

PREVALENCIA DE DESORDENES POR DEFICIENCIA DE YODO. COLOMBIA 1994

H. Ruiz, G. Jimenez, O. Moncada

INSTITUCIONES: MINISTERIO DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, UNICEF, OPS, ASOCIACION COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGIA. Asesores: J. Tavera, I. Escobar

OBJETIVOS: Identificar la repartición del bocio endémico en el país y evaluar el contenido de yodo en la sal para consumo humano.

MATERIAL Y METODOS: Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se realizó un estudio epidemiológico de corte transversal descriptivo, orientados hacia los campos biológico (captación de la tiroidea y excreción urinaria de yodo) y de análisis de yodo en la sal. Se evaluó el tamaño de la glándula tiroidea por médicos previamente capacitados y estandarizados. Se recolectó muestra de orina puntual alrededor de las 10 de la mañana para evaluar la excreción urinaria de yodo. Para la determinación del yodo en la sal se calculó una submuestra de los hogares de los niños examinados.

UNIVERSO Y MUESTRA: El universo del estudio lo constituyó los alumnos de 8 a 12 años de edad matriculados en los cursos de 2º a 5º grado de primaria de las zonas urbanas de los municipios con población mayor de 10.000 habitantes. Se definió una muestra probabilística estratificada, de conglomerados y bietápica. Se estratificó al país en quince regiones con base en su similitud en sus características étnicas, culturales, socioeconómicas y ambientales.

RESULTADOS: Se presentan resultados de las 9 regiones hasta la actualidad estudiadas: Tolima, Huila y Caquetá; los dos Santanderes; Caldas, Quindío y Risaralda; Bogotá; Antioquia; Boyacá, Meta, Cúcuta y Casanare; Cesar, Guajira y Magdalena; Litoral Pacífico (Quibdó, Bventuray Tumaco) y Valle del Cauca. Se determinó el tamaño de la tiroidea en 11.935 niños, la excreción urinaria de yodo en 4.558 escolares y se analizó el contenido de yodo en 872 muestras de sal.

Se encontró bocio grado I en 8.9% de los niños examinados. Por regiones las más altas prevalencias se presentaron en: Santanderes 20%, Tolima, Huila y Caquetá 16.2%, Bogotá 11.2%, Litoral Pacífico 7.2% y Caldas, Quindío y Risaralda 6.8%. Los criterios epidemiológicos para evaluar la severidad de los DDY de acuerdo a la prevalencia de bocio son: del 5 al 19.9% leve; del 20 al 29.9% moderada; y más del 30% severa (WHO, Unicef, ICCIDD, 1993)

La excreción urinaria de yodo reportó niveles inferiores a 10 µg/dL (por encima de este nivel se considera n deficiente) en el 7.6% de las muestras analizadas. Las regiones más afectadas, que mostraron yodurias <10 µg/dL, fueron Caldas, Quindío y Risaralda (14.6% de las muestras); Cesar, Guajira y Magdalena (11.8% de las muestras); y Tolima, Huila y Caquetá (10.3% de las muestras).

En cuanto al contenido de yodo en la sal se obtuvieron los siguientes resultados: Menos de 20 partes por millón (ppm) en 18.1%, de 20 a 49 ppm en el 31.4%, y 50 y más ppm en el 50.5% de las muestras analizadas. La norma nacional establece como adecuado un intervalo entre 50 y 100 ppm.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los criterios epidemiológicos para evaluar la severidad de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo, y basados en la prevalencia de bocio endémico encontrado del 8.9%, las nueve regiones examinadas se clasifican con **grado leve de severidad**, hecho que constituye desde el punto de vista de Salud Pública una voz de alerta para que las autoridades sanitarias adelanten las acciones pertinentes. En relación a lo anterior, sólo el 50% de las muestras de sal analizadas cumplan con la norma nacional sobre contenido de yodo.**COMA MIXEDEMATOSO EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.**

Lujan D.M., De Zubiria A, Yupaqui H. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Samaritana, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Javeriana, Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Revisamos las Historias Clínicas de pacientes con criterios diagnósticos de Coma Mixeдематoso que ingresaron a nuestra Institución desde Abril 1. 993 hasta Abril de 1. 996, su presentación clínica, Diagnóstico, Manejo y evolución:

6 pacientes reunieron los criterios de coma Mixeдематoso, todos de sexo femenino con edad media de 68.8 años (59-80); 5 (83.3%) procedentes de zona rural. En 6 (100%) no existía diagnóstico previo de Hipotiroidismo. El cuadro clínico fue: Temperatura media de 34.3°C (32.4 - 35°C), todas con alteración en la esfera mental; 3 (50%) llegaron al coma; 2 (33.3%) somnolencia, 1 (16.6%) estado psicótico. Los factores precipitantes en este grupo fueron: Insuficiencia Cardíaca Congestiva 2 (33.3%), Cirugías 2 (33.3%), Evento Cerebrovascular 1 (16.6%), Infección 1 (16.6%). En el laboratorio: El nivel medio de TSH fue de 23.2 uIU/ml (7.3 - 74), T4 media de 2.7 ug/ml (0.48 - 5.7) Todas las pacientes a quienes se les dosificó TSH se clasificaron como hipotiroidismo primario. Otras características: Anemia (50%), Hiponatremia (33.3%); hipoglucemia (16.6%); En el seguimiento 4 (66.6%) requirieron Ventilación Mecánica. El Manejo Médico fue con Tiroxina sodica dosis media de 175 ug/día y concomitantemente hidroocortisona dosis media de 1 mg/kg día. 2 pacientes fallecieron: 1 en sepsis y 1 que no respondió al manejo, para una mortalidad del 33.3%. El coma mixeдематoso aunque es una urgencia poco frecuente y su diagnóstico no se hace evidente por los antecedentes, requiere una alta sospecha clínica para instaurar tratamiento con terapia temprana y agresiva.

GAMAGRAFIA DE TIROIDES CON SESTAMIBI-TC-99m EN LA EVALUACION DE BENIGNIDAD Y/O MALIGNIDAD DE NODULOS TIROIDEOS.
Páez A., Franco R., Jaramillo A., Pontón M., Lecomte L.F. Hospital Central de la Policía Nacional, Santafé de Bogotá DC Colombia.

El propósito de este estudio es la evaluación de la sensibilidad y especificidad de la gamagrafía de tiroidea con SESTAMIBI-TC-99m en el diagnóstico del nódulo solitario de tiroidea.

Se realizaron gamagrafías con SESTAMIBI-TC-99m (550 MBq), obteniendo imágenes con Pin-Hole una hora después de inyectado el trazador, a 25 pacientes con nódulo único frío en la gamagrafía convencional con TC-99m. A todos se les practicó aspirado con aguja fina del nódulo para diagnóstico citológico y en 13 de estos pacientes considerados quirúrgicos se revisó la histopatología.

