

EVALUACION DE CISAPRIDE EN REFLUJO GASTROESOFAGICO.
de Lima E, Rengifo A, García F.T., Vernaza A,
Echavarría H.R., Hoyos C, Cárdenas W., Cuello C.
Medicina Interna, Cirugía y Patología.
Universidad del Valle, Hospital Universitario Cali.

El reflujo gastroesofágico sintomático es una causa muy frecuente de consulta y sus consecuencias patológicas son bien conocidas. Recientemente se han utilizado drogas proquímicas como coadyuvantes en el tratamiento de esta entidad. Se estudiaron 16 pacientes con sintomatología clínica de reflujo gastroesofágico. En aquellos en los cuales hubo criterios endoscópicos e histológicos de esofagitis se hizo evaluación mediante gamagrafía de reflujo con tecnecio 99. Los pacientes recibieron en un estudio abierto cisapride 10 mg. 3 veces al día por 4 semanas; semanalmente fueron evaluados en cuanto a síntomas y efectos colaterales. A las 4 semanas se hicieron controles por endoscopia con biopsias y gamagrafía. Endoscópicamente se observó mejoría en 8 pacientes, en 7 los hallazgos fueron semejantes a la primera endoscopia, en un paciente no hay datos. Histológicamente se observó mejoría en 4 pacientes, en los 11 restantes no hubo cambios. Gamagráficamente hubo disminución del índice de reflujo gastroesofágico en 14 casos. Respecto a efectos colaterales, se observó diarrea en 7 pacientes, en 4 de ellos muy leve. La evaluación global de la respuesta al tratamiento fué excelente en 10 casos, buena en 4 y pobre en 2. En síntesis, hubo mejoría de los síntomas en el 87%; endoscópicamente en el 50% y gamagráficamente en el 85.7%. La poca correlación histológica es debida a las características superficiales de las muestras y al hecho de que la mayoría de las esofagitis eran leves o moderadas. Se concluye que el cisapride puede constituirse en una droga útil para el tratamiento del reflujo gastroesofágico, con muy pocos efectos colaterales.

ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE GASTRITIS EN CARTAGENA
Mendez G., Arteta D.,
Hospital Universitario de Cartagena. Unicartagena.

Se analizan 45 pacientes con diagnóstico endoscópico de gastritis en el Hospital universitario de Cartagena en el periodo Enero 1987 Diciembre 1988, para 64 endoscopias. La edad promedio fué de 40,2 ± 14,8 años con predominio del sexo masculino en un 53%. El 71% provenían de Cartagena, 22% del área rural de solivar, y el 6,6% de los departamentos de Córdoba y Sucre. no se halló factores de riesgo en el 37,5%, antecedentes digestivos en el 20%, Tabaco alcohol, stress acuparon un 8,8%. Motivo de consulta fué dolor urente epigástrico (86,6%) y sensación de plenitud (13,3%). El tiempo de evolución por moda fué de dos años. (R: 1día-20años). El diagnóstico endoscópico fué gastritis aguda en 84,4% (Antral erosiva en 7%, antrocorporal 10% y eritematosa difusa 15,8%), y gastritis crónica el resto (Atrofica 2/7 Ulcerosa de grandes pliegues 2/7, crónica superficial 2/7, gastritis del Muñón 1/7). El 24,4% de los pacientes se asociaron endoscópicamente a otras entidades de las cuales el 63,6% correspondieron a hernia Hiatal. De las gastritis crónicas se logró realizar biopsia a 5 casos de los cuales 4 fueron reportados como gastritis crónica superficial y uno de gastritis crónica severa. Como tratamiento se utilizó antiácidos en el 88,8% Antagonistas H₂ en el 60% Metoclopramida 51% y sulpiride 13%. El 88,8% consultaron y se atenderon por consulta externa. Al hacer los cruces de variables hallamos que el 53% de los pacientes correspondían a la 3ª y 4ª década de la vida, independiente si la gastritis fuera aguda o crónica. Los pacientes con gastritis crónica requirieron como máximo dos controles endoscópicos, mientras que había un 21% de los casos agudos, que requirieron incluso hasta cuatro endoscopias. Se concluye que la gastritis es una entidad frecuente en nuestro medio, que requiere un alto grado de sospecha clínica sobre todo en el paciente que no tiene factores predisponentes y acusa sintomatología ácido péptica. Así mismo la endoscopia es un metodo relativamente económico acertado y seguro para diagnosticar y hacer controles.

HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON ULCERA DUODENAL
ULCERA GASTRICA Y DISPEPSIA NO ULCEROSA.

García del Risco F., Urbina D., Caraballo JM., Gómez D.
Departamentos de M. Interna, Patología y Microbiología
Hospital Universitario de Cartagena.

El *Helicobacter pylori* (Hp) es una bacteria encontrada en el epitelio gástrico. Es considerada un factor importante en la patogénesis de la úlcera duodenal (UD) y se ha identificado en forma significativa en pacientes con úlcera gástrica (UG) y dispepsia no ulcerosa (DNU). Del 10 de Julio de 1989 al 10 de Julio de 1990 estudiamos prospectivamente 54 pacientes con sintomatología alta (epigastalgias, pirosis, hemitátesis). A cada paciente se le practicó endoscopia con 5 biopsias del antro para coloración de gram, prueba de la ureasa, cultivo y estudio histológico.

Los objetivos de este estudio fueron:

1. Montar la técnica para la identificación y cultivo del Hp en nuestro hospital.
2. Determinar el % de pacientes con UD, UG, y DNU infectados con este microorganismo.

Resultados:

GRUPO	Hp	gram+	ureasa+	cultivo+	biopsia
UD #15	100%	15-100%	15-100%	13-86.6%	GSC100%
UG # 9	88%	8-100%	8-100%	8-100%	GCS 100%
DNU#30	90%	27-100%	27-100%	24-88.8%	GCS 86%

Conclusion: Este estudio nos permitió demostrar el Hp mediante diversos procedimientos. La coloración de gram de Gram y la prueba de la ureasa fueron las mas sensibles (100%). Encontramos una alta frecuencia de Hp en pacientes con UD(100%), UG(88%) y DNU(90%). El hallazgo histológico mas frecuente fue la gastritis crónica superficial (GCS).

HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON GASTRITIS, EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

Pinzón A.N., Plata G.

Servicio de Gastroenterología, Departamento Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

Las descripciones de una bacteria espiral en el tracto digestivo superior comenzaron a aparecer en el último siglo, pero sólo hasta los trabajos de Marshall y Warren fué apreciado el posible significado patológico que implica la presencia de este microorganismo. Se pretende en este estudio, demostrar la presencia de *H. pylori* en pacientes con gastritis que consultan al servicio de Gastroenterología, al igual que implementar las técnicas de aislamiento, en el tiempo comprendido entre II.1989 y II.1991. Se excluyen pacientes con ingesta de preparados de bismuto, antibióticos o bloqueadores de H₂. Previamente a cada procedimiento se lava el canal de biopsias y pinza con solución que contiene alcohol al 70% y ácido clorhídrico 1N, la parte externa del endoscopio se lava con una solución de Fisohex. Se toman 3 biopsias a 2cm del píloro hacia la curvatura mayor en pacientes con gastritis crónica activa. Hasta el momento han sido incluidos 64 pacientes. Los métodos diagnósticos son: cultivo, histopatológico y un método indirecto con agar urea. Se ha identificado el *H. pylori* en 62 pacientes, de los cuales 16 con gastritis crónica activa atrofica, 4 de éstos con metaplasia intestinal completa. Cuarenta y ocho de los 64 con gastritis crónica superficial: en 5 inactiva, 7 con metaplasia intestinal completa. Resaltamos la alta correlación entre los tres métodos diagnósticos.

65

POLIPOS DE COLON - REVISION DE CASOS

Reyes P.A., Murillo O., Peñaloza A.
Servicio de Gastroenterología, Hosp. de San José-Universidad del Rosario, Bogotá D.E.

