

En los últimos 50 años a nivel mundial se ha presentado una declinación en la incidencia y mortalidad del cáncer gástrico, siendo sin embargo aún la segunda causa de muerte por cáncer después del carcinoma de pulmón (1). En la actualidad en Colombia el cáncer gástrico sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer. Anualmente ocasiona 5200 muertes de las cuales 3000 ocurren en hombres. La tendencia de la mortalidad en los últimos años se ha mantenido constante (1). Se estima que anualmente surgen en la población 6000 casos nuevos y el riesgo acumulado de cáncer gástrico en hombres es de 4,5% (1). Algunos estudios de prevalencia en nuestro país han reportado la asociación entre mayor edad, sexo masculino y la frecuencia de enfermedad estructural, en especial con la úlcera gástrica benigna y el cáncer gástrico (2). Los síntomas de la enfermedad son inespecíficos; en la práctica, no existe un marcador clínico lo suficientemente poderoso que le indique al médico si el paciente puede tener una enfermedad estructural esofago gástrica y mucho menos diferenciar cual de ellas esta presente; por lo tanto el diagnóstico de cáncer gástrico en nuestro medio, es generalmente tardío y el pronóstico por consiguiente es malo. En países donde existen pruebas de tamizaje masivas buscando el diagnóstico temprano, permite realizar manejos curativos, con sobrevida a 5 años después de cirugía mayor a 80%.

Por ser Colombia un país del tercer mundo, con los problemas socioeconómicos inherentes, la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en adultos mayores de 20 años es de 86% (3). Es conocido que la gastritis antral crónica superficial, atrofia, metaplasia, displasia y cáncer fueron colocados como una secuencia temporal en la cual el *Helicobacter pylori* se articula como un factor disparador del proceso. Además el *Helicobacter pylori* tiene una altísima asociación con otras patologías estructurales benignas, como la úlcera péptica y el diagnóstico preciso de la lesión presente y su asociación con el *Helicobacter pylori*, guía el manejo específico del paciente, previniendo recaídas y/o complicaciones posteriores, como es el caso de la úlcera duodenal.

El tratamiento empírico de la dispepsia en nuestro medio utiliza bloqueadores potentes de la secreción ácida en pacientes sintomáticos, supuestamente excluyendo síntomas de alarma, sin ningún estudio previo y basado exclusivamente en la clínica del paciente. A diferencia de lo anterior, la prueba tera-

péutica ha sido descrita y aceptada universalmente como un método diagnóstico en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico con síntomas sugestivos pero con endoscopia negativa para esofagitis y se utiliza antes de realizar otros estudios diagnósticos dispendiosos, costosos y a veces menos disponibles en estos pacientes como la pHmetria esofágica.

En el presente número de la Revista se publican dos trabajos originales que pretenden determinar entre otros aspectos, la prevalencia de enfermedad estructural en pacientes con síntomas dispépticos y la utilidad de los síntomas de alarma en la identificación de estas patologías y su correlación con los hallazgos endoscópicos (4). Así mismo evaluar la terapia empírica en pacientes con síntomas dispépticos y su relación con los hallazgos endoscópicos (5). Estos artículos reafirman datos sospechados entre nosotros y sobre los cuales no ha habido suficientes publicaciones en nuestro medio, como es la alta prevalencia de cáncer gástrico, incluso en pacientes menores de 40 años, la poca correlación entre los síntomas y la presencia de patologías estructurales y la relación directa entre aumento de la edad, síntomas recientes, con la presencia de patología orgánica incluido el cáncer, además demuestran el riesgo de las terapias empíricas en poblaciones como la nuestra, independientemente de la edad y que le niega al paciente la posibilidad de un diagnóstico preciso y un tratamiento dirigido.

Dado lo anterior, en nuestro medio, adoptar guías de países desarrollados en cuanto a indicación de procedimientos diagnósticos, basadas estas en estadísticas de otras latitudes, donde la parte costo efectiva es primordial, resulta peligroso, como es el caso de las guías norte americanas, donde la edad sugerida para realizar endoscopia en pacientes con dispepsia es en mayores de 50 años (6).

Compartimos con los autores la opinión de que aunque no podemos definir realmente cual seria la edad indicada para iniciar tamizaje, tanto en cáncer como en patología benigna, si debe ser mucho más temprana, tal como se propuso en el consenso brasilero que debería ser por lo menos a partir de los 30 años (7).

Estos estudios reafirman que siempre se debe iniciar el estudio de la patología gastrointestinal alta con endoscopia digestiva, siendo este un método económico en nuestro país y ahorra tratamientos costosos o diagnósticos tardíos (8).

Finalmente pensamos que aunque la gastritis en general puede considerarse como una enfermedad que no es estructural, muchas veces la visión endoscópica es insuficiente para realizar un diagnóstico preciso y en cada caso individual el endoscopista debe

Martín Alonso Garzón Olarte, MD., Mario Humberto Rey Tovar, MD. Unidad de Gastroenterología y endoscopia digestiva. Hospital Universitario de la Samaritana. Bogotá, D. C.

Rev Colomb Gastroenterol 2003;19:5-6.

considerar la posibilidad de estudio histopatológico con el fin de evidenciar actividad inflamatoria, atrofia, metaplasia o displasia, entidades que requerirán un manejo y seguimiento específico.

Estas conclusiones las podemos generalizar a todos los pacientes, como una política de atención primaria? En estos dos estudios, son pacientes con síntomas dispépticos que consultan a un servicio de gastroenterología para una endoscopia digestiva alta; por tanto son pacientes altamente seleccionados con un sesgo de referencia. En la población general, desconocemos que proporción de pacientes con dispepsia consultan al médico general y cuales terminan realizándose una endoscopia digestiva. A pesar de que la población analizada puede no ser representativa de la población general, estos estudios nos reafirman que en nuestro medio, cuando un paciente consulta a un servicio de gastroenterología, siempre se debe iniciar el estudio de la patología gastrointestinal alta con endoscopia digestiva, que es un método económico y ahorra tratamientos costosos o diagnósticos tardíos (8).

## Referencias

1. **Albis R, Beltrán O, Moros M, Juliao F.** Primer consenso Colombiano de Cáncer Gástrico. Epidemiología, factores de riesgo y Tamizaje. *Rev Colomb Gastroenterol* 2003; 18: 9-20.
2. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia 1990. Instituto Nacional de Cancerología; 1994.
3. **Sierra F, Torres D.** *Helicobacter pylori*. El holocausto revolucionario. Primera edición. Ediciones Médicas Latinoamericanas SA; 2001.
4. **Pineda LF, Otero W, Gómez M, Arbeláez V, Otero E.** Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada. Ganador premio nacional de Endoscopia Digestiva 2003 Max Meyer.
5. **Gómez M, Cardona H, Olivares R.** Tratamiento empírico en la enfermedad ácido péptica (dispepsia y RGE): prevalencia, impacto en la evolución clínica y los hallazgos endoscópicos. Servicios de Gastroenterología de clínica Carlos Lleras y San Pedro Claver. 2003.
6. **Eisnen G, Dominitz J, Faigel D, et al.** The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2001; 54:6.
7. **Coelho LG, Leon Barua R, et al.** Latin American Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. Latin American National Gastroenterological Societies affiliated with the Inter-American Association of Gastroenterology (AIGE). *Am J Gastroenterol* 2000; 95:2688 - 2691.
8. **González O.** Primer consenso Colombiano de Cáncer Gástrico. Diagnóstico endoscópico. *Rev Colomb Gastroenterol* 2003; 18:24 - 27.