

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA



**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL VALOR DE LA SERIE ESOFAGO-GASTRO-DUODENAL
Y LA ENDOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA ULCERA PEPTICA, HERNIA HIATAL,
Y EL CANCER DE ESOFAGO Y ESTOMAGO**

TRABAJO DE INVESTIGACION

Que para obtener el Diploma de Especialización en Gastroenterología,
presenta el

Dr. Javier Acosta Flores

Vo Bo

UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA (PABELLON No. 107)
HOSPITAL GENERAL DE LA S.S. A.

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

JULIO DE 1980.



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 está 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 T R O D U C C I O N

La revolución Industrial iniciada en Europa en la segunda mitad del Siglo XIX, permitió y obligó al avance tecnológico en todas las áreas del conocimiento humano, sin que indudablemente quedara al margen la Medicina; conceptuada como el Pilar fundamental de la supervivencia del Homo Sapiens.

Es así que en cada uno de los aspectos que la Medicina Humana implica, hubieron de verse involucrados individuos dedicados al estudio de las técnicas y procedimientos que mejoraran y permitieran la mayor seguridad en el diagnóstico y tratamiento - conservador o cruento, de muchas de las enfermedades que nos aquejan desde muchas centurias atrás. -

Así, vino a desarrollarse la disciplina de la Endoscopia que se inicia en las postrimerías del siglo pasado con los tubos rígidos primero, posteriormente los que ya tenían una porción flexible en su extremo distal hasta llegar a los modernos fibroscopios que conocemos hoy en día y que a través de los años, su uso se ha tenido que considerar como una técnica imprescindible para el diagnóstico, auxiliada o auxiliando a los métodos clínicos, radiológicos y de laboratorio para obtener el diagnóstico -- certero en padecimientos de cavidades con vías de entrada natural o artificial, que finalmente pueden pasar desapercibidos sin el citado procedimiento.

Concretamente, hemos de hacer resaltar la Técnica de la Endoscopia Esófago-Gastro-Duodenal, que ha sufrido y salvado serios obstáculos para lle

gar al nivel con el cual se cuenta en la actualidad. Muchos han sido los ensayos que tuvieron que hacerse para llegar a obtener un endoscópio lo suficientemente flexible para introducirlo al tubo digestivo en forma tal, que permitiera la visualización nítida y completa de lesiones localizadas en zonas de difícil acceso, o ciegas a los métodos radiológicos, incluyendo los de doble medio de contraste como cita Gilles - Stevenson (Citado por Hirschowitz .2).

Fue Basil I. HIRSCHOWITZ de la Universidad de Alabama, quien nos reporta su historia personal del fibroscópio. Su aventura se inició en Sud-Africa por el año de 1946 después de que pudo observar un estómago a través de un endoscópio rígido y soñó con llegar a conseguir un equipo tal que incluso pudiera portar un sistema de televisión en circuito cerrado. Después

pasó a Inglaterra en donde estuvo experimentando con Avery Jones hasta 1953, y en 1954 con la publicación de Capany y Hopkin de su descubrimiento de la fibra-
óptica, aumentaron más sus deseos de obtener un endoscópio mejor (2).

Posteriormente fué a la Universidad de Michigan, E.U. a trabajar con el Dr. Pollard en el Hospital Ann Harbor e invitaron al Misma Capany para continuar trabajando con la fibra óptica; en vista de que Capany no aceptó, invitaron a Lary Courtis (un talento estudiante de física) con quién desarrollaron un rudimentario endoscópio con el que obtenían imágenes de color verde y poco nítidas. Después de muchos ensayos lograron resolver muchos problemas de tipo óptico y de iluminación, culminando con la fabricación del primer endoscópio fibro-óptico en 1960 por la ca-

sa A.C.M.I. en Birgmingham y se publicaron las primeras observaciones en humanos en la Revista Lancet de Mayo de 1961 (.2).

A partir de entonces, han sido numerosos los Investigadores que han recurrido al fibroscópio para el estudio de las lesiones de las cavidades del cuerpo humano (Gilles Stevenson, F.M. Morrissey, T.V. Stanley y Cockig y otros).

Así como se han desarrollado instrumentos y técnicas endoscópicas, es conocido también el desarrollo de la radiología para el estudio de la patología humana como lo señalan M.I. Lavelle y Cols. (.3), - Gilles Stevenson (.1), Stanley y Cocking (.5); que realizaron estudios comparativos entre la radiología y endoscopia de lesiones del tubo digestivo alto, con simple o doble medio de contraste para los primeros y con fibroscópios para los segundos.

