

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“CORRELACION RETROSPECTIVA CLINICO-ENDOSCOPICA
EN PROBLEMAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL
SUPERIOR EN 100 CASOS EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT”**

MOISES SALVADOR ESTRADA DE LEON

GUATEMALA, MAYO DE 1981

P L A N D E T E S I S

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

GENERALIDADES

HISTORIA

INSTRUMENTAL

INDICACIONES

APLICACIONES TERAPEUTICAS

CONTRAINDICACIONES

COMPLICACIONES

A L G U N A S C O N S I D E R A C I O N E S E N S U

INTERPRETACION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

I. RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

El estudio de los problemas del tracto Gastrointestinal superior, ha evolucionado en los últimos años.

A consecuencia de ello se ha podido detectar lesiones con suma rapidez, que contribuyen a dar una mayor esperanza de vida al paciente y brinda oportunidad de tratamiento quirúrgico temprano.

Un ejemplo de ello, es la Endoscopia; como método directo de observación, siendo innócuo relativamente, ha llegado a ser un procedimiento auxiliar en la práctica hospitalaria de gran ayuda para el clínico en la resolución y manejo de los pacientes con alteraciones gastrointestinales altas.

Por ser la Patología Gastrointestinal sumamente variada y compleja; considere importante determinar cuales son las entidades que más morbilidad tienen en el Hospital Roosevelt para este caso: los pacientes que fueron sometidos a Esofagogastroduodenoscopia, durante el año de 1979.

Tratando así de establecer, con el presente trabajo de tesis, la correlación diagnóstica de la Endoscopia, la historia clínica, con respecto a laboratorios auxiliares como lo son los Estudios Radiológicos e Histológicos. Pretendiendo con ello determinar de manera secuencial los avances en cuanto a certeza y curso del problema.

II. ANTECEDENTES

Desde el inicio de la práctica de la Endoscopia en Guatemala, se han realizado pocos trabajos que la utilicen en forma sistemática y la correlacionen con otros procedimientos.

Aunque recientemente ha despertado el interes por dichos estudios, aportando significativas conclusiones.

En un estudio llevado a cabo en 1972 (50 primeros procedimientos en el Hospital Roosevelt), el autor correlacionó aspectos clínicos con Gastroscofia. (18)

En 1969, revisión de 100 casos, en un período de 10 años; trabajo de tesis, efectuado en el Hospital General sobre Carcinoma Gástrico. En esa oportunidad se efectuaron únicamente 5 endoscopias, siendo positivas para cáncer 3 y negativas 2. (13)

En otro trabajo en 1976. Revisión de 97 casos de 1948-1975, de 43211 registros del Hospital Centro Médico. Tesis de Graduación. Trabajo sobre cáncer gástrico, el autor indica que la Gastroscofia se usaba un año atrás. Realizada en un solo caso siendo este positivo.(15)

En una serie de 1972-1979. Titulada Endoscopia Gastrointestinal superior como medio Diagnóstico, Tesis 1979. El autor efectuó una revisión de 802 pacientes. (7)

En 1979. Revisión sobre Hemorragia Gastrointestinal: Título Correlación Endoscópico-Radiológica de las Lesiones Agudas. Tesis de Graduación. El estudio fue efectuado en 30 pacientes, el autor correlacionó la historia clínica con los hallazgos Gastroscópicos y Radiológicos. (5)

En Abril de 1980. Tesis de Graduación Titulada

Correlación Radiológica-Endoscópica en Patología Esofagogastroduodenal.

En este estudio se correlacionan los síntomas gastrointestinales de ingreso con los hallazgos al final del procedimiento, y la positividad o negatividad de los estudios radiológicos. (20)

III. GENERALIDADES

HISTORIA

La Gastroscoopia se inició aproximadamente en el año de 1868 por Kussmaul. Dicho gastroscopio era rígido en toda su extensión y era imposible visualizar la región pilórica. (16)

En 1932 se inicia el uso de gastroscopios flexibles (de Wolf-Schidler). Este aparato es flexible en parte, ya que la mitad es rígida (4).

El uso de la fibra de vidrio con la que actualmente se construyen los aparatos modernos, tuvo su origen cuando se conoció su concepto de transmisión de imágenes en 1928-1930, dado a conocer con fines prácticos hasta 1954 por Van Heel. (4)

Posteriormente al Gastroscopio de Schidler, le correspondió el aparato Ominiángulo de Camerun, endoscopio en el que se pueden inclinar en dos posiciones un espejo. La finalidad práctica esta dada por una visión amplia de las zonas sospechosas. (12)

INSTRUMENTAL

El primer Gastroscopio de fibra de vidrio fue construido en 1957 por ACMI (American Cystoscope Markers Inc). La técnica utilizada para su creación fue la descrita por Curtis y Col. (14). Esta misma compañía conjuntamente con Benedict idearon inicialmente en 1948 el Gastroscopio que lleva su nombre, instrumento que permite tomar biopsias múltiples de una región bajo visión directa. (3)

En 1958 fue presentado por Hirshowitz, otro aparato completamente flexible con visión frontal.

