

Lesiones focales gástricas no detectadas en un primer examen endoscópico.

¿Son frecuentes estos casos en nuestra práctica?

Mario H. Rey T. MD.¹ Martín Garzón MD.¹ Carlos Serrano MD.¹

Con aparente mayor frecuencia nos encontramos en la consulta, no solamente de médicos especialistas sino de medicina general, enfermos con síntomas de dispepsia lo cual nos debe obligar, en países como el nuestro, donde la prevalencia de cáncer gástrico sigue siendo muy alta (1, 10), a descartar patología estructural dados los riesgos que conlleva la realización de un tratamiento empírico. El diagnóstico de cáncer gástrico en nuestro medio usualmente se hace en lesiones ya avanzadas y en pacientes generalmente más jóvenes que en otras latitudes. No disponemos, como tantas veces se ha propuesto, de programas de tamizaje con evidente costo-beneficio y costo-efectividad donde la endoscopia juega un papel primordial (1, 2, 3). Pero no solamente su realización va tras la búsqueda de lesiones malignas sino de otras patologías benignas, donde la naturaleza agresiva del ambiente ácido péptico unido a otros factores externos agresores de la mucosa gástrica como el *Helicobacter pylori*, AINES y demás, causan lesiones sobre la mucosa (4).

La tecnología avanza día a día y nos provee de mejores elementos que ayudan al endoscopista a un diagnóstico más certero, aun en lesiones muy pequeñas. Es así como la videoendoscopia y la endoscopia de

alta resolución han mejorado radicalmente la capacidad óptica para detectar mínimos detalles en la mucosa, al mismo tiempo que métodos adicionales como la cromoendoscopia o endoscopia de contraste ayudan a resaltar cambios sutiles en el epitelio, que con técnicas ópticas tradicionales no son completamente perceptibles. Estos avances nos orientan aún más hacia los sitios de donde se deben tomar las biopsias y por ende se incrementa la posibilidad de un adecuado estudio histológico (5).

No hay duda de las indicaciones ni de la utilidad de los adelantos técnicos para la realización del examen endoscópico del tracto digestivo alto. Sin embargo, con alguna frecuencia nos encontramos con pacientes vistos previamente en endoscopia realizada por nosotros mismos o por otros endoscopistas en un lapso de tiempo corto, con presencia de lesiones focales, algunas de ellas avanzadas y que no fueron descritas en el procedimiento anterior. Surge por ende la duda de si la lesión, especialmente aquellas menores de 2 cms., ya existía cuando se realizó el examen inicial, o su presencia se debe a un comportamiento muy agresivo de la misma. Definitivamente, si no existe un medio de registro videográfico de la primera endoscopia, y a veces aun con ella, va a ser muy difícil aclarar realmente lo sucedido.

¹Hospital Universitario de La Samaritana. Instituto de Gastroenterología, Bogotá D.C.

En nuestro medio no existen publicaciones al respecto y lo encontrado en la literatura mundial es escaso. Hay artículos que nos muestran que la situación mencionada no es tan infrecuente como a veces lo pensamos.

En un estudio realizado en el Reino Unido en una unidad de endoscopia quirúrgica en pacientes con antecedente de un procedimiento endoscópico previo realizado en los últimos tres años, encontraron que al 9,8% de dichos pacientes no se les había detectado una lesión maligna en el primer examen, habiéndose realizado el procedimiento al 67% de ellos en el último año. Llama la atención que en el momento de la primera endoscopia había síntomas de alarma en el 75 % de los pacientes con cáncer esofágico y en el 57% de los pacientes con cáncer gástrico (6). En la mayoría de los pacientes con lesión esofágica, el diagnóstico endoscópico fue esofagitis y en algunos otros simplemente estenosis. En las lesiones gástricas el diagnóstico inicial más frecuente fue gastritis, seguido por úlcera y otros con lesiones sospechosas. En los casos con diagnóstico definitivamente errado, los errores atribuibles al endoscopista fueron del 73% y el resto fueron errores del patólogo 27 % en la interpretación de la biopsia (6). En otro estudio similar, realizado también en Gran Bretaña, revisando endoscopias practicadas en los últimos 5 años, encontraron 14% de pacientes con cáncer gástrico en quienes su primera endoscopia fue negativa (7).

Siempre que se encuentre una lesión focal, sobre todo si es una úlcera, se debe realizar seguimiento endoscópico de manera rutinaria, especialmente en una zona de alta prevalencia de cáncer gástrico como la nuestra; se ha descrito previamente, cómo en una primera endoscopia con toma de biopsias no se detecta una lesión de origen tumoral y en el seguimiento de los mismos pacientes se encontró que el 2,6% de ellos, en la segunda endoscopia y biopsias tuvieron diagnóstico de adenocarcinoma (8).

En un estudio japonés con más de 3.650 pacientes que fueron seguidos en un programa de tamizaje, con una segunda endoscopia en un lapso entre 6

meses y 3 años, se encontró que a 32 de ellos (1%), se les documentó un cáncer gástrico en el segundo procedimiento. Los factores encontrados por este grupo de investigadores como posibles predictores para malignidad en la primera endoscopia, fueron la edad entre 60 y 69 años y la presencia de atrofia gástrica. En aquellos pacientes con diagnóstico inicial de adenoma gástrico, en la segunda endoscopia se diagnosticó cáncer gástrico en el 17%. Por lo tanto, los autores concluyen que factores como la edad mayor de 60 años asociada a lesiones focales gástricas o atrofia deben obligar siempre a realizar seguimiento endoscópico (9).

Indudablemente el mejor método para el diagnóstico de cáncer gástrico es la endoscopia digestiva. Sin embargo, para obtener buenos resultados, intentando encontrar un alto porcentaje de casos en estadio temprano, se requiere que tres factores interactúen de manera adecuada:

1. Educación a la población general y médica sobre los síntomas de la enfermedad, los factores de riesgo y la importancia de la consulta temprana. Sin embargo, no debemos olvidar que un alto porcentaje de los casos de cáncer gástrico temprano son asintomáticos, en donde los estudios de tamizaje juegan un papel fundamental.
2. Tecnología avanzada, que redunde en una mejor visualización de las lesiones focales, con la utilización si es necesario de cromoendoscopia.
3. Recurso humano bien entrenado, con grupos de trabajo especializados, pues al ser un examen observador dependiente, en algún momento se puede no identificar algunas lesiones (1).

No se discute la necesidad y utilidad de los procedimientos endoscópicos, pero a veces, a pesar de ser realizados por personal idóneo se presentan fallas en el diagnóstico; como vimos, los errores más frecuentes dependen del endoscopista, por lo cual sugerimos seguir una técnica sistemática con el fin de siempre revisar de manera adecuada todos los segmentos del tracto digestivo superior. Siempre que realicemos procedimientos de endoscopia digestiva se requiere

tener una colaboración adecuada del paciente para optimizar los resultados. Si ésta no se da, debemos pensar en la posibilidad de sedación para lograr una adecuada visualización de toda la mucosa.

Si hay signos de alarma que indican la realización de una endoscopia y ésta es negativa, descartando obviamente patología estructural en otros órganos, el médico examinador y/o el médico tratante deberían, en un tiempo prudencial, repetir el estudio con el fin de estar completamente seguros de la ausencia de lesiones a este nivel del tracto digestivo alto.

Finalmente, si en un primer estudio encontramos una lesión focal gástrica sospechosa y la biopsia es negativa, siempre se debe realizar un segundo examen con toma de nuevas biopsias para intentar aclarar la etiología de la lesión.

En sistemas de salud como el nuestro, debemos perseverar siempre por una buena práctica, así no todas las veces obtengamos el apoyo de las entidades, que en ocasiones se preocupan más por la disminución de costos, dejando en un segundo plano la clínica del paciente e induciendo al médico a tomar conductas riesgosas; al mismo tiempo, al disminuir progresivamente los ingresos para estos procedimientos, basados en el concepto de “alto volumen a bajo costo”, impiden con frecuencia la obtención y mantenimiento de tecnología de punta, necesaria para optimizar los resultados.

Al igual que otros métodos diagnósticos, la endoscopia digestiva alta es un acto de responsabilidad y su realización debe cumplir con los requisitos necesarios para obtener de ella, en forma segura, la máxima información posible en beneficio del diagnóstico en el paciente que se somete a la realización de la misma.

Referencias

1. González, Óscar, “Diagnóstico endoscópico del cáncer gástrico. Guías de manejo”, en *Rev Col Gastroenterol*, vol. 18, 2003, 24-27.
2. Pineda, Luis; Otero, William, y cols., “Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada”, en *Rev. Col. Gastroenterol*, vol. 19, 2004, 13-25.
3. Gómez, Martín; Olivares, Roberto; Cardona, Héctor, “Tratamiento empírico de la enfermedad ácido péptica”, en *Rev. Col Gastroenterol*, vol. 19, 2004, 26-36.
4. Bejarano, Mónica, “Correlación clínica en enfermedad ulcerosa diagnóstica por endoscopia”, en *Rev. Col. Gastroenterol*, vol. 19, 2004, 247-252.
5. Meisel, Emiro, “Cromoendoscopia. Guías de manejo del cáncer gástrico”, en *Rev. Col. Gastroenterol*, vol. 18, 2003, 28-30.
6. Yalamarthi, S; Witherspoon, P, et al., “Missed diagnoses in patients with upper gastrointestinal cancers”, en *Endoscopy* 36, 2004, 874-879.
7. Amin, A.; Gilmour, H, et al., “Gastric adenocarcinoma missed at endoscopy”, en *J Coll Surg*. 47, 2002, 681-684.
8. Bustamanete, M; Devesa, F, et al., “Accuracy of the initial endoscopic diagnosis in the discrimination of gastric ulcers: is endoscopic follow-up study always handed?”, en *J Clin Gastroenterol* 35, 2002, 25-28.
9. Hosokawa, O; Watanabe, K; Hatorri, M, et al., “Detection of gastric cancer by repeat Endoscopy within a short time after negative examination”, en *Endoscopy* 33, 2001, 348-352.
10. Bramble, MG; Suvakovic, Z, et al., “Detection of upper gastrointestinal cancer in patients taking antisecretory therapy prior to gastroscopy”, en *Gut* 47, 2000, 740-741.