

ARTÍCULO ORIGINAL

Videoendoscopia digestiva superior en el Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología "Las Heroínas de Mérida" del estado venezolano de Mérida

Upper gastrointestinal video endoscopy at the Diagnostic Medical Center of High Technology "Las heroínas de Mérida" of Mérida state in Venezuela

MsC. Odalis García Paneque y MsC. Libán Verdecia Correa y Dr. Jorge García Paneque

Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo", Contramaestre, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de los 1 742 pacientes mayores de 18 años en los que se realizó de forma satisfactoria la videoendoscopia del trato digestivo superior en el Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología "Las Heroínas de Mérida" del Estado Mérida (Venezuela), desde el 2008 hasta el 2011, con vistas a describir los hallazgos a través de dicho procedimiento. En la casuística predominaron el sexo femenino (63,3 %) y el grupo etario de 46-61 años, con una edad promedio de 55,8 años; además, 30,6 % de las pruebas resultaron normales. El dolor epigástrico (48,6 %), la dispepsia (43,5 %) y el reflujo gastroesofágico (8,6 %) fueron las principales causas de remisión, en tanto la gastritis (32,4 %) constituyó el diagnóstico endoscópico más frecuente, específicamente sus variedades eritematosa y eritemato-erosiva, con 66,0 y 13,0 %, respectivamente. Del total, 10 pacientes presentaron cáncer gástrico y 9, cáncer esofágico. Se pudo concluir que el procedimiento permitió el diagnóstico preciso de las enfermedades del trato digestivo superior, así como una atención terapéutica adecuada.

Palabras clave: videoendoscopia digestiva, enfermedades del trato digestivo superior, gastritis, Venezuela.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was conducted in 1 742 patients over 15 years, in whom the video endoscopy of upper gastrointestinal tract was successfully performed at the Diagnostic Medical Center of High Technology "Las Heroínas de Mérida" of Mérida state (Venezuela), from 2008 to 2011, with the purpose of describing the findings through this procedure. Female sex (63.3%) and age group of 46-61 years with a mean age of 55.8 years predominated in the case material, and 30.6% of the tests were normal. Epigastric pain (48.6%), dyspepsia (43.5%) and gastroesophageal reflux (8.6%) were the main reasons for referrals, while gastritis (32.4%) constituted the most frequent endoscopic diagnosis, specifically its erythematous and erythematous-erosive varieties, with 66.0 and 13.0%, respectively. Of the total, 10 patients had gastric cancer and 9, esophageal cancer. It was concluded that the procedure allowed accurate diagnosis of upper gastrointestinal tract diseases as well as an appropriate therapeutic care.

Key words: gastrointestinal video endoscopy, upper gastrointestinal tract diseases, gastritis, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos y científicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas incluyen la endoscopia. Específicamente con el videoendoscopio se visualiza el aparato digestivo por medio de una cámara de video que se introduce a través del tracto gastrointestinal, para tomar imágenes que posibiliten el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, o ambos.^{1,2}

Con respecto a lo anterior, en los centros médicos de diagnósticos de alta tecnología -- instituciones de salud con tecnología médica de punta --, se ofrecen servicios especializados de forma gratuita, entre ellos el de videoendoscopia digestiva, que benefician un gran número de personas.³ El Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología (CMDAT) "Las Heroínas de Mérida", en el Estado Mérida, lleva 4 años de funcionamiento y cientos de pacientes con afecciones digestivas han sido atendidos en su Servicio de Videoendoscopia Digestiva.

De hecho, las afecciones digestivas constituyen un motivo frecuente de consulta para hombres y mujeres, y se presentan en edades cada vez más tempranas. Las más comunes son originadas en el tracto digestivo superior y debido a su recurrencia, significan un problema de salud, tanto para el individuo como para las naciones. En los Estados Unidos han devenido la principal causa de hospitalización y ocupan el segundo lugar en morbilidad, después de las enfermedades cardiovasculares. Por su parte, la población de Venezuela no está exenta de dicho problema sanitario.