Los resultados mostraron que 11 de los 25 pacientes presentaron hipercaptación en el nódulo con SESTAMIBI-TC-99m (positiva) y 14 normo ó hipocaptación en el nódulo (negativa).

En la citología de tiroidea se observó presencia de neoplasia en 10 de los 11 con SESTAMIBI-TC-99m positiva y en uno se diagnosticó Bocio Coloide. De los 14 pacientes con SESTAMIBI-TC-99m negativa, 13 resultaron con Bocio Coloide y uno con Carcinoma Papilar.

El índice de sensibilidad fue del 90.9% y la especificidad del 92.8% con presencia de un falso positivo y de un falso negativo en toda la muestra.

Se concluye que a diferencia de la gamagrafía convencional, la gamagrafía con SESTAMIBI-TC-99m, es un método de imagen seguro en el diagnóstico de patología benigna y/o maligna de la glándula tiroidea, que alcanza índices de sensibilidad y especificidad similares a los obtenidos con citología aspirativa de los nódulos solitarios de la glándula tiroidea.

CONTRIBUCION DE LA GAMAGRAFIA DE TIROIDES CON Tc99 EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON TIROIDITIS DE HASHIMOTO (TH)
I. Escobar, P. Aschner, A.M. Cerquera, P. Bernal
Asociación Colombiana de Diabetes; Servicios de Endocrinología y Medicina Nuclear-Hospital San Ignacio-P. Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

En Colombia, como parte del estudio gamagráfico de tiroidea se realiza el "Índice de Captación de Tecnecio" (ITC) que resulta de comparar la captación del radiotrazador de toda el área de la glándula con una zona control adyacente. Se considera normal un ITC entre 2.5 y 4.5; si es <2.5 se lea como "hipocaptante", y si es >4.5 se considera "hipercaptante". Ejemplo clásico de éste último es la E. de Graves que asocia hipertiroidismo o hiperfunción de la glándula con "hipercaptación" a la gamagrafía. Sin embargo, el grado de captación no siempre correlaciona con el de función de la glándula; así, en un trabajo previo se encontró que 56% de bocios de ptes con TH eran "hipercaptantes" gamagráficamente a pesar de que el 80% de ellos tenían disfunción tiroidea (TSH elevado). El objetivo del presente trabajo fue determinar si existía una correlación entre los niveles de TSH y el ITC en pacientes con TH comparándolos a su vez con un grupo con bocio simple (BS).

De un estudio transversal que buscaba determinar la prevalencia de enfermedades autoinmunes de tiroidea en ptes con DMID, entre 194 ptes con bocio se realizaron 116 gamagrafías de tiroidea (GT) con Tc99 de las cuales resultaron ser TH 47 ptes y BS 69 ptes. A todos se les determinó TSH-IRMA y si estaba por encima de 5 µU/mL se clasificó como con disfunción tiroidea.

La tabla muestra los resultados:

ITC	TH con TSH>5		TH con TSH<5		TODOS LOS TH		BOCIO SIMPLE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	1	3.8	2	9.5	3	6.4	6	8.7
Normal	9	34.6	13	61.9	22	46.8	30	43.5
Alto	16	61.6	6	28.6	22	46.8	33	47.8
TOTAL	26	100.0	21	100.0	47	100.0	69	100.0

Del grupo de TH con TSH>5 la GT fue hipercaptante en el 61.6% siendo menor en los grupos con TH con TSH<5 y con BS (28.8% y 47.8% respect.). El promedio de ITC fue significativamente mayor en el grupo con TH con TSH>5 que en los otros dos grupos (6.81; vs 4.27 (P 0.02); vs 4.84 (P 0.005) respectivamente). Encontramos correlación entre el ITC y la TSH entre los ptes con TH y TSH >5 (R=5; P 0.017); o sea, que a mayor la TSH mayor la probabilidad de encontrar un ITC alto en ptes con TH.

En conclusión: 1) bocio hipercaptante no es lo mismo que hiperfuncionante; y 2) en el dx. diferencial de "bocio hipercaptante" debe incluirse la TH.

45

TIROIDITIS DE HASHIMOTO: REPORTE DE 129 CASOS

Iván Escobar, Centro Médico de la Sabana, Bogotá

Se presentan 129 casos de la consulta privada estudiados en los últimos 5 años. El diagnóstico se fundamentó en la presencia o antecedentes de bocio, con anticuerpos antirromosomales reactivos (AAM+) y/o anticuerpos antitiroglobulina reactivos (AAT+), o con reporte de patología de Tiroiditis de Hashimoto (TH) en material de biopsia aspirativa de tiroides (BAT-AF) o de cirugía. El 93% fueron mujeres (n=120) y 7% hombres (n=9), con edades entre los 13 y 61 años (promedio 38.7 años DS10.4), con mayor frecuencia en la 4ª y 5ª décadas de la vida (37.2% y 27.1% respectivamente). En cuanto al motivo de consulta, el 39.5% fueron remitidos por otro médico para estudio de bocio y/o alteraciones en pruebas de función tiroidea, el 35% fueron a "control" por problemas previos de función tiroidea y/o bocio, y en el 25.5% el hallazgo de TH fue casual (consultaron por otros motivos pero al examen físico se les encontró bocio). A 98 ptes (76%) se les palpó bocio grado I y en 28 ptes (21.7%) grado II. En tres ptes. (2.3%) no se palpó bocio pero se incluyeron por haber tenido antecedentes de bocio y/o reporte gamagráfico que así lo demostraba años anteriores. En 110 ptes. se consignó las características de la superficie de la tiroides, siendo lisa en el 55.5%, pseudonodular en el 28%, nodular en el 9% y granular en el 7.5%.

Referente a la función tiroidea, el 80% (n=103) tenían hipotiroidismo (TSH por encima del rango normal), el 19% (n=25) estaban eutiroideos (con TSH normal), y un paciente se presentó con tirotoxicosis (TSH suprimida con T4 elevado) que progresó a hipotiroidismo definitivo (Hashitoxicosis). Llamó la atención que 5 de 30 ptes. que tenían TSH elevada en un control posterior la TSH se normalizó y que 2 de 7 ptes que tenían la TSH normal en un control posterior se elevó por encima de los rangos normales. De 126 ptes que tenían reportes de AAM, en 113 (90%) éstos fueron reactivos (AAM+) y en 13 (10%) fueron no reactivos. En estos últimos el dx. de TH fue hecho por BAT-AF considerándose por tanto como TH seronegativas. A 106 ptes también se les solicitó AAT siendo reactivos en 26 (24.5%). Todos los que tenían AAT+ también tenían AAM+. En 3 ptes no se realizó AAM pero la BAT-AT (n=2) y la patología quirúrgica de nódulo tiroideo (n=1) reportó TH.

A 78 ptes se les solicitó gamagrafía de tiroides con Tc99 las cuales el 59.5% fueron descritas como "hipercaptantes", el 26.5% normocaptantes, y 14% hipocaptantes. Al correlacionar la TSH con el Índice de captación de Tecnecio (ITc), se encontró que a mayor la TSH había tendencia a un mayor ITc (R=0.5).

En cuanto a la distribución del radiotrazador los reportes fueron: bocio difuso 54%; nodular 27%, pseudonodular 13%; con nódulo(s) hipercaptante(s) 5%; y normal 1%. La BAT-AF se practicó en 50 ptes. En 42 ptes (84%) se reportó TH, en un pte (2%) TH y bocio coloidal, en 3 ptes (6%) bocio coloidal; en un pte (2%) lesión folicular (la patología fue reportada posteriormente como TH), y en 3 ptes (6%) muestra insuficiente. Los ptes con dx. citológico de bocio coloidal se incluyeron porque tenían AAM+ (además este diagnóstico no excluye la presencia de TH).

Los hallazgos en estos 129 ptes con TH son similares a los descritos anteriormente en otros reportes. Probablemente la prevalencia de TH en nuestro medio no es tan infrecuente como parece. Debe sospecharse en todo paciente con bocio, más aún si tiene TSH elevada y un "bocio hipercaptante" en el estudio gamagráfico. La sospecha clínica se confirma con las mediciones de AAM. La BAT-AF puede realizarse en aquellos con bocio y AAM negativos para la búsqueda de TH seronegativas.

46

CORRELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE TIROGLOBULINA Y RASTREO CORPORAL CON I 131 EN PACIENTES CON CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Dávila A.F., López T., Acosta S., Rojas W., Hernandez E., Kattah W., Servicio de Endocrinología Hospital de San José Facultad de Medicina Universidad del Rosario, Santafé de Bogotá Colombia

La unificación de criterios para definir los procedimientos más eficientes en la detección temprana de recidivas motivo la realización de este trabajo buscando las ventajas y limitaciones del uso de la tiroglobulina frente al rastreo corporal con I 131 en el seguimiento de pacientes con carcinoma papilar de tiroides potencialmente curable.

Material y Metodos: De los pacientes del servicio con diagnóstico de Carcinoma papilar de tiroides operados y manejados según nuestro protocolo se incluyeron 18 pacientes a los que se les realizó rastreo corporal con I 131 por elevación en los niveles de tiroglobulina, medida mediante técnica de RIA doble anticuerpo (DPC) y teniendo el paciente niveles de TSH menores de 0.1 mU/ml.

Resultados: En 16 de 18 pacientes hubo correlación entre incrementos de tiroglobulina y rastreos positivos, de los cuales 4 correspondían a remanentes y 12 eran metastasis. El poder predictivo de la tiroglobulina para recidiva fue mejor tomando como punto de corte 7 ng/ml, aunque por el tamaño de la muestra no hubo diferencias significativas si se hacía el corte en 4 ng/ml.

Discusión y conclusiones: Inicialmente debe tenerse en cuenta que la variabilidad intra e interensayo de la técnica de tiroglobulina es mayor en valores inferiores a 10 ng/ml, por lo que se disminuye la sensibilidad de la prueba que de igual manera tiene un límite mínimo de detección de 2,6 ng/ml. Debido a la relativa frecuente asociación entre enfermedad autoinmune del tiroides y neoplasias, se debe considerar la posibilidad de anticuerpos antitiroglobulina cuando aparecen falsos positivos de tiroglobulina. Para el diagnóstico de enfermedad neoplásica recidivante es mejor considerar un incremento de tiroglobulina sobre un nivel basal que tomar un valor absoluto como conclusivo para definir una conducta terapéutica

47

DOSIS DE LEVOTIROXINA (T4) PARA EL TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO PRIMARIO

Iván Escobar, Centro Médico de la Sabana, Santafé de Bogotá

Actualmente se propugna que la terapia de reemplazo hormonal en pacientes con hipotiroidismo sea con Levotiroxina o Tiroxina sódica (T4). En nuestro medio no se han realizado estudios que establezcan cuanto es la dosis requerida promedio de T4 en pacientes que tengan hipotiroidismo primario.

Se revisaron 76 historias clínicas de pacientes mayores de 10 años con diagnóstico de hipotiroidismo primario (con TSH mayor del rango normal) que estando tomando una dosis estable de T4 tuvieran un último control de TSH en rangos normales. La edad de los pacientes fluctuó entre los 11 y los 68 años (promedio 40 años) y sus niveles séricos de TSH previo al tratamiento fluctuaron entre 5.1 y 270 μ U/ml (promedio 31.3 μ U/ml).

Para corregir el hipotiroidismo (normalizar los niveles de TSH) se requirió una dosis promedio de T4 de 1.3 μ g/K/día. En 51 pacientes que tenían una TSH \leq 20 μ U/ml antes del tratamiento la dosis promedio de T4 requerida fue de 1.1 μ g/K/día (DS 0.5; mínimo 0.5 μ g/K/día; máximo 2.3 μ g/K/día). Aquellos con TSH > 20 μ U/ml antes del tratamiento (n=25) requirieron dosis promedio de T4 de 1.6 μ g/K/día (DS 0.4; mínimo 0.7 μ g/K/día; máximo 2.8 μ g/K/día).

Referente a la edad, para los pacientes con \leq 50 años la dosis promedio de T4 fue 1.4 μ g/K/día y para aquellos con > 50 años fue 0.9 μ g/K/día. El 88% de los pacientes (n=67) requirieron una dosis diaria de T4 igual o menor a 100 μ g (25 μ g: 1 pte; 50 μ g: 31 ptes; 75 μ g: 16 ptes; 85 μ g: 2 ptes; 100 μ g: 17 ptes) y los restantes 9 pacientes requirieron dosis mayores de 100 μ g (125 μ g: 2 ptes; 150 μ g: 5 ptes; 200 μ g: 2 ptes). La dosis de T4 para el tratamiento del hipotiroidismo primario en este estudio es similar al reportado en otros países. Es importante recalcar que debe iniciarse con dosis bajas, sobre todo en pacientes ancianos para evitar los riesgos de la sobredosificación (osteoporosis, arritmias y precipitación de infarto del miocardio o angina), e ir incrementando paulatinamente la dosis hasta lograr que los niveles de TSH estén en rangos normales.

