

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

HOSPITAL GENERAL 16. DE OCTUBRE

I.S.S.S.T.E.

REVISION DE 593 ESTUDIOS ENDOSCOPICOS DEL

TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR CON ENFASIS

EN LA ULCERA Y CANCER GASTRICO.

TESIS DE ESPECIALIZACION

EN

CIRUGIA GENERAL

DR. RODOLFO COLUNGA REYNA.

PROFESOR ENCARGADO DEL CURSO: DR RUBEN RAMOS SALINAS

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS SOBERANES FERNANDEZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A
MI PAPA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

1.- INTRODUCCION.	1
2.- HISTORIA.	2
3.- OBJETIVOS.	4
4.- MATERIAL Y METODOS	5
5.- RESULTADOS	6
6.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.	13
7.- BIBLIOGRAFIA.	21

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

El descubrimiento de fibras de vidrio con capacidad para transmitir la luz con mínimas pérdidas de intensidad, y la posibilidad de su aplicación a la práctica médica, conseguida gracias al diseño de los instrumentos de exploración endoscópica que conocemos como fibroendoscopios o fibroscopios, determina un momento crucial en el progreso de la Medicina contemporánea.

Las limitaciones de los instrumentos endoscópicos rígidos y semirígidos hacían que la endoscopia digestiva constituyera una exploración complementaria muy limitada. Los instrumentos flexibles, los fibroscopios, han cambiado totalmente el enfoque diagnóstico de gran número de enfermedades del tubo digestivo y han permitido no sólo la mayor precisión diagnóstica, sino también un mejor conocimiento de procesos patológicos, de su etiología y de la evolución de muchas enfermedades. La puesta a punto de los fibroscopios conseguida ya hace más de 20 años se vio seguida de un desarrollo tecnológico vertiginoso y paradójicamente la fibroendoscopia digestiva no ha sido divulgada ni conocida lo suficiente, excepto en los medios muy especializados.

Sin embargo, tanto el médico familiar residente en reducidas comunidades, como los especialistas de ciudades más polarizados a la gastroenterología (gastroenterólogo, cirujano, internista, pediatra), deben enfrentarse diariamente a problemas de diagnóstico y tratamiento en los que el conocimiento y realización de esta exploración es prácticamente obligada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HISTORIA

La historia de la endoscopia digestiva está sensiblemente marcada por la capacidad técnica, de diseño y construcción de los instrumentos que permiten la visión directa del tubo digestivo.

El período primitivo de la endoscopia se refiere a la etapa de los endoscopios rígidos y parece iniciarse en 1775, cuando Bozzini construye un endoscopio que permitía estudiar el recto y el útero empleando una vela como fuente de luz. A partir de este primer intento, se suceden los progresos y variaciones en el diseño de instrumentos, variando fundamentalmente las fuentes de luz, que pasan a ser de alcohol y otros combustibles. En 1826, el francés Segales modifica el diseño de Bozzini y Désormaux en 1853 prepara un instrumento algo más complejo que los anteriores, por el que un sistema de lentes dirigía la luz al endoscopio por medio de un reflector exterior.

Una fecha importante en esta etapa es la introducción en la práctica clínica del que se puede considerar primer gastroscopio - por Kussmaul, quien en 1868 experimenta dicho instrumento y llega con él hasta el cardias. Basados en este principio se diseñan esofagoscopios que se limitan tan sólo al estudio de este segmento inicial del tubo digestivo. Estos primeros esofagoscopios permitían la extracción de cuerpos extraños y el examen completo de toda la mucosa esofágica.

En 1881 Mikulicz desarrolla un instrumento para el estudio de la cavidad gástrica, que disponía de una angulación de 30° entre los dos tercios proximales y el tercio distal del endoscopio. Kelling introduce los metales flexibles en la fabricación de endoscopios

El descubrimiento de las pilas eléctricas permitió su incorporación a los instrumentos de endoscopia y el primer empleo práctico fue realizado en los rectoscopios.

En 1932 se inicia la etapa de los endoscopios semiflexibles, gracias a la aplicación práctica del principio físico de que es posible ver a través de un tubo curvo por medio de una serie de lentes

de corta distancia focal. Wolf y Rudolf Schindler aplican este principio a la endoscopia digestiva y diseñan su conocido gastroscopio.

La flexibilidad y manejabilidad del gastroscopio de Wolf-Schindler permitieron su introducción en la práctica clínica diaria. A partir de su modelo, se introducen investigaciones que dan lugar al diseño de instrumentos cada vez más perfeccionados, como el gastroscopio de Taylor y el de Eder-Palmer, y posteriormente el esofagoscopio de Eder-Hufford. En estos modelos empieza a ser posible la toma de biopsias que hasta entonces se consideraba muy peligrosa. En 1938 se obtienen las primeras fotografías en blanco y negro tomadas a través de endoscopios digestivos.

La era de la fibroendoscopia se inició hace más de 20 años en 1958, con la creación del fibroscopio de Hirschowitz (19). La posibilidad de introducir fácilmente el endoscopio y la mejor tolerancia del paciente, permitieron hacer accesible mayor número de personas a dicha técnica. Además, la movilidad del extremo distal del endoscopio evitaba la existencia de zonas ciegas y añadía la posibilidad de tomar biopsias y citología con mucha precisión, así como de obtener iconografía mucho más fácilmente y con clichés de muy buena calidad. A partir de este momento, los avances en el diseño de posibilidades técnicas de los fibroscopios digestivos no ha hecho sino progresar de manera espectacular.

