



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**

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

**PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL TRACTO  
GASTROINTESTINAL SUPERIOR POR HALLAZGOS  
PANENDOSCOPICOS DEL SERVICIO DE  
GASTROENTEROLOGIA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE.**

**T E S I S   D E   P O S G R A D O**  
**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN**  
**GASTROENTEROLOGIA**

**P R E S E N T A**

**DR. EFRAIN CRUZ VIVAS**



**ISSSTE**

**MÉXICO, D.F.**

**1998.**



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.



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lilian Cruz Vivas

FECHA: 12/Nov/2007

FIRMA: Lilian Cruz Vivas

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**U.N.A.M.**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"  
I.S.S.S.T.E.

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL TRACTO  
GASTROINTESTINAL SUPERIOR POR HALLAZGOS  
PANENDOSCOPICOS DEL SERVICIO DE  
GASTROENTEROLOGIA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE.

TESIS DE POSGRADO,

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN  
GASTROENTEROLOGIA

PRESENTA

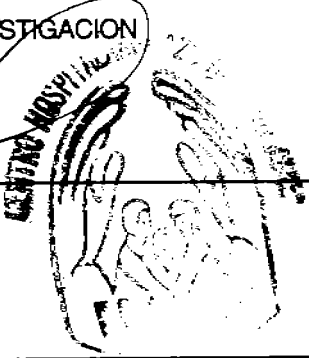
DR. EFRAIN CRUZ VIVAS

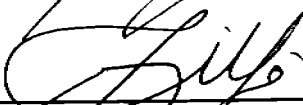
**I.S.S.S.T.E**

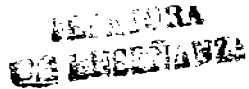
**MEXICO, D.F.1998**

  
DR. MANUEL GONZALEZ VIVIAN  
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

  
DR. SALVADOR GAVINO AMBRIZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA



  
DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACION



  
DRA. MAYRA VIRGINIA RAMOS GOMEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

  
DRA. MAYRA VIRGINIA RAMOS GOMEZ  
ASESOR DE TESIS

  
DR. ANGELINO DE LEON LOPEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE CIRUGIA

  
DR. EFRAIN CRUZ VIVAS  
AUTOR DE TESIS

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Mi Guía, en todo momento, a quien anhelo imitarlo.

### **A TI MADRE:**

Por haberme dado la vida, por su amor incondicional, tu apoyo pilar de mi vida.

### **A TI PADRE:**

Hombre, que me dió fuerzas, para triunfar.

### **A MIS HERMANOS**

(Jorge, Sergio y Rosa María)

Siempre con su apoyo moral, y a quien les deseo lo mejor en sus profesiones.

### **A MI ESPOSA**

y a mi hijo Luis.

Quienes forman parte de mi vida, su apoyo, no tiene precio, mi fuente de felicidad.

### **A MI ALMA MATER**

Al C.M.N. 20 DE NOV., del Instituto de Seguridad Social, al Servicio de los Trabajadores del Estado, porque hoy avala mi especialidad.

A quien dedique 3 años de mi vida, del cual ahora tengo satisfacción y gratitud.

### **A MIS PROFESORES:**

Porque me enseñaron, el camino de mi profesión, con admiración y respeto a la Dra. Mayra V. Ramos Gómez, Dr. Manuel Castellanos Neri, y al Dr. Tomas Cortes Espinosa.

## RESUMEN

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR POR HALLAZGOS PANENDOSCOPICOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE. Dr. Efraín Cruz Vivas, Dra. Mayra V. Ramos Gomez, Dr. Rodolfo Sanchez Cisneros, Servicio de Gastroenterología y Anatomía patológica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. I.S.S.S.T.E., México, D.F.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de las enfermedades Gastrointestinales del tubo digestivo superior, para poder identificar las enfermedades de nuestro medio mas frecuentes. **MATERIAL Y METODOS:** se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a Endoscopia alta de consulta externa y hospitalizados de nuestro servicio de Gastroenterología y los referidos de otros servicios de Enero 1986-Diciembre 1996, registrando diagnóstico endoscópico y revisión de biopsias tomadas. **RESULTADOS:** 7542 estudios, Enfermedad Esofágica: Hernia Hiatal: 2023, Hiato Incompetente: 1635, RGE: 2125, Esofagitis: 1205, Várices E.: 925, A. Sh.: 24, Ca E: 23, Estenosis Esofágica: 35, Barret: 20, Pólipo E: 6, Divertículo Esofágico: 19, Enfermedades del Estómago.- Gastritis Erosiva: 1824, Gastritis crónica: 660, Gastritis crónica atrófica: 2460, Erosión gástrica: 35, Úlcera Gástrica: 502, Pólipo Gástrico: 126, Várices Gástricas: 57, Xantoma Gástrico: 4, Telangiectasias: 2, Divertículos: 10, Hiperplasia G: 7, Cáncer G: 9, Leiomioma G: 1, Linfoma G: 2, Angiodisplasia G: 11, Enfermedades del Duodeno.- Duodenitis: 1215, Duodenitis Erosiva: 304, Pólipo duodenal: 12, Bulbitis: 166, Úlcera Duodenal: 428, Ca Duodenal: 5. Con rango de edad de 11-77 años, edad promedio 53.7%, 3937 Hombres (47.7%), y 3604 Femeninos (52.2%) La enfermedad prevalente de Esófago fué el Reflujo Gastroesofágico 28.12%, del Estómago la Gastritis Superficial-32.6%, y del Duodeno la Duodenitis con un 16.1%, y el 6% de los estudios fueron normales (488).

