Gastroenterol. latinoam 2009; Vol 20, Nº 1: 11-16

ARTÍCULO ORIGINAL

Hallazgos endoscópicos en pacientes ambulatorios referidos a endoscopia por síntomas digestivos altos

Alejandra Menéndez A.[1], Luis Lagos[1] y Hernán Iturriaga R.[2]

ENDOSCOPIC FINDINGS IN AMBULATORY PATIENTS REFERRED TO ENDOSCOPY FOR UPPER DIGESTIVE SYMPTOMS

Background: *The performance of upper digestive endoscopy as a first line study in patients with dyspepsia is highly controversial.* ***Objectives:*** *To investigate the frequency of organic diseases in dyspeptic patients referred from Primary Care centers or from Gastroenterology clinics for upper digestive endoscopy.* ***Methods:*** *The Endoscopy database of our unit was reviewed for the period 1999-2002. The endoscopic diagnosis of gastric cancer was confirmed by positive biopsies.* ***Results:*** *Out of 10.275 endoscopies performed in the study period, the reference diagnosis was: dyspepsia 1.488; ulcer syndrome 2.536 and gastroesophageal reflux 1.055. In the dyspepsia group, 33% of cases had some organic pathology, mainly gastritis and erosive esophagitis. The frequency of gastric cancer was low (0.1%) and it was found only in patients older than 40 years and specially older than 60 years. Similar results were found in patients referred for ulcer syndrome or gastroesophageal reflux.* ***Conclusions:*** *An upper digestive endoscopy in the initial work up of patients with dyspepsia seems to be acceptable one third of them present organic diseases with easy and effective therapies. On the other hand the irrestrictive acces to endoscopy as screening of gastric cancer does not seem to be useful in patients under 60 years.*

Key words: *Dyspepsia, Endoscopy, Gastric cancer.*

Introducción

La dispepsia es una patología muy prevalente en la población general. Se estima que 15-20% de las personas de los países occidentales presentan anualmente algún síntoma de dispepsia[1,2]. A pesar de ello, sólo uno de cada cuatro pacientes consulta[1].

La dispepsia es un síndrome caracterizado por dolor abdominal recurrente o persistente o malestar abdominal localizado en el abdomen superior, que se considera relacionado con el tracto digestivo superior, según lo definen los criterios de Roma II. El malestar puede caracterizarse por plenitud postpandrial, saciedad temprana, náuseas, vómitos, distensión abdominal. El dolor/malestar puede o no estar relacionado con las comidas y ser intermitente o continuo. En los criterios de Roma III se han modificado las diferentes categorías[3,19].

(1) Becados de Gastroenterología, Unidad de Gastroenterología, Departamento de Medicina Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

(2) Jefe, Unidad de Gastroenterología, Departamento de Medicina Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

Este trabajo no contó con financiamiento especial, no existiendo tampoco ningún conflicto de intereses.

Recibido: 14/10/2008
Aceptado: 29/12/2008

El costo que genera esta patología es alto tanto por las consultas y los procedimientos utilizados en su diagnóstico como por los gastos derivados del tratamiento[4,5].

El estudio del paciente con dispepsia es controversial. Muchos sostienen que para ahorrar recursos, en ausencia de signos de alarma (baja de peso, sangrado, anemia, etc) los enfermos deben ser tratados empíricamente y realizar endoscopia sólo si las molestias persisten[6]; otros han concluido que es costo efectivo iniciar el estudio con una endoscopia, para tratar las etiologías orgánicas como son la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico atípico[7].

Además, como el cáncer gástrico es la neoplasia maligna más frecuente en la población chilena, con una tasa de mortalidad de 20 x 100.000 habitantes[8], este hecho ha sido invocado como un argumento adicional para incluir en el estudio de la dispepsia, una endoscopia digestiva alta, posición que finalmente se tradujo en la inclusión del cáncer gástrico como patología incorporada en el programa de garantías explícitas en salud (GES)[9].

El costo efectividad de realizar una endoscopia digestiva alta *versus* tratamiento empírico, ha sido estudiado con resultados diversos[6,7]. En Chile, no se han efectuado estos análisis y es difícil extrapolar resultados ya que en nuestro medio los costos del procedimiento y fármacos son diferentes. Además en nuestra población hay un problema de accesibilidad tanto a exámenes como a medicamentos.

No hemos encontrado estudios nacionales sobre la frecuencia de cáncer gástrico y otras lesiones orgánicas en pacientes en quienes se diagnostica clínicamente dispepsia y sólo existe una comunicación sobre la frecuencia de esta neoplasia en los pacientes que acceden a una endoscopia en un centro secundario de atención[10].