Según la Dra. Lizarzabal,⁴ gastroenteróloga y Presidenta de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, el ritmo de vida de venezolanos y venezolanas ha generado que muchos de ellos acumulen altos niveles de estrés y, consecuentemente, ha habido un incremento de enfermedades digestivas, sobre todo gastritis. Ahora bien, el envejecimiento de la población con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, conduce a un elevado consumo de medicamentos. La especialista explicó, además, que la gastritis es el primer motivo de visita a consulta de gastroenterología en este país, tanto en los centros de salud privados como en los públicos.

Desde los inicios de la Misión Barrio Adentro en Venezuela, se han efectuado varias publicaciones sobre los hallazgos macroscópicos a través de la endoscopia superior convencional y la videoendoscopia; sin embargo, no se ha hallado artículo médico alguno que fuese realizado en la misión médica cubana del Estado Mérida.⁵⁻⁸

Al respecto, el conocimiento de la morbilidad es fundamental para la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública; por tanto, surgió la motivación para presentar este estudio en el que se describieron los hallazgos endoscópicos del tracto digestivo superior en pacientes atendidos en el Servicio de Videoendoscopia del CMDAT en el Estado Mérida, durante los 4 años de funcionamiento de la institución sanitaria.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de los 1 742 pacientes mayores de 18 años en los que se realizó de forma satisfactoria la videoendoscopia del tracto digestivo superior en el Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología "Las Heroínas de Mérida" del Estado Mérida (Venezuela), desde el 2008 hasta el 2011, con vistas a describir los hallazgos a través de dicho procedimiento. Fueron excluidos los pacientes en los que no se pudo concluir la prueba por cualquier motivo.

La información fue recogida de la base de datos existente en dicho departamento (fuente primaria), únicamente con fines científicos y bajo los principios de máxima seguridad, y entre las variables de interés figuraron: edad, sexo, procedencia de la solicitud del examen endoscópico, motivo de la indicación y hallazgo endoscópico.

Igualmente, en la investigación se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas (como medidas de resumen), las diferentes clasificaciones internacionales aprobadas por la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva y el videoendoscopio Olimpos Lucera de la serie 260. Cada paciente fue preparado adecuadamente antes del procedimiento, previo consentimiento informado, autorizado por él mismo o por algún familiar, en el caso de personas muy seniles.

RESULTADOS

Se realizaron 1 742 videoendoscopias del tracto digestivo superior, 640 en el sexo masculino (36,7 %) y 1 102 en el femenino (63,3 %), con predominio del grupo etario de 46-61 años y una edad promedio de 55,8 años. De las remisiones, 66,5 % provenía de la Misión Barrio Adentro.

El dolor epigástrico (48,6 %), la dispepsia (saciedad precoz, plenitud gástrica y gases), con 43,5 %, y el reflujo gastroesofágico (8,6 %) fueron los principales motivos de realización del procedimiento endoscópico, aunque la mayoría de los pacientes refirieron más de un síntoma (tabla 1).

Tabla 1. Motivo de indicación de la videoendoscopia del tracto digestivo superior

Motivo de indicación del examen	No.	%
Dolor epigástrico	847	48,6
Reflujo gastroesofágico	149	8,6
Acidez	102	5,9
Dispepsia (plenitud, gases)	759	43,5
Disfagia	35	2,0
Anemia en estudio	8	0,5
Melena	5	0,2
Hematemesis	4	0,2
Vómitos	15	0,9
Estómago operado	5	0,2
Chequeo de rutina	53	3,0
Insuficiencia renal crónica	2	0,1
Posibles várices esofágicas	9	0,5
Antecedentes de litiasis vesicular	38	2,2
Otros	71	4,1

La gastritis fue el diagnóstico endoscópico más frecuente (tabla 2), con 32,4 %, y de ella predominaron las variedades eritematosa y eritemato-erosiva, con 66,0 y 13,0 %, respectivamente (figura). Le siguieron en menor cuantía la duodenitis (12,1 %) y la hernia hiatal (7,2 %). Aunque 30,6 % de los estudios resultaron normales, se diagnosticaron 10 pacientes con cáncer gástrico y 9 con cáncer esofágico.