Precisamente, con lo anterior nos propusimos realizar un estudio en el que se analizara la concordancia de resultados radiológicos y endoscópicos mediante la comprobación con los hallazgos quirúrgicos en los pacientes que fueron sometidos a cirugía; teniendo que considerar que en algunos de nuestros casos no se llegó a tal extremo por encontrar a los paciente no susceptibles de tal acto, pero sí con la corroboración clínica, radiológica y endoscópica de lesiones del tracto digestivo alto como se reporta en los resultados.

Ha sido interés capital para nosotros, resaltar la importancia que tiene asociar los recursos a nuestro alcance para llevar a un paciente el acto quirúrgico con el diagnóstico integral, libre de dudas que estén directamente relacionadas con el incremento de riesgo para enfermos de cualquier edad y condición clínica. En nuestro terreno, tenemos en cuenta que la incipiente, estabilización o agravamiento de lesiones tisulares en esófago, estómago o intestino, son -

de tal importancia que pueden permitir la sobrevida ó el deterioro de la persona, y que sólo mediante el diagnóstico precó^z y el buen criterio clínico, pué^d den resolverse. Estamos convencidos que mediante la - radiología y la endoscopia combinadas se puede llegar al diagnóstico temprano para deducir la aplicación de un tratamiento eficaz.

Las limitaciones económicas de nuestra región llámese México como país o de cada uno de nuestros es^t tados; impide que en todos los niveles donde se aplica la Medicina puede llegarse a la implementación de las técnicas que antes mencionamos, y es objetivo interesante para nosotros promover el empleo de tales - instrumentos por las razones que se han expuesto.

M A T E R I A L Y M E T O D O S :

Se revisaron 4044 casos de pacientes internados en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la Ciudad de México, D.F. (Pabellón No. 107), de los años de 1974 a 1978; se seleccionaron los expedientes de pacientes que tuvieran diagnósticos de padecimientos del tubo digestivo alto: Úlcera Péptica, (gástrica o duodenal), Hernia Hiatal y Cáncer de Esófago, Estómago ó Esófago-Gástrico.

Se revisaron cada uno de los mismos y se descartaron aquellos que estuvieron incompletos por faltar Serie Esófago-Gastro-Duodenal (S.E.G.D.), y/ó - Estudio Endoscópico; en los casos de discordancia diagnóstica el reporte quirúrgico fué discriminatorio

De los 4044 expedientes revisados en los años mencionados, 651 fueron útiles para el estudio por --

contar con los requisitos mínimos arriba mencionados.

Con lo anterior, obtuvimos datos de :

Edad, Sexo, Ocupación, Lugar de residencia, Tiempo de evolución, Diagnóstico Radiológico, Diagnóstico Endoscópico y Reporte del acto Quirúrgico en su caso. Una vez que se tuvieron todos los datos, se agruparon por padecimientos ya citados, haciendo cuadros a cada uno de ellos para luego aplicar la evaluación estadística como prueba de significancia de X^2 y P; a los resultados del estudio radiológico y endoscópico para determinar grado de seguridad y corroboración con el procedimiento quirúrgico.

En 64 casos no se pudo establecer la corroboración quirúrgica de los diagnósticos obtenidos radiológica o endoscópicamente; sin embargo se consideraron aptos para el estudio debido a la concordancia de diagnósticos con una y otra técnica.

Finalmente, se sometieron los resultados a comparación con las experiencias de otros Hospitales que usaron técnicas semejantes.

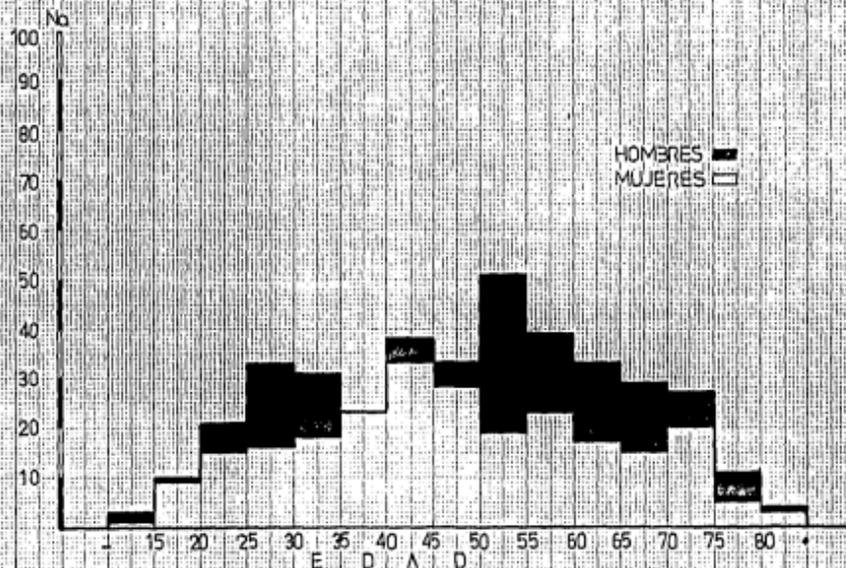
RESULTADOS :