El propósito de este trabajo fue revisar los hallazgos endoscópicos de los pacientes que se derivan a endoscopia con el diagnóstico de dispepsia u otros diagnósticos o síntomas digestivos altos que consideramos equivalentes a dispepsia. Adicionalmente, investigamos lo mismo en el subgrupo de pacientes con diagnósticos clínicos de síndrome ulceroso y reflujo gastroesofágico, que llegaron a nuestra unidad a practicarse una endoscopia digestiva.

Material y Método

Se analizó la Base de Datos de endoscopias digestivas altas en el período de enero de 1999 a diciembre del 2001, de la Unidad de Gastroenterología del Hospital San Borja-Arriarán. Los procedimientos fueros realizados por gastroenterólogos de este centro.

Durante el período de estudio el acceso a la endoscopia en nuestro centro era abierto, sin selección de pacientes, lo que nos permitió tener una muestra representativa de la población del sector. Los pacientes fueron referidos tanto de la atención primaria como de los consultorios de especialidades (Figura 1).

Durante estos tres años se realizaron 10.275 endoscopias en total, por diversas patologías, de las cuales en 1.488 casos fueron solicitadas por dolor abdominal alto, epigastralgia, gastritis, síndrome ulceroso atípico o dispepsia; todas ellas las reunimos bajo el diagnóstico de dispepsia; en 2.536 casos el diagnóstico era síndrome ulceroso y en 1.055, reflujo gastroesofágico (Figura 1).

Los diagnósticos endoscópicos se tabularon como:

1. Úlcera péptica, duodenal o gástrica.
2. Gastritis significativa o importante (erosiva, moderada o marcada, verrucosa o linforeticular) y duodenitis erosiva.
3. Esofagitis erosiva y Esófago de Barrett.
4. Cáncer gástrico (incipiente o avanzado).
5. Normal o alteraciones mínimas (p. ej. gastritis crónica antral, congestión de la mucosa gástrica, duodenitis no erosiva, pólipos).

En aquellos pacientes en que se encontró sospecha de neoplasia gástrica en la endoscopia, se revisó la biopsia para confirmar el diagnóstico.

Análisis estadístico

La diferencia en frecuencia y la comparación de los subgrupos de estudio, fue analizada usando la prueba de χ^2 para tendencia lineal para el cálculo de diferencias entre los tres grupos estudiados según el hallazgo endoscópico utilizando el programa Epi Info y el test exacto de Fisher, cuando el "n" en una serie era muy pequeño.

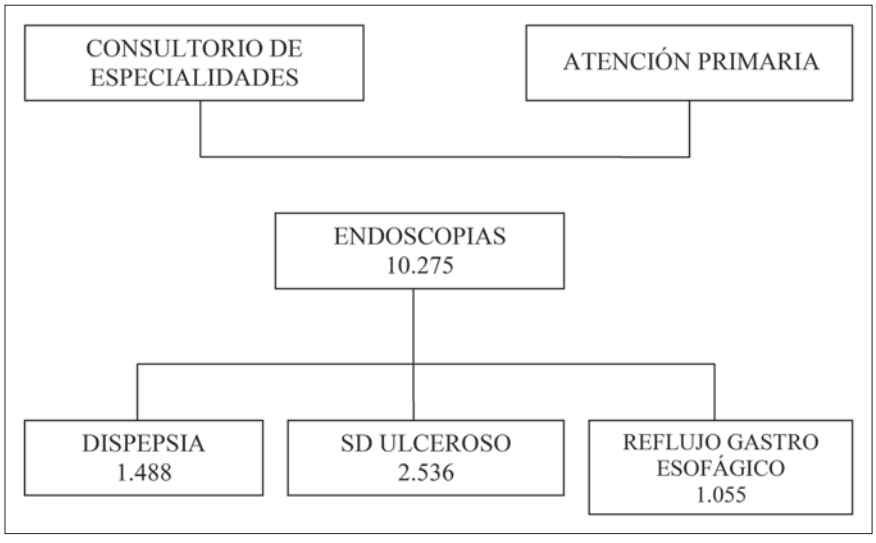

Figura 1. Número de procedimientos agrupados según diagnóstico de referencia.

Resultados

En 5.079 pacientes se solicitó la endoscopia con el diagnóstico clínico de dispepsia, síndrome ulceroso o reflujo gastroesofágico. Algunos datos demográficos de estos grupos se muestran en la Tabla 1. El diagnóstico endoscópico mostró que en el grupo con dispepsia el 33,2% presentaba patología orgánica, predominando la gastritis, y el 66,8% tenía una endoscopia normal o con alteraciones mínimas, correspondiendo por lo tanto, a dispepsia funcional (Tabla 2).