Tabla 2. Hallazgos endoscópicos del tracto digestivo superior

Hallazgo endoscópico	No.	%
Esofagitis	64	3,8
Hernia hiatal	148	8,5
Cáncer esofágico	9	0,5
Várices esofágicas	15	0,9
Gastritis	565	32,4
Úlcera gástrica	92	5,3
Cáncer gástrico	10	0,6
Pólipos	46	2,6
Duodenitis y bulbitis	248	14,2
Úlcera duodenal	53	3,0
Pólipo duodenal	16	0,9
Esófago de Barrett	12	0,6
Otros	75	4,3
Normal	533	30,6

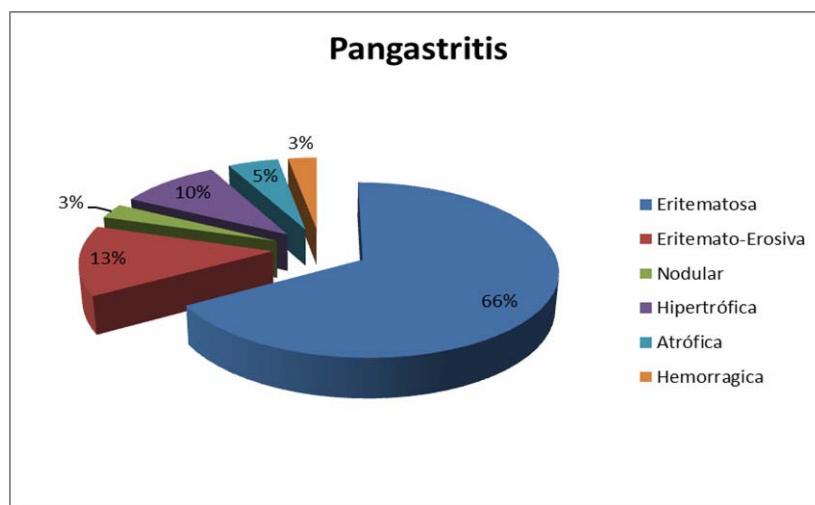


Fig. Tipos endoscópicos de gastritis

DISCUSIÓN

Los médicos de la Misión Barrio Adentro eran los que principalmente remitían pacientes al Servicio de Videoendoscopia del CMDAT “Las Heroínas de Mérida”, aunque se habían incrementado progresivamente las remisiones procedentes del sector estatal, lo que pudiera deberse a una mayor aceptación, por parte de los médicos venezolanos del servicio ambulatorio y los hospitalares, de los diagnósticos procedentes de centros sanitarios de la misión médica cubana, específicamente de este servicio.

En cuanto al sexo y la edad, en un estudio⁵ realizado, en el 2007, en el Centro de Diagnóstico Integral "Salvador Allende", en Chuao (Caracas), se notifican resultados diferentes de los obtenidos en esta serie, pues hubo un predominio del sexo masculino y el grupo etario de 31-45 años. Otras investigaciones⁶⁻⁹ llevadas a cabo en otros centros de este tipo en Venezuela exhiben iguales resultados a los de la casuística respecto a la primacía del sexo femenino y la edad por encima de los 50 años.

Despaigne Bricet¹⁰ en su artículo sobre las ventajas del estudio endoscópico en pacientes venezolanos, refiere que las féminas de 40 y más años de edad representaban el grupo más demandante de dichas pruebas.