Descripción:

Mide 90 por 1.1 cms. Construido completamente de fibra de vidrio vitrificadas. (4, 11, 10)

A través del cual se examina la cavidad iluminada, (bombillas broncoscópicas). Especialmente la mucosa en contacto con el instrumento; ya que la inspección se efectúa en ángulo recto al eje del instrumento, logrando hasta la visualización del Bulbo Duodenal. (8)

El desarrollo de la construcción de gastroscopios en el Japón le correspondió a la firma MACHIDA. Inicialmente con algunas limitaciones en cuanto a su funcionalidad. Es decir: carecían de control en su región distal; además de no contar con mecanismo para mantener limpio el lente. (11)

Dos diseñadores mas AKAKURA E INABA, añadieron a los Gastroscopios japoneses (Machida y Olympus), un canal abierto para permitir que la succión del agua y del aire se apliquen simultaneamente, con la idea de mantener el lente limpio. (10)

Recientemente se ha descrito otro perfeccionamiento en otros aparatos, (Modificación de Bernstein). Llevado a cabo en el Gastroscopio Transesofágico de Eder Palmer. (12)

Se ha tratado de colocar en dicho aparato tanto el mecanismo de iluminación, objetivo y espejos dentro de una misma cámara. La finalidad es evitar la insuflación; es decir, la introducción de aire para dilatar la región que es observada. Este sistema permite la visualización de la mucosa aunque ésta esté cerca de la ventana del aparato.

En 1970, ACMI aumentó la longitud del gastroscopio a 105 cm., y se deflexionó la punta a una rotación de 360°,

convirtiéndolo finalmente en un Panendoscopio. (4)

La fábrica Olympus recientemente ha perfeccionado, la orientación de la punta en 4 direcciones del Gastroscopio. (4)

INDICACIONES

1. Pacientes con molestias gástricas, cuando otras exploraciones no han aclarado el diagnóstico.
2. Valoración de la extensión de la lesión.
3. Cuando se necesita diferenciar entre un proceso inflamatorio y alteraciones neoplásicas. (16)
4. En la evolución de la úlcera gástrica, permitiéndolo su visualización, forma, tamaño, y descartando malignidad mediante toma directa de biopsias. (Pinzas o Fórceps)
5. Conocer la Etiología de la Hemorragia Gastrointestinal Superior, en etapa aguda de instalación.
6. La Gastroscofia permite la evaluación directa de la mucosa gástrica. Permitiendo un juicio exacto sobre los efectos secundarios de ciertos medicamentos. (1)
7. Se considera el método ideal para apreciar el estómago sometido a intervención quirúrgica previa.
8. Diferenciar la úlcera recurrente de la deformidad quirúrgica.
9. Pacientes con antecedentes de cirugía gástrica, que presenten dispepsias y radiología negativa.

10. Diagnóstico positivo de la úlcera duodenal en deformidades radiológicas.
11. Toma de biopsias dirigidas bajo visión directa. (17)
12. Como diagnóstico temprano de cáncer gástrico y delimitar su extensión macroscópica. (2)
13. Diagnóstico de procesos inflamatorios superficiales en esófago, estómago y duodeno.

APLICACIONES TERAPEUTICAS:

1. Extracción de cuerpos extraños en esófago.
2. Dilatación del esófago en procesos estenosantes secundarios a alcalis o ácido-pépticos en etapas crónicas.
3. Electrocuagulación y polipectomía. (19)
4. Canalización de la ampolla de Vater.
5. Pancreaduodenografía retrógrada.
6. Papilectomía.
7. Esofagomiotomía en la Acalasia.
8. Esfinterotomía de la papila de Vater y extracción de cálculos bajo visión directa.

CONTRAINDICACIONES:

Suelen clasificarse en absolutas y relativas. (12,9)

1. Absolutas:

- 1.1 Pacientes que por su estado general no colaboren.
- 1.2 Pacientes con arritmias cardíacas y enfermedades pulmonares severas.