En el grupo con diagnóstico clínico de síndrome ulceroso en un 12% se encontró una úlcera péptica y el 70% de los casos tenía endoscopia prácticamente normal. En el grupo referido por reflujo gastroesofágico, el 27% mostraba esofagitis erosiva pero también en el 63% la endoscopia era normal o con alteraciones mínimas.

En todos los casos revisados se encontraron 18 casos de cáncer gástrico y de ellos sólo 2 en el grupo referido por dispepsia (0,14%). Al comparar la frecuencia de cáncer gástrico entre los tres grupos no hubo diferencias significativas. $\chi^2 = 0,266$, $p = 0,60$ (Tabla 2). Sí observamos diferencia entre los pacientes que presentaron gastritis o duodenitis severas, siendo esta significativamente más frecuente entre los pacientes con diagnóstico clínico de dispepsia que en los pacientes referidos por síndrome ulceroso o reflujo gastroesofágico $\chi^2 = 1,23$ con un $p = (0,00)$.

Tabla 1. Características demográficas por grupos de estudio

	Dispepsia n = 1.488		Síndrome ulceroso n = 2.536		Reflujo gastroesofágico n = 1.055	
	F	M	F	M	F	M
Sexo (%)	1.103 (74,2)	383 (25,8)	1.703 (67,2)	831 (42,8)	829 (78,8)	223 (27,2)
Edad Promedio (DS)	52,66 (± 16,9)	51,59 (± 17,7)	49,5 (± 16,8)	49,5 (± 17,3)	52,6 (± 16,8)	52,9 (± 16,23)
Rango etario (Años)	15-90	15-88	15-92	15-88	15-92	15-92

F = Femenino, M = masculino, % Porcentaje con respecto al total, DS = desviación estándar.

Tabla 2. Hallazgo endoscópico según diagnóstico clínico

Hallazgo endoscópico	Diagnóstico clínico: Dispepsia		Síndrome ulceroso		Reflujo gastro-esofágico		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Cáncer[1]	2	0,13	14	0,55	2	0,19	0,266 (p = 0,63)
Úlcera péptica	54	3,63	311	12,26	27	2,56	0,231 (p = 0,63)
Gastritis o duodenitis significativa[2]	212	14,25	110	4,34	68	6,45	69,02 (p = 0,000)*
Esofagitis erosiva y E. de Barrett	226	15,19	303	11,95	287	27,20	50,4 (p = 0,000)*
Alteraciones mínimas[3]	683	45,90	1363	53,75	488	46,25	0,706 (p = 0,40)
Normal	311	20,90	435	17,15	183	17,35	
Total	1.488	100	2.536	100	1.055	100	

[1]Cáncer gástrico, (no se encontró cáncer esofágico). [2]Gastritis erosiva, moderada o marcada, verrucosa o linforeticular y duodenitis erosiva. [3]Gastritis crónica antral, congestión de la mucosa gástrica o duodenitis no erosiva, pólipos. χ^2 = Chi cuadrado para la tendencia (Mantel-Haenszel) entre los 3 grupos. p significativo < 0,05.

En los pacientes que presentaron cáncer gástrico separados por grupo etario, notamos que hubo diferencias significativas entre los menores de 40 años y mayores de 40 años con un χ^2 5,33 (Test exacto de Fisher) con un p < 0,005. Esta diferencia fue también significativa entre la presencia de cáncer gástrico en mayores de 40 pero menores de 60 años y los mayores de 60 años con un χ^2 = 5,9 con corrección de Yates y p = 0,014 (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los pacientes con cáncer gástrico según grupo etario

Grupo etáreo	Cáncer gástrico n	%	Total endoscopias
< 40 años	0	0	1.317(*)
> 40 y < 60 años	5	0,23	2.101(**)
> 60 años	13	0,88	1.472
Total	18	1,34	3.573

*Hubo diferencias significativas entre los menores de 40 años y mayores de 40 años con un χ^2 5,33 con Test exacto de Fisher p < 0,005. **Esta diferencia fue también significativa entre la presencia de cáncer gástrico en mayores de 40 pero menores de 60 años y los mayores de 60 años con un χ^2 = 5,9 con corrección de Yates y p = 0,014.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que en pacientes no seleccionados que consultan por molestias dispépticas, tanto en la atención primaria como en la consulta gastroenterológica, la endoscopia digestiva alta es normal o muestra alteraciones mínimas en 2/3 de los casos, confirmando por lo tanto, la alta frecuencia de dispepsia funcional como motivo de consulta.