48

UTILIDAD DE LAS HORMONAS TIROIDICAS Y EL CORTISOL EN CUIDADO INTENSIVO. Kattah W, Vargas E, Bohorquez L F Birchenall C, Reynales H. Servicio y sección de Endocrinología del Hospital de San José y Fundación Santa Fe de Bogotá.

Con el fin de determinar las hormonas tiroideas y el cortisol como factores pronósticos de morbimortalidad en las unidades de cuidado intensivo (UCI) se estudiaron 78 pacientes en la Fundación Santa Fe de Bogotá el Hospital de San José, la Clínica Marly y la Clínica Shaio. Se llenó un formato de historia clínica y se estableció la evaluación del APACHE II. Se tomaron muestras de suero a las 7:00 AM al segundo y al cuarto día de ingreso para determinar las concentraciones de T3, T4, T3UP take, TSH y cortisol y se realizó un seguimiento durante un año con corte a los 12 meses. La edad promedio de los pacientes fue de 55.1 años con edades que oscilaban entre 13 y 88 años. El promedio de estancia en la UCI fue de 6.62 días con intervalos de 2 a 36 días. El diagnóstico de egreso más común fue de origen cardiovascular en un 48.7%. La medicación más utilizada fue la dopamina (37.8%) y el puntaje del APACHE II mostró un promedio de 10.97 al segundo día se encontraron con síndrome de T3 bajo 15 pacientes de 78 (19%) y al cuarto día 13 de 45 (28%).

El cortisol mostró niveles elevados al segundo día en el 84.28% de los pacientes y al cuarto día en el 64%. Los niveles de T3 disminuyeron de 1.27ng/dl a 1.01ng/dl del segundo al cuarto día (p 0.05). Los niveles de cortisol disminuyeron de 47 mcg/dl a 35 mcg/dl en el mismo tiempo.

Se realizó el seguimiento de 42 pacientes al año encontrándose que el 20% de pacientes fallecidos presentaron síndrome de T3 y el 80% cortisol elevado, con respecto al índice cortisol/T3 se observó una diferencia significativa entre el grupo de fallecidos y el de sobrevivientes, diferencia mucho más representativa que el cortisol y el T3 aislados. (p 0.002) lo cual nos sugeriría la estandarización y aplicación de este índice como factor pronóstico más sensible de morbimortalidad en la U.C.I.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA TSH DE TERCERA GENERACION Y EL TEST DE ESTIMULACION CON TRH EN PACIENTES CON HIPERTIROIDISMO HIPOTIROIDISMO Y SUJETOS NORMALES.

Kattah W., Hernandez E., Acosta S., Rojas W., Lopez T y Suarez R. Sección de Endocrinología. Fundación Santa Fe de Bogotá y Hospital de San José. Universidad del Rosario.

El análisis de TSH de Tercera Generación surgió como un método de Lbto que permite la diferenciación entre pacientes con Hipertiroidismo real y pacientes con niveles suprimidos de TSH asociados a otras patologías, diferencia que era imposible determinar con análisis tradicionales de Primera y Segunda Generación. La Sensibilidad Funcional (0.01 mIU/L) y la Sensibilidad Analítica (0.002mIU/L) que posee esta tecnología, son las que permiten establecer esta diferenciación.

Con la hipótesis de que el TSH de Tercera Generación es tan sensible como el test de TRH y que podría reemplazarlo en especial en pacientes con hipertiroidismo se estudiaron 111 personas. 46 con hipotiroidismo, 29 con hipertiroidismo y 36 controles sanos quienes se les tomo una muestra basal de TSH y se les administró 200 mcg IV de TRH obteniendo reactivos 30.60 y 90 minutos post TRH. La medición de TSH se llevo a cabo con reactivos del Sistema Immulite el cual utiliza un analizador de Queniluminiscencia amplificada con centrifugación vertical con un segundo anticuerpo monoclonal unido a la fosfatasa alcalina y el adamantyl dioctano como sustancia huésped (Tercera generación).

Las edades de los tres grupos fueron similares. Hipotiroidismo 42.2±13.44, hipertiroidismo 43.93±17.03 y los controles sanos 37.75±11.5. Los sujetos normales mostraron cifras de TSH basal 2.11mIU/L +0.99, 30 min 14.2±5.9, 60 min 9.87 ±4.27 y 90 min 7.14 ± 3.14. Al considerar dos desviaciones estándar los niveles máximos de normalidad fueron para la TSH basal 4.09, 30 min 26, 60 min 18.4 y 90 min 13.42.

Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la TSH basal y la TSH a los 30,60 y 90 min post TRH, tanto en controles normales como en pacientes con hipotiroidismo e hipertiroidismo siendo estas últimas las de mayor significancia. R = 0.96, 0.98 y 0.97, 30, 60 y 90 min respectivamente.

De los 29 pacientes con diagnóstico de hipertiroidismo, 23 (79.3%) tuvieron TSH menores de 0.2 mIU/L, mostrando respuesta plana al test de estimulación con TRH. Los restantes 6 (20.7%) tuvieron niveles de TSH mayores de 0.2 mIU/L con respuesta al TRH directamente proporcional a sus valores; en estos pacientes con hipertiroidismo la TSH basal y la respuesta esperada a la TRH se vieron modificadas por circunstancias inherentes al curso natural del hipertiroidismo de acuerdo con la causa que lo originó.

Lo anterior nos permite afirmar que un valor de TSH de Tercera Generación por debajo de 0.2 mIU/ml tiene la misma Sensibilidad que el Test de TRH, en el diagnóstico de hipertiroidismo y por lo tanto podría reemplazarlo.

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CUSHING'S EN EL NIÑO: UN DESAFIO?

T.ORTIZ P. Abad V, Espinosa H.

INSTITUCION: LABORATORIO DE INVESTIGACION HORMONAL.

OBJETIVOS: La enfermedad de Cushing se define como una secreción excesiva de ACTH por la glándula Pituitaria, es la causa de los dos tercios de todos los casos de síndrome de Cushing en los niños sin embargo la demostración de la lesión se hace difícil (MRI).

MATERIALES Y METODOS: se utilizan desde el Test simple con Dexametasona hasta cateterismo de ambos senos petrosos inferiores para poder llegar al diagnóstico de enfermedad de Cushing por ser indetectable la lesión en resonancia magnética nuclear.

UNIVERSO: Paciente de 12.4 años con cuadro clínico de 6 años de evolución quien consulta por aumento progresivo de peso, cefalea frecuente y diurna de medianos esfuerzos, detención del crecimiento. Desde la edad de 6 años consulta en múltiples ocasiones por aumento progresivo de peso, presencia de estrías cambios del comportamiento, visión borrosa, acantosis nigricas y cuello de bufalo.