2. Relativas:

- 2.1 Enfermedades sistémicas incapacitantes.
- 2.2 Lesiones del mediastino.
- 2.3 La gastritis caucásica o flemmonosa grave.
- 2.4 Úlceras con sospecha de perforación reciente que se encuentren cubiertas por un coágulo.
- 2.5 Abdomen agudo.
- 2.6 Estomatitis, faringitis y sinusitis severas.

COMPLICACIONES:

Consideradas sumamente infrecuentes:

1. Perforación del esófago, producida casi siempre en la región faringoesofágica.
2. Perforación del estómago.
3. Enfisema gástrico.
4. Neumoperitoneo.
5. Hemorragias profusas.

6. Reacciones anestésicas.
7. Perforación del yeyuno en pacientes con gastrectomía tipo Bilroth. (12)

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN SU INTERPRETACION:

ESOFAGO:

Aspecto:

Al examen bajo visión directa. La mucosa presenta un color rosado pálido. El cual puede variar dependiendo de la alteración: desde una leve hiperemia hasta alteraciones en la vascularización.

Hallazgos:

Al introducir el Endoscopio puede localizarse obstrucciones, parcial o total a su paso, es decir: por compresión intrínseca o extrínseca de la luz del esófago.

Durante el examen se aprecia la distensibilidad y plegadura de las paredes, la presencia o ausencia de várices en su interior, o lesiones.

Estudios Especiales:

En un estudio reciente llevado a cabo en Japón. Se compara la Endoscopia convencional con aquella que emplea la Nebulización del colorante Lugol, analizándola desde el punto de vista endoscópico-histológico. (17)

—El epitelio Esofágico normal se tiñe de color marrón o marrón oscuro con solución de lugol al 50/o—.

Los epitelios inflamatorios o carcinomatosos del Esófago no se tiñen. Consideran que la capacidad de teñirse del Epitelio

con solución de Lugol esta relacionado con la cantidad de glucógeno en el epitelio escamoso. (17)

ESTOMAGO:

Color:

La mucosa del estómago presenta un color rosado más profundo, esto va a depender de alteraciones en la vascularización. La mucosa tiene un aspecto granular a causa de su estructura glandular (cuerpo y fondo).

Hallazgos:

Debe iniciarse el examen: observando las plegaduras y distensibilidad de los pliegues de las paredes del estómago, si no hay compresión intrínseca o extrínseca, el contenido gástrico.

Observese inicialmente la región esofago-gástrica, posteriormente cuerpo, fondo, pared anterior y posterior, curvatura mayor y menor, antro pilórico, la cisura angularis y finalmente piloro. Debe buscarse lesiones mínimas, nichos ulcerosos, masas, y cambios en la vascularización.

El tamaño de los pliegues puede estar condicionado por la actividad de la muscularis mucosae. Debe apreciarse su induración y persistencia mediante la insuflación; es decir: la introducción de aire para dilatar la región observada. Puede observarse aumento de la turgencia de las venas a lo largo de la curvatura mayor y en la pared anterior del cuerpo así como en la región fúndica. (12)

Debe tomarse en cuenta que estos cambios vasculares no se consideran várices o alteraciones tróficas.

La mucosa del Antro es más delgada que en el resto del estómago; exceptuando la región pilórica.

Pueden observarse estrias rojas diminutas en la curvatura mayor, dentro del Antro que se han considerado normales; por tratarse de imágenes arteriales.

Hay que indicar que en varias referencias se plantea el problema que representa el Antro para el Gastroscopista. (12, 19, 6) por las razones siguientes:

1. Distancia ocular
2. Presencia de grandes pliegues de mucosa, (cisura angularis), que disminuyen la iluminación.
3. Únicamente si la mucosa Antral está en plano frontal, puede observarse bajo visión directa.

DUODENO:

Color:

La mucosa del duodeno presenta un color rosado.

Hallazgos:

Inicialmente como en los casos anteriores, es importante si no hay obstrucción al paso del aparato.

Observar las paredes, peristaltismo normal, rigidez, distensibilidad y plegadura.

Investigar lesiones obstructivas y no obstructivas, de la luz del duodeno, o por compresión extrínseca.

IV. OBJETIVOS:

1. GENERALES:

- 1.1. Establecer una correlación diagnóstica a través de la Endoscopia, la historia clínica, radiología y estudios histológicos especiales, durante el año de 1979 en pacientes con problemas gastrointestinales en el Hospital Roosevelt.

2. ESPECIFICOS:

- 2.1. Determinar cual o cuales son el principal problema gastrointestinal superior, mediante los recursos diagnósticos en el ambiente hospitalario.
- 2.2. Demostrar que la Gastroscopia es el método ideal para resolver dudas diagnósticas y en sospechas de anormalidades de la Mucosa Gástrica.
- 2.3. Reafirmar que el enfoque de una buena historia clínica inicial puede conducir al diagnóstico preciso antes de agotar los recursos diagnósticos a nuestro alcance.
- 2.4. Conocer la utilidad de la Endoscopia, sus indicaciones, aplicaciones y complicaciones.

