

Gastro-endoscopia ~ Presentación oral

96

PANCREATITIS CRÓNICA. INFORME DE 17 CASOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Julián D. Martínez, Juan C. Molano, Jaime O. Daza, Oscar Gutiérrez, Jaime Campos, Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá, D.C.

La pancreatitis crónica (PC) es una entidad en la cual las alteraciones de la secreción exocrina como el daño del epitelio ductal y la fibrosis periductal conducen de manera progresiva e irreversible en la mayoría de los casos a la destrucción glandular. La clasificación de la enfermedad ha evolucionado hasta llegar a una de tipo fisiopatológico, que tiene como base la histopatología glandular y establece dos tipos: 1. PC calcificante, 2. PC obstructiva no calcificante.

La PC calcificante es la principal forma (95%) y en más de 90% de los pacientes se asocia al consumo crónico de alcohol. Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo con base en las historias clínicas entre los años de 1983 a 1991. Se encontraron 17 pacientes con diagnóstico final de PC, correspondiendo a 11 hombres y 6 mujeres con un promedio de edad de 41 años y un rango entre los 17 a 70 años. El principal motivo de consulta fue dolor abdominal en 12 enfermos (70,5%), la ictericia en 2 (11,7%), polidipsia, poliuria, poliuria en 2 (11,7%) y diarrea crónica en un paciente (5,8%). El tiempo de evolución entre el síntoma motivo de consulta y el diagnóstico tuvo un rango de 3 días hasta 16 años. El antecedente más relevante fue el consumo crónico de alcohol en 12 casos (70,5%) y se logró estimar el consumo como mayor a 75 g/día por 10 o más años en 7 pacientes (58,3%). Los principales hallazgos al examen físico fueron índice de masa corporal inferior a 20 en 10 pacientes, ictericia en 2 pacientes. Se encontró un alto rendimiento diagnóstico de la ultrasonografía en la detección de calcificaciones pancreáticas (15 de 16 pacientes) pero solo demostrando alteraciones ductales en 4 de los 16 pacientes. Por el contrario de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) demostró lesiones ductales por dilatación o estenosis en 13 de 13 pacientes a los cuales se les realizó.

Se resaltan dos casos de PC calcificada en mujeres menores de 20 años en quienes se descartaron múltiples factores etiológicos lo que hace pensar en condiciones diferentes en la génesis de la PC idiopática juvenil en nuestro medio a las informadas en otras latitudes.

98

CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO. REVISIÓN DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Julián Martínez, Ricardo E. Amaya, Juan C. Molano, Oscar Gutiérrez, Enrique Calvo, Unidad de Gastroenterología y Departamento de Imágenes Diagnósticas, Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá, D.C.

La ingestión de cuerpos extraños es una entidad frecuente en los servicios de urgencias, con consecuencias con consecuencias potencialmente fatales lo que hace imperativo un diagnóstico y tratamiento inmediato. Se revisaron las historias clínicas en un período comprendido entre 1981 y 1991, se revisaron las radiografías laterales de cuello de una manera doble ciega calculándose su sensibilidad, su especificidad y sus valores predictivos positivo y negativo y el manejo médico y/o quirúrgico.

Se recolectaron datos de 559 pacientes de los cuales 254 tuvieron evidencia de cuerpo extraño. Fueron 162 mujeres (63%) y 92 hombres (37%). El principal síntoma fue la sensación de cuerpo extraño en el 90%, seguido de odinofagia en el 21% y sialorrea en el 12%. La mayoría de los pacientes (88%) tuvieron edades comprendidas entre 20 y 59 años. La anodonia parcial se identificó como el principal factor de riesgo en el 35% de los pacientes.