La tecnología actual capacita al endoscopista para examinar el tubo digestivo en su mayoría y efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos con alto índice de buenos resultados y pocas complicaciones.

OBJETIVOS

Los objetivos propuestos al realizar este trabajo consistieron en revisar los estudios endoscópicos practicados en el C.H. - lo. de Octubre del I.S.S.S.T.E., del 10. de Enero de 1976 al 31 de Diciembre de 1980. De ellos, separar los estudios panendoscópicos del tracto digestivo superior y analizar las patologías más frecuentes de esófago, estómago y duodeno y establecer su presentación en cuanto a sexo y por grupos de edad.

Nuestro enfoque se centró básicamente sobre la úlcera y el cáncer gástrico, para determinar sus aspectos endoscópicos, relacionar su frecuencia de presentación con el resto de enfermedades - más comunmente observadas e investigar también su presentación en cuanto a sexo y edad, localización y el porcentaje de exactitud diagnóstica clínica y radiológica, así como también señalar las causas y entidades nosológicas responsables de la falla para establecer el diagnóstico correcto de úlcera o cáncer gástrico según el caso.

Un aspecto sobresaliente en que la endoscopia gástrica, - ayudada por la biopsia y citología, tiene un papel relevante y prácticamente exclusivo, es en el cáncer gástrico temprano, por lo que - a él dedicamos buena parte de nuestro comentario.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los archivos de reportes de estudios endoscópicos practicados del 1o. de Enero de 1976 al 31 de Diciembre de 1980 en el C.H. 1o. de Octubre del I.S.S.T.C. Durante este período se practicaron un total de 689 endoscopías. De ellas, se eliminaron 96 estudios por corresponder a rectosigmoidoscopías, colonoscopías o peritonsoscopías, que no entran en los objetivos de este trabajo. De los restantes 593 estudios endoscópicos, 132 más fueron eliminados porque se reportaron como normales o porque el objetivo de su realización fue ajeno a la existencia de una alteración esofagogastroduodenal, como es el caso de las colangiografías transduodenales, extracción de cuerpos extraños y otros.

Con esta depuración, nos quedamos con un total de 461 estudios panendoscópicos, cuya finalidad fue la de determinar algún tipo de patología del tracto gastrointestinal superior (esófago, estómago, duodeno).

Los estudios endoscópicos se practicaron con un panendoscopio Olympus JF BIII, de visión lateral. El estudio se realizó teniendo al paciente en ayuno y habitualmente sin ningún tipo de premedicación. Sólo se empleó xilocaína en Spray en cavidad oral y orofaringe, aproximadamente 5 minutos antes del estudio. Al final del mismo, se instruyó al paciente en no tomar nada por vía oral durante una o dos horas para evitar la posibilidad de broncoaspiración. Una vez terminado el estudio, el paciente era egresado a su domicilio, a excepción de los enfermos que se encontraban hospitalizados.

Cuando en un paciente el estudio endoscópico mostraba dos o más patologías, para fines de este trabajo, se consideró exclusivamente la que había sido la causa de solicitar la realización de la endoscopia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

En el total de las 461 panendoscopias que integraron nuestro grupo de estudio, encontramos que la patología más frecuentemente observada fue la hernia hiatal que constituyó la cuarta parte (25.16%) del total de enfermedades. La úlcera gástrica le siguió en frecuencia y casi formó otra cuarta parte (24.72%) en el total de estudios. La úlcera duodenal se observó también en un buen número de casos (15.40%). Con frecuencia menor observamos otras patologías como las várices esofágicas, cáncer gástrico, gastritis en sus diferentes presentaciones endoscópicas y el cáncer de esófago, que se observó sólo en un pequeño número de casos (2.38%) Otras patologías como acalasia de esófago, Mallory-Weiss, divertículos gástricos, esofágicos o duodenales y pólipos gástricos, se les observó muy infrecuentemente.

Tabla I)

TABLA I				
INCIDENCIA DE ENFERMEDADES				
TIPO DE PADECIMIENTO	MASC	FEM	TOTAL	%
Hernia hiatal	64	52	116	25.16
Úlcera gástrica	56	58	114	24.72
Úlcera duodenal	42	29	71	15.40
Várices esofágicas	36	16	52	11.27
Cáncer gástrico	19	19	38	8.24
Gastritis superficial	8	9	17	3.68
Gastritis hipertrófica	5	7	12	2.60
Cáncer de esófago	7	4	11	2.38
Gastritis erosiva	8	2	10	2.16
Otros	5	15	20	4.33
TOTAL	260	201	461	100.00

La hernia hiatal se presentó más frecuentemente en el grupo de edad de los 30 a 50 años (47%) y su incidencia en cuanto a -

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

sexo fue prácticamente la misma para hombres y mujeres (55% contra 45% respectivamente). (Tabla II)

TABLA II

HERNIA HIATAL

Gpo. de edad	Masc	Fem	Total	%
Menos de 20 a	4	0	4	3.44
20 a 30	2	3	5	4.31
31 a 40	14	10	24	20.68
41 a 50	14	12	26	22.41
51 a 60	13	8	21	18.10
61 a 70	10	10	20	17.24
Más de 70	7	9	16	13.79
Total	64	52	116	100.00

La Úlcera duodenal se observó con mayor frecuencia en el grupo de edad entre los 40 y 60 años (56%) y los varones se vieron más afectados que las mujeres en proporción de 3 a 2. (Tabla III).