## ABSTRACT

PREVALENCE OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT DISEASES BY ENDOSCOPIC FINDINGS AT THE GASTROENTEROLOGY SERVICE C.M.N. 20 NOVIEMBRE MD. Cruz Vivas E, MD Ramos Gomez M., MD. Sanchez Cisneros R., Service of Gastroenterology and Pathology, National Medical Center 20 de Noviembre, ISSSTE:

**OBJECTIVES:** To determinate the prevalence of upper gastrointestinal tract diseases to identify the most frequent pathologies. **MATERIALS AND METHODS:** a retrospective analysis was performed from all the endoscopic reports and clinical charts from January 1986-December 1996, reviewing the anatomopathological diagnosis. **RESULTS:** There were 7 542 eligible reports, from wich there were found the following pathologies: Esophageal diseases=Hiatal hernia:2023, Incompetent hiatus:1635, Gastroesophageal Reflux Disease:2125, Esophagitis:1205, Esophageal varices:925, Achalsky ring:24, Esophageal cancer:23, Esophageal stenosis:35, Barrett's Esophagus:20, Esophageal polyps:6 Esophageal diverticulum:19. Gastric Diseases=Erosive gastritis:1824, Chronic gastritis:660, Atrophic gastritis:2460, Gastric erosion:35, Gastric Ulcer:502, gastric polyp:126, Gastric varices:57, Gastric xanthoma:4, Gastric telangiectasia:2, gastric diverticulum:3, gastric hyperplasia:7, Gastric cancer:9, gastric lymphoma:2, Gastric angiodysplasia:11. The mean age was 53.7 years old (range 11-77 years) There were 3937 men (47.7%) and 3604 women (52.2). The most frequent disease from esophagus was Gastroesophageal reflux disease (28.1%) Superficial gastritis was the most common gastric disease (32.6%) and Duodenitis was the most frequent duodenal pathology. There were 6% normal studies.



<b>INDICE</b>	<b>PAGINA.</b>
1.- INTRODUCCION	1
2.- OBJETIVOS, MATERIALES Y METODOS.	2
3.- RESULTADOS.	6
4.- DISCUSION.	17
5.- CONCLUSION.	19
6.- BIBLIOGRAFIA.	20

## INTRODUCCION

El Tubo Digestivo superior está formado, por el Esófago, Estómago y el Duodeno, hasta el ángulo de Treitz. Y gran parte de patología gastrointestinal, se encuentra, en esta porción.

En muchas ocasiones es necesario la realización de estudios Endoscópicos, para confirmación Diagnóstica. El ser realizado por Gastroenterólogos, con subespecialidad en Edoscopia, tiene mayor valor predictivo, ya que muchas veces se requieren de biopsias. (1) Además muchos procedimientos son injustificados, aprox. 8.2%, muchas veces con reporte normal. (2,6-9).

Sin embargo cada día se incrementa el número de pacientes referidos para estudios Endoscópicos, con los diagnósticos clínicos más frecuentes de dolor abdominal, Náuseas y Vómitos, Diarrea y constipación, Disfagia, enfermedad Ulcerosa péptica, Enfermedad inflamatoria intestinal, Anemia, Sangrado gastrointestinal, Enfermedad pancreática, Anormalidades bioquímicas hepáticas, Cirrosis, Ictericia y cálculos, Gastrostomía percutanea, y anormalidades de SEG.D. (1,3-5).

Se estima que el 1% de la población general requiere alguna vez estudio Endoscópico alto. (10).

Hay estudios Endoscópicos realizados en otros países, que valoran a pacientes referidos por Dispepsia, encontrando organicidad, por Ulcera Péptica, Ulcera gástrica, Ulcera pilorica, Ulcera Duodenal, Esofagitis, Ca Gástrico, así como dispepsia no orgánica (11-15). Malu, realizó, un trabajo, encontrando, que las indicaciones de los estudios, fueron.- Dispepsia (78%) Sangrado Gastrointestinal superior (12%), Hipertensión portal (42%). La edad media 32a, H: M 3:1, resultando.- Hallazgos normales: 32.7%, Ulcera Duodenal: 26.6%, Duodenitis: 24.8%, Várices esofágicas: 6.3%, Gastritis: 6.3%, Hernia Hiatal: 4.6%. (16). En México, también, la prevalencia de la enfermedad es alta, por lo que es el propósito, de nuestro estudio, conocer a nuestra población, en forma global, para posteriormente, realizar estudios mas detallados.

## OBJETIVO.

Determinar la prevalencia de enfermedades gastrointestinales del tubo digestivo superior, a través de una revisión de expedientes, a pacientes sometidos, a Endoscopia alta, y poder identificar las enfermedades en nuestro medio.

## MATERIAL Y METODOS.

El estudio fue Retrospectivo, Longitudinal y descriptivo.

Se revisaron los Expedientes, de los pacientes, sometidos a Endoscopia gastrointestinal superior, de la Consulta externa y Hospitalizados, del servicio de gastroenterología, y los pacientes referidos de otros servicios, del C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE, del periodo de Enero de 1986 a Diciembre de 1996, fueron considerados en el estudio.

Se utilizó, un formato donde se vaciaron, los datos, se recolectó: fecha del estudio, Nombre del paciente, folio, edad, sexo, servicio de procedencia, Interno o Externo, Diagnóstico de envío, Diagnóstico Endoscópico, Biopsias tomadas, de esófago, estómago y Duodeno, así mismo se revisaron los reportes Histopatológicos, de las biopsias tomadas, de los 11 años incluidos en el estudio.