Al respecto, el sexo femenino tiene una predisposición especial a la aparición de gastritis o dispepsias funcionales, o ambas, debido a que en la actual sociedad globalizada tecnológica y liberalmente, las mujeres se ven presionadas en su rol ya no solo de madres y esposas, sino además de profesionales y empresarias, por lo que se imponen nuevas y sofisticadas dietas para conservar su figura e ingieren anticonceptivos orales y otros medicamentos. Al final de todo esto, las féminas padecen con frecuencia síntomas dispépticos persistentes o recurrentes que les conducen a buscar atención médica y, por ende, que les sean realizados exámenes médicos; por tanto, se incrementa el diagnóstico de enfermedades en este grupo poblacional.

Se ha planteado que con la edad, sobre todo después de los 50 años, se presenta una disminución de los factores protectores de la mucosa gástrica, unido a una agudización de los factores "agresivos", además de existir un efecto acumulativo de factores de riesgos relacionados con estas entidades, como el alcoholismo, los cigarrillos, el café en exceso, entre otros.

De igual manera, la epigastralgia y la dispepsia fueron los síntomas sobresalientes en la serie y se correspondieron con los descritos por otros autores⁷⁻⁹ en investigaciones efectuadas en Venezuela. Por su parte, Medina Menéndez,¹¹ en un estudio realizado a pacientes con trastornos dispépticos en el CMDAT del Táchira, expone que la epigastralgia constituyó el principal síntoma que originó la indicación del procedimiento videoendoscópico, asociado frecuentemente a pirosis y acidez. Igualmente, se señala que hasta 40 % de la población ha padecido dispepsia, de modo que los síntomas: dolor epigástrico, plenitud gástrica, saciedad precoz, distensión y gases son los motivos más frecuentes de consulta en la atención primaria de salud.

Durante la misión médica en Venezuela, otros investigadores⁵⁻⁸ han identificado la gastritis como el diagnóstico endoscópico más usual, lo cual coincide con lo obtenido en la presente casuística. Esta afección tiene causa multifactorial y elevada frecuencia en la población mundial.

Un estudio realizado en Cuba por Galbán y Arús,¹² en unidades de endoscopia del tracto digestivo superior en la atención primaria, mostró resultados similares a los de la serie, pues sus hallazgos más frecuentes fueron la gastritis (91,6 %), duodenitis (57,8 %) y hernia hiatal (46,5 %).

Actualmente se plantea que los malos hábitos adquiridos por el ritmo de vida, son en gran parte los causantes de este problema de salud, junto con la elevada ingestión de altos niveles de ácidos en la "comida chatarra", el uso y abuso de medicamentos irritantes (aspirina y antiinflamatorios), el consumo excesivo de alcohol, café, té negro, refrescos de cola y tabaco; los largos períodos sin ingerir alimento y la infección por la

bacteria *Helicobacter pylori*, que se puede adquirir al beber agua contaminada y se caracteriza por alojarse en la mucosa gástrica, donde puede generar lesiones.¹³

Los autores de una investigación realizada en la Universidad de los Andes, durante el 2005, no notificaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la edad y el sexo con la presencia de gastritis, pero sí determinaron significación al vincular la afección con el estrato socioeconómico de los pacientes, pues esta es más frecuente en las clases sociales bajas, entre ellas la obrera y los grupos marginales, en quienes existen los factores predisponentes de forma más marcada.¹⁴

Otro hallazgo frecuente es la duodenitis, que según se ha considerado, pudiera estar asociada a una elevada incidencia de parasitismo, como la giardiasis, la cual es localizada en esta porción del tracto digestivo y causa inflamación. En algunos estudios recientes sobre la calidad del agua potable en la Ciudad de Mérida, se refieren dificultades en su tratamiento durante el almacenamiento o en su manipulación en las viviendas o la comunidad.^{15,16}

La frecuencia de úlceras gástrica y duodenal fue inferior a lo notificado en otras series.^{8,9} En relación con el cáncer esofágico y el gástrico, la periodicidad coincidió con lo expuesto en la bibliografía médica.