De los 651 pacientes, 396 eran del sexo masculino y 255 del sexo femenino, con rango de edades de 18 a 80 años, con una media aritmética de 48 años y una desviación estandar de 16.5 para los primeros y para los segundos; una media aritmética de 46.9 -- con desviación estandar de 16.4 años (Gráfica No. 1).

En cuanto al tiempo de evolución del padecimiento, 59.3 tenían menos de 4 años; el menor tiempo registrado fué de un mes y el mayor de 40 años, - mostrando la distribución aritmética de ésta frecuencia en la Gráfica No. 2.

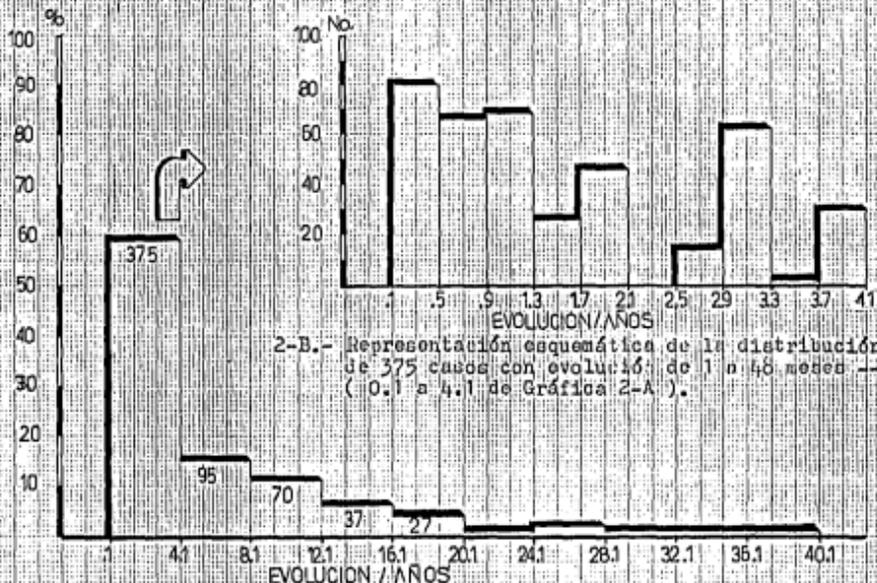
De acuerdo con los diagnósticos radiológico- y endoscópicos comparados con su comprobación quirúrgica

G R A F I C A No. 1



Distribución por sexo y edad de 551 casos captados en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la Ciudad de México durante los años 1974 a 1978.

GRAFICA No. 2 (A y B)



GRAFICA 2-A:

Distribución por tiempo de evolución en 375 casos de pacientes esófago-gástro-duodenal, con rango de 1 a 40 años.

N O T A

: Distribución temporal según técnica de Strudger, en donde 0.1 es igual a 0.83 de año.

FUENTE DIRECTA.

gica, se sub-dividieron en dos aspectos:

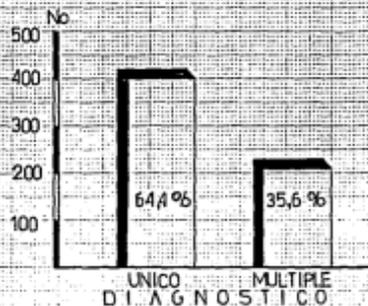
- a).- Con Diagnóstico Único
- b).- Con Diagnóstico Múltiple.

Correspondiendo el 64.4 % para el primer caso y el 35.6 para el segundo (Gráfica No. 3).

De los casos de diagnóstico único, correspondieron 6.1 % a Úlcera Duodenal, 3.8 % a Úlcera Gástrica, 65.9 a Hernia Hiatál y el 22.2 % para Cáncer (Ver cuadro No. 1).

