solicitado para éstos tipos de casos es el examen radiológico simple con bario, pero en dos estudios comparativos y prospectivos (18,19), establecieron como punto más vulnerable al examen radiológico a la alta frecuencia de falsas negativas y además-- de menos diagnóstico agregados, concluyendo que la endoscopia ofrece -- mayores posibilidades diagnósticas y que ello indudablemente tiene una repercusión importante en el paciente, ya que en otra forma sería imposible precisar el diagnóstico en un porcentaje grande de pacientes lo que tendría un efecto desfavorable en el tratamiento.

## OBJETIVOS

1. Valorar que porcentaje de diagnósticos endoscópicos tiene correlación anatomopatológica.
2. Establecer los grupos de edad y su frecuencia en cada uno de ellos.
3. Establecer la frecuencia en porcentajes de la patología gástrica de acuerdo a los resultados histopatológicos.
4. Propiciar o dar a conocer la importancia que tienen estos métodos de estudio por separado y/o en conjunto con otros estudios para el diagnóstico de la patología gástrica.

## **MATERIAL Y METODOS**

A todos los pacientes que se les realizó endoscopia gástrica en el Centro Hospitalario lo. de Octubre, en el período comprendido de enero a noviembre de 1987, fueron estudiados retrospectivamente, durante este período se recabaron 60 pacientes de los cuales 10 se abandonó el estudio, quedando 50 pacientes 27 hombres y 23 mujeres entre las edades comprendidas de los 20 a 80 años, los criterios de inclusión fueron, edad mayor de 20 años con sintomatología inespecífica pero sugestiva de patología gástrica de más de 2 meses de evolución, que al momento del estudio no se tenía un diagnóstico clínico de certeza, se excluyeron a todos los pacientes que no reunían los criterios de inclusión o que al momento del estudio no se le pudo realizar la endoscopia por el estado general del paciente.

Los métodos diagnósticos incluyeron gastroscopia con endoscopio flexible, bajo sedación superficial con diazepam y butilhioscina, estudiándose las características macroscópicas de todas las regiones anatómicas del estómago, con toma de biopsia trasendoscópica de las lesiones sospechosas.

El diagnóstico definitivo, se estableció por medio de los resultados de histopatología.

## **HIPOTESIS**

- 1. La endoscopia y la histopatología, son elementos primordiales para los diagnósticos más certeros de patología gástrica.**
- 2. Cuando se utiliza solamente la endoscopia sin biopsia múltiple, el diagnóstico es menos preciso.**

## RESULTADOS

Dxs.Endoscópico	Total	%
Gastritis	18	36.00
C.A.Gástrico	15	30.00
Úlcera Gástrica	11	22.00
Atrofia de Mucosa	6	12.00
T o t a l	50	100.00

Tabla 1 Diagnóstico endoscópico de patología gástrica.

De los 50 casos de gastroscopia estudiados, se observó que fueron cuatro los principales padecimientos -- gástricos, que formaron el 100% de los diagnósticos -- endoscópicos realizados en nuestro departamento de endoscopia, siendo el principal de ellos la gastritis con un 36%, el C.A. gástrico en un 30%, la úlcera -- gástrica con el 22% y por último la atrofia de la -- mucosa gástrica en un 12%.

Dxs. Histopatológico	Total	%
Gastritis	28	58.00
Úlcera Gástrica	6	12.00
Atrofia Gástrica	4	8.00%
C.A. Gástrico	4	8.00
Displasia	3	6.00
Muestra Insuficiente	3	6.00
Sin Alteraciones	2	4.00
Total	50	100.00

Tabla 2.- Resultados histopatológicos de 50 biopsias gástricas.

De todos estos pacientes, los resultados de las biopsias reportadas por el departamento de anatomía patológica, fueron los siguientes: Gastritis con el 58%, úlcera gástrica 12%, atrofia con el 8%, C.A. gástrico con el 8%, displasia 6%, y en un 6% fué la muestra insuficiente para establecer el diagnóstico histopatológico y el 4% se reportaron como normales.