Cabe agregar que el cáncer gástrico se ha vuelto un problema, destacado a nivel mundial desde hace unos 15 años, por lo que recientemente ha pasado a ser asunto de salud pública muy debatido, debido al creciente número de personas que mueren anualmente por su causa. Las tasas más altas se presentan en Japón -- donde es la segunda causa de mortalidad --, China, Corea, Costa Rica, algunas naciones del Este de Europa y otros países tropicales de América del Sur. Las tasas más bajas ocurren en la población de piel blanca de los Estados Unidos, Australia y África.^{17,18}

En la literatura sobre el tema se plantea que el cáncer gástrico es el cuarto tipo de neoplasia maligna más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en Venezuela, aunque en los estados andinos de Mérida, Trujillo y Táchira ha devenido la primera causa.^{19,20} Esto pudiera deberse a ciertos agentes carcinógenos que se han arraigado culturalmente, como el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos, y a malos hábitos alimentarios, además de otros factores como la afectación genética por determinado cáncer o la infección por la bacteria *Helicobacter pylori*.

Por otra parte, la frecuencia de estudios normales en la serie fue elevada, con una cifra ubicada en el rango notificado por varios autores de la bibliografía consultada. Al grupo con resultados normales correspondió un elevado número de pacientes con dispepsia funcional, específicamente en la subclasificación de síndrome de dificultad pospandrial (plenitud gástrica, saciedad precoz, distensión abdominal) que, según la experiencia de los autores de este artículo, es bastante común en la población femenina joven de Venezuela, en la cual el estrés y los estilos de vida inadecuados tienen una función esencial como mecanismos fisiopatológicos.

De los anteriores planteamientos se deduce que resulta muy pertinente un procedimiento endoscópico normal en los pacientes con síntomas dispépticos recurrentes, pues la exclusión del diagnóstico de causa orgánica, puede llevar a disminuir el uso empírico de medicamentos, utilizar mejor los recursos de salud, proporcionar tranquilidad mental al afectado y al médico tratante, así como disminuir la tasa de referencia a consulta especializada; todo lo cual constituiría un resultado relevante.

El número de biopsias realizadas en esta investigación fue bajo. Varios autores^{16,20,21} plantean la importancia de tomar biopsias aún sin la presencia de hallazgos macroscópicos, dada la alta frecuencia de gastritis microscópica y la inexistencia de una necesaria correlación entre los descubrimientos endoscópicos y los hísticos. La misión médica cubana en el Estado Mérida no cuenta con un Servicio de Anatomía Patológica que posibilite la realización de estudios hísticos y la comprobación de la infección por *Helicobacter pylori*; por ello, solo se toman muestras para biopsia a las lesiones macroscópicas que se sospeche sean malignas o premalignas, a las de dudoso diagnóstico o a los procesos inflamatorios graves.

Para concluir, la aplicación de la videoendoscopia digestiva superior ha mostrado beneficios considerables durante los 4 años de funcionamiento del Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología "Las Heroínas de Mérida", al facilitar un diagnóstico preciso y una atención terapéutica adecuada en los pacientes con síntomas del tracto digestivo superior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Garcés HR. Manual endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 1-48.
2. Espejo Romero H, Vargas Cárdenas G. Pasado y presente de la endoscopia digestiva con especial referencia a la endoscopia peruana. Rev Gastroenterol Perú. 2005; 25(Supl): 30-57.
3. Castellanos L. Barrio Adentro: una obra de corazón. Caracas: MINCI [citado 10 May 2012]; 2008. Disponible en: http://luiscastellanos.files.wordpress.com/2011/05/1-barrio_adentro_una_obra_de_cor.pdf
4. Lizarzarbal M. Aumentan los casos de gastritis y úlcera gástrica en Venezuela. Magazine Digital. 2004 [citado 20 May 2012]; 157. Disponible en: <http://www.magazine.com.ve/salud/index.php?id=5510&idSec=1&accion=detalle>
5. Ávalos García R, Álvarez Álvarez JL, Manrique Rionda EA, Barrera Conill PA. Lesiones del tractus digestivo diagnosticadas por videoendoscopia en Barrio Adentro, Caracas. Rev Electr Portales Médicos. 2009 [citado 10 May 2012]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1472/1/Lesiones-del-tractus-digestivo-diagnosticadas-por-videoendoscopia-.html>
6. Osorio Pagola MF. La endoscopia digestiva superior en la atención primaria de salud. MediSur. 2010 [citado 2012-10-18]; 8(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000500001&script=sci_arttext
7. Hierro González A, Hano García OM. Endoscopia del tracto digestivo superior. Experiencia en Barrio Adentro Venezuela (2004-2005) [citado 10 May 2012]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/8297/Endoscopia-Tracto-Digestivo-Superior-Experiencia-barrio.html>
8. Fernández Mendoza LE, Corrales Castañeda Y. Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior. Centro de Diagnóstico Integral Yagua. 2007. Rev Méd Electrón. 2009 [citado 10 May 2012]; 31(4). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol4%202009/tema06.htm>

