

PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS PRACTICADOS POR VIA PERORAL EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DESDE MAYO DE 1956 HASTA JULIO DE 1960

POR

GILBERTO RUEDA PÉREZ *

ROBERTO LÓPEZ PLATA **

Con el objeto de mirar retrospectivamente, y de analizar en forma somera el trabajo realizado en el Departamento de Endoscopia del Hospital de San Juan de Dios desde el día 17 de mayo de 1956, fecha en la cual principió a ser llevada por quienes esto publican, una apuntación estadística, hasta el día 22 de julio de 1960, día escogido arbitrariamente para terminar la presente comunicación, hemos recopilado y distribuído en cuadros sinópticos los resultados del mencionado trabajo endoscópico.

Debemos advertir que en los casos aquí analizados figuran únicamente aquellos que tienen número de historia, o sea que han pasado por la Consulta Externa o por el Servicio de Urgencia del Hospital, ya que se encuentra en nuestras notas de trabajo una buena cantidad de casos, especialmente de cuerpos extraños en las vías

digestivas altas, que llegan directamente al Departamento de Endoscopia sin tener una historia clínica elaborada, por lo cual no han sido incluídos en el presente informe, debido a la imposibilidad de su verificación actual. Todas las historias de los casos que figuran en el informe podrán ser consultadas por el lector en el Departamento de Estadística del Hospital de San Juan de Dios.

Varias anotaciones debemos hacer en la presencia de este primer cuadro que nos da el resultado global de los procedimientos que se realizan de costumbre en nuestro Departamento: se observa que el primer lugar lo ocupa la Broncoscopia, como el procedimiento más solicitado por los diversos servicios del Hospital; el segundo lugar, la Esofagoscopia; luego, en tercer lugar, las intubaciones para Broncografía, que se realizan en este Departamen-

* Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital Sanatorio "Santa Clara", de Bogotá. Jefe del Departamento de Endoscopia del Hospital de San Juan de Dios, de Bo-

gotá. Encargado de la Cátedra de Neumología. Universidad Nacional.

** Médico Residente en el Hospital Sanatorio Nacional "Santa Clara", de Bogotá.

CUADRO 1
NUMERO GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

| | Nº casos. | Nº pacientes. |
|--|-----------|---------------|
| 1—Broncoscopias | 508 | 439 |
| 2—Esofagoscopias | 331 | 298 |
| 3—Intubaciones para broncografía | 318 | 258 |
| 4—Dilataciones esofágicas | 119 | 36 |
| 5—Laringoscopias directas | 115 | 98 |
| 6—Gastroskopias | 111 | 91 |
| Total | 1.502 | 1.220 |

mento; en cuarto lugar de frecuencia vienen las Dilataciones Esofágicas; el quinto lugar es ocupado por las Laringoscopias Directas, siendo de anotar que también el Departamento de Organos de los Sentidos ha tomado parte en la realización de este procedimiento, y que las cifras aquí anotadas son las que figuran en la Estadística del Departamento de Endoscopia, puesto que en algunas ocasiones, durante este lapso, se han realizado procedimien-

tos laringoscópicos en el Departamento de Organos de los Sentidos que no figuran en este informe. En último lugar tenemos las Gastroskopias, posiblemente por ser el procedimiento más recientemente introducido al Departamento.

Analizaremos a continuación uno por uno estos diversos procedimientos, y veremos, en orden de frecuencia, las diversas causas o motivos de examen.

CUADRO 2
BRONCOSCOPIAS

Número total 508

Número de pacientes 439

| En orden de frecuencia: | Nº | % |
|---|-----|--------|
| 1—Normal | 100 | 19.690 |
| 2—Bronquiectasias | 98 | 19.300 |
| 3—Tuberculosis | 81 | 15.920 |
| 4—Bronquitis crónica | 56 | 11.010 |
| 5—Absceso pulmonar | 35 | 6.880 |
| 6—Carcinoma broncogénico | 26 | 5.120 |
| 7—Estenosis bronquio lóbulo medio | 20 | 3.940 |
| 8—Neumonía | 10 | 3.750 |

