

Valor de la endoscopia en el estudio de las Enfermedades del Esófago *

Doctor CIRO ALFONSO MONTOYA N. **

Doctor MILTON ARGUELLO J. ***

Doctor JAIME CAMPOS G. ****

INTRODUCCION

La primera referencia en relación al método endoscópico se debe a P. Bozzini en 1807 ¹. Si bien su idea no se realizó, sirvió como base para que 20 años más tarde Segalas ² en París, describiera la primera tentativa de examen endoscópico. Desormeaux ³ en 1843, modificó el instrumento utilizando como fuente de luz una lámpara de petróleo. En 1865 Cruise modifica el equipo descrito por Desormeaux y demostró el estudio endoscópico del esófago evocando la posibilidad de estudiar los bronquios.

En 1867 Semender y StoERK utilizaron un instrumento rudimentario derivado del endoscopio de Desormeaux y practicaron un examen endoscópico que figura en la historia como la primera esofagoscopia.

Kussmaul ⁴ utilizó un tubo más largo para explorar la porción distal. Después del perfeccionamiento de la bombilla incandescente por Edison en 1879, la Esofagoscopia ocupará definitivamente su lugar como medio diagnóstico en las enfermedades del esófago y los equipos se han venido perfeccionando en relación con los sistemas ópticos y de iluminación, hasta concebir el Esofago-fibrosco-pio.

MATERIAL Y METODOS

Se practicaron 269 Esofagoscopias en pacientes remitidos de los Servicios de Medicina Interna, Cirugía y Consulta Externa. Se utilizó un Esofagoscopio rígido Henning de luz fría, con obturador flexible e iluminación distal, que mide 54 cms., con tubo interior para practicar la aspiración y lavado necesarios durante el procedimiento, para para insuflación de aire y pinza para toma de biopsia bajo visión directa.

El examen radiológico precedió siempre al examen endoscópico. Todas las endoscopias fueron practicadas estando los pacientes en ayuno durante 12 horas. Media hora antes fueron premedicados con 10

* Trabajo realizado en la Sección de Gastroenterología Departamento de Medicina Interna —Centro Hospitalario San Juan de Dios— Facultad de Medicina — U. N. de Colombia, Bogotá.

** Instructor Asistente de Medicina Interna y Gastroenterología Fac. Med. U. Nal.

*** Profesor Asistente de Medicina Interna. Jefe Sección de Gastroenterología. Fac. Med. U. Nal.

**** Profesor Asistente de Medicina Interna y Gastroenterología Fac. Med. U. Nal.

mgs. de Morfina y 1 mgr. de Atropina y se les administró una tableta de Tetracaína para diluir en la boca como anestésico local.

Previa explicación del procedimiento al paciente, se colocó en decúbito lateral izquierdo sobre la mesa de examen, siendo la cabeza sostenida y manipulada por un ayudante. El instrumento se lubrica con jalea de Xilocaína. El examinador sostiene el instrumento con la mano derecha, se introduce en la boca y el dedo índice izquierdo del examinador es colocado en la punta del obturador para dirigir el aparato, fijando la lengua con el dedo medio de la misma mano. Al aproximarse el aparato al esfínter cricofaríngeo se le indica al paciente que trague, este movimiento abre el esfínter permitiendo el avance del instrumento. Una vez introducido el Esofagoscópio se remueve el obturador introduciendo el sistema óptico, continuando el paso del Esofagoscopio bajo visión directa y protegiéndose los dientes superiores del paciente con la mano izquierda. Para cambiar la dirección de la punta del aparato y hacer visibles las paredes del esófago, se requieren movimientos de la cabeza del paciente. El instrumento se pasa (cuando es posible) hasta el estómago, y al retirar el aparato se hace la inspección de la parte alta del esófago.

Para la fotografía se utilizó un flash electrónico con dos canales y cuatro grados de poder (100 - 200 300 y 460W/seg.). El impulso electrónico es conducido a través de la

cámara fotográfica hacia el tubo electrónico del flash, permitiendo la transmisión de la luz a través del instrumento.

Las fotos se tomaron con una cámara Robot-Star II La Esofagoscopia se practicó en todos los pacientes con alteración esofágica observada radiológicamente; o con sintomatología no explicada desde el punto de vista radiológico.