V. MATERIAL Y METODOS

1. MATERIAL:

El presente trabajo tendrá como finalidad el estudio de pacientes con alteraciones gastrointestinales altas, a los que se les practicó Esofagogástroduodenoscopia durante el año de 1979 en la unidad de gastroenterología, del Hospital Roosevelt.

El procedimiento se efectuó en pacientes hospitalizados, como de consulta externa. Sumando un total de 100 pacientes, de los cuales 46 fueron del sexo femenino y 54 del sexo masculino.

Oscilando las edades entre los 19 y 80 años.

2. METODOLOGIA:

1. Tabulación de datos
2. Tablas comparativas
3. Gráficas

Para esto se revisaron los registros médicos de los pacientes, en los que se llevó a cabo el procedimiento; analizándolos y comparándolos, mediante la aplicación de la boleta preparada para el efecto, de la manera siguiente:

- Ocupación
- Edad
- Sexo
- Antecedentes Médicos
- Historia referida por el paciente a su ingreso
- Impresión clínica inicial

- Estudios radiológicos previos (a Endoscopia)
Positividad—De acuerdo a Endoscopia:
 . Afirmativo
 . Negativo

- Hallazgos de endoscopia: Esofago. Estómago. Duodeno
- Biopsia: Indicada — De acuerdo — No de acuerdo

PREPARACION DEL PACIENTE: (Pre-endoscopia)

1. Idealmente estudio radiológico contrastado del tractus digestivo superior previo al procedimiento.
2. Paciente en ayuno de 12 horas.
3. Sedación con Diazepan 10 mgs iv.
4. Explicación al paciente de la exploración, y la necesidad de su cooperación y su utilidad.
5. Anestesia orofaríngea con Spray de Xilocaina al 10o/o.
6. Décubito lateral izquierdo.

INSTRUMENTOS:

Dos gastroscopios flexibles marca MACHIDA y OLYMPUS.

RECURSOS:

Humanos:

1. Pacientes a los que se les efectuó endoscopia en el año de

1979 (Enero-Diciembre), en la unidad de gastroenterología del Hospital Roosevelt.

2. Personal del Departamento de Registros Médicos.
3. Revisor y Asesor.
4. Autor de la tesis.

FISICOS:

1. Libro de registros de la unidad de gastroenterología correspondiente del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1979.
2. Historias clínicas.
3. Boleta de investigación.
4. Tesis de estudios previos.

VI. ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

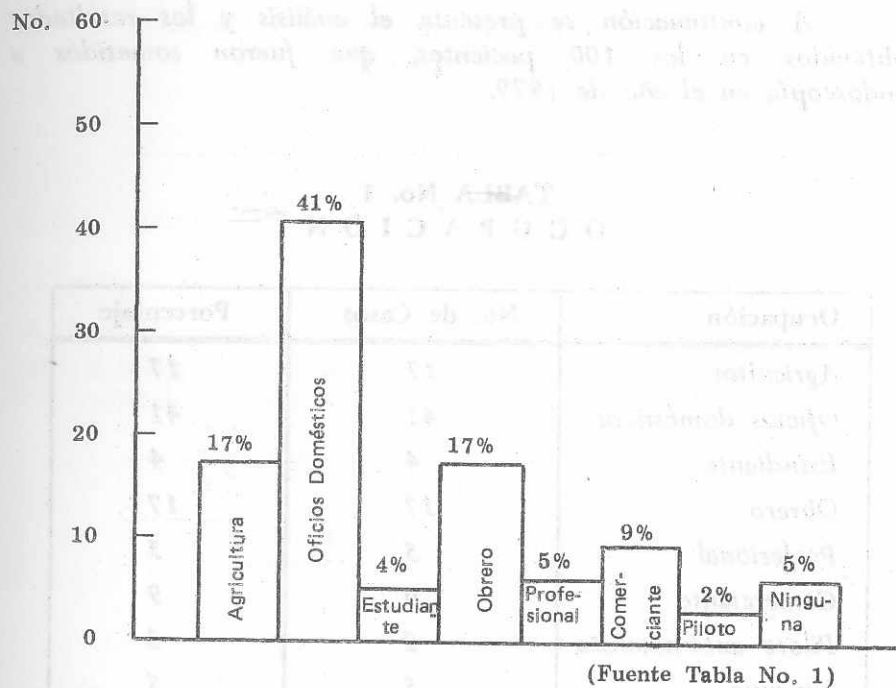
A continuación se presenta el análisis y los resultados obtenidos en los 100 pacientes, que fueron sometidos a endoscopia en el año de 1979.