| En orden de frecuencia: | Nº | % |
|--|-----|-------|
| 9—Desviación traqueal (bocio, tumor externo, etc.) | 18 | 3.550 |
| 10—Atelectasia (y colapso, diversas causas) | 14 | 2.760 |
| 11—Paquipleuritis | 13 | 2.580 |
| 12—Derrame pleural | 10 | 1.970 |
| 13—Fístula broncopleurale | 4 | 0.780 |
| 14—Enfisema | 3 | 0.590 |
| 15—Micosis | 2 | 0.394 |
| 16—Cuerpo extraño | 2 | 0.394 |
| 17—Leishmaniasis | 1 | 0.196 |
| 18—Asma | 1 | 0.196 |
| 19—Retracción por tumores del cuello | 1 | 0.196 |
| 20—Síndrome Hamman-Rich | 1 | 0.196 |
| 21—Preedema agudo del pulmón | 1 | 0.196 |
| 22—Obstrucción bronquial | 1 | 0.196 |
| 23—Neumotórax espontáneo | 1 | 0.196 |
| Total | 508 | 100% |

Al analizar este cuadro sinóptico debemos aclarar un hecho importante: los diagnósticos incluidos en él son en su gran mayoría el resultado del análisis del cuadro clínico del paciente, así como del estudio de sus exámenes de laboratorio, de sus radiografías, etc., así como también de la impresión endoscópica del operador. Muchas veces estos diagnósticos han podido ser confirmados posteriormente, bien sea por los resultados de laboratorio de muestras obtenidas durante el examen broncoscópico, o por biopsias tomadas durante el mismo, o por resultados post-operatorios, o por resultados del tratamiento recomendado. Algunos de estos diagnósticos, sin embargo, no se han podido confirmar posteriormente, y son simplemente la mejor impresión del Endoscopista después de analizar a conciencia el caso.

Vemos que el mayor número de casos, paradójicamente, se relaciona con lo que a juicio del Endoscopista se de-

be llamar Arbol Bronquial Normal. Esto se explica ampliamente por el hecho de provenir las solicitudes de examen de todos y cada uno de los servicios del Hospital, siendo por lo tanto imposible que todo el personal que los solicita tenga un conocimiento exacto de los casos para los cuales está indicado tal procedimiento; y, además, en muchos de estos casos hay lesiones que tanto clínica como radiológicamente están situadas en algún punto del parénquima pulmonar, pero que al examen broncoscópico no se hacen aparentes, ni con el broncoscopio ni al examen con las lentes de visión angular, siendo por lo tanto la respuesta del Endoscopista la de Arbol Bronquial Normal, sin que esto implique la no existencia de una lesión endotorácica.

Es alentador, no obstante, encontrar este alto porcentaje de casos normales, por cuanto esto implica una mayor actividad investigativa del personal médico del Hospital.

Se encuentra a continuación el diagnóstico de Bronquiectasias como el más frecuente entre los casos patológicos. Esto no hace sino confirmar el hecho de la alta frecuencia de esa desagradable entidad en nuestro medio, y de la alta y muy importante indicación, tanto diagnóstica como terapéutica, que este procedimiento tiene en dichos casos.

En tercer lugar se encuentra la Tuberculosis, con un altísimo porcentaje sobre el total de casos. Esto es otro timbre de alarma importantísimo que destaca tremendamente el hecho de que aun en hospitales generales como es el de San Juan de Dios, en donde por su misma naturaleza se rechazan los casos demostrados de Tuberculosis Pulmonar, se encuentra una enorme cantidad de casos activos en sus diferentes servicios, que son diagnosticados por este y otros procedimientos investigativos pero que permiten

darse cuenta del enorme flagelo que esta entidad constituye para la población general del país.

En cambio, el Carcinoma broncogénico constituye un 5.1% del total y se encuentra en sexto lugar en el cuadro. No podríamos asegurar plenamente esta sensación personal, pero tenemos la impresión de que es mucho menos frecuente en nuestro medio que en el de los países del Norte de América en donde día por día aumenta considerablemente, no así entre nosotros, en donde en un medio hospitalario como el nuestro, que comprende pacientes de todas las edades y las latitudes del país, no hemos encontrado un aumento a través de los años en el número global de los casos analizados.

Anotamos en último lugar la rara ocurrencia de cuerpos extraños en el árbol bronquial.