TABLA III

ULCERA DUODENAL

Gpo. de edad	Masc	Fem	Total	%
Menos de 20 a.	0	0	0	0.00
20 a 30	5	5	10	14.08
31 a 40	7	1	8	11.26
41 a 50	14	7	21	29.57
51 a 60	9	10	19	26.76
61 a 70	4	2	6	8.45
Más de 70	3	4	7	9.85
Total	42	29	71	100.00

Las várices esofágicas se distribuyeron en forma casi uniforme en el grupo de edad entre 40 a 70 años (77%) de pacientes y los hombres se vieron afectados con mucha mayor frecuencia que el grupo femenino (70% contra 30% respectivamente), siendo prácticamente

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

siempre consecutivas a cirrosis hepática alcoholo-nutricional (Tab. IV)

TABLA IV
VARICES ESOFAGICAS

Gpo. de edad	Masc	Fem	Total	%
30 a 40	2	3	5	9.61
41 a 50	11	4	15	28.84
51 a 60	7	7	14	26.92
61 a 70	10	1	11	21.15
Más de 70	6	1	7	13.46
Total	36	16	52	100.00

El cáncer de esófago sólo constituyó el 2.38% del total de patologías observadas y se presentó básicamente en el grupo de edad de 70 a 80 años (72.72%) y su incidencia en cuanto a sexo fue casi igual para hombres y mujeres. (Tabla V). La gastritis como tal constituyó el 8.44% del total de enfermedades, siendo su forma de presentación más común la gastritis superficial (3.68%) y la más infrecuente la gastritis atrófica, (3 casos 0.65% del total).

TABLA V
CANCÉR DE ESOFAGO

Gpo. de edad	Masc	Fem	Total	%
40 a 50	0	1	1	9.09
51 a 60	0	0	0	0.00
61 a 70	1	0	1	9.09
71 a 80	5	3	8	72.72
Más de 80	1	0	1	9.09
Total				100.00

La úlcera gástrica fue el padecimiento que ocupó el segundo lugar en cuanto a presentación, con un total de 114 casos (24.72%) En los varones se vió una incidencia del 49.12% y en la mujer del 50.87%. El grupo de edad que resultó más afectado fue entre los 60 a 70 años que se llevó más de la mitad de casos (57.89%), destacando -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sobre todo de los 60 a 70 años (38.59%). (Tabla VI).

TABLA VI				
ULCERA GASTRICA				
Gpo. de Edad	Masc	Fem	Total	%
Menos de 20 a	0	1	1	0.87
20 a 30	1	1	2	1.75
31 a 40	3	1	4	3.50
41 a 50	6	10	16	14.03
51 a 60	8	14	22	19.29
61 a 70	27	17	44	38.59
71 a 80	10	9	19	16.66
Más de 80	1	5	6	5.26
Total	56	58	114	100.00

Por lo que toca a su localización, a la curvatura menor y el antro correspondió el 68.41% de casos. (Tabla VII).

TABLA VII		
LOCALIZACION DE ULCERA GASTRICA		
Sitio	No. de Casos	%
Curvatura menor	44	38.59
Antro	34	29.82
Cuerpo	16	14.03
Curvatura mayor	9	7.89
Fundus	3	2.63
No precisado	8	7.01
Total	114	100.00

El diagnóstico clínico correcto de úlcera gástrica se estableció en el 62.24% de los casos, no llegándose al diagnóstico adecuado en el 37.71%. El sangrado de tubo digestivo alto fue la principal causa de no establecer el diagnóstico clínico de úlcera gástrica en el 53.48% de casos en que hubo falla diagnóstica. Diagnóstico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

equivocado de Úlcera duodenal fue causa de falla en el 20.93% de los casos. (Tabla VIII).

TABLA VIII
CAUSAS DE FALLA EN DIAGNOSTICO
CLINICO DE ULCERA GASTRICA

Sangrado de tubo digestivo alto	23
Úlcera duodenal	9
Cáncer gástrico	5
Hernia hiatal	3
Anemia en estudio	2
Duodenitis	1
Total	43

Por lo que toca al diagnóstico radiológico, fue correcto en el 70% de casos. El reporte de "serie normal" fue el más frecuente (33.33%). El diagnóstico correcto de Úlcera gástrica radiológicamente hablando se estableció en el 70% de casos. Hubo 14 casos sin estudio radiológico por lo que no se incluyeron en estos resultados. Entre los padecimientos que se diagnosticaron radiológicamente en lugar de Úlcera gástrica el más frecuente fue el de Úlcera duodenal. - El resto se muestran en la Tabla IX.

TABLA IX
CAUSAS DE FALLA EN DIAGNOSTICO
RADIOLOGICO DE ULCERA GASTRICA

Estudio normal	10
Úlcera duodenal	8
Cáncer gástrico	6
Hernia hiatal	4
Esofagitis	1
Duodenitis	1
Total	30

El cáncer gástrico ocupó el quinto lugar en cuanto a in-

cidencia total con 38 casos (8.25%). El grupo de edad en el que se le vió más frecuentemente fue de los 60 a los 80 años (55.25%) y se presentaron exactamente el mismo número de casos en hombres y en mujeres. (Tabla X).

TABLA X

CANCER GASTRICO

Gpo. de edad	Masc	Fem	Otros	%
30 a 40	2	0	2	5.26
41 a 50	0	5	5	13.15
51 a 60	1	5	6	15.78
61 a 70	9	3	12	31.57
71 a 80	6	3	9	23.68
Más de 80	1	3	4	10.52
Total	19	19	38	100.00

El sitio en que se le observó localizado más frecuentemente fue el antro (52.63%) y posteriormente el cuerpo gástrico con una frecuencia de 18.42%. (Tabla XI).

TABLA XI

LOCALIZACION DEL CANCER GASTRICO

Sitio	No. de Casos	%
Antro	20	52.63
Cuerpo	7	18.42
Curvatura menor	6	15.78
Curvatura mayor	2	5.26
Cuerpo y antro	2	5.26
No precisado	1	2.63
Total	38	100.00

El diagnóstico clínico correcto de cáncer gástrico se estableció en 28 casos que significa un 73.68% de acierto clínico. De los 10 casos en que falló el diagnóstico, 4 (40%) se diagnosticaron como úlceras gástricas benignas y en otros 4 casos (40%) el diagnós--

tico era sólo de sangrado de tubo digestivo alto. Otro de los casos - fue el de un paciente que se estaba estudiando por anemia. (Tabla XII)

Úlcera gástrica benigna	4
Sangrado de tubo digestivo alto	4
Duodenitis	1
Anemia en estudio	1
Total	10

La exactitud del diagnóstico radiológico fue también del 73.68%. La falla en el diagnóstico radiológico se debió más frecuentemente a confusión con Úlcera gástrica benigna (50% de los casos de error en el diagnóstico radiológico). (Tabla XIII).

Úlcera gástrica benigna	5
Úlcera duodenal	2
Normal	2
Duodenitis	1
Total	10

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La endoscopia gastrointestinal ha presentado cambios importantes. La introducción de los instrumentos de fibra óptica con su desarrollo y perfeccionamiento nos han dado los medios adecuados para explorar gran parte del tubo digestivo.

La finalidad del examen endoscópico es la de establecer el diagnóstico exacto y se ha encontrado de utilidad en circunstancias como investigación del origen de una hemorragia gastrointestinal, confirmar o ampliar los resultados de los rayos X, detección de lesiones no demostrables por rayos X y otros propósitos tales como pancreatografías, colangiografías, extirpación de pólipos, toma de biopsia y otros. Con los instrumentos actuales, las tres porciones de la parte superior del tubo digestivo pueden y deben ser exploradas para estar seguros que todas las alteraciones patológicas han sido detectadas. (22)

En un estudio efectuado por Lara y cols (28) en el C.H. "20 de Noviembre" sobre 414 estudios gastroscópicos, encontraron que la patología más frecuentemente observada fue la gastritis erosiva superficial (42%), seguida por la úlcera gástrica (11%), observando el cáncer gástrico en el 7.9% de sus estudios. Hubo correlación diagnóstica endoscópico - radiológica sólo en el 52% de estudios. Nagy en un reporte de 1950 endoscopías del tracto digestivo superior encontró una frecuencia para úlcera gástrica del 26.68% y para cáncer gástrico de 4.87%, resultados más acordes a los de nuestro estudio en que la frecuencia de úlcera gástrica fue del 24.72% y de cáncer gástrico 8.24%. Echeverría y cols (13) en su serie de 180 pacientes encontraron que la úlcera gástrica se presentó en el 6.11% y el cáncer gástrico en el 3.3% de las endoscopías practicadas, siendo la gastritis la patología que encontraron más frecuentemente (35%). En otro estudio de Boom y cols (3) en el que determinaron las patologías más frecuentes esofagogastroduodenales encontraron que la úlcera gástrica se presentó en el 15.21% de sus casos, la úlcera duode-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

nal en el 10%, el cáncer gástrico y las vérices esofágicas en el 4.78% cada uno y la hernia hiatal en el 9.13%. La patología más frecuente fue la gastritis (44.78%). Un aspecto interesante de este estudio es que el diagnóstico final coincidió con el radiológico en el 48 a 50% de casos y con el endoscópico en el 76 a 77%.

El sangrado de tubo digestivo alto fue en nuestra serie la principal causa de falla en el diagnóstico clínico de úlcera gástrica y una de las dos principales en el diagnóstico de cáncer gástrico. Hurtado y Boom (21) en un estudio de 100 pacientes con sangrado de tubo digestivo alto encontraron una precisión en el diagnóstico clínico para determinar la causa del sangrado, del 50%; la precisión radiológica fue sólo del 31.2%, mientras que la endoscopia reveló el diagnóstico en el 86% de casos. Espejo y cols (15) encontraron en 280 pacientes con sangrado de tubo digestivo alto a los que les practicaron endoscopia dentro de las 48 horas de iniciado el proceso una exactitud diagnóstica del 93.58%, usando el esofagoscopio y gastroscopio y el mismo autor, en un estudio posterior, con un número similar de pacientes, usando el panendoscopio, la exactitud diagnóstica aumentó al 95%. Thoeni (49) estudió 102 pacientes con sangrado importante de tubo digestivo alto y comparó la utilidad de la endoscopia en relación a la serie esofagogastroduodenal con doble contraste para establecer el sitio del sangrado y además el diagnóstico correcto. Encontró que en la detección del sitio primario de sangrado, la endoscopia fue útil en el 93% de casos y los rayos X en el 80%. El diagnóstico correcto se estableció endoscópicamente en el 91% de pacientes y radiológicamente en el 76%. No tuvo importancia que tipo de estudio se efectuara primero. Como aspecto importante señaló que al sumar la exactitud diagnóstica de ambos métodos, esta fue del 99%. Los procedimientos se efectuaron dentro de las primeras 48 horas de iniciado el sangrado.