## ANALISIS ESTADISTICO.

Analizamos la incidencia de presentación de las enfermedades, del tubo digestivo superior, por porcentaje, así como el promedio de edad,



**ISSSTE**

**CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA  
(PANENDOSCOPIA)**

A		B	C	D	E	F	G	H
FECHA	NOMBRE	EXP.	EDAD	SEXO	SERPROS	CAMA	DIAGNOSTICO CLIN	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								



ISSSTE

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA  
(PANENDOSCOPIA)

	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	DIAGN. ENDOSCOPICO	CITOLOGIA	BIOPSIA ESOFAGO	ESOMAGO	DUODENO	ESCLEROTERAPIA			
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									

## ABREVIATURAS UTILIZADAS

HI	= HIATO INCOPELENTE
HH	= HERNIA HIATAL
RGE	= REFLUJO GASTRO ESOFAGICO
E	= ESOFAGITIS
VE	= VARICES ESOFAGICAS
EE	= ESTENOSIS ESOFAGICA
Ee	= EROSION ESOFAGICA
DE	= DIVERTICULO ESOFAGICO
PE	= POLIPO ESOFAGICO
Pe	= PRESBI ESOFAGO
UE	= ULCERA ESOFAGICA
Br	= ESOFAGO DE BARRETT
Ash	= ANILLO DE SHASKI
MW	= MALLORY WEYST
CaE	= CANCER ESOFAGICO
LEO	= LEIOMIOMA ESOFAGICO
GE	= GASTRITIS EROSIVA
GC	= GASTRITIS CRONICA
GAT	= GASTRITIS CRONICA ATROFICA
Gs	= GASTRITIS SUPERFICIAL
EG	= EROSION GASTRICA
UG	= ULCERA GASTRICA
PG	= POLIPO GASTRICO
VG	= VARICES GASTRICAS
Xan	= XANTOMA GASTRICO
Tel	= TELANGIECTASIA GASTRICA
Est	= ESTENOSIS GASTRICA
Div	= DIVERTICULO GASTRICO
Hg	= HIPERPLASIA GASTRICA
Cag	= CANCER GASTRICO
Leo	= MIOMA GASTRICO
LINF	= LINFOMA GASTRICO
ANG	= ANGIODISPLASIA GASTRICA
DT	= DUODENITIS
DTE	= DUODENITIS EROSIVA
PD	= POLIPO DUODENAL
BT	= BULBITIS
UD	= ULCERA DUODENAL
Cad	= CANCER DUODENAL

## RESULTADOS

Un total de 7,542 estudios se realizaron en el periodo comprendido. No se incluyeron a los pacientes en programa de escleroterapia.

### CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES:

La distribución por edad y género. de los pacientes, (ver cuadro 1), la edad promedio de los pacientes sometidos a Endoscopia superior fue de 53.7 años, los pacientes del sexo femenino en un 52.2% y los del sexo masculino un 47.7%. (ver tabla y pastel 1).

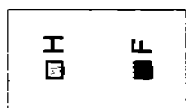
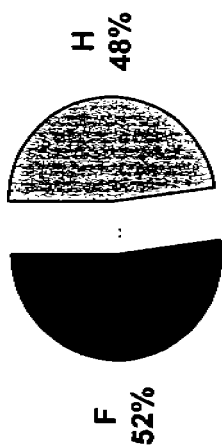
#### **Cuadro.- 1 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS.**

<b>EDAD PROMEDIO</b>	<b>53.77a</b>
<b>RANGO EDAD</b>	<b>11a - 99 a</b>
<b>SEXO</b>	
<b>MASCULINO</b>	<b>3,604 (47.7%)</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>3,937 (52.2%)</b>

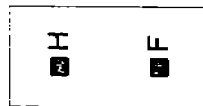
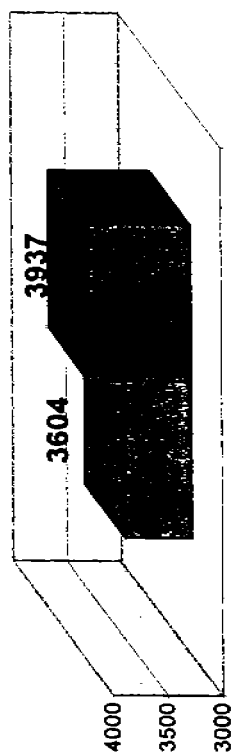
### HALLAZGOS ENDOSCOPICOS ESOFAGICOS

La imagen endoscópica fue el criterio para el diagnóstico. En cuanto al Diagnóstico de Henia hiatal, se consideró, tomando en cuenta el desplazamiento del cierre de la unión, respecto a la línea Z., Ya que como sabemos, la manometría es el Diagnóstico específico de la HH Y HI., En cuanto a los hallazgos de Várices esofágicas, sólo se incluyeron los de primera vez, y no los referidos, para programa de escleroterapia, así mismo el Dx. de Neoplasias esofágicas y esófago de Barret, solo se incluyó, con Diagnóstico histopatológico. donde se obtuvieron los sig. resultados. (Cuadro 2). (Tabla y Pastel 2)