En el caso de Diagnóstico Múltiple, 35.3 % correspondieron a Úlcera Duodenal, 11.2 % a Úlcera Gástrica, 44 % a Hernia Hiatál y 9.5 para Cáncer, considerando el diagnóstico mencionado como el primero detectado para agregar luego combinaciones con otros diagnósticos en sentido descendente de frecuencia.

G R A F I C A No. 3 .



Distribución porcentual de grupos de pacientes con diagnóstico único o múltiple registrados en expedientes o fichos de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la Ciudad de México.

C U A D R O No. 1.

DIAGNOSTICO	UNICO		MULTIPLE	
	No.	%	No.	%
ULCERA DUODENAL	34	8.1	82	35.3
ULCERA GASTRICA	16	3.8	26	11.2
HERNIA HIATAL	276	65.9	102	44.0
C. A.	93	22.2	22	9.5
TOTAL	419	100.0	232	100.0

Distribución numérica y porcentual de 419 casos según diagnóstico único y 232 - con diagnóstico múltiple.

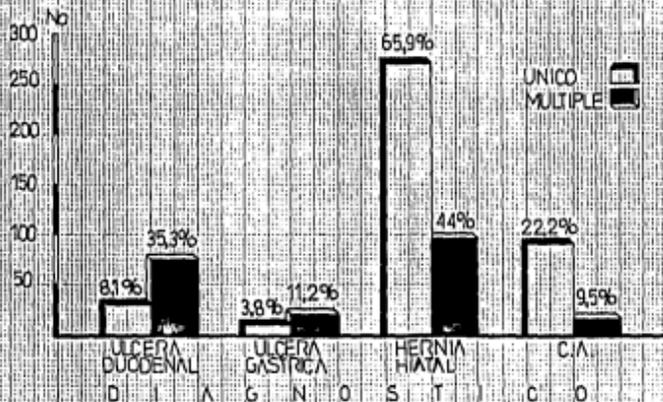
FUENTE DIRECTA.

Comparativamente, éstas dos circunstancias incrementan la Úlcera Duodenal en el diagnóstico -- múltiple y la Hernia Hiatal y el Cáncer en el diagnóstico único (Gráfica No. 4).

En los casos con diagnóstico único, las cuatro posibilidades de diagnóstico se relacionaron en contingencias con tres diferentes combinaciones, -- dos falsos positivos radiológicos (S.E.G.D.) y endoscópicos (P.T.D.A.) y uno en el cual, los tres medios de diagnóstico concordaban (Radiológico, Endoscópico y Quirúrgico). Ver Cuadro No. 2.

Como en nuestro trabajo son más de dos los resultados que se van a comparar, tuvimos que recurrir a la prueba de Chi Cuadrado (X^2), la cual -- describiremos a continuación en forma sintetizada -- y las bases de su uso.

GRAFICA No. 4.



Distribución porcentual según diagnóstico único ó múltiple de los 651 casos estudiados.

C U A D R O No. 2

	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	HERNIA HIATAL	C. A.	TOTAL
CONCUERDAN LOS DIAGNOSTICOS: S.E.G.D., P.T.D.A., Y QUIRURGICO.	32	15	266	91	404
FALSO POSITIVO S.E.G.D.: (CONCUERDAN Dx P.T.D.A. Y QUI RURGICO).	0	0	7	0	7
FALSO POSITIVO P.T.D.A.: (CONCUERDAN Dx S.E.G.D. Y QUI RURGICO).	2	1	3	2	8
TOTAL	34	16.	276	93	419

($\chi^2_{.01} = 6.635 < 8.751$ con 1 g.l. para falsos posit.)
(para 6 g.l. $\chi^2_{.20}$)

Distribución numérica de Diagnóstico Único obtenido con S.E.G.D., P.T.D.A. y Cirugía; comparando resultados - Falsos Positivos radiológicos o endoscópicos con la utilización de una o varias de dichas técnicas.

S.E.G.D. = Serie Esófago-Gástro-Duodenal.

P.T.D.A. = Panendoscopia de Tubo Digestivo Alto.