CUADRO 3

ESOFAGOSCOPIAS

Número total 331

Número de pacientes . . . 298

| En orden de frecuencia: | Nº | % |
|--|-----|-------|
| 1—Carcinoma del esófago | 106 | 32.03 |
| 2—Esófago normal | 66 | 19.94 |
| 3—Cuerpo extraño | 34 | 10.21 |
| 4—Carcinoma propagado al esófago | 33 | 9.96 |
| 5—Esofagitis | 27 | 8.15 |
| 6—Acalasia | 18 | 5.43 |
| 7—Estenosis cicatricial | 11 | 3.32 |
| 8—Estenosis cáustica | 10 | 3.02 |
| 9—Fístula esofágica | 6 | 1.86 |
| 10—Divertículo | 6 | 1.86 |
| 11—Várices esofágicas | 3 | 0.91 |
| 12—Absceso retrofaringeo | 2 | 0.60 |
| 13—Síndrome de Plummer-Vison | 2 | 0.60 |
| 14—Esófago corto | 2 | 0.60 |

| En orden de frecuencia: | Nº | % |
|--|-----|-------|
| 15—Carcinoma de la faringe | 1 | 0.302 |
| 16—Carcinoma de la hipofaringe | 1 | 0.302 |
| 17—Pólipo del cardias | 1 | 0.302 |
| 18—Estenosis por esofagitis | 1 | 0.302 |
| 19—Fibrosis | 1 | 0.302 |
| Total | 331 | 100% |

Al analizar este cuadro salta a la vista la enorme desproporción entre el Carcinoma del esófago y los casos normales, que van a continuación, y los otros diagnósticos. Desde que comenzamos a practicar la Esofagoscopia nos llamó poderosamente la atención el hecho de que en todos los cuadros de disfagia en el adulto, sin antecedente cáustico, el cuadro corresponde a un carcinoma esofágico. Al mirar retrospectivamente los 331 exámenes practicados, encontramos que 139 corresponden a carcinoma del esófago, primario o propagado por vía submucosa de la porción más alta del estómago. Esta alarmante cifra nos da un 41.99% del total, lo cual nos permite de una vez, y sin entrar a analizar a fondo este punto, que será motivo de un estudio posterior, llamar la atención de los colegas que a bien tengan leer este informe, sobre la importancia de la práctica de este examen en presencia de cualquier disfagia incipiente en el adulto. Es de anotar que la gran mayoría de estos diagnósticos ha sido confirmada por la anatomía patológica, bien sea por la biopsia tomada durante la esofagoscopia, o por el examen post-operatorio de la pieza reseçada, o por el examen postmortem.

Vienen a continuación los casos normales, que constituyen un 19.44% y que vienen a encajar dentro de las consideraciones hechas al analizar los casos de broncoscopias normales, espe-

cialmente en lo concerniente a la inquietud científica del personal.

Luégo encontramos los cuerpos extraños, que constituyen el tercer capítulo de nuestro cuadro, y que son el motivo más urgente y de los más frecuentes de solicitud de este examen, casos en los cuales no solamente es importante el procedimiento como ayuda diagnóstica, sino que en la gran mayoría, o casi en la totalidad, viene a constituir el único tratamiento. Repetimos lo ya dicho al principio, o sea que en nuestra estadística no figuran los numerosos casos que llegan directamente al Departamento de Endoscopia, sin tener una historia clínica que permita su comprobación actual.

Debemos con tristeza anotar aquí el único caso que en nuestras manos ha presentado complicación durante la práctica de la esofagoscopia, a consecuencia de la cual murió la paciente algunos días después. Se trata del caso con la Historia Clínica número 14163, que presentaba un divertículo faringoesofágico no diagnosticado con anterioridad ni clínica ni radiológicamente; ofreció serias dificultades al operador para la introducción del esofagoscopio a la altura del estrecho superior, y finalmente se produjo la perforación del divertículo; este hecho no fue diagnosticado inmediatamente, y en presencia del cuadro doloroso retroesternal la paciente fue sometida a un examen radiológico del esófago, con

acumulación mediastinal de bario, presentándose posteriormente una mediastinitis que se drenó quirúrgicamente sin lograr la recuperación de la paciente, quien falleció una semana después de practicada la esofagoscopia. Esta constituye la única perforación y la única muerte por los procedimientos endoscópicos en general llevados a cabo en nuestro Departamento, y nos

indica a nosotros personalmente que cada día debemos ser más cuidadosos al practicar estos exámenes, y nos llena de satisfacción el hecho de que constituya el único caso de mortalidad en los 1.502 procedimientos practicados, o sea el 0.066% del total de casos, y el 0.3% de los casos de esofagoscopia.