Al examen físico talla en 140.3 cm menor del P3, peso 62.4 Kmg mayor de P97, 208% de exceso de peso, TSC tripitral 33mm > P97 subcapsular: imposible medir. TA 100/90 FC 88 mm EC 12.4 EO 13-13.6 ET 10.9.

Facies rubicunda, cara de la llena, cuello de bufalo, Tanner A3M1P3, Lipomastia, SNC fondo de ojo normal, pares craneanos normales. Piel estrías Violáceas en abdomen y muslos. Pigmentación y engrosamiento de piel en todos sitios de flexión.

Parclínicos: se practica cortisol, cortisoluria, Tes con DXM (cortio y prolongado) 17 OH orina, dosificación de ACTH: periférica y en senos petrosos inferiores.

Radiología: Resonancia magnética nuclear: normal huesos largos: osteopenia.

RESULTADOS: los niveles de cortisol al inicio se encontraron ligeramente elevados, con pérdida de ritmo circadiano, la cortisoluria fue normal, el Test largo DXM sugiere enfermedad de Cushing. La medición de ACTH periférica fue normal y solo con la medición de ACTH en senos petrosos se confirma el diagnóstico.

Evolución y tratamiento: durante el curso de la enfermedad la paciente presenta Hipertensión Arterial manejada con Antihipertensivos. Hace intolerancia a los Hidratos de Carbono: Recibe Ketoconazol con respuesta adecuada solo durante tres meses por lo tanto se decide tratamiento quirúrgico el cual será realizado en el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.

CONCLUSIONES: Los hallazgos clínicos y evolución de la paciente hacen el diagnóstico de enfermedad Cushing, sin embargo la no visualización del Microadenoma por MRI dificultan la exploración quirúrgica en nuestro medio, la elevación de la ACTH medida en seno petroso en forma bilateral hace el diagnóstico pero no es ayuda en este caso para la ubicación del tumor.

NIVELES DE PROLACTINA EN PACIENTES CON MALARIA.

Vasquez G, Mejía JG, Moreno F. Centro de Investigaciones Básicas, Instituto CES, Medellín.

Introducción: La prolactina es una proteína de 199 aminoácidos, codificada por el cromosoma 6, circa como monómero en su mayoría y actúa a través de receptores específicos. Dentro de las acciones de la prolactina están las inmunológicas una de ellas la estimulación de las células B, además la prolactina en patologías como el Lupus o la artritis reumatoide altera su comportamiento inmunológico. En la malaria se ha observado una activación policlonal de las células B que explica algunos de los fenómenos inmunológicos que se observan en ella. Se puede pensar entonces que la activación policlonal observada en estos pacientes sea mediada hormonalmente, más que directamente por el parásito, se plantea entonces que la hiperprolactinemia induzca la activación policlonal de los pacientes con malaria y lleve a los fenómenos inmunitarios observado en algunos de estos pacientes.

Materiales y métodos: Se estudiaron 40 pacientes, que acudieron en forma sucesiva a la consulta de un Centro médico en Apartado y a quienes se les estableció un diagnóstico de malaria por el estudio en gota gruesa, con detección y clasificación morfológica del parásito. Se dosificó la prolactina por el método de IRMA, considerando niveles normales en hombres 7.05ng/ml +5.134 y en mujeres 12.9 ngr/ml +10.326. Se practicaron Anticuerpos antinucleares (ANA) y factor reumatoide a todos los pacientes con niveles de prolactina altos y a un número igual de pacientes con prolactina normal.

Resultados: Se analizaron 40 pacientes con diagnóstico de malaria, 22 hombres y 18 mujeres con un promedio de edad de 22.4 años, un 50% (36 pacientes) presentaba infestación por P Vivax y un 10% (4 pacientes) por P falciparum. Una sola paciente se encontraba en el periodo posparto con niveles explícitamente altos por lo que se excluyó del análisis. Se encontraron 11 pacientes (27.5%) con hiperprolactinemia, 8 hombres, 3 mujeres, no se encontró relación ni con el número de episodio de malaria, ni con el tipo de parásito, todos los pacientes estaban febriles lo que habla del estado agudo de enfermedad. A los 11 pacientes hiperprolactinémicos y 11 con niveles normales se les practicó ANA y factor reumatoide, en ambos grupos todos fueron negativos.

Discusión: Las observaciones de hiperprolactinemia y enfermedades parasitarias se han dado en casos de hiperprolactinemia establecida o inducida, pero no se ha evaluado el comportamiento de la hiperprolactinemia inducida directamente como hormona de estrés, por eso es tan importante la observación de este estudio en el cual se puede afirmar que la hiperprolactinemia se indujo por la infestación parasitaria ya que el número de paciente, 11/40, el 27.5%, supera la probabilidad de normalidad, la que se conoce es de 0.4%, además se observó que la mayoría de los pacientes con elevación eran hombre lo que también hace pensar que fue una elevación inducida por infestación y no normal. No se establecieron factores que indiquen cuales pacientes presentarían elevación y cuales no, ya que no se observó relación ni con tipo de parásito, ni con número de episodios. El hallazgo de que ninguno de los pacientes presentara ni factor reumatoide positivo ni ANAS positivos, hace pensar que la inducción de activación policlonal de linfocitos B, solo se obtiene cuando la hiperprolactinemia es muy prolongada, como se demostró con la inducción de anticuerpos y anti DNA en cultivos de monocleares después de ocho días de exposición (10), pensamos que la hiperprolactinemia debe ser duradera como en las malaria complicadas, las que tienen en su gran mayoría manifestaciones inmunológicas, y no en picos como pensamos que se dio en este grupo de pacientes quienes consultaron en el episodio febril agudo.