Se usa la prueba de χ^2 cuando debemos comparar más de dos valores, yá que si usáramos la curva normal el índice de error se multiplicaría en forma geométrica en relación directa al número de elementos a comparar, Ejm:

Si comparamos dos grupos, podríamos tener un error de 5 %; pero si comparamos tres grupos (A-B-C) se tendrían que hacer tres comparaciones diferentes (A Vs B, A Vs C y B Vs C). Teniendo en cuenta que en cada comparación hay un error de 5 %, el error global sería de 15 %; y si fueran cuatro-- los grupos estudiados, habría que hacer seis comparaciones con un error global del 30 % y así sucesivamente. Por tal razón, en el presente estudio se usó la "Prueba de Chi Cuadrado", el cual se obtiene de la siguiente manera:

Se utiliza un sistema de renglones (r) y columnas (c) en los que se colocan los datos a analizar y se obtiene la frecuencia teórica (T) correspondiente a cada una de las casillas, que es la resultante de multiplicar el porcentaje global del cuadro por el total de pacientes de cada grupo (de los diferentes diagnósticos de nuestro estudio). - El mismo resultado se puede obtener multiplicando para cada cifra observada (O) los otros sub-totales que le son comunes y dividiendo por el total general del cuadro.

A cada valor observado se le restará el correspondiente teórico y cada una de las diferencias (O-T) se elevará al cuadrado y se dividirá por la respectiva frecuencia teórica $(\frac{O-T}{T})^2$ y la suma de todos los valores encontrados, será el valor de

Chi Cuadrado (χ^2).

INTERPRETACION: De acuerdo a lo antes expuesto, es fácil darse cuenta de:

a).- Cuando las frecuencias observadas coinciden con las teóricas ($\chi^2 = 0$).

b).- El valor de χ^2 será mayor, cuanto más grandes sean las diferencias entre los valores observados y los teóricos. De acuerdo a éste último punto, para la interpretación de χ^2 es necesario tener en cuenta no solamente su valor, sino también el número de grupos y de características en las cuales se basa, lo cual se conoció en Estadística como * Grado de Libertad de χ^2 * .

La manera más fácil de calcular el grado de libertad de χ^2 , será multiplicando Columnas menos 1 por Renglones menos 1 ((c-1) X (r - 1)) sin -

tomar en cuenta los totales, por Ejm. un cuadro con tres renglones y dos columnas tendría un grado de libertad de 2 de acuerdo a la siguiente fórmula ---
 $(3 - 1) \times (2 - 1) = 2 \times 1 = 2.$

Probabilidades dadas por X^2 : Si se quiere saber cual es la probabilidad correspondiente a cada valor de X^2 que puede calcularse, se buscará en tablas especiales que existen para ello.

En la práctica, lo que generalmente interesa es saber si el valor calculado es significativo o no, es decir; si las diferencias observadas entre los grupos son fácilmente explicables por azar ó no

Si se acepta el criterio de llamar significativo toda diferencia que por azar pueda ocurrir solo cinco veces o menos en cien experimentos análogos, bastará con conocer que valor debe alcanzar X^2

para poderse llamar significativo.

A continuación se da la distribución de χ^2 -
que deben alcanzarse para obtener significancia con
un 95 y un 99 % de certeza, teniendo en cuenta el -
Grado de Libertad.

Grados de Libertad	Valores que deben alcanzarse	
	95 % de Certeza	99 % de Certeza
1	3.8	6.6
2	6.0	9.2
3	7.8	11.3
4	9.5	13.3
5	11.1	15.1
6	12.6	16.8
7	14.1	18.5
8	15.5	20.1
9	16.9	21.7
10	18.3	23.2
12	21.0	26.2
15	25.0	30.6
20	31.4	37.6

En 404 de 419 casos de diagnóstico único, -- los tres métodos de diagnóstico fueron concordantes. Dicha contingencia fue tratada con χ^2 a 0.01- con un grado de libertad; pero fue poco significativa con 6 grados de libertad (χ^2 0.20).

En los casos con diagnóstico múltiple, la -- contingencia de los tres medios de diagnóstico -- con el diagnóstico anatómico-patológico, se aprecia una χ^2 de 0.01 con 12 grados de libertad siendo -- por lo tanto no independientes sus relaciones, haciendo hincapié en su significancia como se menciona a continuación (Ver Cuadro No. 3).

Para Falsos Positivos Endoscópicos, se encontraron: Úlcera Duodenal 23 de 51 casos, para Úlcera Gástrica 4 de 51 casos, para Hernia Hiatal 19 de 51 casos y para Cáncer 5 de 51 casos.

C U A D R O No. 3.