TABLA No. 1
O C U P A C I O N

Ocupación	No. de Casos	Porcentaje
Agricultor	17	17
Oficios domésticos	41	41
Estudiante	4	4
Obrero	17	17
Profesional	5	5
Comerciante	9	9
Piloto automovilista	2	2
Ninguna	5	5
Total	100	100

Obsérvese que la principal ocupación en el grupo de pacientes correspondió a oficios domésticos con un 41o/o, seguido de agricultores y obreros con 17o/o cada uno. (Ver Gráfica No. 1)

GRAFICA No. 1
O C U P A C I O N



(Fuente Tabla No. 1)

De lo que se deduce el gran incremento poblacional de pacientes de oficios domésticos, con alteraciones gástricas.

TABLA No. 2
H Á B I T O S

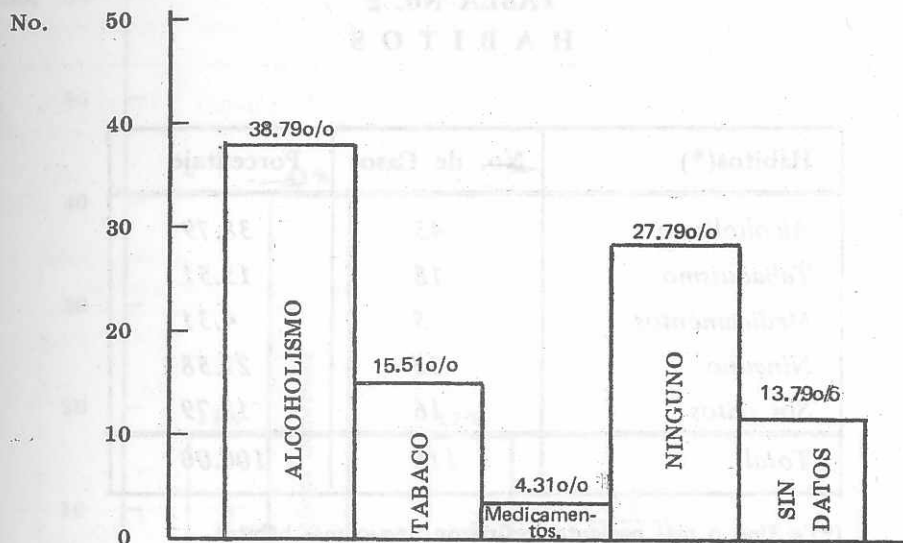
Hábitos(*)	No. de Casos	Porcentaje
Alcoholismo	45	38.79
Tabaquismo	18	15.51
Medicamentos	5	4.31
Ninguno	32	27.58
Sin datos	16	13.79
Total	116	100.00

(*) Uno o más pacientes refirieron uno o más hábitos.

— El alcoholismo ocupó el primer lugar con 38.79o/o en los pacientes, seguido de 27.58o/o, de pacientes sin hábitos.

El antecedente de medicamentos fué el más bajo con un 4.31o/o (Ver Gráfica No. 2).

GRAFICA No. 2
H A B I T O S



(Fuente Tabla No. 2)

El porcentaje de pacientes alcohólicos se elevó a un 38.79% en el estudio, por lo que es notoria su relación con el problema principal referido por los pacientes a su ingreso al hospital.

TABLA No. 3

ANTECEDENTES MEDICOS REFERIDOS
POR EL PACIENTE

Antecedentes médicos(*)	No. de Casos	Porcentaje
Gastritis	61	31.61
Úlcera gástrica	17	11.03
Várices Esofágicas	6	3.89
Hemorragia gastrointestinal(**)	17	11.03
Úlcera duodenal	3	1.94
Masa palpable	2	1.29
Otros	38	24.67
No refirió	10	6.49
Total	154	100.00

El antecedente médico más frecuente fué el de Gastritis con un 31.61%, así como en un 24.67% no se detectó ningún dato de importancia a su ingreso. Le siguieron en importancia la Úlcera Gástrica y la Hemorragia Gastrointestinal con 11.03% cada uno. La mayor parte de pacientes tenían múltiples ingresos por el mismo problema.

(*) Los pacientes refirieron uno o más antecedentes.

(**) Hemorragia gastrointestinal de cualquier localización.