Entre las causas orgánicas de dispepsia encontramos que las más frecuentes fueron las gastritis significativas y la esofagitis o duodenitis erosiva en 15 y 14% respectivamente; segunda en frecuencia fue la úlcera péptica con un 3,6%. En esta serie la frecuencia de cáncer gástrico fue baja, sólo 0,14%.

En comparación con otras series internacionales que muestran una prevalencia de síntomas digestivos variable entre 7,9% a 32% con una prevalencia aproximada al 15-25% para úlcera y 5-15% para reflujo gastroesofágico y cáncer gastroesofágico menor al 2%, este estudio mostró que las gastritis y esofagitis fueron una causa frecuente de dispepsia y que la enfermedad úlcero-péptica fue menos relevante[11,12]. No tenemos conocimiento de que en

nuestro medio se haya efectuado un estudio como el presente, aunque sí se ha estudiado histológicamente la mucosa gástrica de pacientes con dispepsia, encontrándose que más de un 60% de los pacientes con dispepsia funcional presentaban gastritis superficial o crónica atrófica[13], las que endoscópicamente en este trabajo consideramos como alteraciones menores.

En los pacientes diagnosticados como síndrome ulceroso y reflujo gastroesofágico, los diagnósticos endoscópicos fueron similares, aunque la úlcera péptica y la esofagitis tuvo mayor relevancia. Nuevamente la frecuencia de cáncer fue muy baja.

Un sesgo importante al analizar estos resultados, es la variabilidad en los diagnósticos clínicos con que se solicita la endoscopia especialmente desde la atención primaria; y nosotros, por el carácter retrospectivo del estudio, tuvimos que interpretar los diagnósticos no pudiendo realizar ananmesis previa.

Llama la atención que, lo que hemos designado como gastritis significativa, sea un hallazgo muy frecuente tanto en pacientes con dispepsia como en aquellos con síndrome ulceroso o RGE. Una de las gastritis que hemos denominado como significativa es la gastritis erosiva, moderada o severa, que en este grupo fue la menos frecuente. Ello pudiera explicarse por el tiempo de espera que existe para las endoscopias de aproximadamente un mes, en la que las gastritis erosivas, producidas habitualmente por antiinflamatorios no esteroidales, podrían haber regresado al suspender el medicamento.

Otra gastritis que consideramos "significativa" y que encontramos con frecuencia, es la gastritis linfonodular o linforeticular. Ella es un hallazgo frecuente en nuestros pacientes, especialmente en los jóvenes y ha relacionado con el *Helicobacter pylori*[14,15].

La tercera gastritis que encontramos con frecuencia fue la llamada verrucosa o varioliforme. Esta gastritis se ha descrito en más del 2% de las endoscopias[16] y se la ha encontrado asociada con enfermedad celíaca y con colitis linfocítica[17]. Recientemente nosotros hemos encontrado una asociación significativa entre gastritis verrucosa y daño hepático crónico, que parece estar mediada por la hipertensión portal[18].

El hecho de que un tercio de los pacientes con dispepsia presenten una patología definida y tratable, nos hace estar a favor de que la endoscopia constituya un elemento indispensable en el diagnóstico y manejo de la dispepsia, lo que también concuerda con los criterios de Roma II y Roma III.

La baja frecuencia de cáncer en esta serie (1,34%), que es aún más baja que en otras series internacionales[11], nos hace plantear que la endoscopia como "screening" en pacientes con dispepsia con el objetivo de descartar cáncer, parece no tener gran rendimiento en menores de 40 años en los cuales no encontramos casos de cáncer gástrico en nuestra serie. Ello también contradice los fundamentos del protocolo de cáncer gástrico en el programa de garantías explícitas en salud (GES), hecho que debería ser reevaluado.

Resumen

Antecedentes: La realización de endoscopia como primer estudio de un paciente con dispepsia es muy controvertida. **Objetivos:** Conocer la frecuencia de patología orgánica en pacientes con dispepsia a quienes se les solicita endoscopia digestiva alta, tanto desde la atención primaria como desde los consultorios de especialidades. **Métodos:** Se analizó la base de datos de endoscopias de nuestro centro en el período 1999-2002. Los diagnósticos de cáncer se confirmaron histológicamente. **Resultados:** En 10.275 endoscopias practicadas en ese período, 1.488 fueron por dispepsia, 2.536 por síndrome ulceroso y 1.055 por reflujo gastroesofágico. En el grupo con dispepsia se encontró patología orgánica en un 33%, predominando la gastritis significativa y la esofagitis erosiva. La frecuencia de cáncer gástrico fue baja (0,1%) y sólo apareció en pacientes sobre 40 años y especialmente en mayores de 60. Lo mismo ocurrió en pacientes referidos por síndrome ulceroso y por reflujo gastroesofágico. **Conclusiones:** Solicitar endoscopia a pacientes con dispepsia está justificado porque un tercio de ellos tienen patologías de fácil y efectivo tratamiento. El acceso irrestricto a la endoscopia como screening de

cáncer gástrico no parece en cambio ser útil en pacientes de menores de 60 años.

Palabras clave: Dispepsia, endoscopia, cáncer gástrico.

Bibliografías

1.- Talley N J, Zinsmeister A R, Schleck C D, Melton L J. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. Gastroenterology 1998; 102: 1259-1268.

2.- Talley N J, Vakil N. Guidelines for the management of dyspepsia. Am J Gastroenterol 2005; 2324-2336.

3.- Tack J, Talley N J, Camilleri M, Holtmann G. Hu P, Malagelada J R, et al. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology 2006; 130: 1466-1479.

4.- Henke C J, Levin T R, Henning J M, Potter L P. Work loss costs due to peptic ulcer disease and gastroesophageal reflux disease in a health maintenance organization. Am J Gastroenterol 2000; 95: 788-792.

5.- Kurata J H, Nogawa A N, Eerhart J E. A prospective study of dyspepsia in primary care. Dig Dis Sci 2002; 47: 797-803.

6.- Talley N J, Vakil N, Moyyedi P. American Gastroenterological Association technical review on the Evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 2005; 129: 1756-1780.

7.- García-Altes A, Rota R, Barenys M, Abad A, Moreno V, Pons J M, et al. Cost-effectiveness of a "score and scope" strategy for the management of dyspepsia. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005; 17: 709-719.

8.- Medina E, Kaempffer A M. Mortalidad del adulto en Chile. Rev Méd Chile 2000; 128: 1144-1149.

9.- (10) Calvo A, Pruyas M, Nilson E, Verdugo P. Pesquisa poblacional de cáncer gástrico en pacientes sintomáticos digestivos, período 1996-2000. Rev Méd Chile 2001; 129: 749-755.

10.- Arents N L A, Thijs J C, Kleibeuker J H. A rational approach to uninvestigated dyspepsia in primary care. Postgrad Med J 2002; 78: 707-716.

11.- Lieberman D, Fennerty M B, Morris C D, Holub J, Eisen G, Sonnenberg A. Endoscopic evaluation of patients with dyspepsia: results from the National Endoscopic Data Repository Gastroenterology 2004; 127: 1067-1075.

12.- Braghetto I, Olave E, Leiva V, Rebolledo P, Díaz A, Inostroza M. Gastritis crónica, metaplasia intestinal y displasia en pacientes portadores de dispepsia no ulcerosa, según edad. Gastr Latinoam 1991; 2: 7-18.

13.- Saxena A, Moshynska O, Kanthan R, Bhutani M, Maksymiuk A W, Lukie B E. Distinct B-cell clonal bands in *Helicobacter pylori* gastritis with lymphoid hyperplasia. J Pathol 2000; 190: 47-54.

14.- Chen X Y, Liu W Z, Shi Y, Zhang D Z, Xiao S D, Tytgat G N. *Helicobacter pylori* associated gastric diseases and lymphoid tissue hyperplasia. J Clin Pathol 2002; 55: 133-137.

15.- Haot J, Hamichi L, Wallez L, Mainguet P. Lymphocytic gastritis: a newly described entity: a retrospective endoscopic and histological study. Gut 1988; 29: 1258-1264.

16.- Haot J, Jouret A, Willette M, Gossuin A, Mainguet P. Lymphocytic gastritis: prospective study of its relationship with varioliform gastritis. Gut 1990; 31: 282-285.

17.- Roblero J P, Silva M, Menéndez A, Iturriaga H. Gastritis verrucosa y Daño Hepático Crónico; una inesperada asociación. Gastroenterol Latinoam 2006; 17: 478 (abstract).

18.- Drossman D A, Talley N J, Thompson W G, et al. Rome II: a multinational consensus on functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 45 (suppl 2): 1-81.

Correspondencia a:
Dr. Hernán Iturriaga R.
E-mail: hiturriagar@mi.cl