CONCORDANCIA	METODO	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	HERNIA HIATAL	C. A.	TOTAL
FALSO POSITIVO	P.T.D.A.	23	4	19	5	51
	S.E.G.D.	12	5	21	4	42
FALSO NEGATIVO	P.T.D.A.	7	5	9	7	28
	S.E.G.D.	5	7	14	2	28
S.E.G.D., P.T.D.A. Y QUIRURGICO		35	5	39	4	83
TOTAL		82	26	102	22	232

$$(\chi^2_{.01} = 26.216 < 26.680 \text{ con } 12 \text{ g.l.})$$

Distribución numérica de diagnóstico múltiple con
S.E.G.D.*, P.T.D.A.* y Cirugía

*: Serie esófago-gástrico-duodenal.

** : Panendoscopia de tubo digestivo alto.

Para los Falsos Positivos Radiológicos se encontraron 12 de Ulcera Duodenal en 42 casos, 5 de Ulcera Gástrica en 42 casos, 21 de Hernia Hialal e en 42 casos y en Cancer, 4 de 42 casos.

Para Falsos Negativos Endoscópicos se reportan para Ulcera Duodenal 7 de 28 casos, para Ulcera Gástrica 5 de 28 casos, para Hernia Hialal 9 de 28 casos y para Cancer; 7 de 28 casos (Ver Cuadro No. 4).

Para las Falsas Negativas Radiológicas, se reportan para Ulcera Duodenal 5 de 28 casos, para Ulcera Gástrica 7 de 28 casos, para Hernia Hialal 14 de 28 casos y para Cancer; 2 de 28 casos (Ver Cuadro No. 5).

Encontramos por lo tanto que solo en 83 de los 232 casos de Diagnóstico Múltiple, los métodos radioló

C U A D R O No. 4 .

	FALSO NEGATIVO: P.T.D.A.				
	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	HERNIA HIATAL	C.A.	TOTAL
ULCERA DUODENAL	0	1	3	1	5
ULCERA GASTRICA	0	0	3	2	5
HERNIA HIATAL	7	4	2	2	15
C.A.	0	0	1	2	3
TOTAL	7	5	9	7	28

(χ^2 0.10 = 13.437 < 15.234 con 9 g.l.).

Coorrelación de significancia del diagnóstico múltiple en relación a la Endoscopia con resultado Falso Negativo.

C U A D R O No. 5 .

	FALSO NEGATIVO: S.E.G.D.				
	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	HERNIA HIATAL	C.A.	TOTAL
ULCERA DUODENAL.	0	3	4	0	7
ULCERA GASTRICA.	0	0	5	1	6
HERNIA HIATAL.	4	2	4	0	10
C.A.	1	2	1	1	5
TOTAL	5	7	14	2	28

(χ^2 0.10 = 14.684 > 13.437 con 9 g.l.).

Coorrelación de significancia del diagnóstico múltiple con relación a la S.E.G.D. con resultado - Falso Negativo.

gico, endoscópico y quirúrgico fueron concordantes.

A continuación detallamos cada una de las contingencias de significancia de los métodos Radiológico y Endoscópico en los diferentes padecimientos; tanto Falsos positivos como Falsos Negativos en relación al Diagnóstico Múltiple.

FALSO POSITIVO ENDOSCOPICO: De un total de - 51 casos, se correlacionaron 8 con diagnóstico único, habiendo correspondido 2 a úlcera duodenal, - 1 a úlcera gástrica, 3 a hernia hiatal y 2 a cancer (Ver cuadro No. 6).

FALSOS POSITIVOS RADIOLOGICOS: Se encontraron 42 casos, de los cuales se correlacionaron 7 con diagnóstico único, los cuales correspondieron todos a hernia hiatal (Ver cuadro No. 7).

FALSOS NEGATIVOS ENDOSCOPICOS: Hubo 28 casos-

C U A D R O . N o . 6

	FALSO POSITIVO: P.T.D.A.				
	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	HERNIA HIATAL	C.A.	TOTAL
ULCERA DUODENAL	2	0	14	1	17
ULCERA GASTRICA	3	1	1	2	7
HERNIA HIATAL	16	0	3	0	19
C.A.	2	3	1	2	8
TOTAL	23	4	19	5	51

(χ^2 0.001=27.877 < 43.508 con 9 g.l)

Correlación de significancia del diagnóstico múltiple con relación a endoscopia con resultado Falso-Positivo.

C U A D R O No. 7

FALSO POSITIVO: S.E.G.D.					
	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	HERNIA HIATAL	C.A.	TOTAL
ULCERA DUODENAL	0	0	10	1	11
ULCERA GASTRICA	2	0	2	3	7
HERNIA HIATAL	8	1	7	0	16
C.A.	2	4	2	0	8
TOTAL.	12	5	21	4	42

(χ^2 0.001 27.877 32.485 con 9 g.l.).

Correlación de significancia del diagnóstico múltiple en relación a serie esófago-gastro-duodenal con resultado Falso Positivo.

de los cuales se coorrelacionaron 4 con diagnóstico único; correspondiendo 2 a hernia hiatal y 2 a cancer (Ver cuadro No. 4).

FALSOS NEGATIVOS RADIOLOGICOS: También se encontraron 28 casos, de los cuales se coorrelacionaron 5 con diagnóstico único, y de éstos; correspondieron 4 a hernia hiatal y 1 a cancer (Ver cuadro No. 5).

En los falsos negativos, la circunstancia más significativa fué para la Panendoscopia del Tubo Digestivo Alto en el caso de Ulcera Duodenal y Hernia Hiatal; pero la contingencia general es explicable al azar (X^2 0.10, Ver cuadro No. 4).

En el caso de la Serie Esófago-Gastro-Duodenal se repite el mismo fenómeno; siendo independientes sus relaciones (X^2 0.10, Ver cuadro No. 5).

C O N C L U S I O N E S .-

Tal como se mencionó en los principios de éste trabajo, fueron seleccionados aquellos pacientes en cuyo expediente se contaba con Historia Clínica de Padecimiento esófago-gástrico o duodenal, estudio radiológico y endoscópico, obteniendo de éstos, 651 de 4044 casos susceptibles de aplicación de los métodos y técnicas selectivas útiles para nuestros objetivos.

De todos ellos, solo 64 no tuvieron necesidad ó posibilidad de llevarse a cirugía, siendo en el resto de los casos incluido tal procedimiento para la corroboración del diagnóstico y la ejecución del tratamiento a que hubiere lugar.

Como exponemos en nuestros resultados, encon-

tramos tiempos de evolución con muy amplio rango, lo cual no es significativo o trascendente para los fines de nuestra investigación retrospectiva; sin embargo, es notable y susceptible de un estudio profundo y concienzudo el hecho de haber encontrado una incidencia predominante de trastornos pépticos en 59.3% de los 651 casos de pacientes estudiados y que tenían un tiempo de evolución menor de 4 años, concediéndole valor a la manifestación clínica que induce a alteraciones de los procedimientos diagnósticos y la implantación de los programas terapéuticos oportunos.

La edad de los pacientes captados en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia fué de 18 hasta 80 años; predominando los hombres con una relación -

de 2:1.

El ó los Diagnósticos en cada uno de los pa-
cientes, se encontraban fundamentados en valoración-
clínica, estudio radiográfico y estudio endoscópico.
Se revisaron personalmente las placas radiográficas-
de las Series Esófago-Gástro-Duodenales con método-
de contraste sencillo y doble semejante a la forma-
descrita por Lavelle y Cols (3) en el estudio de -
úlcera péptica.

Teniendo en cuenta lo antes dicho sobre la ne-
cesidad de que cada paciente contara también con es-
tudio endoscópico, además de haber sido criterio de
selección, fué parámetro de revisión el equipo endog-
cópico utilizado y la persona que realizó el estu-
dio en la precitada Unidad de Gastroenterología, en-
contrando que en 1974 a 75 aún se utilizaba con ma-

por frecuencia el esofagoscópio rígido tipo Jéssberg-
y se le daba más importancia al estudio radiológico-
con medio de contraste baritado; al mismo tiempo pe-
en mucha menor escala se utilizaban con la misma fi-
nalidad los endoscópios de punta flexible y cuerpo -
rígido o el endoscópio fibro-óptico de visión fron-
tal (Tipo Olympus GIF-D2), con los cuales se pre-
tendía y lograba en alta escala mejorar y corregir -
diagnósticos obtenidos por medios clínicos y radio-
gráficos, pero aún sin lograr el nivel porcentual óp-
timo en la carteza, yá que por la misma razón en ma-
yor número de casos hubo de procederse a la interven-
ción quirúrgica para tal fin, lo cual se desprende de
del mayor número de flascos negativos tanto en diag-
nóstico único como múltiple en las gráficas 3 y 4 y-
cuadros 1, 2 y 3.

ESTA FICHA NO DEBE
SALIR DEL ARCHIVO

Notamos y así lo reportamos, que el diagnóstico ha sido más factible en los últimos tres años que abarcó el estudio con la utilización rutinaria del endoscópio fibro-óptico y los accesorios que recientemente se les han ido agregando a los equipos endoscópicos, reflejándose ésto en la menor incidencia de falsos negativos o falsos positivos como denotamos en los cuadros 2 a 7, con lo que las intervenciones quirúrgicas tienen menor indicación diagnóstica y se hacen solo desde el punto de vista terapéutico.