# PASTEL 1 PORCENTAJE POR SEXO



# TABLA 1 DISTRIBUCION POR SEXO





**Cuadro 2 DESCRIPCION DEMOGRAFICA DE LAS DIFERENTES  
ENFERMEDADES ESOFAGICAS. EN 7,541 ESTUDIOS ENDOSCOPICOS**

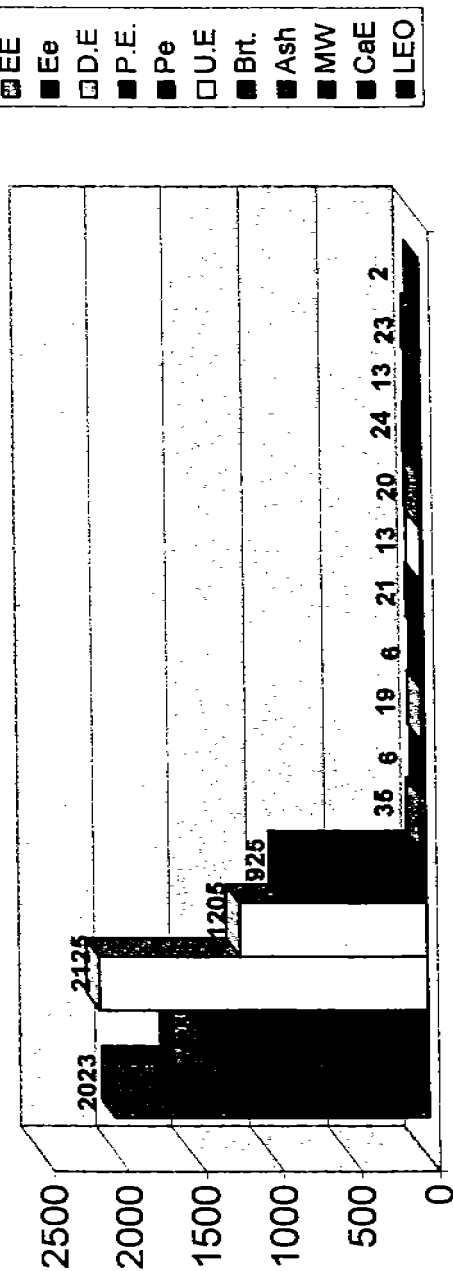
ENFERMEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
HERNIA HIATAL	2,023	26.8%
HIATO INCOPELENTE	1,635	21.61%
REFLUJO GASTROESOF. ESOFAGITIS	2,125	28.12%
LEVE	575	
MODERADA	527	
SEVERA	103	
TOTAL	1,205	15.90%
VARICES ESOFAGICAS		
G1.-	368	
G2.-	366	
G3.-	131	
G4.-	60	
TOTAL	925	12.23%
ESTENOSIS ESOFAGICA	35	0.23%
ESOFAGITIS EROSIVA	6	0.41%
DIVERTICULO ESOFAGICO	19	0.23%
POLIPOESOFAGICO	6	0.07%
PRESBIESOFAGO	21	0.27%
ULCERA ESOFAGICA	13	0.17%
ESOFAGO DE BARRET	20	0.26%
ANILLO SHASKI	24	0.31%
MALLORY WEST	13	0.17%
CA ESOFAGICO	23	0.30%
LEIOMIOMA ESOFAGICO	2	0.02%

**HALLAZGOS ENDOSCOPICOS GASTRICOS**

Se tomaron las mismas consideraciones diagnósticas, que en esófago, y el diagnóstico histopatológico, solo se consideró en cáncer Gástrico.

Los resultados encontrados son los sig. (Cuadro 3) (Tabla y Pastel 3).

**TABLA 2**  
**ENFERMEDADES DEL ESOFAGO**



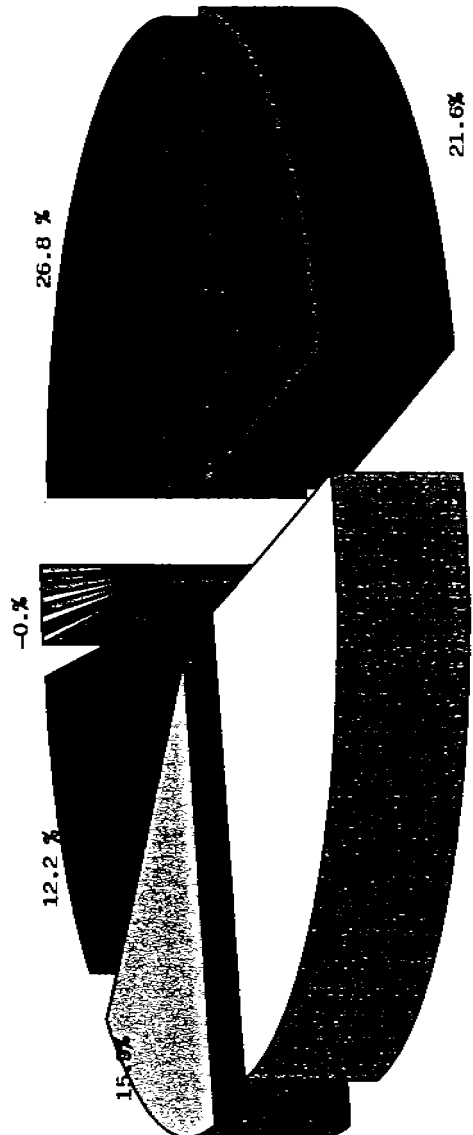
1

- HH
- HI
- RGE
- E
- VE
- EE
- Ee
- D.E
- P.E.
- Pe
- U.E
- Bit.
- Ash
- MW
- CaE
- LEO

# PASTEL 2

## PORCENTAJE ENFERMEDADES DEL ESOFAGO

- HH
- HI
- RGE
- E
- VE
- EE
- Ee
- D.E
- P.E.
- Pø
- U.E
- Brt.
- Ash
- MW
- C&E
- LEO



HH	HI	RGE	E	VE	EE	Ee	D.E	P.E.	Pø	U.E	Brt.	Ash	MW	C&E	LEO
2023	1636	2126	1206	926	36	6	19	6	21	13	20	24	13	23	2

**Cuadro 3 DESCRIPCION DEMOGRAFICA DE LAS DIFERENTES  
ENFERMEDADES GASTRICAS. EN 7,541 ENDOSCOPIAS**

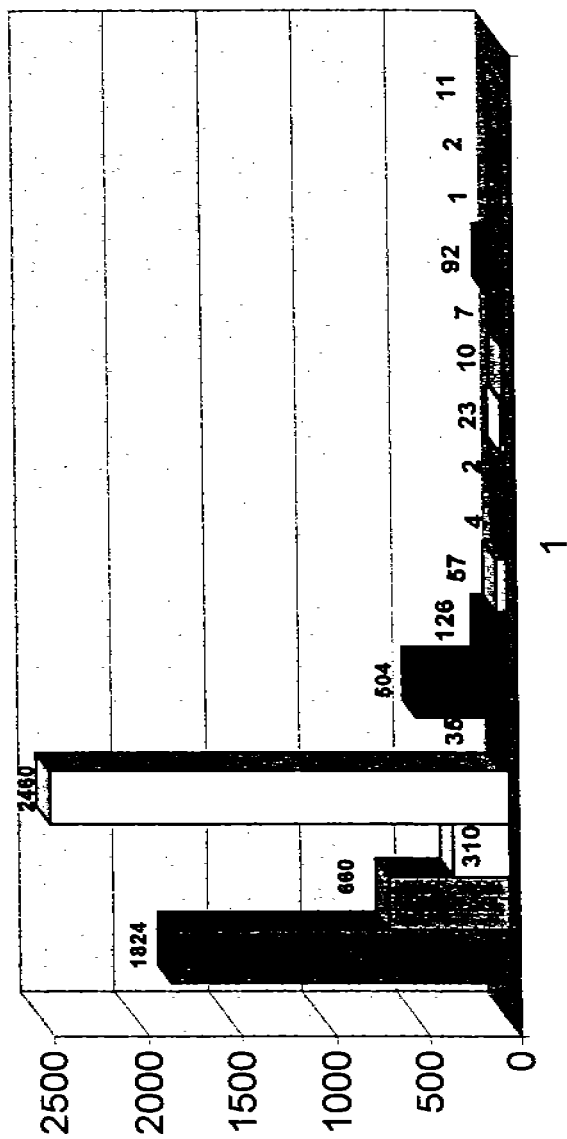
<b>ENFERMEDAD</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCETAJE</b>
GASTRITIS EROSIVA	1,824	24.18%
GASTRITIS CRONICA	660	8.75%
GASTRITIS CRONICA ATROFICA	310	4.11%
GASTRITIS SUPERFICIAL	2,460	32.62%
EROSION GASTRITICA	35	0.46%
ULCERA GASTRICA		
A1.-	129	
A2.-	298	
H1.-	56	
H2.-	19	
TOTAL	502	6.65%
POLIPO GASTRICO	126	1.67%
VARICES GASTRICAS	57	0.75%
XANTOMA GASTRICO	4	0.05%
TELANGIECTASIA GASTRICA	2	0.02%
ESTENOSIS GASTRICA	23	0.30%
DIVERTICULO GASTRICO	10	0.13%
HIPERPLASIA GASTRICA	7	0.09%
CANCER GASTRICO	9	1.21%
LEIOMIOMA GASTRICO	1	0.01%
LINFOMA GASTRICO	2	0.2%
ANGIODISPLASIA GASTRICA	11	0.14%

**HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE DUODENO**

Dentro de las enfermedades de Duodeno, la Duodenitis, fue la presentación, más frecuente, seguida, por la Úlcera Duodenal, en sus diferentes estadios; según Sakita. Así mismo se tomó en cuenta, los tumores con diagnóstico histológico ( ver Cuadro 4) (Tabla y Paste 4).

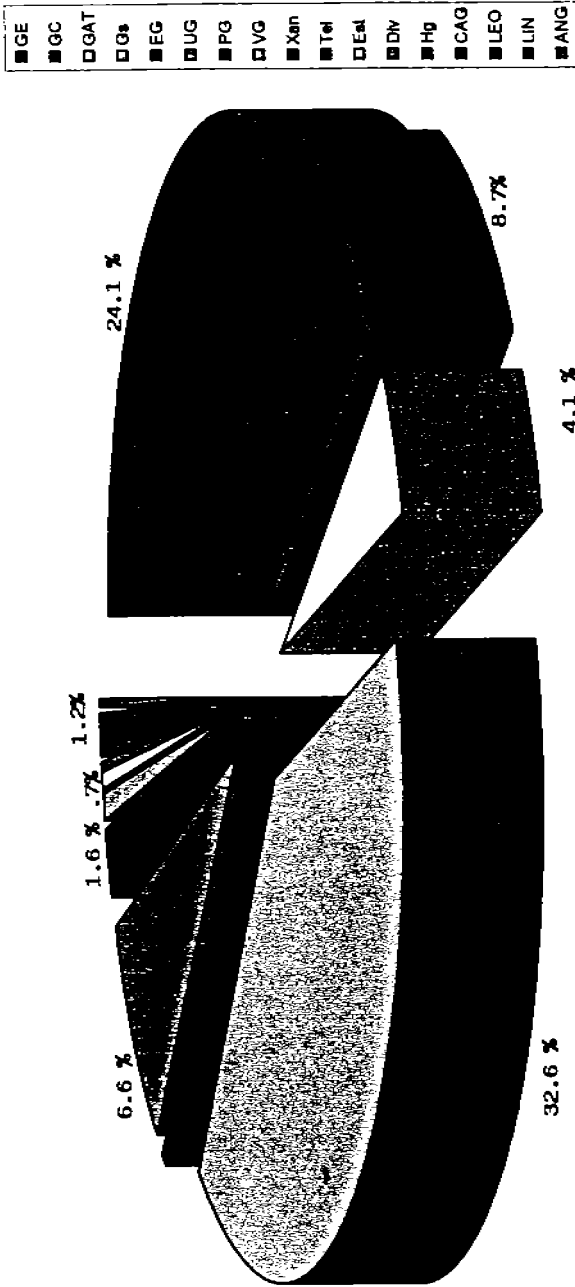
**TABLA 3**  
**ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO**

- GE
- GC
- GAT
- Gs
- EG
- UG
- PG
- VG
- Xan
- Tel
- Est
- Div
- Hg
- CAG
- LEO
- LIN
- ANG



# PASTEL 3

## PORCENTAJE ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO



- GE
- GC
- GAT
- Gs
- EG
- UG
- PG
- VG
- Xan
- Tel
- Est
- Div
- Hg
- CAG
- LEO
- LIN
- ANG

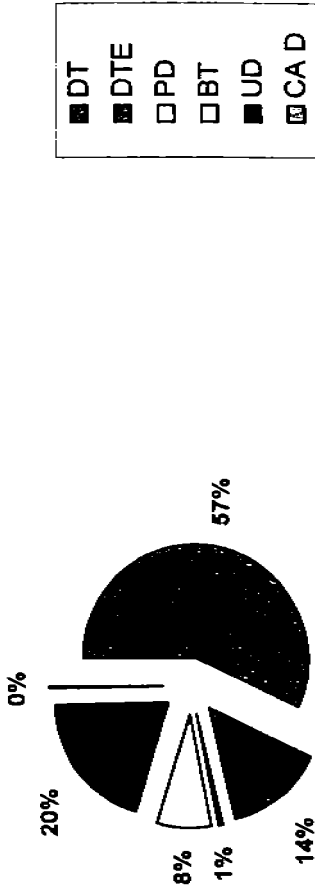
GE	GC	GAT	Gs	EG	UG	PG	VG	Xan	Tel	Est	Div	Hg	CAG	LEO	LIN	ANG	ANG
1824	660	310	2460	36	504	126	57	4	2	23	10	7	92	1	2	11	11