Dagradi y cols (7), (8) en una serie de 500 pacientes también con sangrado de tubo digestivo alto, tuvieron una exactitud diagnóstica por endoscopia del 89% y comentaron que entre las principales causas de falla, están la remoción inadecuada de coágulo y la tardanza en practicar el estudio. Estos y otros resultados más,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

son claros y señalen la superioridad de la endoscopia en el diagnóstico y tratamiento del paciente con sangrado de tubo digestivo alto. Esto se refleja en disminución de la morbilidad y mortalidad. (12) - (46). Nelson y cols (38) en un estudio que realizaron sobre la evaluación de las úlceras gástricas, diagnosticaron un total de 112, - encontrando que 14 (12.50%) eran malignas. El diagnóstico correcto - por endoscopia fue en el 94.3% que se elevó a 97.3% con la ayuda de biopsia. El diagnóstico radiológico fue correcto sólo en el 71.5%.

Es indiscutible que la gastroscopia es un importante instrumento en la evaluación de las úlceras gástricas. A este respecto hay hechos bien establecidos: 1) la esofagogastroduodenoscopia se - asocia con una baja morbilidad y rara mortalidad; 2) el examen gastroscópico combinado con biopsia y citología permite determinar con gran exactitud si una úlcera gástrica es maligna o no y debe efectuarse siempre que el examen radiológico sea sospechoso de malignidad; 3) algunas úlceras aparentes por rayos X no se confirman por - endoscopia; 4) algunas úlceras gástricas no detectadas por rayos X - se encuentran por gastroscopia; 5) la gastroscopia es infinitamente superior para señalar el origen de un sangrado de tubo digestivo - alto y para indicar a los pacientes que tienen úlceras recurrentes - después de cirugía; 6) la gastroscopia es invaluable para investigar muchos aspectos concernientes a la enfermedad ulcerosa gástrica.

Entonces, ¿debe practicarse gastroscopia a todo paciente que a los rayos X presenta una úlcera aparentemente benigna? El principal argumento positivo es que 3.3% de las úlceras radiológicamente benignas, son en realidad malignas (51) (48). Este hecho convierte a la gastroscopia prácticamente en el único procedimiento diagnóstico capaz de detectar las úlceras gástricas malignas en fase temprana, - no advertidas por una serie gastroduodenal. Aún endoscópicamente, - un número considerable de cánceres gástricos tempranos semejan úlceras pépticas benignas (26). Debemos considerar también que existen - úlceras gástricas benignas que en su fase de cicatrización producen una cicatriz elevada, que es indistinguible del cáncer gástrico temprano tipo IIa (23). En ambas situaciones, la gastroscopia, toma de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

biopsia y citologías repetidas, son definitivas. En 1926, Borrmann clasificó las lesiones gástricas malignas de acuerdo al aspecto macroscópico y Schindler la modificó en la siguiente forma: Tipo I: el carcinoma polipoide, con frecuencia de 2.9% de todos los carcinomas gástricos. Tipo II: tumor ulcerado, no infiltrante, de límites precisos. Frecuencia 17.6%. Tipo III: Tumor ulcerado con infiltración, vecina. Su frecuencia es 16.3%. Tipo IV: tumor infiltrante difuso, cuya frecuencia es del 63.2%. Esta clasificación es de mucha mayor utilidad para el endoscopista que el criterio microscópico de Broders y da mejor información en cuanto al grado de malignidad (22). En cuanto al sitio de localización, para fines prácticos se diferencia en: 1) carcinoma del píloro, cuya frecuencia es del 60%; 2) carcinoma del cardias con frecuencia del 8% y 3) carcinoma del cuerpo, con una frecuencia del 32% (43).

El cáncer gástrico temprano es una enfermedad maligna - actualmente bien conocida, descrita principalmente en la literatura japonesa. En 1962, La Sociedad Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica definió esta condición como el carcinoma del estómago cuya invasión se limita a la mucosa y submucosa y no se extiende a la muscularis propia. A este tipo de lesión se le ha dividido en 3 tipos: - I: protruyente; II: superficial, IIa elevado, IIb plano y IIc deprimido; Tipo III: excavado. Además las combinaciones de los mismos (44) (29) (39). El más común reportado usualmente es el IIc más III.

A pesar que hay autores como Elster (14) en Alemania que señalan que el diagnóstico de cáncer gástrico temprano como lo define la clasificación japonesa, puede ser hecho únicamente en el espécimen resecaado, lo cierto es que la utilidad de este concepto está bien demostrada. El pronóstico de sobrevivida a 5 años para el cáncer gástrico es generalmente inferior al 15% según diferentes autores - (24). Sin embargo, en pacientes con cáncer gástrico temprano sometidos a tratamiento quirúrgico curativo, la expectancia de vida a 5 años es alrededor del 90%. En Japón, antes de 1960, la frecuencia de lesiones que llenaban los criterios de cáncer gástrico temprano era alrededor del 5%. A partir de entonces a la actualidad, han lle-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gado a tener hasta un 33% de diagnóstico de estas lesiones. En otras partes del mundo, los mejores reportes no alcanzan el 15%.

Miller y Kaufman (33) reportaron sus resultados de sobre vida en Europa de cáncer gástrico temprano y reuniendo los resultados de 256 centros, recopilaron un total de 300,711 endoscopías. Reportaron un total de 17,751 casos de cáncer gástrico (frecuencia de 5.9%) y el cáncer gástrico temprano se encontró en 1099 casos -- (0.37%). Efectuaron un total de 2027 biopsias y sólo tuvieron una po sitividad del 54%. La distribución por sexo fue 60% hombres y 40% - mujeres y la distribución por edad fue entre la sexta y séptima déca das de la vida.

Morrisey (35) reportó haber encontrado en su serie una - frecuencia de cáncer gástrico de 4.4% y de cáncer gástrico temprano del 0.10%. La frecuencia de biopsias positivas fue 84.1% y citología positiva 60.1%. Señaló además que en 39.7% de los casos de cáncer - gástrico temprano hubo signos radiológicos positivos. Sancho-Poch - (42) en una serie de 2802 exámenes endoscópicos encontró 174 pacientes (6.20%) con cáncer gástrico. De ellos, el 71.26% fueron hombres y el 28.73% mujeres. Los tumores se localizaron al cardias y fundus en el 12.06%, al cuerpo gástrico en el 21.83% y en el antro 37.93%, - localización similar a la de nuestra serie. El diagnóstico correcto endoscópicamente se estableció en el 90.2% y el diagnóstico por - biopsia en el 93.6%. Encontró cáncer gástrico temprano en 7 pacien- tes, de los que en 4 casos (57%) el diagnóstico endoscópico fue co- rrecto y la biopsia fue positiva en 5 (71%).

Kobayashi (25) al valorar la citología y biopsia transen doscópica para el diagnóstico de cáncer gástrico, encontró que en - 1440 casos de cáncer gástrico, la toma de biopsia por visión directa tuvo una exactitud del 94.2%. Del total de casos, 253 (17.56%) fue-- ron cánceres gástricos tempranos y en ellos el diagnóstico se esta- bleció en el 96%; en los restantes 1187 casos de cáncer gástrico -- avanzado, la exactitud diagnóstica de la biopsia fue del 93.6%. Para la citología en cáncer gástrico temprano encontró una exactitud del 95.3% y en cáncer gástrico avanzado del 96.9%. Un estudio posterior

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

18

de este mismo autor (26) realizado entre 1965 y 1975, recopiló 381 - pacientes con 396 lesiones de cáncer gástrico temprano. El estudio - diagnóstico inicial fue correcto en 204 (53.5%) de los pacientes, y el porcentaje de exactitud fue mayor al repetir el estudio por segunda y tercera vez. La biopsia tuvo una exactitud diagnóstica por arriba del 95% en el primer estudio, por lo que no consideraron necesario practicar citología. La sobrevida a 5 años fue del 95%.

Mountford (36) en Inglaterra, en un período de 3 años, - estudió 265 casos de úlcera gástrica de las que 37 (14%) fueron malignas. En el grupo de úlceras benignas hubo una incidencia igual en cuanto a sexo. Las úlceras malignas mostraron preponderancia en hombres. Tanto para las úlceras benignas como para las malignas, la incidencia en cuanto a edad fue similar (65 a 70 años). En lo que to ca a localización, la mayoría de las úlceras se presentaron en la - curvatura menor y no encontraron evidencia de que las úlceras de la curvatura mayor la mayoría de veces sean malignas. El porcentaje de - falla diagnóstica radiológica fue del 22% y el porcentaje de falla - endoscópica fue del 19%. La biopsia fue positiva en dos terceras par tes de los casos. La citología por dificultades técnicas la practica- ron sólo en pocos casos.

Ito (24) en una serie de 168 pacientes con adenocarcinoma gástrico encontró 14 (8.3) que llenaron los criterios de cáncer - gástrico temprano. El diagnóstico endoscópico se hizo en 6 (42.85%) de los 14 casos. La biopsia fue positiva en 12 (86%) y la citología sólo en 7 de 13 casos (54%). Jennifer A. Young (53) resaltó la impor- tancia del estudio citológico por un método de colección y prepara- ción especial y en su serie encontró una exactitud diagnóstica por citología del 91.8% para todos los tipos de tumores y del 98% para - el adenocarcinoma gástrico, mientras que la exactitud diagnóstica - por histología endoscópica fue del 68.9%. Laguna y cols (27) en un - estudio realizado también con la finalidad de valorar la malignidad en la citología gástrica encontraron un 91.7% de exactitud en diag- nósticos negativos y 94.1% en diagnósticos positivos y señalaron que la posibilidad de diagnóstico correcto aumenta en razón directa al -

tamaño del tumor. Wiendl (52) en una serie de 611 pacientes con cáncer gástrico encontró una exactitud diagnóstica por citología del 80,4%, comparada con exactitud por biopsia del 81%.

Para asegurar que la toma de biopsia fuera del sitio adecuado, Suzuki y cols (47) comenzaron a usar la tinción de la mucosa gástrica empleando azul de metileno. De esta forma, en 76 casos de cáncer gástrico tuvieron una exactitud diagnóstica del 92%. De ellos, 51 fueron cánceres gástricos tempranos y la exactitud en los mismos fue del 90%. Baker y Eslava (1) en un estudio que hicieron con este mismo método, tuvieron un 100% de exactitud diagnóstica, aunque su estudio sólo involucró 6 cánceres gástricos.

Podemos concluir de nuestros resultados y de la revisión de la literatura que los tipos de patologías que nosotros observamos más frecuentemente, corresponde al que se aprecia en otras series. El hecho de que las gastritis y duodenitis no hayan ocupado un lugar preponderante en frecuencia se debe a que estas entidades se reportaron como tales sólo cuando se encontraron como única patología observable endoscópicamente. Al asociarse a otras enfermedades como úlcera gástrica o duodenal, hernia hiatal, vórices esofágicas, etc., fue este el reporte que consignamos.

Igualmente, la presentación de la úlcera y cáncer gástrico corresponde aproximadamente al que se reporta en muchos artículos de la literatura general en cuanto a edad, sexo y localización. Llamó nuestra atención que la úlcera duodenal fuera menos frecuente que la gástrica, pero no tenemos explicación satisfactoria para este hecho y presentamos otro reporte donde sucedió de la misma manera. La frecuencia de error en el diagnóstico clínico y radiológico de la úlcera y del cáncer gástrico es también aproximada al de los estudios de otros autores. El sangrado de tubo digestivo alto como entidad que dificulta establecer el diagnóstico clínico etiológico correcto de la úlcera y cáncer gástrico, se comprueba también en otros reportes y es ampliamente comentado previamente.

Uno de los hechos más importantes y que debe destacarse

es que la gran mayoría de cánceres gástricos vistos en nuestra serie correspondían a estadios avanzados. Esto es fácilmente explicable por el gran tiempo que pasa desde que el paciente comienza con síntomas hasta que acude al médico. Afortunadamente el cáncer gástrico no es de los más frecuentes en nuestro país y además tampoco es posible efectuar en nuestro medio estudios endoscópicos rutinarios y seriados para diagnóstico de cáncer gástrico en etapas tempranas. Esta situación y muchas otras similares podrían cambiarse si se mejorara la educación médica de nuestra población y si por otro lado, los sistemas médicos Institucionales de nuestro País se adecuaron a la situación real.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beker S., Eslava F.: ENDOSCOPIC TOLUIDINE BLUE SCATTERING METHOD IN THE DIAGNOSIS OF GASTRIC LESIONS. Gastrointestinal Endoscopy-24: 72-73, 1977
- 2.- Blumgart L.H.: REWARDS AND RESPONSIBILITIES OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. Gastrointestinal Endoscopy 25: 123-126, 1979.
- 3.- Boom R.A., Rea M.: RADIOLOGIA O ENDOSCOPIA PERORAL. OPCIONES EN SU INDICACION. ¿CUAL MEJOR? ¿CUAL PRIMERO? 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974
- 4.- Colcher H.: CURRENT CONCEPTS GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. N.E.J.Med 293: 1129-1131, 1975
- 5.- Cheit M.M., Turnbull D.: THE ANATOMIC DISTRIBUTION OF GASTRIC EROSIONS FROM STRESS AND GASTRIC IRRITANTS IN PATIENTS WITH CANCER. Gastrointestinal Endoscopy 24: 233-235, 1978
- 6.- Chung S.K., Gurll N.: PERFORATION OF PEPTIC ULCER RELATED TO FIBEROPTIC ENDOSCOPY. Dig Dis Sci 24: 926-928, 1979
- 7.- Dagradi A.E., Arguello J.: FAILURE OF ENDOSCOPY TO ESTABLISH A SOURCE FOR UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING. A.J. Gastroenterol 72: 395-402, 1979
- 8.- Dagradi A.E., Ruiz R.: INFLUENCE OF EMERGENCY ENDOSCOPY ON THE MANAGEMENT AND OUTCOME OF PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE. A.J. Gastroenterol 72: 403-415, 1979.
- 9.- Davis R.E., Graham D.: ENDOSCOPIC COMPLICATIONS Gastrointestinal Endoscopy 25: 146-149, 1979
- 10.- De Orio A.J., Greenlee H.: CIRUGIA DE LA ULCERA PEPTICA Clin Quir N.A.: 1161-1174, Diciembre, 1977
- 11.- Dyrszka H.: PERFORATION OF PEPTIC ULCER DURING ENDOSCOPY Dig Dis Sci 25: 637, 1980

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 12.- Eastwood G.L.: DOES EARLY ENDOSCOPY BENEFIT THE PATIENT WITH ACTIVE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING. Gastroenterology 72: 737-739, 1977.
- 13.- Echeverría J.L., Waller A., Boom R.; FIBRODUODENOSCOPIA. 3er. congreso Internacional de Endoscopia gastrointestinal México, 1974.
- 14.- Elster K.: GASTROSCOPIC BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCER. 3er. congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974
- 15.- Espejo R.H.: POSIBILIDADES DE LA ENDOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974
- 16.- Fernández J.P.: FIBROENDOSCOPIA DIGESTIVA. 1a. Ed. Editorial Marín, S.A., Barcelona, 1979
- 17.- Fung W.P., Papadimitriou J.: ENDOSCOPIC, HISTOLOGICAL AND ULTRASTRUCTURAL CORRELATIONS IN CHRONIC GASTRITIS. A.J. Gastroenterol 71: 269-279, 1979
- 18.- Greenlaw R., Shehan D.: GASTRODUODENITIS. Dig Dis Sci 25: 660-672, 1980
- 19.- Hirschowitz B.I., Curtiss L.: DEMONSTRATION OF A NEW GASTROSCOPE, THE "FIBERSCOPE". Gastroenterology 35: 50-53, 1958.
- 20.- Hughes W., Deventer G.V.: ATRAL GASTRIN CONCENTRATION IN GASTRIC ULCER DISEASE. Dig Dis Sci 25: 868-874, 1980
- 21.- Hurtado H., Boom R.: VALOR DE LA ENDOSCOPIA TEMPRANA EN EL DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal, México, 1974.
- 22.- Instituto Nacional de La Nutrición: ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUDENDO. Ed. Méndez Oteo, 1979
- 23.- Ito S., Kishi S.: AN ELEVATED TYPE OF GASTRIC ULCER SCAR. Gastrointestinal Endoscopy 25: 58-60, 1979
- 24.- Ito Y., Blackstone O.: THE ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCER. Gastrointestinal Endoscopy 25: 96-101, 1979