No se hizo el procedimiento en pacientes con falla cardio-respiratoria, en pacientes con problema de columna cervical que imposibilitaran la movilización del cuello ni en pacientes con obstrucción alta del esófago o en quienes no colaboraron para el examen.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se analizaron 269 Esofagoscopias en pacientes cuyas edades oscilaron entre 15 y 85 años, de los cuales 104 (38.6%) fueron del sexo femenino y 165 (61.3%) del sexo masculino. En relación con las edades el mayor grupo, 183 (68.2%) correspondió a pacientes mayores de 41 años (Cuadro No. 1).

En 247 pacientes (91.7%) el estudio endoscópico mostró diferentes tipos de lesiones (Cuadro No. 2). Siendo el esófago normal en 22 casos (8.3%).

Hernia Hiatal:

(Fig. No. 1). Su incidencia fue la más alta de la serie, correspondió a 95 pacientes (35.3%), de los cuales en 58 se encontró asociación con di-



Figura 1
Hernia hiatal. Paso de pliegues a través de la pinza diafragmática.

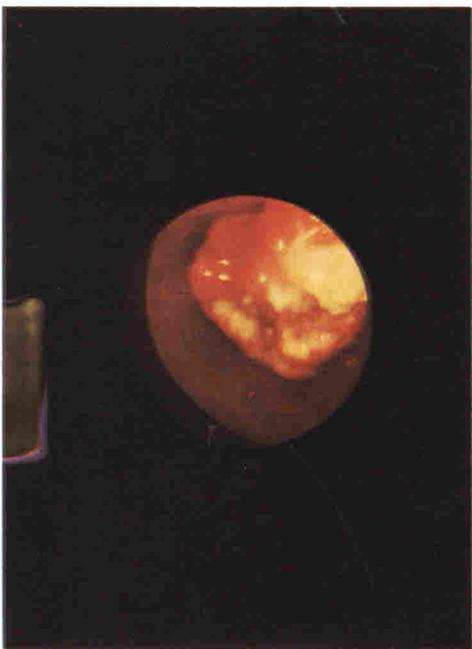


Figura 2
Carcinoma escamocelular de tercio medio del Esófago.



Figura 3
Várices esofágicas prominentes.

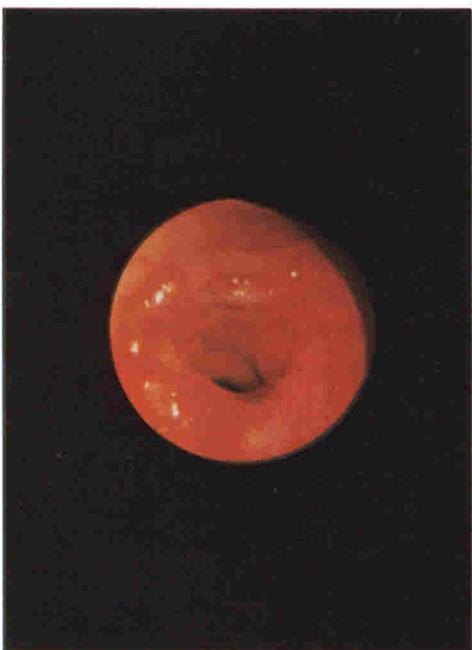


Figura 4
Esofagitis severa que sangra fácilmente al contacto del endoscopio

CUADRO No. 1

ESOFAGOSCOPIA

DISTRIBUCION DE EDAD Y SEXO

AÑOS	DECADA	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
		F	M		
10-21	2º	11	5	16	5.94
21-30	3º	10	9	19	7.
31-40	4º	17	13	30	11.15
41-50	5º	25	33	58	21.56
51-60	6º	17	58	75	27.85
61-70	7º	19	31	50	18.58
71-80	8º	5	15	20	7.47
81-90	9º	0	1	1	0.37
TOTAL		104	165	269	100.

CUADRO No. 2

RESULTADOS DE 269 ESOFAGOSCOPIAS

Hernia Hiatal	95	35.31%
Carcinoma	83	30.85%
Várices Esofágicas	24	8.92%
Normales	22	8.17%
Acalasia	16	5.91%
Estenosis Benigna	14	5.20%
Esofagitis	10	3.71%
Pólipos	2	0.74%
Escleroderma	1	0.37%
Hemangioma	1	0.37%
Lesión Subcardial Traumática	1	0.37%
TOTAL		100%
269		100%

ferentes grados de esofagitis, siendo la hernia hiatal más frecuente en pacientes por encima de los 40 años (71.1%).