ESOFAGITIS PEPTICA TRATAMIENTO: LANSOPRAZOL VS RANITIDINA MAS CISAPRIDE. Otero W*, Arbelaz V, Beltrán C*** Otero E*, Pinada LF**, Gastroenterología Clínica Fundadores*, Centro Médico Almirante Colón**, Clínica San Pedro Claver***, Bogotá D.C.**

El reflujo gastroesofágico patológico (RGE) es un desorden crónico y recurrente muy frecuente en la población general. Entre el 7 a 10% de las personas tienen pirosis diariamente y en estos el 30-50% tienen esofagitis erosiva a la endoscopia. Después de cicatrizar con tratamiento farmacológico, el 80% de los pacientes recaen dentro de seis meses de suspendido el tratamiento, lo cual implica que estos pacientes al igual que los hipertensos, deben recibir tratamiento durante años. **OBJETIVO:** Comparar la eficacia de 2 esquemas en el tratamiento de la esofagitis péptica (EP). **MÉTODOS:** 85 pacientes adultos consecutivos, fueron asignados al azar a uno de dos esquemas desde 1995. Esquema A: Ranitidina 150 mgs 2v/día mas Cisapride 10mg 3v/día. B: Lansoprazol 30 mgs 1v/día en ayunas. Los pacientes debían tener uno o más de estos síntomas: pirosis, dolor retroesternal, regurgitación y a la endoscopia EP grado 1-2 (Savary-Miller). Se excluyeron aquellos con Asma, APOC, Embarazadas, Hipertensión. A todos se les hizo endoscopi de control a las 4 y 8 semanas. Cicatrización EP 0 (Savary-Miller). **RESULTADOS**

TIEMPO	A	REGIMEN -B
4 Semanas	54.5% (24/44)	80.4% (33/41)
8 Semanas	65.9% (29/44)	92.6% (38/41)

s: p menor 0.001.
Alivio de síntomas a la 4ª semana, Grupo A: 59%, B: 90% (ps). No hubo efectos colaterales que obligaran a suspender el tratamiento en cualquiera de los grupos. **CONCLUSIONES.** En este trabajo, el Lansoprazol es superior a la combinación de un antiH2 (Ranitidina) mas Cisapride, tanto en el alivio de los síntomas como en la cicatrización de la EP erosiva. Consideramos que el Lansoprazol es un medicamento excelente por su facilidad de administración (una vez día) y su eficacia

53

DOLOR TORACICO RECURRENTE SECUNDARIO A POLIPO DE LA UNION ESOFAGOGASTRICA. Arbelaz V*, Otero W**, Pineda L*, Otero E**, Beltran O***. Gastroenterología Centro Médico Almirante Colón*, Clínica Fundadores**, Clínica San Pedro Claver***. Bogotá D.C.

El dolor torácico recurrente es un problema clínico frecuente y muy importante que genera ansiedad y temor en el paciente y sus familiares, por la posibilidad de una enfermedad coronaria y esto origina con sultas frecuentes a urgencias. La complejidad y heterogeneidad de los pacientes con éste síntoma, confunden al clínico a la hora de decidir el abordaje diagnóstico por la diversidad de etiologías posibles. Las pruebas cardiológicas excluyen causas cardíacas en el 30% de los individuos y en estos hasta un 60% tienen enfermedad esofágica, ya sea por reflujo o por trastorno motor. Otras alteraciones etiológicas son los desórdenes musculoesqueléticos y neurosiquiátricos. **PROPOSITO.** Informar un caso clínico de dolor torácico recurrente no cardíaco por una causa no descrita. **CASO CLINICO.** Paciente de 35 años de edad, comerciante, soltero, tomador social, no fumador, con sobrepeso. Consultó por dolor torácico de 6 meses de evolución, opresivo, intenso, irradiado a la espalda, no relacionado con el ejercicio pero ocasionalmente precipitado por el eructo y comidas abundantes. Duración variable entre 2 y 20 minutos. Presión arterial normal. Glicemia, cuadro hemático normales. Lípidos séricos normales. EKG normal. Endoscopia digestiva alta evidenció pólipo pediculado en el cardias de aprox 2.5 cms y esofagitis péptica grado I. Se le hizo polipectomía endoscópica y desaparecieron los síntomas.

CONCLUSION. Presentamos un caso de dolor torácico cuya etiología no está incluida dentro de la lista de causas usuales. Al momento de describirlo, no encontramos ningún caso similar en la literatura. Consideramos que el ascenso del pólipo y su atrapamiento en el cardias o esófago distal, se comportaría como un cuerpo extraño y podría desencadenar fuertes y persistentes ondas peristálticas secundarias que serían la causa del dolor.

54

SECRECIÓN GÁSTRICA DE ÁCIDO BASAL Y ESTIMULADA EN PACIENTES CON DNU ANTES Y DESPUÉS DE TERAPIA CONTRA EL HELICOBACTER PYLORI Melo M, Gutiérrez O, Angel LA, Castillo de MB, Ricaurte O. Unidad de Gastroenterología y Patología, Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Los conceptos tradicionales sobre el control de la secreción gástrica de ácido (SGA) han sido modificados al reconocerse que la infección por *H. pylori* altera los valores de gastrina y somatostatina al parecer por mecanismos inflamatorios.

OBJETIVO: Evaluar la SGA en pacientes con Dispepsia No Ulceroosa portadores de una gastritis crónica asociada a infección por *H. pylori*.

MÉTODOS: Se investigaron pacientes con síntomas dispépticos cuyo único hallazgo endoscópico fue el de una gastritis eritematosa plana. Durante el examen se practicaron biopsias para estudio histopatológico y confirmación de la presencia del *H. pylori*. Se practicó un control endoscópico y de evaluación de SGA al menos 4 semanas después de terminado el tratamiento.

RESULTADOS: Se investigaron 15 pacientes, 13 mujeres, con una mediana de edad de 35 años (rango 20-49 años)

	BASAL [mMol/L]	MAO* [mMol/L]	BASAL (mMol/h)	MAO* (mMol/h)
PRETRATAMIENTO	26.4±36.1	67.5±44.2	0.5	4.8
POSTTRATAMIENTO	54.4±27.0**	112.7±28.6**	3.6	18.0

*MAO: Secreción ácida máxima estimulada. **p < 0.01 pre Vs Pos

Conclusiones: La erradicación del *H. pylori* en este grupo de pacientes muestra una tendencia definida y significativa para aumentar la SGA. Estos están en favor de un sobrecrecimiento bacteriano y disminución local de ácido ascórbico en la infección por *H. pylori*, ambos factores implicados en la génesis del Cáncer Gástrico.

55

ERRADICACION DEL HELICOBACTER PYLORI (Hp) CON TERAPIA TRIPLE A BASE DE TETRACICLINA, BISMUTO, FURAZOLIDONA. Otero W*, Gutiérrez O**, Sierra F***. Gastroenterología Clínica Fundadores*, Hospital San Juan de Dios, Universidad Nacional**, Fundación Santa Fé***, Bogotá D.C.