A 426 pacientes (76%) se les realizó estudio radiológico, siendo positivo para cuerpo extraño en 157 de ellos que al correlacionarlo con los hallazgos endoscópicos representó un 75% de sensibilidad, 96% de especificidad, V.P.P. de 95% y V.P.N. de 80%. Se realizaron 559 esofagofibroskopias, 16 esofagoscopias rígidas; 38 pacientes fueron llevados a cirugía por signos clínicos radiológicos y endoscópicos de perforación. Se identificaron 254 pacientes (45%) con cuerpos extraños con mayor frecuencia fue la región cricofaríngea en el 68% seguida de la hipofaringe 17% y el tercio medio esofágico en el 10%. El 80% de los pacientes tuvo una estancia hospitalaria menor a 24 horas.

La mortalidad fue de 0.

97

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL EN MEDELLÍN. INFORME PRELIMINAR.

Muñoz B., Franco F., Gutiérrez F.

Sección de Gastro-hepatología, Depto. de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Se ingresaron los pacientes con diagnóstico nuevo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EI) a partir de agosto de 1989. Para conocer características de la historia natural de esta enfermedad en nuestro medio.

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo a 10 años. Se realiza colonoscopia con biopsia escalonada, al ingreso a los 2 años y luego anual, después de 7 años de evolución. Se solicitó HLS, pruebas hepáticas, tránsito intestinal si el diagnóstico fue Enfermedad de Crohn (EC). Exámenes complementarios según los hallazgos de la historia clínica.

Resultados: Han ingresado 30 pacientes con EII, 3 con EC y 27 con Colitis ulcerativa idiopática (CUI) en 18 meses (2 casos por mes) se presenta más entre los 15-45 años. En el 55,5% fueron mujeres y 44,5% hombres. El diagnóstico se estableció en 3,1 años promedio. Anemia leve en el 33,3% y sedimentación alta en el 56,6%. Las complicaciones son: 1. Intestinales: pseudopolipos en el 25,9%, abscesos perianales: 11,1%, 1 paciente con Megacolon tóxico, hemorragia leve en 10 pacientes, 2 extraintestinales, 2 pacientes con eritema nodoso y 1 con pioderma gangrenoso, 3 enfermos con artalgias. Los pacientes con EC, 2 se presentaron con estenosis benigna del intestino delgado y compromiso secoas-cendente y en el tercero la enfermedad se localizó en colon.

Conclusión: La EC es exótica en nuestro medio. El compromiso de la EII es más frecuente en colon izquierdo. Se presenta entre los 15-45 años, la sedimentación no es buen parámetro de actividad. A pacientes con síntomas del colon y coprológicos negativos realizar colonoscopia y biopsia. A enfermos con EII realizar colonoscopias seriadas para descartar tempranamente displasia intestinal.

99

COLITIS COLAGENOSA Y LINFOCÍTICA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (ENERO 1975-FEBRERO 1992) Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Ricardo E. Amaya, René Burgos, Hernán Camargo P., Jaime Campos G. Unidad de Gastroenterología y Departamento de Patología, Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá, D.C.

La colitis colagenosa y la colitis linfocítica o microscópica son formas poco frecuentes como etiología final en pacientes con cuadro de síndrome diarreico crónico a la presentación sin manifestaciones constitucionales mayores y con exámenes radiológicos, bioquímicos y colonoscópicos dentro de límites normales o con cambios muy sutiles e inespecíficos, convirtiéndose las múltiples biopsias de colon en la clave para su diagnóstico.

En Colombia se ha informado con documentación precisa un solo caso de colitis colagenosa, descrito en el Hospital San José por A. Peñalosa y cols. en 1989.

Se revisaron los informes de colonoscopia entre I-1975 y II-1992 y los estudios histopatológicos pertinentes ya fueran leídas como inespecíficas o cuya descripción microscópica evocara la de estos cuadros haciendo la correlación con historia de diarrea crónica y con exámenes de laboratorio hechos durante su estudio.