9. Chávez Reyes MT, Martín Sánchez OM, Crespo Toledo Y, Báez Pérez OL. Resultados y costo social del examen endoscópico. Rev Ciencias Médicas (Pinar del Río). 2011; 15(4): 32-40.
10. Despaigne Biset AE, Santiesteban Sauque X, Rivera Fournier D, Beltrán Mayeta Y. Ventajas de la endoscopia del tracto digestivo superior en pacientes venezolanos. MEDISAN. 2012 [citado 10 Sep 2012]; 16(8). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-3019201200080006&script=sci_arttext
11. Medina Menéndez FM, Zarzabal García A, Rodríguez Díaz JL, Sánchez Villalobos N. Diagnóstico endoscópico en pacientes con trastornos dispépticos. Rev Electr Portales Médicos. 2008 [citado 10 Sep 2012]. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1152/1/Endoscopia-Diagnosticos-endoscopicos-en-pacientes-con-trastornos-dispepticos.html>
12. Galbán E, Arús E, Periles U. Endoscopic findings and associated risk factors in primary health care settings in Havana, Cuba. MEDICC Rev. 2012; 14(1): 30-7.
13. Harrison TR. Principios de medicina interna. 16 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006: V 1.
14. Páez Valery MC, Barón MA, Solano L, Nadaff G, Boccio J, Barrado A. Infección por Helicobacter pylori (¹³C-UBT) y factores nutricionales y socioeconómicos asociados en escolares de estratos bajos de la ciudad de Valencia. Venezuela. ALAN. 2006; 56(4): 342-9.
15. Oletta JF, Carvajal AC. Alerta Epidemiológica No 172. Caracas: Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela; 2011 [citado 29 Mar 2012]. Disponible en:
http://www.rscmv.org.ve/pdf/ALERTA_172.pdf
16. Coronado RJ, Valero L, Pérez Pérez EM. Los problemas de salud relacionados con el agua de consumo. Sal Art Cuidad. 2009; 2(2): 14-21.
17. Torres Silva E, Cabello J, Salinas C, Cok Jaime, Bussalleu A. Endoscopias digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Médica Cayetano Heredia. Rev Med Hered. 1997; 8(2): 58-66.
18. Jing Z, Shi-bin G, Zhi-jun D. Application of magnifying narrow-band imaging endoscopy for diagnosis of early gastric cancer and precancerous lesion. BMC Gastroenterology. 2011; 11: 135.
19. Suarez J. Táchira es el estado con más cáncer gástrico en todo el país. El Diario de Los Andes 2011 20 May [citado 29 Mar 2012]. Disponible en:
<http://diariodelosandes.com/content/view/155147/>
20. Alonso Amelot ME, Avendaño Meza M. Conglomerados de cáncer gástrico en el Estado Mérida, Venezuela. INCI. 2009; 34(9): 617-22.

Recibido: 20 de octubre de 2012.
Aprobado: 28 de octubre de 2012.

Odalis García Paneque. Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo", carretera central s/n, La Filomena, Contramaestre, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
odalis.garcia69@yahoo.es