La secuencia pólipo/carcinoma ha sido ampliamente demostrada. En nuestro medio es baja la incidencia de ambas patologías. Con el objeto de ver la frecuencia y comportamiento de los diferentes tipos histológicos de pólipos, se revisaron las historias clínicas de 121 pacientes del Servicio, entre los años de 1984 a 1989. 66 de sexo masculino y 55 de sexo femenino, con un rango de edad de 8 a 85 años, y una edad promedio de 53.18 años. El motivo de consulta más frecuente fue el sangrado rectal, seguido del dolor y la diarrea. 31 pacientes (25.61%) tenían al momento del procedimiento endoscópico, estudio radiológico, el cual detectó la patología en el 74.19% de los casos. Los pólipos fueron únicos en 96 pacientes (79.33%), y múltiples en 25 pacientes (20.66%). El total de pólipos fue de 158, localizados el 50% en recto, seguido en frecuencia del sigmoido y el colon descendente. Entre los pólipos verdaderos la histología más frecuente fue el adenoma tubular (AT) 59 casos, después el tubulo-vellosos (ATV) 34 casos y el vellosos (AV) 9 casos; los pseudopólipos se distribuyeron así: hiperplásicos 7, de retención 16, inflamatorios 3 y de diversas histologías 7. De los 102 pólipos verdaderos, 9 presentaron displasia severa, 4 Ca in situ y 4 Ca sincrónico. Estos cambios se encontraron en los pólipos de mayor tamaño, y en los grupos de mayor edad. A la gran mayoría de pacientes se les practicó la resección de los pólipos por procedimiento endoscópico (asa o pinza caliente) requiriendo tratamiento quirúrgico 11 pacientes, por tener Ca o la lesión no ser resecable endoscópicamente. Llama también la atención el aumento de la relación pólipos, verdaderos/pseudopólipos, la cual pasó de 1:1 en 1984 a ser de 3:2 en 1989. Habría que analizar esta tendencia, y su relación con las nuevas tendencias alimenticias existentes en el país. Ya que de persistir el aumento en los pólipos con potencial de malignización, se podría encontrar en el futuro un aumento del carcinoma colorectal en nuestro medio.

67

GASTRITIS CRÓNICA MULTIFOCAL ATROFICA (GOMA) SEGUIMIENTO CLÍNICO ENDOSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO DE CINCO (5) O MÁS AÑOS.

Ponce de León E. (1); Robayo J.C. (1); Gutiérrez O. (1); Camargo H. (2).

(1) Unidad de Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios (HSJD) de Bogotá, (2) Departamento de Patología Universidad Nacional de Colombia.

Debido a la gran frecuencia de presentación de la GOMA que en nuestra consulta es el motivo principal (26%) y la relación establecida con Cáncer Gástrico es algunas zonas de el País decidimos observar la evolución de un grupo de pacientes con diagnóstico comprobado de GOMA con 5 o más años de seguimiento.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se recolectaron 60 pacientes que asistieron en los últimos dos años a la Unidad de Gastroenterología del HSJD para consulta externa o endoscopia y que tuvieron o cumplirán durante el estudio 5 o más años de diagnóstico histológico de GOMA por endoscopia, realizando una actualización clínica, endoscópica e histopatológica, esta última según la clasificación de Correa P (Am J Gastroint 1988; 83: 504-9).

RESULTADOS: De este informe preliminar sobre 40 pacientes (30 mujeres, 10 hombres) con edades entre 30 y 78a y promedio de 56a. El tiempo máximo de seguimiento fue de 14a, con 6a en promedio. Los síntomas más frecuentes fueron: epigastralgia (78%) y H.V.D. (15%). El número total de endoscopias fue de 310 con un promedio de endoscopias y toma de biopsias por paciente de 7 (rango 3-15). La GOMA fue leve en 13 pacientes, moderada en 20 y severa en 7 pacientes. Se encontró metaplasia en 31 pacientes, siendo incompleta en 25 y Displasia en 18 pacientes en 6 de moderada a severa. En 3 pacientes se apreció una evolución a Adenocarcinoma Gástrico, en estos el intervalo entre la última endoscopia y el Diagnóstico de Cáncer fue, de 2 meses (precoz III), 2 y 5a (avanzados) supervivencia actual (10a, 1.5a y 10 meses respectivamente). En el momento del diagnóstico de GOMA o durante el seguimiento se encontró Úlcera Gástrica en 8 pacientes, Úlcera duodenal en 4 pacientes y Hernia Hiatal con Esofagitis en 6 pacientes.

CONCLUSIONES: La GOMA es una patología frecuente entre los pacientes que consultan a nuestra Unidad por síntomas dispepticos de larga evolución. Su diagnóstico es básicamente histopatológico y dada su relación en ciertas áreas con alta incidencia de Cáncer Gástrico amerita un seguimiento endoscópico e histopatológico periódico.

66

CARCINOMA DE AMPOLLA DE VATER. CARACTERÍSTICAS DE SU PRESENTACIÓN CLÍNICA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO.

Ponce de León E., Gutiérrez O., Campos J.
Unidad de Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios (HSJD), Universidad Nacional de Colombia.

La importancia de los tumores de la ampolla de Vater radica en que pese a su poca frecuencia son de mejor pronóstico en comparación con otros cánceres biliar pancreáticos.

OBJETIVOS: Realizar un estudio retrospectivo sobre lesiones neoplásicas malignas de la ampolla de Vater, observando su evolución clínica, respuesta al tratamiento quirúrgico y posibilidad de tratamiento endoscópico.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se revisaron las Historias Clínicas de 4 pacientes que asistieron al HSJD de Bogotá entre 1980 y 1989 con evidencia por imágenes diagnósticas y/o endoscopia y confirmación histológica de Carcinomas Ampulares.

RESULTADOS: Paciente (m) (1) 50a, F. Pte. (2) 55a, M. Pte. (3) 82a, M. Pte. (4) 67a, F. SINDROMAS Y E.F. Ictericia, dolor abdominal en todos; con 144,6cm, 6m y 4s, respectivamente. IMÁGENES DX: (1) Eso: colecistocolonolitiasis. (2) Eso: dilatación V.B. intra y extra hepática, colangiografía hepática percutánea (CH); obstrucción distal del colodoco. (3) CH; dilatación V.B. intra y extrahepática, colodoco distal estenótico. (4) CH; dilatación V.B. intra y extrahepática con obstrucción distal. ENDOSCOPIA (EGD): (1) colangiografía endoscópica retrógrada (CPRE); dilatación V.B. extrahepática, obstrucción colodoco distal. (2), (3) ampollosa ulcerada. (4) CPRE; ampolla ulcerada, obstrucción distal del colodoco. PATOLOGÍA: (1) adenocarcinoma bien diferenciado e infiltrante de papila. (2) adenocarcinoma ampular, colangitis y peritonitis localizada. (3) adenocarcinoma bien diferenciado e infiltrante de ampolla. (4) adenocarcinoma bien diferenciado de ampolla. CIRUGÍA: (1) Whipple. (3) colodocostomía y T on T. (4) Whipple. PRONÓSTICO: (1) 1/2a vivo, (2) muerte y shock séptico. (3) 14m. (4) 34m vivo.

CONCLUSIONES: Los tumores periampulares son raros 0.04 a 0.2% en autopsias. La corroboración que los tumores ampulares tienen una mejor supervivencia que otros neoplasias a 5a (20 al 30%). El síntoma más común como en otras series fue el dolor abdominal y la ictericia. La EGD es de gran ayuda en el Dx precoz de estas lesiones. La estentocostomía y posterior toma de BK cuando no se ha llegado a esto con CPRE y EGD convencional. El endoscópico puede ser importante en el Dx, realizando decompresión. Palcativo con inserción de prótesis y curativo con resección total. El tto Dx es la elección con un 5% de mortalidad.

68

INGESTIÓN DE CAUSTICOS. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE 90 CASOS.

Angel L.A., Gutiérrez O., Arguello M.
Unidad de Gastroenterología, Hospital S. Juan de Dios de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Se describen 90 pacientes que acudieron por haber ingerido cáusticos, entre los años de 1971 y 1989. 62 mujeres y 28 hombres, con edades promedio de 24 y 32 años respectivamente (15 a 82 años), siendo el 47% menores de 20 años. El 79% lo ingirieron por motivos suicidas, el 9% en forma accidental y en el 12% se desconoce. Los cáusticos ingeridos con mayor frecuencia fueron la soda cáustica (58%), el ácido clorhídrico (14%) y el formol (9%). Solo el 21% solicitaron atención médica durante las primeras dos horas de su ingestión.

Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron vómito (43%), disfagia (37%), epigastralgia (36%), dolor faríngeo (34%) y retrosternal (29%) y hematemesis (27%). El 98% de los pacientes presentaban una o más lesiones en el tracto digestivo superior. El 59% desarrollaron una estenosis significativa en el esófago (52%) y/o estómago (7%). Los cáusticos producen estenosis con más frecuencia que los ácidos (1.5 : 1) y ambos lo hacen principalmente en esófago.

En el 38% fue necesario practicar por lo menos una intervención quirúrgica. En total fallecieron 8 pacientes (9%), todos por complicaciones de las secuelas dejadas por el tóxico o inherentes al manejo del paciente (dilataciones, endoscopia, tratamiento quirúrgico), todos después de la 3a semana. Ninguna modalidad de tratamiento médico modificó el curso de la enfermedad (corticoides, antibióticos, lavado gástrico, antiácidos y sus combinaciones) con respecto a la aparición de estenosis, necesidad de tratamiento quirúrgico y la mortalidad. Se practicó dilataciones esofágicas en 22 pacientes, 14 de los cuales fueron llevados a cirugía. La interposición de colon se realizó a 14 pacientes, el ascenso gástrico a cinco y gastroectomía parcial tipo B-I a cuatro.

CONCLUSIÓN: La ingestión de cáusticos reviste una morbilidad y mortalidad elevadas debido a la severidad de las lesiones que producen con pequeñas cantidades y en un lapso muy corto. Esto impide se realice un manejo médico efectivo, el cual se limita principalmente a corregir las secuelas y manejar sus complicaciones y las causantes de la mortalidad.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON DISPEPSIA ESENCIAL Y ENFERMEDAD ORGANICA.

Pardo A., Gutiérrez O., Argüello M.
Unidad de Gastroenterología Hospital San Juan de Dios
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

La dispepsia es un síntoma frecuente definido actualmente como el dolor localizado hacia el epigástrico. La prevalencia descrita en la población general es del 20-30%, correspondiendo la mayoría a dispepsia no ulcerosa. En este último grupo, el principal hallazgo endoscópico es la gastritis crónica (GC), pero en otro no hay evidencia demostrable de alteración, denominándose dispepsia esencial. El objetivo del presente estudio es el de analizar las características clínicas, endoscópicas (EGD) y ecográficas, de un grupo de pacientes con síntomas dispépticos.

PACIENTES Y METODOS: Se estudiaron 125 pacientes (84 mujeres) edad \bar{x} 43 años que consultaron por síntomas dispépticos referidos al tracto digestivo superior; a todos se les practicó Historia Clínica, EGD y ECO hepatobiliar.

RESULTADOS: Los síntomas predominantes fueron: epigastralgia (94%), especialmente tipo ardor (71%) y pirosis (62%). En 30-60% se presentaron otros síntomas asociados como eructos, flatulencia, hinchura, meteorismo y borborismo. El examen físico fue normal en el 56% de los pacientes y presentaron dolor epigástrico a la palpación 32%. El diagnóstico endoscópico más frecuente fue la GC (50%), bien aislada o asociada a otras patologías. Otros hallazgos fueron: H. Hiatal y/o esofagitis (23%), Gastritis Aguda (19%), Úlcera Duodenal (11%), Úlcera Gástrica (6%) y normal (7%). Dos pacientes, menores de 35a., presentaron carcinoma gástrico, uno de ellos incipiente. Se encontró evidencia ecográfica de coledocistitis (19%), colecistitis (8%) y poliposis vesicular (4%). No hubo relación entre el tipo de epigastralgia (ardor, peso, vacío) y el hallazgo EGD. De los pacientes con coledocistitis ninguno presentaba síntomas ni signos sugestivos de la misma. Los diagnósticos endoscópicos de este último grupo fueron: GC (11%), H. Hiatal (4%), Úlcera Gástrica (3%), Úlcera Duodenal (1%). De los 6 pacientes con pólipos vesiculares, 3 presentaban Úlcera Duodenal.

CONCLUSIONES: No existe una relación significativa entre los síntomas dispépticos y los hallazgos endoscópicos y/o ecográficos; el examen físico tampoco contribuye al diagnóstico diferencial. Se confirma la alta prevalencia de GC en nuestro medio. Llama la atención la frecuencia elevada de coledocistitis sin síntomas sugestivos y de poliposis vesicular, hallazgos que requieren confirmación y comparación con un grupo control.

GASTRITIS EROSIVA CRÓNICA (G.E.C.). ASPECTOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS.

Gutiérrez O., Escobar C., Ricuarte O., Caldas H.L., Camargo H., Servicio de Gastroenterología y de Patología, H. San Juan de Dios, Universidad Nacional de Colombia y Grupo de Patología* Instituto Nacional de Salud, Bogotá.

Se revisan los aspectos clínicos, endoscópicos e histopatológicos de un tipo de Gastritis Crónica denominada G.E.C. ó Gastritis Varioliforme simple, caracterizada endoscópicamente por lesiones levantadas con depresión central frecuentemente erosionada y se establece su relación con el *helicobacter pylori* (H.p.).

PACIENTES Y METODOS: Se incluyen 65 pacientes, 43 mujeres y 22 hombres con un promedio de edad de 48.7 ± 14.1 AÑOS. A todos se les practicó H. Clínica y luego Esofago-gastro-duodenoscopia con toma de biopsias para prueba de Ureasa Rápida (P.U.R.) y estudio histopatológico para evaluación de la gastritis y presencia H.p.

RESULTADOS: Los síntomas principales de los pacientes fueron: epigastralgia (58%), agrietas y/o pirosis (22%), pesatez (8%) y sin epigastralgia (29%). Se encontró historia personal de alergia en 38.4% y familiar en 29% y consumo de A.I.N.E.S. en 20%. Las lesiones de G.E.C. fueron predominantes en el antro, así: Curvatura menor (78%), Curvatura mayor (29%), pared anterior (20%) y posterior (11%). El número de lesiones en promedio fue de 2.7 ± 2.3 y su tamaño de: <5mm: 45%, entre 6-10 mm: 45% y >10 mm: 10%. Como lesiones endoscópicas asociadas: Hernia Hiatal (29%), Esofagitis (15%), Reflujo Duodeno-gástrico (18%), Duodenitis y/o Úlcera Duodenal (34%). La P.U.R. para determinación indirecta de la presencia de H.p. fue positiva en el 92%.

Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron: un infiltrado inflamatorio de predominio superficial, criptas de aspecto rectilíneo con formación de pseudovillosidades, incremento en el depósito de colágeno y en ocasiones pérdida del epitelio superficial. La deplición de moco y el infiltrado PMN pareció estar más en relación con la presencia de bacilos con morfología de H.p. (65%).

CONCLUSIONES: La G.E.C. no es una entidad nosológica sino una variedad de gastritis crónica de predominio superficial en la cual parece existir una relación con estados de hipersecreción ácida, con el consumo de AINES o tal vez con fenómenos alérgicos. El factor etiopatogénico del H.p. es difícil de evaluar dada su alta prevalencia colonizando la mucosa gástrica en nuestros pacientes (Acta Med. Col. 1990, 15:74-83).

PEUDODIVERTICULOSIS INTRAMURAL ESOFÁGICA Y MONILIASIS DEL ESÓFAGO. Gutiérrez O., Calvo E., Martínez J.D. Unidad de Gastroenterología y Depto. de Imágenes Diagnósticas, H. San Juan de Dios, Universidad Nacional, Bogotá.

La infección micótica del esófago no solamente se presenta en pacientes inmunocomprometidos sino también en aquellos con trastornos menos manifiestos de la inmunidad (diabetes mellitus, desnutrición, antibioticoterapia, corticoterapia); las alteraciones de la motilidad también predisponen a la infección. El cuadro clínico tiene una amplia presentación que va desde pacientes generalmente asintomáticos, hasta casos de disfagia de presentación aguda o crónica. El diagnóstico se basa en el estudio endoscópico que muestra placas blanquecinas, pseudomembranas, ulceraciones, lesiones polipoides, mucosa friable y sangrado difuso. El método diagnóstico más adecuado es el cepillado, cultivo e histología de la mucosa esofágica. El estudio radiológico baritado muestra placas orientadas longitudinalmente, pseudomembranas y alteraciones de la motilidad. La pseudodiverticulosis intramural, entidad infrecuente, se ha descrito asociada a infección por *Candida* en el esófago.

El propósito de este informe es comunicar el caso de un hombre de 81 años con historia de disfagia de 4 años de evolución cuya enfermedad de base es una enfermedad arterioesclerótica generalizada, en el cual el esofagograma mostró: engrosamiento de la mucosa, múltiples formaciones saculares proyectadas desde la luz del órgano comprometiendo las paredes anterior y posterior. El estudio endoscópico mostró lesiones compatibles con moniliasis esofágica severa. El examen directo con KOH de un frotis de las lesiones fue positivo.

La patogénesis de la pseudodiverticulosis intramural esofágica es incierta y motivo de polémica desde su descripción inicial por Mendl y colaboradores en 1960. Se han postulado en la formación de los pseudodivertículos: trastornos de la motilidad con aumento de la presión intraluminal, inflamación crónica, un exceso de glándulas mucosas ("adenosis") de origen congénito o adquirido y la presencia de infección micótica, la cual se ha encontrado en un 47% de los pacientes afectados.

DOLOR TORÁCICO PSEUDOANGINOSO: UTILIDAD DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA

Gutiérrez O., Ramírez J.C., Nohora Caycedo*, (*) Profesor Asistente Med. Interna, Universidad Nacional de Colombia. (†) Laboratorio de Fisiología Esofágica Fundación Sta. Fe de Bogotá.

El dolor torácico de origen no cardíaco es una causa frecuente de síntomas que obliga a numerosas investigaciones para descartar una enfermedad coronaria. Entre las causas de dolor torácico pseudoanginoso (DTPA) sobresalen las originadas a nivel del esófago, las cuales pueden ser causadas por trastornos primarios o secundarios de la motilidad esofágica.

En el presente trabajo informamos nuestra experiencia preliminar en pacientes a quienes se les solicitó una manometría esofágica por presentar un dolor torácico en pacientes sin enfermedad coronaria demostrada. Se excluyeron aquellos pacientes en los que además de dolor torácico se presentaba disfagia o pirosis.

RESULTADOS:

Se observaron en total 30 pacientes de ambos sexos cuyos hallazgos manométricos fueron compatibles con los siguientes diagnósticos:

REFLUJO GASTROESOFÁGICO:	
14 pacientes	(1 asociado a enfermedad del cólon y otro a esófago en "cascanueces")
MANOMETRÍA NORMAL	7 casos
NUTCRACKER: (esófago en "cascanueces")	5 pacientes (1 de ellos con reflujo gastroesofágico)
ALTERACIONES INESPECÍFICAS:	4 pacientes (aparición de cambios de Espasmo Esofágico Difuso con la prueba de Bernstein)
ESFINTER ESOFÁGICO INFERIOR HIPERTENSO	: (1 de ellos con ondas peristálticas de presión elevada).

Adicionalmente al estudio manométrico se realizaron pruebas de estimulación con ácido (Bernstein), con Edrofonio y una prueba estándar de Reflujo Ácido.

CONCLUSIONES: La manometría esofágica es método diagnóstico complementario de ayuda valiosa en pacientes con dolor torácico de origen no coronario. Con la misma se evidencian trastornos de la motilidad en un número importante de pacientes (80% en esta serie).

73

MANOMETRIA ESOFAGICA: EXPERIENCIA EN 130 CASOS.

Gutiérrez O.,¹ Ramírez J.C.,² Nohora Caycedo*.⁽¹⁾: Profesor Asistente Md. Interna, Universidad Nacional de Colombia.⁽²⁾: Laboratorio de Fisiología, Esófaga Fundación Sta. Fe de Bogotá.

La manometría esofágica (M.E.) es un método diagnóstico de gran utilidad para el estudio de los trastornos motores primarios del esófago. Está indicada especialmente en el estudio del dolor torácico no cardíaco (DTNC), en algunas manifestaciones del reflujo gastroesofágico (RGE) y en la evaluación pre y postquirúrgica de este último.

En el presente informe describimos nuestra experiencia. Se realizaron M.E. con un equipo SANDHILL, el cual no consta de los catéteres tradicionales perfundidos sino con 3 transductores de presión colocados directamente en la sonda y separados por 5 cm. de distancia c/u. Posee también distalmente un electrodo de pH. En las M.E. regulares se examina el tono basal del esfínter inferior y su relajación con la deglución, la amplitud y peristaltismo del cuerpo del esófago y las características del esfínter superior. En casos necesarios, se practican pruebas de estimulación con ácido (Bernstein) o Edrofonio o prueba de aclaramiento esofágico de ácido.

RESULTADOS:

MOTIVO DE LA MANOMETRIA	ACALASIA	RGE	ALT. INESP.	NUCRAKER	ESFASMO ESOF. OF.	EEI	ESOF. OF. HIPERTENSO	NORMAL
DISFAGIA								
+Dolor (n=51)	28 ^h	14	5	-	1	-	-	3
PIROSIIS								
+Dolor (n=30)	2	21 ^h	3	-	1	-	-	3
DTNC (n=32)	-	14 ^h	4	5	-	-	2	7
DISFAGIA ALTA (n=8)	1	3	1	-	-	-	-	3

Además, en 9 casos se practicaron M.E. en casos de L.E.S., asma, hipo, etc. La manometría esofágica es un método diagnóstico superior a la endoscopia y a los Rx en el estudio de los trastornos motores del esófago y permite un enfoque terapéutico más adecuado de los mismos. Llama la atención la frecuencia alta de casos de acalasia en este grupo de pacientes.

74

LA ESOFAGITIS PEPTICA POR REFLUJO

Cassabuenas P. Cañicho F.

Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.

Objetivo: Revisar la prevalencia de la esofagitis péptica por reflujo gastroesofágico (EPR) en el hospital general Santa Clara. Luego verificar que como parte del estudio clínico inicial se practicó una esofagogastroduodenoscopia (EGD) inicial y otra después de practicado tratamiento médico quirúrgico, para valorar de una manera objetiva la mejoría o no del paciente.

Material y métodos: Se revisaron los informes de 2200 EGD realizadas durante el período comprendido entre 1-Oct-84 al 1 de febrero 89. De esta revisión se extrajeron 500 informes en los cuales el paciente había tenido alguno de los cuatro (4) grados de esofagitis. (EPR). De estos solo cumplieron con la EGD post tratamiento 132 pacientes. Se revisaron las historias clínicas.

Resultados: La pirosis fue la causa de consulta más frecuente (56%). La prevalencia de la EPR es del 22%. De los pacientes a los cuales se les practicó EGD de control post tratamiento médico mejoraron el 82.5% correspondiente a los grados I, grado II y grado III de la EPR; el 17% presenta esofagitis péptica grado IV, de estos el 66% fue intervenido quirúrgicamente con éxito empleando la técnica de Nissen. Hubo un 33% de rechazo a la cirugía.

Conclusiones: La pirosis justifica la realización de EGD.

Se encontró una prevalencia del 22% de la EPR.

El tratamiento médico convencional es exitoso para los casos de EPR, grado I, grado II y grado III.

Cuando hay casos de esofagitis grado IV, se indica el tratamiento quirúrgico.

Dentro de las técnicas quirúrgicas antirreflujo, la más empleada en el presente estudio, es la de Nissen, con la cual se obtienen muy buenos resultados.