Lo anterior, nos permite darle a la endoscopia una importancia relevante al grado de indispensable para la integración del diagnóstico en aquellos pacientes que potencialmente son candidatos a intervención quirúrgica para su estricto tratamiento y mejor perspectiva de sobrevida.

Tal procedimiento asociado a la radiología como lo menciona Lavelle y Cols., es aún de mayor trascendencia para minimizar los falsos positivos y negativos en el estudio del enfermo.

Podemos esperar aún que siguiendo el curso mismo de la investigación tecnológica en medicina, se complementen aún más los procedimientos, las técnicas y los equipos con que contamos en la actualidad para localizar y determinar con precisión el sitio, aspecto y magnitud de la lesión ya sea en esófago, estómago o duodeno; permitiéndonos pronosticar y tratar oportunamente los padecimientos a tales niveles del tubo digestivo.

Podemos mencionar la existencia actual y de gran utilidad de equipos endoscópicos que nos permiten ya visualizar más amplia y nítidamente, con vi-

sión unipersonal o grupal (circuito cerrado de tele
visión), y hacer tratamiento quirúrgico (extrac---
ción de pólipos, esfinterotomía del Oddi ó extrac---
ción de cálculos a través del ampula de Vater) y la
obtención de estudios combinados con radiología (--
Pancreato y Colangiografía retrógrada transendoscópi
ca).

R E S U M E N :

Se realizó revisión retrospectiva de 4044 casos de pacientes internados en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la Ciudad de México, obteniendo 651 con padecimiento de la parte alta del tubo digestivo, con estudio clínico, radiológico y endoscópico concordantes en diagnóstico, o discordantes con utilización de reporta quirúrgico como discriminatorio en cualquiera de los dos casos.

Se encontraron reportes de Hernia Hiatal, Ulcera Péptica Gástrica o Duodenal y Cáncer de Esófago, Estómago ó Gastro-Esofágico, con los cuales se hicieron grupos de diagnóstico único ó múltiple, a los que se aplicaron determinaciones estadísticas de sig

nificancia para catalogar la eficiencia en el diagnóstico con uno o más procedimientos para obtenerlo, llegando a la conclusión de que la utilización de técnicas combinadas (clínicas, radiológicas y endoscópicas), permiten la integración diagnóstica con más alto índice de positividad; disminuyendo cuando se excluye uno o más de ellos.

Encontramos en forma importante mayores niveles de confiabilidad cuando se utiliza la endoscopia para llegar al diagnóstico y se incrementa con el uso de endoscopios técnicamente más evolucionados.

S U G E R E N C I A S :

- 1.- Con fines prospectivos, se sugiere obtener registros de diagnóstico múltiple en el orden cronológico de aparición de la patología del tubo digestivo alto.
- 2.- Procurar en todos los casos de sospecha de lesiones del tubo digestivo alto, el uso de endoscopios fibro-ópticos junto con radiología y buen estudio clínico.
- 3.- De ser posible, dejar constancia impresa (fotografía, película, etc.) de los casos más objetivos con fines didácticos.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Giles S., The distribution of gastric ulcer double contrast barium meal an endoscopy findings.- Clin. Radiol. (1977) 28,617-624.
- 2.- Hirschowitz, B.I., F.R.C.P., F.R.C.P.E., F.A.C.P
A personal history of the fibroscope. Gastroenterology 76: 864-869 (1979).
- 3.- Lavelle, M.I., Benables, C.W., Douglas, A.P., -- Thompson, M.H., Owen, J.P. and Hackling, P.M.---
A comparative study of double contrast an single contrast barium meals with endoscopic arbitra-
tion in the diagnosis of peptic ulcer. Clin.----
Radiol. (1977) 28,625-627.
- 4.- Morrissey, John F.M.D., Madison, Wis. Endoscopic-
evaluation of gastroesophageal sphincter dysfunction. January 1978. Southern Medical Journal, --
Vol. 71 Supplement No. 1.
- 5.- Stanley, T.V.; M.D., Ch. B. (Ed) R.C.P. (U.K.
) , Cocking, J.B.; M.B. (Contab), M.R.C.P. ----
Upper Gastro-Intestinal Endoscopy and Radiology
in the elderly *. Postgraduate Medical Journal (-
Aphryl 1978), 54,257-260.