**Cuadro 4 DESCRIPCION DEMOGRAFICA DE LAS ENFERMEDADES DE  
DUODENO. EN 7,541 ENDOSCOPIAS**

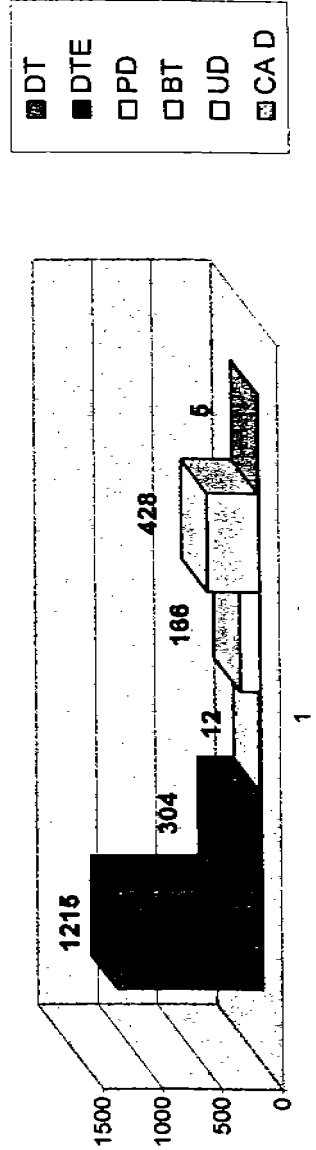
ENFERMEDAD	NUMERO	PORCETAJE
DUODENITIS	1,215	16.11%
DUODENITIS EROSIVA	304	4.03%
POLIPO DUODENAL	12	0.15%
BULBITIS	166	2.20%
ULCERA DUODENAL		
A1.-	82	
A2.-	291	
H1.-	40	
H2.-	15	
TOTAL	428	5.67%
CANCER DUODENAL	5	0.06%

ESTUDIO NORMALES.- 488, que corresponden a un 6.4% de los estudios. (ver Paste 5).

## PASTEL 4 PORCENTAJES ENFERMEADES DEL DUODENO

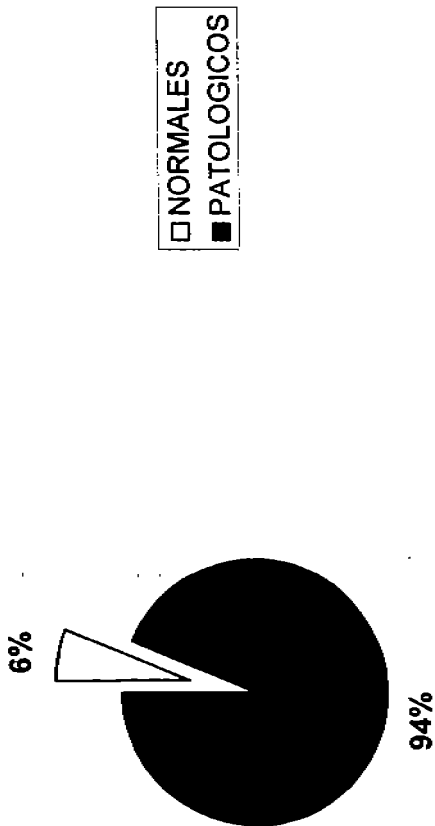


## TABLA 4 ENFERMEADES DEL DUODENO





**PASTEL 5  
DE 7542 ENDOSCOPIAS, 488 FUERON ESTUDIOS  
NORMALES**



## DISCUSION.

En nuestro estudio de 7 541 Endoscopías altas, muestra que la mayoría de los pacientes, tenían, mas de un Diagnóstico, ya que se analizaron las 3 porciones del tracto superior. es interesante señalar que un 6.4% de los estudios fueron normales, a diferencia que el reportado por Malu. correspondiente un 32.7% (16). Quizá sea debido a endoscopías innecesarias. es por eso la importancia el justificar el estudio.

La presente investigación fue diseñada precisamente para conocer la relación de las diferentes enfermedades, mas frecuentes.

De esta forma encontramos, que de las 7541 Endoscopías realizadas, de las enfermedades del esofago, el Reflujo Gastroesofágico correspondió al 28.1%, La Hernia hiatal el 26.8%, Brian reporta 25% y 40% respectivamente(48), y el hiato incompetente el 21.6%, es indudable que estas tres entidades estar relacionadas, y muchos de nuestros pacientes, presentaron estos 3 diagnósticos. La esofagitis correspondió a un 15.90%, en sus 3 grados, seguramente está relacionado con la cantidad y grado reflujo, y el método que es mas sensible y específico es la PH-metría.(16-20).

A muchos de nuestros pacientes se les realizó biopsias del esófago, en las Esfagitis Crónica, y se demostró 20 pacientes con esófago de Barrett(0.20%). Por lo que sería realizar otros estudios específicos, y seguimiento de estos pacientes, ya que el riesgo de desarrollo de displasias y Ca.esofago es alto.(10%)(21-26, 49). De allí la importancia de realizar biopsias Endoscópicas en sospecha.(27,28). El Cáncer esofágico correspondió a un 0.30%(30 casos). Algunos en relación al esófago de Barrett.

La incidencia de Várices Esofágicas fue de 925 casos, de primera vez,(12.5) Malu observó 6.3%, es por eso la importancia determinar la incidencia y predecir riesgo de hemorragia e iniciar antihipertensivos.(29-32), con realización de escleroterapia en su evento de sangrado(33-35). las otras enfermedades de esófago, estan descritas Cuadro 2.

En cuanto a las enfermedades del Estómago, se reportó un 32.6% de Gastritis Superficial, comparado con el estudio de Sippopen (50%), esta disminución probablemente sea debido al tipo de población estudiada de menor edad.(36).

La segunda causa fué la gastritis erosiva en un 24.18%, el motivo de referencia fue mayormente Hemorragia de Tubo Digestivo. La Gastritis crónica, se presentó en un 8.7%, y las Gastritis crónicas atróficas en un 4.11%, por confirmación histológica. En nuestro estudio, no se valoró la asociación de *Helicobacter pylori*, sin embargo se habla de un porcentaje muy alto en publicaciones recientes(37-39). Por lo que posteriores estudios, pueden realizarse en nuestra población. La prevalencia de la Enfermedad ulcerosa Gástrica fue 6.6%, con un total de 502 casos, predominando Tipo A2, según la clasificación de Sakita(298 casos), siendo similar a la serie publicada por Khuroo de 4.72%, con una prevalencia mayor, después de la 5ta. década de la vida(28%) (40). también, se menciona que mas del 80% de las Ulceras gástricas esten colonizadas por *Helicobacter pylori*, por lo que debe ser parecida, en nuestra población, sin embargo, no está incluido en nuestro estudio, así como la asociación de Cáncer Gástrico. En nuestra casuística se reportaron 92 casos de Adenocarcinoma Gástrico(1.2%) Otras publicaciones hablan de un 4.3%(44). creemos que difiere de nuestra población, ya que durante 4 años, no se refinieron pacientes, a nuestro servicio, por razones de restructuración de nuestro CMN 20 DE Noviembre.

Los pólipos gástricos, fueron confirmados, su benignidad por biopsias tomadas, las Estenosis pilórica, seguramente estan asociadas a enfermedad ulcerosa. Y llama la atención el hallazgo de 2 linfomas gástricos.

La Duodenitis correspondió el 16.11%, y la Úlcera Duodenal un 5.6%, similar al reportado por Ansson (4.5%) (44). El Adenocarcinoma Duodenal, es muy raro, sin embargo representa la mitad de los tumores del Intestino delgado, solo 5 casos se reportaron, por confirmación histológica (0.06%), siendo similar a publicaciones mas extensas. (45 - 47) .

## CONCLUSION

Conocer la Incidencia de las enfermedades prevalentes, en nuestro servicio de Gastroenterología nos da una pauta en cuanto a poder distinguir clínicamente las enfermedades. Así como la identificación temprana de lesiones premalignas, o malignas en fase temprana, con el apoyo de Biopsias, y ofrecer un tratamiento oportuno. Que nos de menores complicaciones a nuestros pacientes. Así como el seguimiento de pólipos, por lo menos de 5 años. En este estudio el reflujo gastroesofágico, fue el hallazgo esofágico prevalente (28.1%). Del estómago, la gastritis superficial (32.6%), y del Duodeno la Duodentitis en un 16.11%, las Ulceras pépticas ocuparon un buen porcentaje, así como las várices esofágicas por hipertensión portal.

Este estudio, abre las puertas, para futuras investigaciones, que deben ser practicadas, de forma mas detallada, esto es sólo un panorama general de una población de 11 años, que nos aporta muchos conocimientos. Que deben ser explotados.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- James A. Disario, J. Patrick Waring, Robert A. Sanowski, Darrell D. Wadas. The gastroenterologist; physician or technician. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1991;37: 315- 318.
- 2.- Phyllis E. Sapienza, Gary M. Levine, Sherry Pomerantz, Jay H. Davidson, Joan Weinryb, and Joel Glassman. Impact of a quality Assurance program on Gastrointestinal Endoscopy. 1992, 102; 387-393.
- 3.- Pancotto FS, Maning AP, Tyor MP. Analysis of patients referred to the gastroenterology service of a VA Medical center. *Clin Res* 1979; 27; 277.
- 4.- Manning AP, Long TT, Tyor MP. Analysis of patients referred to a gastroenterologist practicing in a community hospital. *Gastroenterology* 1980; 79: 566-70.
- 5.- Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy. A percutaneous endoscopic technique. *J.Pediatric Surg*. 1980; 15: 872-5.
- 6.- American College of Physicians. Health and Public Policy Committee. Endoscopy in evaluation of dyspepsia. *Ann Intern Med*. 1985; 102: 166-269.
- 7.- American college of Physicians. Health and Public Policy committee. Clinical competence in diagnostic esophagogastrroduodenoscopy. *Ann Intern Med*. 1987; 107: 937-939.
- 8.- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Manchester, MA; Am. Soc Gastrointest Endosc. 1989.
- 9.- Mortsey JF. The problem of inappropriate endoscopy. *Ann intern Med* 1988;109:605-606.
10. M:A:Quine, G:D: Bell, R:F: McCloy, H:B: Devlin, A. Hopkins. Appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy. *Gut*. 1994; 35: 1209-1214.
11. T. Johannessen, H.Petersen, P.M. Kleveland, J.H: Dybdahl, A.K. Sandvik. E. Brenna. The predictive value of history in Dyspepsia. *Scan J. Gastroenterology*, 1990; 25: 689-697.
12. Talley NJ, McNeil D, Pipier DW. Discriminant value of dyspeptic symptoms. *Gut*; 1987, 28 40-46.
13. Kahn KL, Greenfield S. The efficacy of endoscopy in the evaluation of dyspepsia. *J. Clin. Gastroenterol* 1986;8: 346-358.
14. Gear MWL, Barnes RJ. Endoscopic studies of dyspepsia in a general practice. *Br. Med J*. 1980; 280: 1136-1137.
15. Jones R, Lydeard S. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *Br Med J*. 1989; 298: 30-32.
16. DeMeester TR, Wang Chi, Werty JA. Technique, indications and clinical use of 24 hours esophageal pH monitoring. *Ann Surgery* 1980; 79: 656-670.
17. Schindelbeck NE, Heinrich C, Konig A, et al. Optimal thresholds, sensitivity and specificity of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 1987;93: 85-90.
18. Pujol A, Grande L, Ros E, et al. Utility of inpatient 24-hour intraesophageal pH monitoring in diagnosis of gastroesophageal reflux. *Dig Dis Sci* 1988; 33: 1134-40.
19. Mattioli S, pilotti V, Spangaro M, et al. Reliability of 24-hour home esophageal pH monitoring in diagnosis of gastroesophageal reflux. *Dig Dis sci* 1989; 34: 71-8.
20. Panagiotis Kasapidis, Evaghlos Xynos, Apostolos Mantides. Differences in manometry and 24-H Ambulatory pH-Metry between patients with and without endoscopic or Histological Esophagitis in Gastroesophageal Reflux Disease. *Am.J. Gastroenterology*; 1993,88:1893-1899.
21. Hameeteman W, Tytgat GNJ, Houthoff HJ, et al. Barrett's esophagus: development of dysplasia and adenocarcinoma. *Gastroenterology* 1989;96: 1249-56.
22. Sprung J, Ellis FH, Gibb SP. Incidence of adenocarcinoma in Barrett's esophagus. *Am.J. Gastroenterology* 1984;79:817(abstrac).
23. Achkar E, Carey W. The cost of surveillance for adenocarcinoma complicating Barrett's esophagus. *Am. J. Gastroenterology* 1988;83:291-4.

24. van Der Veen AH, Dees J, Blankensteijn JD, et al. Adenocarcinoma in Barrett's esophagus: An overrated risk. *Gut* 1989;30:148.
25. Spechler SJ, Robbins AH, Bloomfield Rubins H, et al. Adenocarcinoma and Barrett's esophagus. An overrated risk? *Gastroenterology* 1984;87:927-33.
26. Cemerón AJ, Ott BJ, Payne Ws. The incidence of adenocarcinoma in columnar-lined(Barrett's) esophagus. *N. Engl.J.Med* 1985;313:857-9.
27. Reid BJ, Weinstein WM, Lewin KH, et al, Endoscopic biopsy can detect high-grade dysplasia or early adenocarcinoma in barrett's esophagus without grossly recognizable neoplastic lesions. *Gastroenterology* 1988;94:81-90.
28. PaulIA, Trier JS, Dalton MD, et al. The histologic spectrum of Barrett's esophagus. *N Engl J. Med* 1976; 295: 476-80.
29. Lebreç D DeFleury P, Rueff B, Nahum H, Benhamou JP. Portal hypertension, size of esophageal varices, and risk gastrointestinal bleeding in alcoholic cirrhosis. *Gastroenterology* 1980;79:1139-44.
30. Beppu K, Inokuchi K, Koyanagi N, Nakayama S, Sakata H, Kitano S, Kobayashi M. Prediction of variceal hemorrhage by esophageal endoscopy, *Gastrointest Endosc* 1981;27:213-8.
31. The North Italian endoscopic club for the study and treatment of esophageal varices. Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. A prospective multicenter study. *N Engl J Med* 1988; 319: 983-9.
32. sauerbruch T, Wotzka R, Kopcke W, harlin M, Heldwein W. et al, . Sclerotherapy the first episode of variceal hemorrhage in patients cirrhosis. *N Engl J med* 1988;319:8-15.
33. Dagradi AE, Stempien SJ, Owens LK, Bleeding esophagogastric varices : an endoscopy study. *Arch Surg.* 1986 92:944-7.
34. Burroughs AK, d' Heygere F, McIntyre N. pitfalls in studies of therapy for variceal bleeding in cirrhotics. *Hepatology* 1986;6:1407-13.
35. Westaby D, MacDougall BRD, Melia W, Theodossi A, Williams R. A prospective randomized study of two sclerotherapy techniques for esophageal varices. *Hepatology* 1983;3:681-4.
36. P.Sipponen, T.Helske,P.Jarvinen, et al, Fall in the prevalence of chronic gastritis over 15 years: analysis of outpatient series in finland from 1977, 1985, and 1992. *Gut* 1994;35:1167-1171.
37. Blaser MJ. Hypothesis on the pathogenesis and natural history of Helicobacter pylori-induced inflammation. *Gastroenterology* 1992;102:720-7.
38. Parsonnet J, Blaser MJ, Perez-perez GI, Hargrett B, Tauxe RV. Symptoms and riskfactors for helicobacter pylori infection in a cohort of epidemiologists. *Gastroenterology* 1992;102:41-7.
39. Kuipers EJ, pena AS, Kamp van G, Uyterlinde AM , Pals G, Seroconversion for Helicobacter pylori. *Lancet* 1993;342: 328-31.
40. M:S: Khuroo,R.Mahajan,S:A:Zargar, G Javid, and S.Munshi. Prevalence of pepticulcer in India: an endoscopy and epidemiological study in urban Kashmir. *Gut* 1989; 30: 930-934.
41. Kurata JH, Haite BM. Epidemiology of peptic ulcer disease. *Gastroenterology* 1984; 13:289-307.
42. Malhotra SL. Epidemiological study of peptic ulcer in the South India. *Gut* 1987; 8 : 180-8.
43. Raghvan P. Epidemiology of peptic ulcer in urban community in Chandirarth, Bombay,India. *Gastroenterology* 1982 42: 130-43.
44. hansson L.E. et al, The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenale ulcerdisease. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335: 242-249.
45. Ahwmark A; Anderson A; Iasson A. Primary carcinoma of the Duodenum. *Ann. Surg.*1980;1: 191-5.
46. Zollinger RM Jr. Primary tumors of the small intestine.*Am. J. Surg.* 1986;6; 151-6.
47. Giuliani A, caporale A, Teneriello F. Primary neoplasms of the small intestine, *Int. Surg.*1985;7;70-4.

48. Brian T. Johnston, Matthew. study Baritad in tha diagnostic gastroeshofagela reflux disease. Am.Gastroenterology 1996;91:1181-1184.
49. Stuart J S, Alan H.R, Hanna B.R, Miriam E.V., Adenocarcinoma and Barrett's Esophagus. Gastroenterology 1984; 87: 927-33.