Dxs. Endoscópico	Total	Dxs.Histopatológico
Gastritis	18	16
C.A. Gástrico	15	4
Úlcera Gástrica	11	5
Atrofia	6	4
Total	50	56

#### FACTOR DE ERROR.

1.- Gastritis . . . . .	12%
2.- C.A.Gástrico . . . . .	74%
3.- Úlcera Gástrica . . . . .	55%
4.- Atrofia . . . . .	36.6%
5.- Factor de error . . . . .	42%

Tabla 3.- Diagnósticos endoscópicos confirmados por histopatología.

El análisis en global se obtuvo que sólo el 58% se tuvo una correlación en el diagnóstico entre el reportado por endoscopia, con respecto al resultado de patología, de estos padecimientos gástricos el que tuvo máxima correlación anatomo-endoscópica, fué la gastritis en un 88.8%, siguiendo en orden de frecuencia la atrofia gástrica en el 66.6%, la úlcera gástrica en el 45% y el C.A.gástrico el 26%, -- el resto de problemas no fueron sospechados por la endoscopia. De ésto tiene que existir una mayor confiabilidad hasta en un 88% del diagnóstico endoscópico de gastritis con un margen de error hasta -

un 11.2%, y de menor confiabilidad cuando endoscópicamente se emite el diagnóstico de C.A. gástrico que varió su error hasta de un 74%, continuándose hasta el 55% en la úlcera gástrica y 33.3% en la atrofia gástrica.

Edad años	Total	%
20 - 29	3	10.7
30 - 39	6	21.4
40 - 49	5	17.8
50 - 59	4	14.2
60 - 69	3	10.7
70 - 8-	7	25
Total	28	100.00

Tabla 4.- Al establecer la frecuencia en porcentaje de la patología gástrica por grupo de edad se obtuvieron los siguientes resultados:

- a) La gastritis su mayor porcentaje fué entre la octava década con un 25%, seguida de la cuarta década con el 21% en contra de los que aparentemente se esperaba de reportar la tercera década fué la menor con 10.7%, esto es cierto si se toma en cuenta que en este grupo de pacientes estudiados se tomaron en cuenta solamente a los que presentaban sintomatología gástrica de mayor de 2 meses de evolución.



Edad años	Total	%
21 - 30	-	-
31 - 40	4	66.6
41 - 50	-	-
51 - 60	-	-
61 - 70	1	16.6
71 - 80	1	16.6
Total	6	100.00

**Tabla 5.- La úlcera gástrica ocupó en el estudio el segundo lugar de este grupo, siendo la cuarta década de la vida la mayormente afectada con un 66.6%**

Edad años	Total	%
21 - 30	-	-
31 - 40	-	-
41 - 50	1	25
51 - 6-	2	50
61 - 70	1	25
71 - 80	-	-
Total	4	100.00

**Tabla 6.- Distribución por grupo de edad del reporte histopatológico de atrofia.**

La atrofia gástrica también comparte el tercer lugar con un 8%, pero aquí la sexta década en donde mayormente se observó 50.0%.

Edad años	Total	%
21 - 30	-	-
31 - 40	-	-
41 - 50	1	25.00
51 - 60	2	50.00
61 - 70	-	-
71 - 80	1	25.00
Total	4	100.00

Tabla 7.- Distribución por grupo de edad del reporte histopatológico de C.A.gástrico.

- a) El C.A. gástrico ocupó el tercer lugar 8% por la importancia que tiene este padecimiento, se justifica cualquier estudio ante la mínima sospecha clínica para su confirmación, ya que el diagnóstico temprano tiene gran importancia para el tratamiento y sobrevida. En este grupo estudiado la edad en que se obtuvo un mayor porcentaje de presentación fué la sexta década de la vida con un 50%.

Edad años	Total	%
21 - 30	-	-
31 - 40	-	-
41 - 50	1	33.3
51 - 6-	-	-
61 - 70	2	66.6
71 - 80	-	-
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100.00</b>

Tabla 8.- Distribución por grupo de edad del reporte histopatológico de displasia.

- e) La displasia de la mucosa gástrica es considerada como una lesión altamente maligna y que su hallazgo requiere de medidas terapéuticas rápidas y efectivas, quizás es aquí en donde se justifica en una forma mayor el estudio endoscópico con toma de muestra transendoscópica para el estudio histológico, ya que identificarla por otros métodos es difícil, en este estudio que nos ocupa su presentación fué de un 6% con una frecuencia en porcentaje de 66.6% en la séptima década.

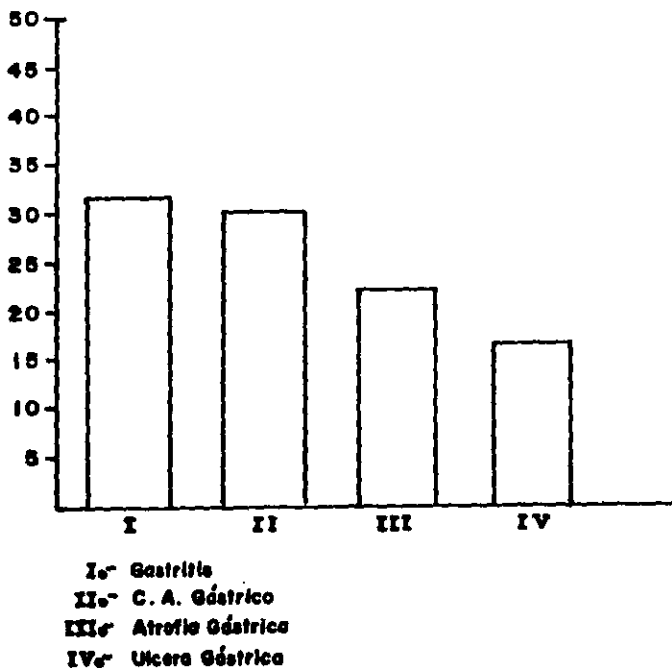
## DISCUSION .

La rapidez de la incorporación de los fibroendoscopios y en forma paralela de otras técnicas de diagnóstico no endoscópico, han planteado una serie de interrogantes primordialmente para ubicar y seleccionar la endoscopia en relación con los otros métodos, lo que también son útiles y con sólida tradición en el diagnóstico de las enfermedades del tubo digestivo. Con la finalidad principal de realzar la importancia de la endoscopia como método de elección principal, fueron estudiados 50 pacientes que ameritaron gastroscopia. (Gráfica 1)

El diagnóstico endoscópico , tuvo un margen de error del 42%, pero con los resultados de la anatomía patológica teniéndose en cuenta que éste es uno de los estudios diagnósticos de mayor certeza que se ha tenido y se sigue teniendo en la actualidad y deduciendo que este último es hasta cierto punto dependiente del primero, por la mayor accesibilidad y facilidad de tomar la muestra, se evalúa que ambos métodos tienen una confiabilidad hasta de un 94%, que podría llegar hasta un 100%, si se hubiera tenido muestra para citología o con una nueva realización de endoscopia ya que el 6% restante no se realizó el diagnóstico por no tenerse la muestra suficiente. (Gráfica 3)

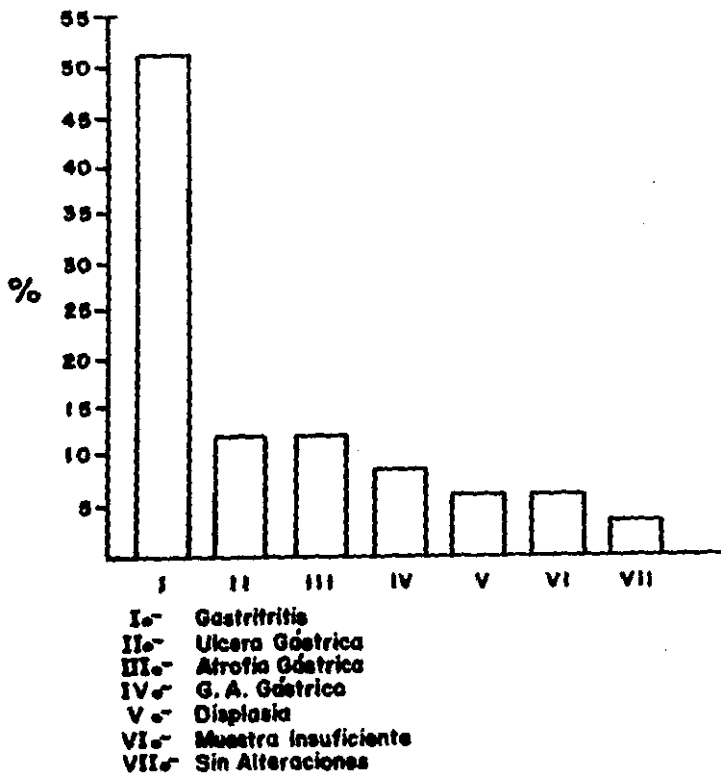
De acuerdo a los resultados de patología, la gastritis sigue siendo uno de los principales problemas de la patología gástrica, por su mayor frecuencia de presentación, que en nuestra serie ocupó el 58%, de los pacientes estudiados, así también porque comunmente se tiene que realizar diagnóstico diferencial con otras patologías que requieren de diagnóstico más certero por que se acompañan estos otros problemas de una mayor morbi-mortalidad. En esta misma revisión en orden descendente se presentó, que la úlcera gástrica ( 8% ), C.A. gástrico ( 8% ), así como otras entidades no sospechadas por endoscopia gástrica, como la displasia ( 6% ), no se reportaron otras entidades como pólipos, enfermedad de Menetrier, linfoma etc. (Gráfica 2)

## DIAGNOSTICOS OBTENIDOS POR ENDOSCOPIA



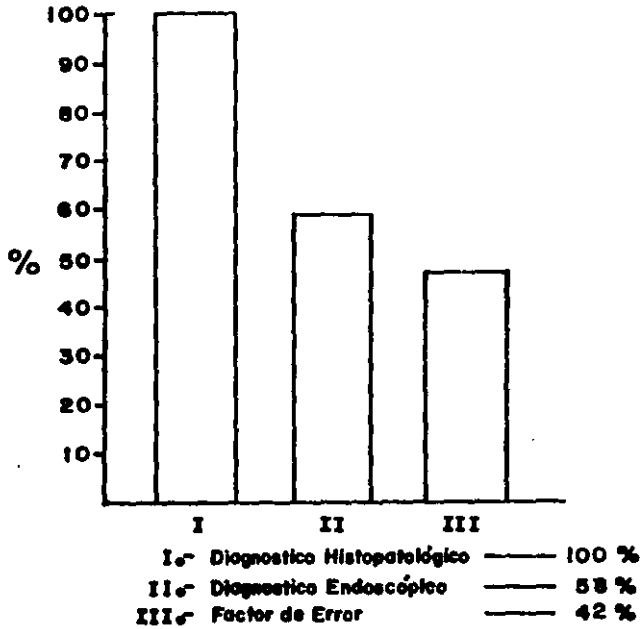
Grafica 1

## RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DE BIOPSIAS GÁSTRICAS DE 50 PACIENTES



Grafica 2

### CORRELACION ANATOMO-ENDOSCOPICA EN PORCENTAJE



Grafica 3



## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Desde el advenimiento de las fibras ópticas hace aproximadamente 20 años la endoscopia gastrointestinal, ha tenido un gran avance en el diagnóstico de las enfermedades del tubo digestivo, en la actualidad es un método diagnóstico con una alta sensibilidad y especificidad, procedimiento sencillo de realizar, poco molesto para el paciente si se emplea la sedación adecuada y con una morbimortalidad mínima, por estas razones está desplazando a otros métodos diagnósticos que tienen menor certeza diagnóstica, como son los estudios radiológicos baritados. Otras de las grandes ventajas de la endoscopia moderna, es que nos permite tomar biopsia y citología para confirmación del diagnóstico por histología.

En los últimos años se ha tenido una mayor solicitud de endoscopia en nuestro medio, todavía existen en varios centros hospitalarios, en los que se siguen prefiriendo otros métodos de estudio a pesar que se ha demostrado de tener menor sensibilidad y especificidad sobre todo en los problemas superficiales de la mucosa gástrica (gastritis, lesiones premalignas o malignas), con respecto a la endoscopia correlacionada con la histología de las biopsias tomadas durante este estudio, que demuestran en este estudio al igual que otros de tener una alta confiabilidad del diagnóstico (94 a 100%). Después de que se han analizado estos datos, surge la siguiente pregunta: Porqué el estudio inicial del paciente con síntomas gástricos (lo mismo se podría decir para el resto de los segmentos del tubo digestivo proximal) es el método radiológico?; yo pienso que uno de los factores que condicionan esta conducta, se debe a que tradicionalmente se ha aceptado y utilizado a la exploración radiológica como el primer estudio, y posiblemente por ello en forma automática y costumbrista no se establece una comparación y/o selección que pudiera indicar el método endoscópico, uno de los factores que más han favorecido el estudio radiológico, es que obtiene un registro que puede ser evaluado no solamente por el experto en radiología, sino también por el médico solicitante; en este sentido el método endoscópico solamente puede basarse en la credibilidad que se tenga en el endoscopista o al patólogo, quizás la objeción más comunmente mencionada para llevar a cabo el método endoscópico, es considerado como más caro; considero que estos factores son los que más han influido para no invertir el ritmo de estudios y solicitar el-

método endoscópico. De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro país, el alto costo del examen endoscópico está condicionado a que éste se solicita cuando el estudio radiológico previo no ha resuelto el problema de diagnóstico diferencial, o es necesario tomar biopsia o dió hallazgos normales o negativos y el paciente aún permanece con los síntomas iniciales; por ello el costo de la endoscopia es mayor, considero que estos factores son los que hacen utilizar la endoscopia con poca frecuencia, si se invirtiera en la práctica, el orden del estudio, ya que el consumo de elementos es menor en la endoscopia

Ante los hechos y perspectivas expuestas, se concluye que los procedimientos endoscópicos aplicados en todos sus alcances o posibilidades, requieren de endoscopistas preparados, laborando en unidades de endoscopia, donde se lleven a cabo funciones asistenciales de investigación y de enseñanza; la construcción de nuevas unidades hospitalarias, deben incluir consistentemente unidades de endoscopia productiva y de servicio permanente.

Carecemos en la actualidad de información concerniente a determinar el costo real de los procedimientos endoscópicos a la vez compararlos con el de otros métodos diagnósticos. Tampoco se ha determinado el significado de la endoscopia, al disminuir los días de estancia hospitalaria, seguramente que esta información es de gran utilidad, lo que aún más reforzará la necesidad del establecimiento de verdaderas unidades de endoscopia.

La enseñanza de la endoscopia también debe de recibir una especial proyección y análisis, para formar los futuros expertos, que no solamente sean capaces de practicar sino también adquirir, desarrollar y transmitir nueva tecnología.

Debemos esperar pues en el futuro, importantes avances que lleven a conseguir un nivel de atención mejor de nuestros pacientes; la endoscopia de verá tener un lugar más prominente en la atención de las enfermedades de tubo digestivo.

## CONCLUSION FINAL

- 1.- Tenemos que la endoscopia es un método de estudio más importante que realizar a cualquier paciente con patología del tubo digestivo al to.
- 2.- Presenta una alta confiabilidad diagnóstica, cuando se correlaciona con el estudio histopatológico, requiriéndose de personal capacitado, para que en la observación macroscópica a través del endoscopio -- tenga una mayor correlación con la microscopia.
- 3.- Que aún a pesar de lo anterior se debe de tomar en cuenta como primer paso diagnóstico, evitándose otros métodos que aumentarían el costo y que dejarían pasar desadvertidamente problemas de considerable importancia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hirschowitz BI, Curtiss L.E. Peters C.W. and Pollard NM. Demonstration of a new gastroscope. The fiberscope *Gastroenterology* 1982; 35:50.
- 2.- Morrissey J.F. Tawaka V and Thirsen W.R; Gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterology*. 1982; 53:456.
- 3.- Morrissey J.F; Gastrointestinal endoscopy; *Gastroenterology* 1983; 62:1241
- 4.- Silvak M.V. and Fleischer D.E; colonoscopy With a video endoscope. Preliminary experience with a new type of endoscope. *Gastrointestinal endoscopy* 1983; 29;187
- 5.- Morrissey J.F; Thoughts on the video endoscope. *Gastro int.endosc* 1984;30;43
- 6.- Dooley C.P. Larson A.W, Stace N H cols; Double-contrast barium meal and upper gastrointestinal studies A comparative study. *Ann Intern Med* 1984; 101; 538-54.
- 7.- Nelson, R.S. Urrea, L.H, and Lanza, F.L. Evaluation of gastric ulcerations. *Am. J. Dig. Dis.* 21; 389, 1984
- 8.- Hogan, W. J. Bjork, J.T. Parker, H.W; Morrissey, J.F. Nelson R.S. and Svky, A. The Gastric Ulcer; A. Fiberendoscopic approach to detection and diferential diagnosis. *Gastrointest.Endosc.*27;189.1982.
- 9.- Funch Jensen P. Kock K. Cristensen L.A. et al Microscopy apparence of esophageal mucosa in consecutive serie of patients submitted to upper endoscopy. Correlation with gastroesophageal reflux symptoms and microscopic findings. *Sean J. Gastroenterol* 1986; 21;65-9
- 10.- Kasugai, T. and Kobayashi, S. Evaluation of biopsy and citology in the diagnosis of gastric cancer. *Am. J. gastroenterol.* 62;199, 1984
- 11.- Collins, F., Mattews, S., Baker S. and Strkova. J. Drug-induced esophageal injury. *Br. Med. J.* 1983 - 1673
- 12.- Nelson R.S. and Lanza F.L. The endoscopic diagnosis of gastric lymphoa. *Gastrointest endoscope* 21;66. 1984.

- 13.- Scharschmidt, B.F. The natural history of hypertrophic gastrophaty ( Menetrier disease ) AM. J. med. 63;644- 1985
- 14.- Rogers G., Kotc, Meiris, et al. An overtube for flexible fibroptic esphogogastroduodenoscope. Gastrointest endosc. 1982; 28:256-7
- 15.- Greenlaw, R. Sheahan, D.G, Deluca and Myerson grastoduodenitis. A. Broader concept of ulcer disease. Dig. Disc.Sci. 25:660 1984
- 16.- Weisnstein, W. The Diagnosis and cassification, of gastritis and -- duodenitis J. clin. Gastroenterol. 3 (Suppl 2); 1984.
- 17.- Hanson, J.T. Thoreson, C. and Morrissey, J.F. Brush citolgy in the diagnosis of upper gastrointestinal malignancy. Gastrointest. endosc. 26; 33 1984
- 18.- Tedesco F.J. et al; "Skinny" upper gastrointestinal endoscopy. The initial diagnostic tool a prospective comparison of upper gastroint stinal endoscopy and radiology J. clin gastroenterol 1983; 2:27
- 19.- Larson A.W, Dooley C.P. Stace N.H. et al; A prospective randomized comparative Study of the accuracy of the double contrast barium meal and endoscopy. (abstract) gastroenterology 1983; 84;1224
- 20.- Delpre G, Kadish U. avidor I incidental procurement of gastric biopsy. Endoscopy 1982; 14;34.
- 21.- Strodel W.E. Ponskuj JL, Knol Ja, Stellato TA. Percutaneous endoscopic gastrostomy. In Dent T, Strodel E, eds, surgical endoscopy, Chicago; Year book medical publishers 1985; 113-22.