Desde el punto de vista radiológico en relación con el estudio endoscópico, se hizo diagnóstico correcto en 71 pacientes (74.7%). Los restantes tuvieron la siguiente interpretación: 16 normales (16.8%), 3 carcinomas (3.1%), 3 várices esofágicas (3.1%), 1 estenosis esofágica (1%) y en 1 (1%) se consideró al examen radiológico deficiente.

Carcinoma:

(Fig. No. 2). De los 83 pacientes (30.8%) en los que el diagnóstico de carcinoma fue confirmado, en 73 (87.9%) el estudio endoscópico fue interpretado correctamente. De los 10 restantes (12%): en 3 (3.6%) el examen fue interpretado como estenosis en estudio, en 4 (4.8%) debido a la falta de colaboración o mala preparación de los pacientes el estudio fue interpretado como incompleto y en 3 casos (3.6%) la interpretación fue incorrecta ya que en 2 (2.4%) se hizo el diagnóstico de estenosis benigna y en 1 (1.2%) de acalasia con esofagitis. Vale la pena anotar que en estos 10 pacientes la biopsia aclaró el diagnóstico en 3.

El estudio radiológico del esófago con medio baritado demostró la lesión en 60 casos (72%). En 23 casos (27.7%) el diagnóstico radiológico no fue concluyente informándose: estenosis en 17 casos (20.4%), sin lesión en 3 casos (3.6%), esofagitis 1 caso (1.2%), acalasia 1 caso (1.2%) y hernia hiatal 1 caso (1.2%).

Várices Esofágicas:

(Fig. No. 3). La Esofagoscopia es un estudio que confirma el diagnóstico radiológico de várices esofágicas (5-6) y es diagnóstico endoscópico en pacientes con estudio baritado normal (7). En nuestra casuística se observaron 24 casos de várices esofágicas (8.9%), en las que hubo correlación radiológica en 20 casos (83.3%).

En los 4 casos restantes los exámenes radiológicos fueron informados como normales.

Acalasia:

El estudio radiológico coincidió con el estudio endoscópico en 14 pacientes (87.5%) de los 16 casos observados. En el primero coincidió la acalasia con hernia hiatal y en el segundo se sugirió la posibilidad de carcinoma de esófago habiendo sido descartado endoscópicamente.

Estenosis Benigna:

Se estudiaron 14 pacientes (5.2%) del total de endoscopias practicadas de las cuales: 10 (71.4%) fueron informadas como estenosis benignas y en 4 (28.5%) se hizo el diagnóstico de estenosis.

El estudio radiológico fue informado; como estenosis benigna en 5 casos (35.7%), carcinoma en 2 casos (14.5%), y estenosis en 7 casos (50%).

Esofagitis:

(Fig. No. 4). Diez pacientes se informaron con estudio endoscópico de

esofagitis (3.7%), de los cuales 3 (30%) radiológicamente fueron normales y en 1 (10%) la imagen era sugestiva de carcinoma. La biopsia de este caso demostró lesión granulomatosa de origen tuberculoso.

Pólipos:

Este tipo de lesión se observó en dos pacientes (0.7%). La radiología en 1 caso sugirió carcinoma y en el otro divertículo de tracción. Estas lesiones se descartaron con examen endoscópico y biopsia.

Hemangioma:

Uno de los pacientes (0.35%) quien ingresó por hemorragia digestiva severa, y en quien el estudio radiológico fue normal, la esofagoscopia demostró hemangiomas en tercio superior e inferior del esófago.

Finalmente, en un paciente con esclerosis sistémica, gastrectomizado en otro hospital por sospecha de carcinoma, y en el cual el estudio endoscópico descartó la posibilidad de carcinoma en la boca anastomótica.

Biopsia:

En los 269 pacientes solo se practicaron 54 biopsias (20.4%), ya que en la mayoría de los casos no se consideró necesario hacerla. De las biopsias tomadas 40 (72.7%) confirmaron el diagnóstico endoscópico: 28 carcinomas (59.9%) y 12 lesiones benignas (21.8%). No fue de utilidad en 9 casos (16.3%) posiblemente debido a la dificultad para tomar la biopsia del sitio adecuado. En 6 ca-

sos (10.9%), la biopsia corrigió el diagnóstico en relación a benignidad o malignidad.

Complicaciones:

Se presentaron 3 perforaciones esofágicas (1%) de las cuales la primera fue de un paciente con antecedente de ingestión de cáustico tres semanas antes y cuyo estudio radiológico fue informado como normal. En el segundo, se presentó ruptura al tratar de franquear estenosis a nivel de tercio inferior del esófago. Estos dos pacientes recibieron tratamiento quirúrgico con posterior recuperación. En el tercer caso que se trataba de un paciente con gastrectomía radical; en la boca anastomótica, la esofagoscopia mostró estenosis con punto de seda en el centro de la misma. Por medio endoscópico se retiró la seda presentando posteriormente marcado enfisema subcutáneo. Esta paciente se recuperó con tratamiento conservador mejorando de su disfagia. Considerando que el último caso no fue realmente una ruptura al introducir el esofagoscopio, el porcentaje de accidentes en nuestra serie (0.74%) no difiere estadísticamente al informado por otros autores⁸.

El análisis de esta casuística nos demuestra sin lugar a dudas el valor de la esofagoscopia como examen complementario al estudio baritado del esófago, ya que en ocasiones confirma el diagnóstico por la observación directa de la lesión y en los casos en que está indicada la biopsia aclara su etiología.

RESUMEN

Se analizan los resultados obtenidos en 269 esofagoscopias de las cuales 104 fueron practicadas en pacientes del sexo femenino (38.6%) y 165 en pacientes del sexo masculino (61.3%), con edades que oscilaron entre 15 y 85 años con predominio de pacientes por encima de los 40 años (68.2%).

En 247 pacientes (91.7%) el estudio endoscópico reveló diferentes tipos de lesiones algunas de las cuales se ilustran en fotografías de casos representativos.

Dentro de las lesiones estudiadas, predominó la hernia hiatal en 95 pacientes (35.3%), de los cuales en 58 (61%), se encontró asociación de esofagitis. En 83 pacientes con carcinomas (30.8%), el diagnóstico endoscópico fue concluyente en 73 (87.9%).

Se hace una correlación endoscópico-radiológica y la confirmación diagnóstica por biopsia cuando este procedimiento se consideró necesario para aclarar la etiología de las lesiones.

SUMMARY

The present study was done on 269 patients, 38.6% females and 61.3% males aged from 15 to 85 years, most of them (68.2%) above 40 years old.

Description is made of the results obtained from endoscopic study of 247 patients, which showed different types of lesions: 35.3% of patients

with hiatal hernia and 61% with hiatal hernia plus esophagitis. Endoscopic diagnosis of carcinoma was made in 87.9% patients.

This correlation is based largely on endoscopic and X Ray observations. The etiology of the lesions on the difficult cases was defined by biopsy.

REFERENCIAS

1. Bazzini, P. H.: Der Lichtleiter oder beschreibung einer einfachenvorrichtung und ihrer anwendung zur erleuchtung innerer hohlend und swischenraume des lebenden animalischen korpers. Weimar, 1807.
2. Segalas: Comptes rendus des séances de L' Institut, 1826. Revue Médicale Française et étrangere, 1827, I, 157.
3. Desormeaux: De l'endoscopia et de ses applications au diagnostic des affections de l'urethère et de la vessie. Paris, 1856.
4. Kussmaul: Société des Sciences Naturelles. Fribourg, 21 juillet, 1868.
5. Brick, I. B., Palmer, E. D.: Comparison of Esophagoscopic and Roentgenologic diagnosis of esophageal varices in cirrhosis of liver. Amer. J. Roentgen, 73: 387 - 389, 1955.
6. Friedman, E., Katz, D., Selesnick, S.: Endoscopy with the flexirigid esophagoscope. Postgrad. Med., 25: 274 - 276, 1959.
7. Garavedian, M., Gregg, J. A.: Endoscopia de esófago. Clinicas quirúrgicas de Norte América, 51: 641 - 647, 1971.
8. Trujillo, N. P., Slaughter, R. L., Boyce, H. W. Jr.: Endoscopic diagnosis of sliding-type diaphragmatic hiatal hernias. American Journal of Digestive Diseases, 13: 855 - 867, 1968.