TABLA No. 4

HISTORIA REFERIDA POR EL PACIENTE
A SU INGRESO

Síntomas referidos(*)	No. de Casos	Porcentaje
Dolor abdominal	73	24.01
Dispensias	26	8.55
Náuseas y vómitos	63	20.73
Anorexia	26	8.55
Pérdida de peso	29	9.53
Melena	32	10.52
Hematemesis	40	13.15
Otros(**)	15	4.93
Total	304	100.00

Obsérvese que el dolor abdominal ocupó el primer lugar con un 24.01o/o, seguido por náuseas y vómitos con 20.73o/o.

Llama la atención el alto porcentaje de pacientes que refirieron hematemesis en un 13.15o/o, de todos los pacientes.

(*) Uno o más síntomas referidos por el paciente.

(**) Síntomas no relacionados con el problema principal.

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS

Fueron efectuadas un total de 100 esofagogastroduodenoscopías, presentando una o más lesiones 93 de ellas y se consideraron negativas 7.

El grupo etario más frecuente esta comprendido entre 50-60 años.

TABLA No. 5
E S O F A G O

Diagnóstico	No. de Casos	S e x o		Porcentaje
		M(*)	F(**)	
Hernia diafragmática	7	4	3	21.87
Esofagitis	5	3	2	15.62
Várices esofágicas	17	12	5	53.12
Polipos	1	0	1	3.12
Carcinoma	1	0	1	3.12
Mallory Weis	1	1	0	3.12
Total	32	20	12	100.00

La patología que se diagnóstico con más frecuencia fué várices esofágicas en un 53.12o/o, seguido de hernia diafragmática en un 21.87o/o.

La patología esofágica parece corresponderse con la descrita en otros estudios. (20)

Con relación a várices esofágicas, en cuanto a sexo hay marcado predominio del sexo masculino.

(*) Masculino

(**) Femenino

TABLA No. 6
E S T O M A G O

Diagnóstico	No. de Casos	S e x o		Porcentaje
		M(*)	F(**)	
Gastritis	33	17	16	33
Cáncer	31	17	14	31
Úlcera Gástrica	20	10	10	20
Polipos	4	2	2	4
Gastritis Erosiva	6	6	0	6
Gastritis Atrófica	5	2	3	5
Otros	1	0	1	1
Total	100	54	46	100

Entre los hallazgos a nivel gástrico encontramos en primer lugar a la gastritis con 33o/o, seguido por carcinoma con 31o/o, y úlcera gástrica con un 20o/o, no habiendo significación en cuanto a el sexo.

Del 100o/o de los pacientes con Cáncer Gástrico, el 58.06o/o fué confirmado por biopsia.

(*) Masculino

(**) Femenino

TABLA No. 7
D U O D E N O

Diagnóstico(***)	No. de Casos	S e x o		Porcentaje
		M(*)	F(**)	
Duodenitis	6	3	3	60
Úlcera Duodenal	4	2	2	40
Total	10	5	5	100

El cuadro de duodenitis ocupó el primer lugar con un 60o/o seguido por Úlcera Duodenal en un 40o/o. Es notorio el bajo porcentaje de patología a nivel duodenal si lo comparamos con las tablas anteriores (5 y 6). Podemos concluir que la úlcera duodenal no es tan frecuente como lo reportan otros autores (9,7,13).

Con respecto a sexo no hubo significación.

(*) Masculino

(**) Femenino

(***) Los pacientes presentan uno o más hallazgos.

TABLA No. 8
CORRELACION CLINICA Y DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO

Diagnóstico	Clínico	Endoscópico(*)	Diferencia
Localización			
<i>Esófago</i>			
Hernia diafragmática	1	7	6
Esofagitis	0	4	4
Várices	8	17	9
Polipos	0	1	1
Carcinoma	1	1	0
Mallory Weis	1	1	0
Estómago			
Gastritis	15	33	18
Erosiva G.	11	6	5
Atrófica G.	0	5	5
Ca. Gástrico	26	31	5
Úlcera Gástrica	18	20	2
Polipos	0	4	4
Otros	1	1	0
Duodeno			
Duodenitis	0	6	6
Úlcera Duodenal	18	4	14
Total	100	141	69

De lo anterior se puede observar la mayor correlación en Carcinoma Gástrico y Úlcera Gástrica.

La mayor discordancia se localiza a nivel duodenal.

La mayor patología representada a nivel gástrico, seguida por la esofágica.

(*) Un paciente presenta uno o más hallazgos endoscópicos.

TABLA No. 9
CORRELACION ENDOSCOPICA-RADIOLOGICA

Estudios de Radiología(*)	No. de Casos	Porcentaje
<i>Sin estudios</i>	32	32
<i>Estudios de acuerdo al diagnóstico endoscópico</i>	47	47
<i>No estan de acuerdo al diagnóstico endoscópico</i>	21	21
Total	100	100

(*) SGD

Obsérvese que el 47o/o de los pacientes que se les efectuó radiología concordaron con la endoscopia, en contra de un 21o/o que no lo estuvieron.