Mediante este método se encontró un caso de colitis colágena y un caso de colitis microscópica. Se hacen recomendaciones en cuanto a toma de biopsias en colonoscopias aparentemente normales en pacientes con diarrea crónica y se revisa la literatura sobre el tema.

100

COMPROMISO ESOFAGICO EN ESCLERODERMIA.
Cuellar M.L., Latorre M.C., Salej J.,
Murqueito R., Valle R.
Servicio de Reumatología e inmunología,
Gastroenterología y Medicina Nuclear.Hospital
Militar Central.

Se realizó evaluación de la función esofágica en 16 pacientes con Esclerodermia por medio de endoscopia y gamagrafía con Tc 99. 14 de sexo femenino, con promedio de edad de 46.8 años. 9 con diagnóstico de CREST, 2 EMTC, 5 Esclerosis sistémica. Tiempo de evolución de la enfermedad en promedio 9.2 años. Los síntomas presentados fueron: Disfagia para sólidos 69%, Alta 44%, Dolor retroesternal 44%, Pirosis 69%. 1 paciente era asintomático. ninguno complicaciones infecciosas pulmonares. Hallazgos endoscópicos: Esofagitis 62%. Transtorno motor: 37%, Gastritis crónica 37%. Reflujo 6%.Normal 12%. No se practico en 1 paciente. Gamagrafía: Retención de material en tercio medio e inferior 50%, Reflujo 6%, Normales: 31%. No se realizó en 1 paciente. Endoscopia positiva con gamagrafía negativa en 3 de 14 casos (21%). Aunque la muestra es pequeña, se encuentra mayor sensibilidad con la endoscopia para la detección de lesiones de tracto gastrointestinal en pacientes con esclerodermia y se encontró alta correlación con la gamagrafía siendo útil ésta en el seguimiento de estos pacientes por constituir un medio diagnóstico no invasivo.

101

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV.
Hurtado P. José Alfonso
Departamento de Medicina Interna. Hospital Militar Central Universidad Militar Nueva Granada.

Estudio retrospectivo realizado hasta noviembre de 1991 en pacientes hospitalizados, seropositivos para HIV; determinándose sexo, edad, ocupación lugar de procedencia, estado civil; los factores de riesgo y la sintomatología gastrointestinal secundaria o como motivo de consulta. Los estudios diagnósticos de dicha sintomatología y el tiempo de hospitalización. Observándose en 32 pacientes dos varones, con una mayor frecuencia en los menores de 26 años (50%), soldados (43.8%) solteros (81.25%) procedentes de Santafé de Bogotá (62.5%); teniendo como factores de riesgo el homosexualismo (40.63%) relaciones sexuales con prostitutas (37.5%). La sintomatología gastrointestinal fue motivo de consulta en un 63%, particularmente la pérdida de peso (100%) y la diarrea 84%. El examen físico mostró lesiones orofaríngeas en un 43.7% visceromegalias en un 21.8%. Documentándose elevación en las transaminasas y fosfatasa alcalina en un 40 y 44%, respectivamente. Los coprológicos mostraron igualmente la carencia de patógenos y la presencia de protozoarios (38.09%), E. Histolytica y Giardia lamblia. La endoscopia vías digestivas altas realizada en el 19% de los pacientes, mostró esofagitis (100%). La estancia hospitalaria fue para 1991 de 14 días. Se concluye la diarrea prolongada en menores de 48 años con factores de riesgo considerar como primer agente causal la infección por HIV. Considerando su frecuencia la sintomatología gastrointestinal contribuye a disminuir la calidad de vida de estos pacientes.

102

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN SIDA. REPORTE DE CASO. CORRELACION CLINICOENDOSCOPICOPATOLOGICA.

Rengifo A.1, de Lima, E.1, García F.T.1, Mariño G.1, Cuello, H.2, Erhmann J.E.2
Sección de Gastroenterología¹ y Dpto. de Patología².
Hospital Universitario del Valle.