INTRODUCCION. El Hp es el agente etiológico de más del 95% de las úlceras duodenales, 80% de las úlceras gástricas y aproximadamente el 50% de los cánceres gástricos. Su erradicación significa curación de las úlceras pépticas. No obstante la permanente investigación, aún no se ha encontrado el tratamiento óptimo. **OBJETIVOS.** Evaluar la eficacia de un régimen de triple terapia con Subcitrato de Bismuto (SCB) mas Furazolidona (FZ) mas Tetraciclina (TT), para la erradicación del Hp. **MÉTODOS.** Se incluyeron en el estudio pacientes con gastritis crónica y/o úlcera duodenal y Hp positivo, el cual se detectó con la prueba rápida de ureasa e histología con Hematoxilina-Eosina y Giesa en biopsias de cuerpo (2) y antro (2). todos recibieron tratamiento durante dos semanas con SCB 120mgs 4v/día, TT 500 mgs 4v/día, FZ 100 mgs 4v/día. Cuatro semanas postratamiento, a todos se les hizo segunda endoscopia y el Hp se investigó como la primera vez.

RESULTADOS. Se estudiaron 22 pacientes (14 mujeres), edad promedio 35 años. Se encontró gastritis crónica en todos y úlcera duodenal en 7. El Hp se erradicó en 20 pacientes (90.9%) y la úlcera cicatrizó en 6/7. Hubo efectos colaterales en el 35% pero en ninguno fue necesario suspender el tratamiento (náuseas, cefalea, diarrea transitoria). **CONCLUSIONES.** El tratamiento tri conjugado utilizado es eficaz en la erradicación del Hp y constituye una alternativa económica en nuestro medio y otros países de condiciones socioeconómicas similares al nuestro. Consideramos que también puede ser una terapia muy útil en todos los lugares en donde es cada vez más frecuente la resistencia al metronidazol y en donde comienzan a aparecer cepas resistentes a los macrólidos. Es interesante que la mayoría de las úlceras duodenales cicatrizaron sin recibir concomitantemente tratamiento antisecretor, sin embargo es necesario un estudio con mayor número de pacientes con úlcera duodenal para sacar conclusiones al respecto

56

HELICOBACTER PYLORI (Hp):ERRADICACION CON UN REGIMEN DE TERAPIA TRIPLE DURANTE UNA SEMANA. Sierra F*, Otero W**, Gutiérrez O***, Mendoza B*. Gastroenterología Fundación Santa Fé*, Clínica Fundadores**, Hospital San Juan de Dios, Universidad Nacional***, Bogotá D.C.

INTRODUCCION. La erradicación del Hp cicatriza las úlceras duodenales y gástricas y reduce dramáticamente recurrencias de las mismas, además mejora de manera significativa la gastritis crónica. Actualmente se considera que un buen tratamiento debe tener eficacia igual o superior al 90%, mínimos efectos colaterales, breve duración y fácil posología. **OBJETIVOS.** Evaluar la eficacia y efectos colaterales de un esquema de triple terapia con Lansoprazol (LA), Amoxicilina (AM) y Claritromicina (CL) para la erradicación del Hp. **MÉTODOS.** Se incluyeron prospectivamente pacientes con infección por Hp, que no hubieran recibido previamente inhibidores de bomba de protones y/o antibióticos. El Hp se diagnosticó en biopsias de cuerpo (2) y antro (2) con test rápido de ureasa e histología (HE, Giesa y/o inmunomicroscopía). Todos recibieron tratamiento durante una semana con LA 30 mgs 2v/día, AM 1gr 2v/día, CL 500 mgs 3v/día. Cuatro semanas postratamiento se repitió la endoscopia y el Hp se investigó en forma similar a la inicial. **RESULTADOS.** Se incluyeron 53 pacientes (33 mujeres), edad promedio 45 años (22-73) erradicación del Hp 49/53 (92.4%). Úlceras duodenales cicatrizadas 36/37 (97.2%). Efectos colaterales: sabor metálico 56%, náusea 7%. Ningún paciente se retiró. **CONCLUSIONES.** La triple terapia con Lansoprazol mas Amoxicilina mas Claritromicina es excelente, segura y eficaz para erradicar el Hp y cicatrizar las úlceras duodenales. Es sorprendente que con sólo una semana de tratamiento cicatrizaron el 97% de las úlceras duodenales y esto es costo/efectivo, al no necesitarse tratamiento de mantenimiento. En nuestro país con una alta prevalencia de resistencia del Hp al metronidazol (80%), esta triple terapia puede considerarse el nuevo estándar para el tratamiento de las úlceras duodenales secundarias al Hp.

HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS: TRATAMIENTO CON EMBOLIZACION PERCUTANEA. Triana C.E., Lozano J.M., Idrovo V., Serrano C., Riveros M. Servicios de Radiología, Gastroenterología y Cirugía, Clínica de Marly, Bogotá.

OBJETIVOS. Demostrar que la embolización por vía percutánea es una buena alternativa terapéutica en casos selectivos de hemorragia digestiva.

DISEÑO: Durante un periodo de 36 meses en la Clínica de Marly se realizaron 12 angiografías para estudio de sangrado gastrointestinal activo, excluyendo pacientes con hipertensión portal. Seis presentaron signos angiográficos de sangrado gastrointestinal (4 mujeres y 2 hombres; edad entre 42 y 90 años, media de 64 años).

RESULTADOS: Las causas de sangrado gastrointestinal fueron: 1. Tres pacientes con angiodisplasias del colon derecho, 2. Un paciente con sangrado gástrico por lesión ulcerada maligna, 3. Un paciente con pseudoaneurisma hepático y hemobilia, y 4. Un paciente con anglioma yeyunal. Se realizaron embolizaciones con cateterismo supraselectivo en todos los pacientes. El material utilizado fue partículas de gelfoam en 4 pacientes, coágulos autólogos más partículas de gelfoam en uno, y gelfoam más alcohol absoluto en uno. De los 6 pacientes, uno presentó signos de isquemia intestinal del colon ascendente requiriendo tratamiento quirúrgico. La evolución de los otros pacientes fue satisfactoria con controles clínicos normales a los tres meses. Los catéteres utilizados fueron 4 French. El promedio de duración de los procedimientos fue de 90 minutos.

CONCLUSIONES: La hemorragia gastrointestinal, excluyendo la de origen por hipertensión portal es una urgencia médica. La embolización percutánea es una buena alternativa terapéutica en casos seleccionados.

SINDROME DE LA COSTILLA DOLOROSA (SCD). 300 CASOS. Otero W*, Ospitia J**, Gastroenterología*, Consulta Externa**, Clínica Fundadores Bogotá D.C.