No se efectuó el estudio radiológico en un 32o/o.

ANEXO 9.1
CONCORDANCIA Y DISCORDANCIA RADIOLOGICA

Estudio	Casos	Porcentaje
Radiología de acuerdo	47	69.11
Radiología en desacuerdo	21	30.88
Total	68	100.00

De lo anterior se puede concluir que la correlación diagnóstica endoscopia-radiología se eleva a un 69.11o/o. En contra de un 30.88o/o en desacuerdo.

TABLA No. 10
CORRELACION HISTOLOGICA-ENDOSCOPICA

Estudios en Biopsias(*)	No. de Casos	De acuerdo a Hallazgos Endoscópicos	No de acuerdo hallazgos Endoscópicos.
		%	%
Ameritaron estudio	43	27 62.79	16 37.20
No ameritaron estudio	57	— —	— —
Total	100	27 62.79	16 37.20

(*) Biopsias a cualquier nivel por endoscopia mediante Fórceps incorporado.

La endoscopia se correlacionó en un 62.79o/o con los estudios histológicos, en contra de 37.20o/o en desacuerdo.

En el 57o/o de los pacientes no estuvo indicada la biopsia.

VII. CONCLUSIONES

1. Se efectuaron un total de 100 esofagogastroduodenoscopías, durante el año de 1979. De los cuales 93o/o presentaron una o más lesiones y el 7o/o fueron normales al examen directo.
2. El sexo masculino predominó en el estudio con un 54o/o, siendo la ocupación más frecuente los oficios manuales. El grupo etario más frecuente estuvo comprendido entre los 50-60 años.
3. Entre los antecedentes médicos referidos por los pacientes la gastritis ocupó el primer lugar con un 31.61o/o. Seguido por úlcera gástrica y hematemesis con 11.03o/o cada uno.
4. Las alteraciones de la mucosa gastrointestinal de tipo inflamatorio superficial, (gastritis, duodenitis y esofagitis), ocuparon los primeros lugares. Dato que puede ser explicado por la alta incidencia de ingesta alcohólica, drogas o factores emocionales detectados en los pacientes.
5. El hallazgo por endoscopia más frecuente corresponde a gastritis superficial con un 33o/o, seguido en forma sorprendente por carcinoma gástrico en un 31o/o.

Con lo que concluimos que es alta la incidencia en nuestro medio.
6. A nivel de Esófago el hallazgo más frecuente correspondió a várices esofágicas con un 53.12o/o, seguido por la hernia diafragmática con un 21.87o/o.
7. El cuadro de duodenitis ocupó el primer lugar con un

60o/o, seguido de úlcera duodenal con un 40o/o.

Podemos concluir que la úlcera duodenal no es tan frecuente como lo reportan otros autores.

8. En la mayor parte de pacientes en los que se diagnóstico alguna anormalidad primaria por endoscopia, presentaron otra patología asociada subyacente. Es decir la endoscopia localiza otras alteraciones no sospechadas.
9. La patología a nivel gástrico fue el hallazgo que predominó en el estudio por endoscopia en un 70.42o/o seguido por esófago en un 22.53o/o. Finalmente duodeno en un 7.04o/o.
10. La endoscopia tiene indicaciones precisas en alteraciones de la mucosa gastrointestinal en fase temprana de instalación de determinado cuadro.
11. La historia clínica del paciente es determinante para orientar los recursos diagnósticos hacia la confirmación del problema. Por lo que debe ser completa y confiable.
12. En el estudio, la endoscopia con la serie esofagogastroduodenal como medio radiológico contrastado del tractus digestivo superior, aumenta el porcentaje de diagnósticos correctos.
13. La endoscopia se complementa con los estudios histológicos, ya que permite su confirmación especialmente en alteraciones mínimas de la mucosa.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Considerando que la gastroscopia a través de múltiples estudios a reafirmado sus limitadas complicaciones, y sus múltiples indicaciones; se hace conveniente generalizarla a todas las áreas de salud del país.

2. Desde el punto de vista epidemiológico el carcinoma gástrico necesita de medios diagnósticos apropiados para la selección de población expuesta.

En vista que nuestro país por estudios previos, (13, 15, 18) se indica una alta incidencia, conviene efectuar dicho procedimiento de rutina en pacientes que por edad y hábitos lo ameriten.