CUADRO 4

INTUBACIONES PARA BRONCOGRAFIA

Número total 318

Número de pacientes 258

De rutina la intubación traqueal para los pacientes de broncografía se practica en nuestro Departamento, con el objeto de conservar la unidad de procedimientos y de permitir la práctica de la anestesia laríngea y de la laringoscopia indirecta a nuestros colaboradores.

CUADRO 5

DILATACIONES DE ESOFAGO

Número total 119

Número de pacientes 36

| Causas más frecuentes: | Nº | % |
|---|-----|-------|
| 1—Estrechez cicatricial post-operatoria | 47 | 39.49 |
| 2—Estenosis por cáusticos | 39 | 32.78 |
| 3—Estenosis por esofagitis | 21 | 17.64 |
| 4—Estenosis por acalasia | 12 | 10.09 |
| Total | 119 | 100% |

En un medio quirúrgico tan activo como el de nuestro hospital, en el cual se practica un número alto de intervenciones sobre esófago, no es de extrañar que el mayor porcentaje de dilataciones de esófago sea debida a estenosis cicatricial postoperatoria. Hemos querido separar estos casos de los de estenosis cicatricial por cáusticos, los que vienen a constituir el segundo capítulo en cantidad, y que representan la marcada tendencia a la ingestión de cáusticos con propósitos suicidas entre la gente joven, especialmente mujeres, de las clases económicas bajas. Podemos anotar aquí el hecho de que estas estenosis cáusticas son absolutamente irreversibles cuan-

do ya se han establecido, lo que se debe a la falta inicial de tratamiento, y son, en cambio, de relativo buen pronóstico en aquellos casos en los cuales se practican procedimientos endoscópicos tales como esofagoscopia inmediatamente posterior a la ingestión del cáustico y cuidadosas dilataciones posteriores, al mismo tiempo que se administran sustancias antiflogísticas muy activas y se permite la alimentación oral del paciente.

La estenosis baja por esofagitis es la tercera causa de la dilatación en aquellos casos en los que ya se ha establecido una cicatriz debido a la cronicidad de la irritación esofágica.

CUADRO 6

LARINGOSCOPIAS DIRECTAS

Número total 115

Número de pacientes 98

| En orden de frecuencia: | Nº | % |
|---|-----|-------|
| 1—Laringe normal | 33 | 28.70 |
| 2—Laringitis crónica inespecífica | 17 | 14.78 |
| 3—Carcinoma de la laringe | 15 | 13.04 |
| 4—Laringitis T. B. C. | 14 | 12.17 |
| 5—Cuerpo extraño | 12 | 10.43 |
| 6—Parálisis de las cuerdas vocales | 7 | 6.09 |
| 7—Compresión por bocio | 3 | 2.61 |
| 8—Blastomycosis | 3 | 2.61 |
| 9—Leishmaniasis | 2 | 1.74 |
| 10—Rinoscleroma | 1 | 0.87 |
| 11—Estenosis por infección | 1 | 0.87 |
| 12—Papilomas laringe | 1 | 0.87 |
| 13—Estenosis de la laringe | 1 | 0.87 |
| 14—Tumefacción de las cuerdas vocales | 1 | 0.87 |
| 15—Obstrucción subglótica | 1 | 0.87 |
| 16—Laringitis aguda | 1 | 0.87 |
| 17—Desviación traqueal | 1 | 0.87 |
| 18—Parálisis por lesiones recurrentes post-tiroi- dectomía | 1 | 0.87 |
| Total | 115 | 100% |

CUADRO 7

GASTROSCOPIAS

Número total 111

Número de pacientes 91

| En orden de frecuencia: | Nº | % |
|-------------------------------------|-----|-------|
| 1—Gastritis | 33 | 29.73 |
| 2—Úlcera | 30 | 27.03 |
| 3—Tumor | 25 | 22.52 |
| 4—Normal | 22 | 19.82 |
| 5—Gastroenteroanastomosis | 1 | 0.90 |
| Total | 111 | 100% |

Este último y difícil procedimiento diagnóstico ha sido practicado en este lapso en 111 oportunidades, habiéndose anotado los diagnósticos de gastritis, úlcera y tumores como los más frecuentes e importantes. En este procedimiento los riesgos de perforación son elevadísimos debido al hecho de que la constitución de los actuales equipos hace que se practique a ciegas el paso del instrumento a lo largo del esófago hasta la entrada del estómago, presentándose generalmente un alto porcentaje de perforaciones altas y bajas del esófago, así como del antro pilórico en un número menor de casos. Hasta la publicación del presente trabajo hemos tenido la fortuna de evitar esta complicación en nuestro Departamento. Los diagnósticos aquí anotados en este procedimiento en particular, son el resultado del estudio clínico, de Laboratorio y de Rayos X, así como de la impresión visual del operador, pues no es posible la toma de muestras de la mucosa gástrica en el momento de la endoscopia.

Las zonas ciegas del estómago hacen que en un alto porcentaje sea este un

examen negativo, que no contribuye a aclarar la patología presente en el estómago.

* * *

Debemos anotar como accidentes y complicaciones sin mayor gravedad, algunos casos de espasmo laríngeo fácilmente corregible; breves períodos de apnea fácilmente tratables, en pacientes enfisematosos y bronquiectásicos, sometidos a Broncoscopia y Broncografía simultánea. Hemos observado un pequeñísimo número de accidentes tipo alérgico, tales como prurito y urticaria, sin que hayamos encontrado nunca casos de colapso circulatorio que pudieran ser causados por el agente anestésico. Hemos empleado siempre como agente anestésico local la cocaína en solución al 2%. En los niños hemos tenido que emplear a veces la anestesia general con intubación endotraqueal para la remoción de cuerpos extraños esofágicos.

Al mirar retrospectivamente esta serie, podemos darnos cuenta de que la broncoscopia es un examen valioso,

relativamente sencillo, que practicado por manos expertas no ofrece ningún riesgo al paciente, y que ayuda a aclarar el diagnóstico y a hacer el tratamiento en un alto porcentaje de casos.

La esofagoscopia es el procedimiento que mayores ventajas ofrece al paciente, pues prácticamente en el 100% de los casos se puede hacer un diagnóstico o practicar un tratamiento. Este es un procedimiento más peligroso debido a la gran debilidad de las paredes esofágicas; debe ser practicado con extrema precaución para conseguir un resultado tan halagador como el que aquí presentamos.

La laringoscopia es un procedimiento muy útil, que no ofrece riesgo para el paciente y que ayuda más aún que la broncoscopia a dilucidar el diagnóstico y a practicar el tratamiento de las afecciones.

La gastroscopia es un procedimiento relativamente peligroso debido a las imperfecciones de los instrumentos actuales. Es un procedimiento que no siempre ayuda a aclarar el diagnóstico debido a la gran "zona ciega" gástrica, así como a la dificultad de observar y a la imposibilidad de tomar muestras de la mucosa gástrica. Debe ser practicada siempre por personal muy experto.

Debemos llamar la atención sobre el hecho de que poco a poco, en el transcurso de este trabajo, el número de casos solicitados ha ido aumentando paulatinamente, y es de esperar que la inquietud investigativa del personal continúe en aumento para que los enfermos se beneficien de estos procedimientos sencillos y prácticamente inocuos.

RESUMEN

Se presentan 1.502 casos de procedimientos endoscópicos, practicados en 1.220 pacientes, y que en orden de frecuencia son los siguientes: Broncoscopias, 508; Esofagoscopias, 331; Intubaciones para Broncografía, 318; Dilataciones Esofágicas, 119; Laringoscopias directas, 115, y Gastroscopia, 111.

Se analizan los diagnósticos más frecuentes encontrados en estos procedimientos.

Se describe y analiza el único caso de perforación esofágica y de muerte sucedido en esta serie, lo cual constituye el 0.066% del total de casos, y el 0.3% de las esofagoscopias.

Se analizan brevemente las demás complicaciones y accidentes.

SUMMARY

The statistics of 1,502 examinations by endoscopic procedures given 1,220 patients are reported in the order of frequency as follows: Bronchoscopy, 508; Esophagoscopy, 331; Intubation for Bronchography, 318; Dilatation of the Esophagus, 119; Laryngoscopy (direct), 115, and Gastroscopy, 111.

The diagnosis most frequently found in these examinations are analyzed.

The only case of perforation of the esophagus and death occurring in this series is described and analyzed; this case amounts to 0.066% of the total series and 0.3% of the gastroscopies.

The other complications and accidents are also discussed briefly.