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 25.- Kobayashi S.: ENDOSCOPIC BIOPSY AND CITOLOGY IN DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.
- 26.- Kobayashi S., Kasugai.: ENDOSCOPIC DIFFERENTIATION OF EARLY GASTRIC CANCER FROM BENIGN PEPTIC ULCER. Gastrointestinal Endoscopy 25: 55-57, 1979
- 27.- Laguna J.C., Hernández D., Maruri T.: MALIGNIDAD EV CITOLOGIA GASTRICA. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974
- 28.- Lara F.E., Rea M.: EXAMEN GASTROSCOPICO. REVISION DE 414 CASOS. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.
- 29.- Liebermann T.R.: BACTEREMIA AND FIBEROPTIC ENDOSCOPY. Gastrointestinal Endoscopy 23: 36-37, 1976
- 30.- Liebermann T.R., Barnes M.: ENDOSCOPIA FIBROPTICA GASTROINTESTINAL. ASPECTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS. Clin. Quir. N.A. Vol 5 7776786, 1979.
- 31.- Mandelstam P., Sugawa Ch.: COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY AND WITH ESOPHAGEAL DILATION. Gastrointestinal Endoscopy 23: 16-19, 1976
- 32.- Manier J.W.: FIBEROPTIC GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY IN THE AGED. Gastrointestinal Endoscopy 23: 155-156, 1977
- 33.- Miller G., Kaufman M.: THE EARLY CANCER OF THE STOMACH IN EUROPE. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.
- 34.- Miyake T., Suzuki T.: CORRELATION OF GASTRIC ULCER HEALING FEATURES BY ENDOSCOPY, STEREOSCOPIC MICROSCOPY, AND HISTOLOGY, AND A RECLASSIFICATION OF THE EPITHELIAL REGENERATIVE PROCESS. Dig Dis Sci 25: 8-14, 1980
- 35.- Morrissey J.F.: THE DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCER. Gastrointestinal Endoscopy 23: 13-15, 1976

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 36.- Mountford H.A., Brown P.: GASTRIC CANCER DETECTION IN GASTRIC ULCER DISEASE. Gut 21: 9-17, 1980
- 37.- Nagy G.S. : AN EVALUATION OF ENDOSCOPY BASED ON 2300 EXAMINATION 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.
- 38.- Nelson R.S., Urrea L.: EVALUATION OF GASTRIC ULCERATION. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.
- 39.- Niizeki H., Okabe H.: ENDOSCOPIC STUDY OF THE GROWING RATE AND - PATTERNS OF GASTRIC CANCERS. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.
- 40.- Panish J.F.: GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY AND GASTROENTEROLOGY: PROLOGUE, DIALOGUE, EPILOGUE. Gastrointestinal Endoscopy 26: 83-35, 1980.
- 41.- Raling T.G., Pressgrove.: AN APPRAISAL OF PATIENTS' REACTIONS TO "INFORMED CONSENT" FOR PERORAL ENDOSCOPY. Gastrointestinal Endoscopy 24: 69-70, 1977
- 42.- Sancho-Poch F.J., Balanzo J.: AN EVALUATION OF GASTRIC BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER. Gastrointestinal Endoscopy - 24: 281-282, 1978
- 43.- Schindler R.: GASTROSCOPY 2nd. Edition. The University of Chicago Press, 1966.
- 44.- Seifert E., Butke H.: DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCER. A.J. Gastroenterol 71: 563-567, 1979.
- 45.- Shahmir M., Shuman B.: COMPLICATIONS OF FIBEROPTIC ENDOSCOPY. Gastrointestinal Endoscopy 26: 86-91, 1980.
- 46.- Stevenson E.W.: WHO NEEDS RADIOLOGY. Gastrointestinal Endoscopy 26:119-125, 1980.
- 47.- Suzuki S., Ono K.: ENDOSCOPIC DYEING FOR DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCER. 3er. Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.
- 48.- Tedesco F.J., Best R.: ROLE OF GASTROSCOPY IN GASTRIC ULCER PATIENTS. Gastroenterology 78: 170-173, 1977.

49.- Thoeni R.F., Cello J.: A CRITICAL LOOK AT THE ACCURACY OF ENDOSCOPY AND DOUBLE CONTRAST RADIOGRAPHY OF THE UPPER GASTROINTESTINAL (UGI) TRACT IN PATIENTS WITH SUSTANTIAL UGI HEMORRHAGE. *Diag Radiol* 135: 305-308, 1980.

50.- Thomas Joan, Greig Margaret.: CHRONIC GASTRIC ULCER AND LIFE EVENTS. *Gastroenterology* 78: 9056911, 1980.

51.- Weinstein N.M. GASTROSCOPY FOR GASTRIC ULCER. *Gastroenterology* 73: 1160-1162, 1977.

52.- Wiendl H.J., Mass E.: ENDOSCOPIC BRUSH-CYTOLOGY IN GASTRIC CANCER DIAGNOSIS. *Jer. Congres Internaciona De Endoscopia Gastrointestinal. México, 1974.*

53.- Young A. Jennifer, Hughes E. Helene: THREE YEAR TRIAL OF ENDOSCOPIC CYTOLOGY OF THE STOMACH AND DUODENUM. *Gut* 21: 241-246, 1980.