El dolor en las márgenes costales inferiores se reconoce desde hace muchos años en las revistas médicas, pero no así en los textos médicos clásicos. Rara vez se diagnostica con precisión y durante meses o años los pacientes los pacientes reciben tratamientos innecesarios, así como exámenes costosos y cirugías no curativas. Esta entidad tiene 3 características: dolor en tórax inferior o abdomen superior, uno o más puntos dolorosos en el reborde costal inferior, reproducción del dolor al presionar los puntos gatillo. Se excluye el dolor costal superior. **MÉTODOS.** Se analizan las características y evolución de los pacientes a quienes se hizo diagnóstico de SCD en la Unidad de Gastroenterología desde 1993 a 1996. El dolor se calificó leve, moderado, severo. Todos recibieron tratamiento local con xilocaína al 2% sin epinefrina (1-2cc), sola o combinada con triamcinolona (2-5 mgs) si la evolución era mayor de 3 meses. **RESULTADOS.** Se acumularon 300 pacientes, 85% mujeres, edad promedio 41 años (20-80), evolución promedio 23 meses (2-144). Leve 20%, moderado 70%, severo 10%. Localización: costal inferior derecha 45%, xifoides 80%, inferior izquierda 20%. Al 30% (90 pacientes) se había solicitado previamente 3 a 4 exámenes: eco hepatobiliar, TAC abdominal, colon por enema, endoscopia digestiva alta y al 90% por lo menos un examen. El 75% había recibido AINES y a 30 pacientes (10%) se les había hecho colecistectomía y a dos laparotomía exploradora. Posinfiltración desapareció el dolor en el 80% después de una sesión y en el resto fueron necesarias 2 ó más sesiones. **CONCLUSIONES.** El SCD es una causa importante de dolor abdominal y por ello es necesario examinar cuidadosamente los bordes costales inferiores, así como el xifoides en todos los pacientes con dolor epigástrico, de hipocondrio derecho ó "dispepsia", con el fin de diagnosticarlo y así evitarle al paciente exámenes y tratamientos innecesarios, incluyendo cirugías no indicadas "de la vesícula".

**CANCER GASTRICO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
ANALISIS ENDOSCOPICO E HISTOLOGICO DE 139 PACIENTES
Velasco B, Gutierrez O, Segura A, Angel A, Ceballos J, Cienfuegos A**

Objetivo: Analizar aspectos endoscópicos e histológicos del cáncer gástrico en el Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá.

Métodos: Entre enero de 1994 y mayo de 1996, se estudiaron 139 pacientes, 91 hombres (65.5%) y 48 mujeres (34.5%), con edad promedio de 56,8 años para los hombres y de 56,2 años para las mujeres, con rangos de edad entre 22 a 98 años.

Resultados: El diagnóstico fue de cáncer avanzado en 132 pacientes (95%), temprano en 7 (5%). La localización fue: corporal 59 pacientes (42.5%), antral 48 (34.5%), proximal 29 (21%), antrocorporal 2 (1.4%) y un paciente (0.7%) con cáncer del muñón gástrico. El tipo histológico fue: Intestinal, 95 pacientes (67.9%), Difuso, 41 (29.9%), Linfoma gástrico 3 (3.9%), un paciente presentó linfoma y adenocarcinoma asociados. El Helicobacter Pylori se investigó en 97 pacientes, (Hematoxilina-eosina y coloración de Genta), 80 (82.5%) fueron positivos, sin embargo, en 41 en quienes se realizó mapeo gástrico completo (cinco biopsias de antro, seis de cuerpo y una de cardias) la positividad fue de 93%. La asociación con gastritis atrófica multifocal (GAMF), definida como la presencia de atrofia y metaplasia intestinal en más de cuatro biopsias se presentó en 36 de los 41 pacientes a quienes se les realizó mapeo gástrico completo (88%).

Conclusiones: El diagnóstico de cáncer gástrico se hace aún en etapas avanzadas, predomina en hombres (1,9:1), el grupo etáreo más afectado es el de 50 a 70 años (65%). Hay un cambio con respecto a la localización siendo el cuerpo gástrico el segmento más comprometido (42%), a diferencia de estudios anteriores en los cuales el antro era el sitio de origen en la mayoría de los casos. El tipo intestinal sigue siendo el predominante (68%), a pesar de la baja frecuencia, llama la atención el aumento en el diagnóstico de Linfomas (3.9%), probablemente más relacionado con un estudio adecuado de los infiltrados linfoides por parte de los patólogos. El hallazgo de un caso de adenocarcinoma y linfoma en el mismo paciente, hace pensar en un factor etiológico común, interesante si se tiene en cuenta que el H. Pylori ha sido relacionado con estas dos neoplasias. La presencia de H. Pylori en pacientes con cáncer gástrico es significativa y se hace aún más evidente cuando se realiza una meticulosa toma de biopsias.

GASTROENTERITIS EOSINOFILICA

Martínez I.D., Fassler S., Serrano C., Hurtado M., Idrovo V., Guevara I.G., Ballén H., Rey M.H., Garzón M. Instituto de Gastroenterología y Sección de Gastroenterología, Hospital de la Samaritana, Universidad del Rosario, Bogotá.

Se informan 21 casos de gastroenteritis eosinofílica diagnosticados mediante biopsia por endoscopia. Entre 1980 y 1995, 17 hombres y 4 mujeres con edades de 18 a 78 años (media de 44 años), consultaron por presentar: diarrea (n=7), diarrea y dolor abdominal (n=9), dolor abdominal (n=5), rectorragia (n=3) y pérdida de peso (n=4). El tiempo de evolución de los síntomas fluctuó entre 3 semanas y 5 años y ninguno de los enfermos presentaba otra enfermedad sistémica o gastrointestinal asociada. En uno de ellos se estableció el antecedente de urticaria y en otro rinitis alérgica. Seis de los pacientes exhibieron eosinofilia periférica con recuentos hasta de 30% en un caso. En todos se descartaron otras posibles causas de eosinofilia. En trece pacientes el diagnóstico se confirmó mediante biopsia de la mucosa colónica, en uno de la mucosa ileal, en dos del yeyuno, en tres del duodeno y en dos de la mucosa gástrica antral. La ausencia de ascitis o de obstrucción del tubo digestivo hace suponer que se tratan de casos de compromiso mucoso exclusivo, según la clasificación de Klein*. Catorce sujetos recibieron prednisona (0.5 mg/kg de peso/día) al menos durante dos semanas, dos más sulfazalacina (1 a 2 grs/día) y los cinco restantes no recibieron tratamiento alguno. En 16 hubo remisión completa de los síntomas que se prolongó hasta por seis meses, en uno hubo mejoría completa y en 4 no se pudieron obtener datos de seguimiento. A diferencia de informes previos de la literatura médica, en este grupo de pacientes el compromiso de colon fue muy frecuente, con hallazgos endoscópicos normales o inespecíficos. Lo anterior sugiere como recomendación la práctica sistemática de toma de biopsias aun en mucosas aparentemente normales en pacientes con síntomas del tubo digestivo sospechosos de enfermedad orgánica.

*Klein N.C., et al. Medicine, 1970, 49:299-319