Se pretende sensibilizar ante la importancia de los estudios endoscópicos y obtención de biopsias para la evaluación de las manifestaciones gastrointestinales en pacientes con SIDA.

-Sexo masc. Pcte. homosexual, HIV (+) desde dic./90.
-ENERO 1991-> HBsAg (+) >2000, AgeHB (+) y Anti e (-)
-MARZO 1991-> Inicia deposiciones diarreicas, líquidas, sin moco ni sangre, 3-5/d. Coprológicos #6 negativos. Cryptosporidium, Isospora, Test de Baermann (-)s, BK en materia fecal (-)
-AGOSTO 1991-> Tránsito intestinal en 30' sin alteración.
-SEPT. 1991-> Placas blanquecinas cavidad oral.
Dx. Candidiasis oral. Tto. Ketoconazol.
-FEBRERO 1992-> Reinicia cuadro diarreico. Además llenura fácil, epigastralgia, pérdida de peso de 4 k en 2 meses.
-ABRIL 1992-> GASTROSCOPIA: ESOFAGO: exudado blanquecino, recubriendo las paredes desde tercio 1/3 hasta cardias; ESTOMAGO: eritema difuso antral con erosiones; DUODENO: normal. IDx: CANDIDIASIS ESOFAGICA - Gastritis crónica antral erosiva. PATOLOGIA: Mucosa esofágica: normal; Mucosa gástrica: denso infiltrado linfoplasmocitario y pmn penetrando en las glándulas; hacia la luz de algunas glándulas hay unas estructuras ovaladas que parecen corresponder a Cryptosporidium y en algunas células epiteliales inclusiones intranucleares, eosinofílicas. IDx: Gastritis crónica superficial. -CRYPTOSPORIDIUM. INCLUSIONES VIRALES COMPATIBLES CON CITOMEGALOVIRUS.

-MAYO 1992-> Spiramicina 2'250.000 U c/6 h y sucralfate. COMENTARIOS: Los signos y síntomas clínicos rara vez son sugestivos de etiología específica. Los desórdenes gastro-intestinales múltiples son comunes y ameritan evaluación dx. especialmente en búsqueda de lesiones susceptibles a tto. Así mismo determinar la importancia de discriminar agentes infecciosos patógenos vs. colonización. En general evidencia de invasión tisular es una buena prueba de que el agente es patógeno.

Gastro-endoscopia ~ Presentación cartel

103

CORRELACION CLINICOENDOSCOPICA EN LA ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA (EAP).
 Navarrete P, Salej J, Lammoglia J, Lombana M, López S, Luque A, Martínez A, Mejía M, Mejía C, Mejía G, Moreno S.
 Escuela Militar de Medicina-Hospital Militar Central.
 Se estableció la confiabilidad del diagnóstico semiológico frente a los hallazgos endoscópicos en la EAP, realizándose 48 endoscopias a pacientes asistentes a la consulta del Hospital Militar Central; previo a la endoscopia se realizaba una historia clínica a cada paciente de la cual surgían signos y síntomas que conformaban el estado actual del paciente, los que eran correlacionados con los hallazgos descritos por el endoscopista. Los resultados fueron tabulados, analizados y evaluados, incluyéndose además una revisión actual de la fisiopatología de la EAP y algunos comentarios. Se encontró la mayor incidencia de la EAP en mujeres (53%) entre los 35-65 años, una mayor predisposición a: Personalidad tipo A en gastritis aguda, crónica, úlcera duodenal exceptuando la esofagitis por reflujo la cual se relacionó con personalidad tipo B y una débil relación entre la úlcera gástrica con la personalidad tipo A: malos hábitos (alcohol, tabaco y café) que predisponían a EAP, una alta frecuencia en la EAP del grupo sanguíneo "O" positivo, no encontramos relación entre hernia hiatal y esofagitis. Se concluyó que la semiología orientada con gran valor hacia el diagnóstico de EAP, pero quien confirma realmente el diagnóstico es la endoscopia.

104

OMEPRAZOL EN LA CICATRIZACION DE LA ULCERA DUODENAL Y ACLARAMIENTO DEL H. PYLORI.
 Angel A., Ricaurte O., Gutiérrez O., Arbeláez V.*.
 (*)Sección de Gastroenterología H.S.J.D. Universidad Nal. de Colombia, Santafé de Bogotá.
 (+)Sector de Patología. Instituto Nacional de Salud.

El Omeprazol (OMP) es un inhibidor potente de la secreción gástrica de ácido siendo ampliamente utilizado en el tratamiento de la úlcera duodenal (UD). Informes recientes contradictorios sugieren un efecto adicional sobre la colonización gástrica por el H.pylori. El objetivo del presente trabajo es investigar el efecto del OMP sobre el H.pylori en un grupo de pacientes con U.D.

PACIENTES Y METODOS: Se han estudiado 12 pacientes con UD diagnosticados endoscópicamente a quienes se les realizó biopsias antrales para estudio histológico y búsqueda del H.pylori. Se administró OMP 40 mg/dx3 sem. con control endoscópico e histológico al final del tratamiento.

RESULTADOS: Se evaluaron en una escala de 0-3. Todos los pacientes estaban colonizados por el H.pylori.

	UD(n)	PMN	MONO	MOO	H.p.	GASTRITIS	
						SUPERF.	ANTRAL DIFUSA
INICIAL	12	1.8	1.4	1.3	1.9	2	10
FINAL	0	1.6	1.3	1.2	0.7*	6	6

CONCLUSIONES: A las dosis y tiempo utilizado el OMP es eficaz para el tratamiento de la U. duodenal. En el presente estudio parece confirmarse cierta acción en el aclaramiento del H.pylori que podría estar en concordancia con la tendencia a la mejoría histológica dada por los diagnósticos.

105

-COMPARACION HISTOLOGICA INDUCIDA POR LA RANITIDINA Y EL OMEPRAZOL EN LA MUJOSA GASTRICA.

Gutiérrez O., Ricaurte O., Angel A.*

(*)Instituto Nacional de Salud

(+)Unidad de Gastroenterología H.S.J.D. U. Nal. Bogotá.

La Ranitidina (R) y el Omeprazol (OMP) son dos sustancias inhibidoras de la secreción de ácido gástrico ampliamente utilizados en la enfermedad ácido péptica. Aunque con ellas se observa una mejoría clínica satisfactoria. No son bien conocidos sus efectos sobre los hallazgos histopatológicos acompañantes.

En el presente estudio investigamos pacientes portadores de gastritis crónica asociada a H.pylori y tratados con el R u OMP.

PACIENTES Y METODOS: Se han estudiado 35 pacientes a quienes se les practicó endoscopia y biopsias antrales al principio y al final del tratamiento. Este consistió en R 300 mg/día (N=23) durante 4 semanas u OMP 40 mg/día (N=12) durante 3 semanas.

RESULTADOS:

	RANITIDINA				OMEPRAZOL			
	PMN	MONO	MOO	HP	PMN	MONO	MOO	HP
INICIAL	1.7	1.9	1.5	1.7	1.8	1.4	1.3	1.9
FINAL	1.6	1.9	1.2	1.4	1.6	1.3	1.2	0.7*

CONCLUSIONES: Aún cuando no se apreciaron diferencias significativas desde el punto de vista de los parámetros histológicos analizados, se encontró una disminución importante en el grado de colonización gástrica en el H.pylori, en los pacientes tratados con Omeprazol. Si este resultado es debido a un efecto directo del producto sobre la bacteria o a la mayor alcalinidad en el medio gástrico obtenida por el OMP queda por determinar.

106

MICROFLORA GASTRICA EN PACIENTES CON DNU, ULCERA DUODENAL Y SUJETOS ASINTOMATICOS.

Castañeda E*, Escobar C*, Gutiérrez O*, Ricaurte O*.

*Instituto Nacional de Salud

+Unidad de Gastroenterología. H.S.J.D. U. Nal. Bogotá.

La microflora gástrica en sujetos normales es escasa (2×10^3 microorganismos/ml, es principalmente de origen oral y el pH gástrico es el principal factor determinante en ella (44). Su interés reciente se ha focalizado en el sobrecrecimiento bacteriano secundario a cirugía, antiseptores, cáncer gástrico, riesgo por broncoaspiración, sepsis postoperatoria.

OBJETIVOS: Evaluar la flora microbiana gástrica (bacterias y hongos) en pacientes dispepticos y sujetos asintomáticos.

PACIENTES Y METODOS: Se estudiaron pacientes con DNU, U. duodenal y asintomáticos (20 de cada grupo). Se les practicó una endoscopia alta, medición de pH, biopsias y cultivo del lago gástrico.

RESULTADOS: Los pacientes con DNU tienen con más frecuencia una gastritis crónica atrófica y pH > 4. Por encima de este valor los cultivos de bacterias generalmente son positivos (95%) y el 62% tienen $>10^5$ m.o./ml. Las concentraciones promedio son de $10^5 - 10^7$ bct/ml. y $10^2 - 10^3$ hongos/ml.

GRUPO	>10 ⁵		>10 ³	
	CULTIVOS BACT. (+)	BACT/ML	CULTIVOS HONGOS (+)	HONGOS/ML
ASINT	80%	35%	85%	25%
DNU	85	60	80	50
UD	50	20	80	25

La flora es de tipo mixta (oral y fecal), aumenta con la edad, existiendo además anaerobios en los asintomáticos.

CONCLUSIONES: Existe una colonización gástrica permanente en nuestros pacientes, inclusive por C.albicans.

107

DETECCION DE HELICOBACTER PYLORI EN CULTIVOS DE MUCOSA GASTRICA.

Vargas Ch. Ligia, Rugeles C. Gerardo
Departamento de Endoscopia y Laboratorio Clínico.
Hospital San Juan de Dios,
San Gil, Santander.

Mediante el presente estudio se analizaron 50 pacientes mayores de 40 años, ambos sexos, sometidos a procedimientos de Endoscopia Digestiva diagnóstica, con el propósito de investigar la presencia del *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica.

Se elaboró un protocolo estricto para la toma de muestras, el cultivo en medio específico, la incubación en ambiente microaerofílico adecuado y la identificación por pruebas bioquímicas.

Se logró determinar la positividad de los cultivos en un 48%. Aunque el montaje del sistema es viable, se considera que por costos y dificultades del proceso, no es una técnica rutinaria en el diagnóstico del *Helicobacter pylori* con un porcentaje de eficiencia similar o mayor.

108

DETERMINACION DE ACIDEZ GASTRICA Y PRESENCIA DEL HELICOBACTER PYLORI

Rugeles C. Gerardo, Vargas Ch. Ligia.
Departamento de Endoscopia y Laboratorio Clínico,
Hospital San Juan de Dios, San Gil, Santander.

Se estudiaron 50 pacientes sintomáticos de ambos sexos entre 40 y 80 años de edad para evaluar el pH gástrico y la presencia del *Helicobacter pylori* contra un grupo control de 25 pacientes asintomáticos.

Se practicó valoración de todos los pacientes por Endoscopia, pHmetría, Transendoscópica, tomando medidas puntuales de acidez en forma segmentaria de todo el estómago y muestras de biopsia para análisis Histopatológico y para cultivo de mucosa en medio específico para el *Helicobacter pylori*.

Se obtuvo una correlación entre las características del medio ácido y la presencia de la bacteria en ambos grupos, concluyéndose que la bacteria se puede encontrar en medio normal, ácido o alcalino.