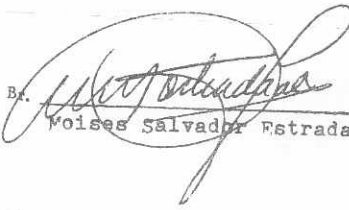
3. Debe dársele una aplicación terapéutica a la endoscopia como describen en otros países, (12), con fines palativos en casos seleccionados, es decir várices esofágicas o úlceras sangrantes por medio de electrocoagulación.

IX. BIBLIOGRAFIA

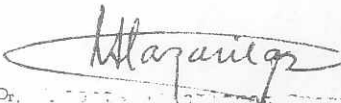
1. Asher L.M. Gastrosopic Observations on the effect of Banthine on the Human Stomash. *Gastroenterology*. 18-21 (1951).
2. Bedenoch John-Brook Bryan V. *Recientes Avances en Gastroenterología*. Editorial JIMS. p. 260, Barcelona España. 1974.
3. Benedict E.G. The Differential Diagnosis of benign and Malignant les lesions of the Stomash by means of the flexible operating gastroscope. *Gastroenterology*. p. 275. 1950.
4. Berry Leonidas Et. Al. *Gastrointestinal Pan-Endoscopy*. Charles E. Thomas. III. 1974.
5. Castellanos César Augusto. Hemorragia Gastrointestinal: Correlación Endoscópico-Radiológica de las lesiones Agudas. Tesis. Guatemala. Sept. 1979. USAC.
6. De León Díaz Otto Rene. Estudio Restrospectivo de 145 casos en el Hospital Militar. Tesis Guatemala. USAC. Noviembre 1978.
7. García De La Riva Juan Carlos. Endoscopia Gastrointestinal Superior como medio Diagnóstico. Revisión de una serie de casos 1972-1979. Tesis Guatemala. USAC. Octubre. 1979.
8. Hirschowitz B.I. de Birmingham, Alabama. *Fiberduodenoscopy and cinefiberduodenoscopy*. Presentd an American Gastrosopic Society. Mayo 1961. Chicago III.

9. Manso E. O. Nodarse y Haedo W. La Fibroesofagogastroduodenoscopia en el Instituto de Gastroenterología. GEN Organo de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología Enero-Junio 1976. Vol XXX.
10. Marrison, John F. Gastrointestinal Endoscopy. Gastroenterology, No. 62, 6. p. 1241-1268. 1973.
11. Marrison John F. Et Al. Gastroscopy a Review of the English and Japanese Literature, Gastroenterology. 53-3. 456-470. 1973.
12. Bockus, Henry L. Gastroenterología 2da. Edición. Barcelona. España E. Salvat. 1968.
13. Monsanto Toledo Carlos Alfredo. Revisión de 100 casos de Cáncer Gástrico. Tesis Guatemala. USAC. Febrero 1969. p. 24-8-14.
14. Nelson Robert. Gastroscopic Photography. Year Book Medical Publisher III. 1966.
15. Piedrasanta Juárez Edgar Eduardo. Neoplasias Malignas Gástricas en el Hospital Centro Médico. Tesis Guatemala. Fac. CCMM. Octubre 1976. p. 24-32.
16. Suros Furnus Juan. Semiología Médica y Técnicas. 6a. Edición. Barcelona España. 1978. p. 420.
17. Torie S. - Akasaka y - Yamaguchi K-Nishino H. New trial for endoscopical Observation of esophagus by dye spraying, method. Depto. de Internal Med. K. Yoto. Prefactural Univ. of Med. Kyoyo Japan. p. 165. GEN 1976.

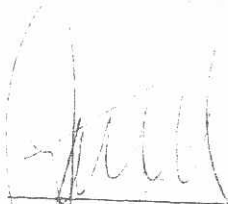
18. Turton Yaeggy Leslie. La Gastroscofia como ayuda en el Diagnóstico de Problemas Gástricos. Tesis Guatemala. USAC. Junio 1973. p. 20-11.
19. Ortega A. José Perez Leopoldo. Aplicación Terapeutica de la Endoscopia Digestiva. GEN 1976.
20. Zuñiga Orellana Carmen María. Correlación Radiológica-Endoscópica en Patología Esofagogastroduodenal Abril 1980. Tesis Guatemala.

Bx. 
Moises Salvador Estrada De Leon

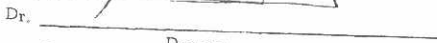
Dr. 
Dr. Luis Zetina Toache


Dr. 
Revisor.
Dr. Vicente Mazariegos Guerra

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim.

Dr. 
Secretario
Dr. Paul A. Castillo Rodas.

Vo. Bo.


Dr. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo.