

Hallazgos endoscópicos, características clínicas e histológicas en pacientes con dispepsia en el Hospital Juárez de México

Endoscopic findings, clinical and histological characteristics in patients with dyspepsia at Hospital Juárez de México

Elsy D. Alcivar- Villavicencio*, Martín Antonio-Manrique, Miguel A. Chávez-García*, Ma. Guadalupe Martínez-Galindo, Inés Z. Vásquez-Santander, Liliana Domínguez-Aguilar, Dalia V. Méndez Bizarón, Mauricio Tapia-Hernández y Omar Velásquez-Martínez

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La dispepsia es un síntoma común con un diagnóstico diferencial extenso. En México, la prevalencia de este trastorno es del 7 al 68%. Con la esofagogastroduodenoscopia se puede obtener un diagnóstico histológico de una lesión que esté produciendo síntomas potenciales. **Objetivo:** Describir los hallazgos endoscópicos e histológicos en los pacientes con diagnóstico de dispepsia en el Hospital Juárez de México. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo. **Resultados:** Se incluyeron 215 casos, 164 mujeres y 51 hombres. Los hallazgos endoscópicos fueron Gastropatía crónica 45.1% (97), Esofagitis erosiva 11.6% (25), Gastropatía crónica con patrón folicular 6% (13), Gastropatía aguda 4.7% (10), Gastropatía folicular 3.7% (8), Gastropatía reactiva 3.3% (7), Gastropatía erosiva 2.8% (6), Probable esófago de Barrett 1.4% (3), Úlcera gástrica 0.9% (2), Adenocarcinoma gástrico 2.8% (6). Los resultados histológicos fueron Gastritis crónica folicular (54.4%), Gastritis crónica superficial (14.9%), *Helicobacter pylori* (57.2%), displasia bajo grado 1.9%, metaplasia intestinal incompleta 9.3% y completa en 5.1%. **Conclusión:** Es importante la detección de *Helicobacter pylori* en los pacientes con dispepsia, su tratamiento puede tener un impacto en la calidad de vida y reducción en la incidencia y mortalidad por cáncer gástrico.

Palabras clave: Dispepsia. Diagnóstico histológico. Hallazgos endoscópicos e histológicos.

Introducción

La dispepsia es un síntoma común con un diagnóstico diferencial extenso y una fisiopatología heterogénea. Ocurre en al menos el 20 por ciento de la población, pero la mayoría de las personas afectadas no buscan atención médica. Aunque la dispepsia no afecta la supervivencia, es responsable de los costos sustanciales de atención médica y afecta significativamente la calidad de vida¹.

La dispepsia afecta al 25-40% de la población en alguna época de la vida y es el motivo del 3-5% de las consultas de primer contacto en los Estados Unidos de Norteamérica. Sin embargo, el 50-60% de los sujetos con dispepsia no tienen lesiones estructurales que expliquen sus malestares. La prevalencia de dispepsia no investigada varía ampliamente de acuerdo con la población estudiada y la definición utilizada para establecer su presencia. Un metaanálisis que incluyó más

Correspondencia:

*Elsy D. Alcivar- Villavicencio
E-mail: elsyalcivar_@hotmail.com

Fecha de recepción: 31-07-2020
Fecha de aceptación: 14-08-2020
DOI: 10.24875/END.M20000316

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):695-700
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

de 300 estudios a nivel mundial estimó la prevalencia de la dispepsia no investigada en el 21%².

En México, la prevalencia de este trastorno se ha informado del 7 al 68%. El estudio poblacional más grande realizado en México, que incluyó más de 3,000 sujetos en población abierta de 8 diferentes regiones de México, informó que la prevalencia de dispepsia no investigada fue del 12%. Debido a que, por el momento, los criterios diagnósticos requieren la realización de endoscopia para establecer el diagnóstico de dispepsia funcional, no se cuenta con estudios que permitan conocer su prevalencia².

Aproximadamente el 25 por ciento de los pacientes con dispepsia tienen una causa orgánica subyacente. Sin embargo, hasta el 75 por ciento de los pacientes tienen dispepsia funcional (idiopática o no ulcerosa) sin causa subyacente en la evaluación diagnóstica¹.

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) es comúnmente realizada en la evaluación de la dispepsia. El valor principal de diagnóstico de EGD es la capacidad de obtener un diagnóstico histopatológico de una lesión que esté produciendo síntomas potenciales. Sin embargo, en muchos casos las biopsias son obtenidas de una mucosa de apariencia normal, sin correlación patológica o sintomática³.

Por tal motivo el objetivo de este trabajo de investigación es determinar los hallazgos endoscópicos, características clínicas e histológicas en pacientes con dispepsia en el Hospital Juárez de México.

Objetivos

Objetivo general

Describir los hallazgos endoscópicos e histológicos en los pacientes con diagnóstico de dispepsia que son referidos para endoscopia digestiva alta en el Hospital Juárez de México.

Objetivos específicos

1. Identificar los síntomas más frecuentes de dispepsia y síntomas de alarma predominantes, motivo por el cual se solicitó una esofagogastroduodenoscopia
2. Determinar si los datos de alarma se asocian a la gravedad del diagnóstico endoscópico en pacientes con dispepsia
3. Delimitar las características demográficas de edad y género de los pacientes con dispepsia

Material y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo de casos consecutivos

Pacientes a los que se les realizó esofagogastroduodenoscopia con diagnóstico de dispepsia en el período Enero – junio 2019.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que se realizaron estudio de esofagogastroduodenoscopia electiva referidos al Servicio de Endoscopia con diagnóstico de dispepsia, en el período de enero a junio 2019
- Consentimiento informado se obtiene previo a cada estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas
- Que no hayan firmado consentimiento informado
- Menores de 18 años

Análisis Estadístico

estudio retrospectivo observacional donde los valores de tendencia central de las variables cuantitativas se reportan con media y desviación estándar, de acuerdo a su distribución obtenida por medio de la prueba de Kolmogorov- Smirnov, para las variables cualitativas se describen porcentajes y se realizó prueba de chi cuadrada con exacta de fisher cuando se requirió menos de 5 casos en alguna casilla. Se realizaron gráficas y análisis en Microsoft Excel y SPSS de IMB 22

Resultados

Se incluyeron en total 215 casos, 164 (76.3%) mujeres y 51 (23.7%) hombres. Se reporta una media de edad de 52.3 +/- 13.8 años (Rango de 18-84). La distribución de la edad fue paramétrica y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

Los principales síntomas de dispepsia fueron dolor epigástrico en 27.4% (59), distensión abdominal 22.3% (48), ardor en 10.44% (31), vómitos en 13% (28), náusea en 7.4% (16), plenitud postprandial en 7% (15) de los casos, eructos en 4.7% (10), saciedad temprana en 3.7% (8). Sin diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres utilizando prueba de *Chi*

cuadrada para proporciones. El dolor epigástrico se presentó en 35.3% (18) de los hombres y en 25% (41) de las mujeres, la distensión abdominal se presentó en 15.7% (8) de los hombres y en el 22.3% (40) de las mujeres. Gráfica 1.

En 37 casos se reportaron datos de alarma, los cuales fueron pérdida de peso en 22 pacientes; 5 hombres (9.8%), 17 mujeres (10.4%), disfagia en 3 pacientes (1.4%); vómitos persistentes y recurrentes en el 11.8% (6) de los hombres y en el 1.2% (2) de las mujeres; sangrado digestivo en 2.6%; anemia en 2 mujeres (1.2%). Gráfica 2.

Los hallazgos endoscópicos fueron Gastropatía crónica 45.1% (97), Esofagitis erosiva 11.6% (25), Hernia hiatal 7.9% (17), Gastropatía crónica con patrón folicular 6% (13), Gastropatía aguda 4.7% (10), Gastropatía folicular en el 3.7% (8), Gastropatía reactiva 3.3% (7), Gastropatía erosiva 2.8% (6), Gastropatía crónica con componente erosivo 1.9% (4), Probable esófago de Barrett 1.4% (3), úlcera gástrica Forrest III 0.9% (2), Adenocarcinoma gástrico Bormann III 1.9% (4), Adenocarcinoma gástrico Bormann IV 0.9% (2), Pólipos gástricos en 7.9% (17) y sin alteraciones 1.4% (3). Ver tabla 1.

De los pacientes con datos de alarma, 13 casos presentaron Gastropatía crónica, 3 casos Gastropatía crónica con componente erosivo, 5 casos Esofagitis erosiva, 1 caso Esófago de Barrett, 4 casos se reportaron como Adenocarcinoma gástrico Bormann III y IV, 1 caso de Gastropatía folicular, 1 caso de Gastropatía crónica de patrón folicular, 1 caso gastropatía erosiva, 1 caso de úlcera gástrica Forrest III y 1 caso con Gastropatía reactiva secundaria a reflujo duodenogástrico.

Se tomaron biopsias de acuerdo con el protocolo de Sydney en los 215 pacientes, detectando *Helicobacter pylori* en 57.2% de los casos (n=123). Se reportó metaplasia intestinal incompleta en 9.3% de los casos (n=20) y completa en 5.1% (n=11). El 92.1% de los casos se reportaron sin displasia y el 1.9%(n=4) presentaron displasia de bajo grado.

Se observó Gastritis crónica folicular en 54.4% de los casos (n=117), Gastritis crónica superficial en 14.9% (n=32), Esófago de Barrett en 0.9% (n=2) y Adenocarcinoma gástrico en 1.9% de los casos (n=4). De los pólipos gástricos reportados en las endoscopias, un caso se resultó con adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado. Los hallazgos de las biopsias realizadas se describen en la gráfica 3.

Se utilizó Chi cuadrada para correlacionar la presencia de datos de alarma con los hallazgos endoscópicos, histológicos, diagnóstico de *Helicobacter pylori*,

displasia y metaplasia considerando estadísticamente significativa una $p < 0.05$. Reportando diferencia estadística significativa en la variable de metaplasia que en las pruebas *post hoc* que se justifica por la ausencia de datos de alarma en los pacientes con metaplasia completa. Y en la variable de Adenocarcinoma gástrico en la cual los 4 casos diagnosticados presentaron datos de alarma, siendo estadísticamente significativa ($p = 0.001$). Se desglosan los resultados en las tablas 2-8.

Discusión

Los hallazgos reportados en el presente estudio demuestran una incidencia de 57.2% de *Helicobacter pylori* que corresponde con lo ya conocido en la literatura universal, con una tasa de incidencia de gastritis crónica (45.1%) y en particular de patrón folicular que se reportó en 54.4% de los casos totales siendo coherentes con las tasas conocidas en población mundial y mexicana, además de la asociación bien descrita con *Helicobacter pylori*⁸.

La ASGE (Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal) recomienda la toma de biopsias de acuerdo al protocolo de Sydney para la determinación de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia, aun en ausencia de lesiones visibles, ya que en caso de resultar positivo, los resultados del tratamiento exitoso incluyen la resolución o la mejoría de los síntomas dispépticos (durante más de 6 meses), un cambio en la calidad de vida, la incidencia de metaplasia o displasia y la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer gástrico⁹.

Los datos de alarma no mostraron una asociación con la presencia de *Helicobacter pylori* ni con displasia, sin embargo, los resultados del análisis estadístico pese a la limitante de presentar pocos casos con metaplasia completa muestran una tendencia significativa hacia la ausencia de síntomas de alarma en dichos casos ($p < 0.05$). Y por el contrario los 4 casos de Adenocarcinoma gástrico diagnosticados presentaron datos de alarma, siendo estadísticamente significativa ($p = 0.001$).

La detección de datos de alarma tiene una baja sensibilidad, pero una elevada especificidad para la detección de malignidad en sujetos con dispepsia. Algunos estudios han demostrado que la endoscopia temprana puede ser una estrategia recomendable en poblaciones como la asiática, en la que los factores como la edad y los datos de alarma son poco confiables para detectar malignidad³.

Conclusión

Los factores epidemiológicos manifestados en este estudio son similares a los reportados en la literatura a nivel mundial. No se encontró una asociación de los datos de alarma en pacientes con diagnóstico de dispepsia con los hallazgos endoscópicos o histológicos salvo por tendencia de los casos con Adenocarcinoma gástrico a presentar datos de alarma, así como la de no presentarlos en los casos de metaplasia. La incidencia de *Helicobacter pylori* es similar a los rangos reportados en la literatura, por lo cual consideramos importante su detección en los pacientes con dispepsia, ya que su tratamiento puede tener un impacto en la calidad de vida de los pacientes y reducción en la incidencia y mortalidad por cáncer gástrico.

Bibliografía

1. George F Longstreth, MD. Approach to the adult with dispepsia, UpToDate. 2019

2. Carmona Sanchez R., Consenso mexicano sobre la dispepsia. Revista de Gastroenterología de México, 2017-10-01, Volumen 82, Número 4, Páginas 309-327, Copyright © 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología

3. Yu Xiao Yang, American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Role of Upper Gastrointestinal Biopsy to Evaluate Dyspepsia in the Adult Patient in the Absence of Visible Mucosal Lesions. Gastroenterology 2015; 149:1082–1087 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.07.039>

4. John I. Allen, American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the Role of Upper Gastrointestinal Biopsy to Evaluate Dyspepsia in the Adult Patient in the Absence of Visible Mucosal Lesions. Gastroenterology, 2015-10-01, Volumen 149, Número 4, Páginas 1088-1118,

5. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas. Dispepsia, capítulo 14, 194-206, 10.ª edición. 2018. Elsevier España, S.L.U

6. Walker MM. Eosinophilic gastroenteritis and other eosinophilic gut diseases distal to the oesophagus. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018;3(4):271.

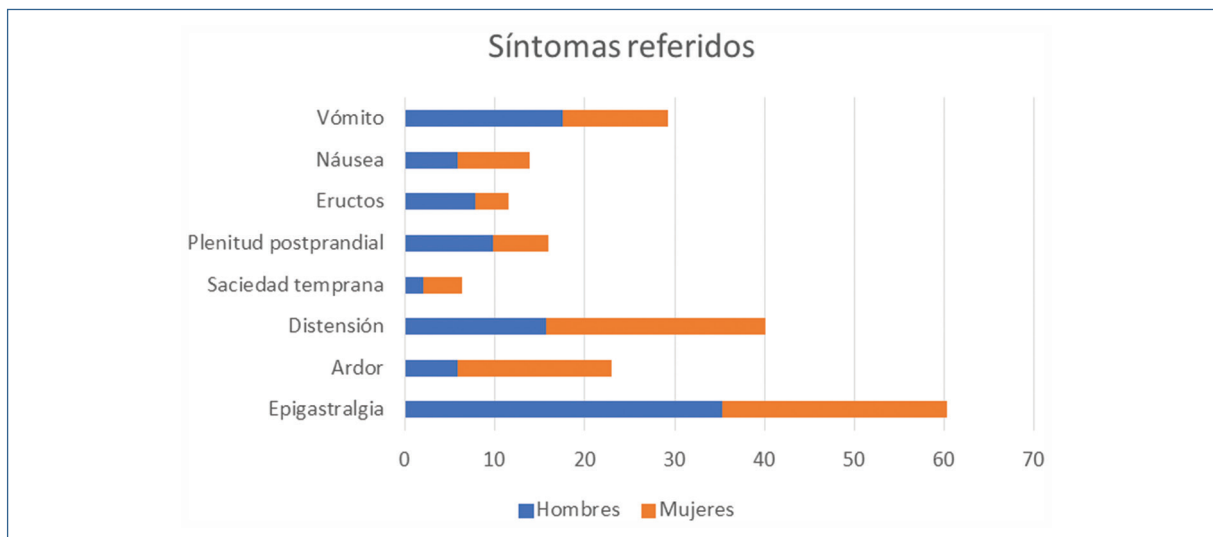
7. Paul M. American College of Gastroenterology (ACG) and the Canadian Association of Gastroenterology (CAG): Clinical guideline – Management of dyspepsia. 2017. Am J Gastroenterol 2017; 112:988–1013; doi: 10.1038/ajg.2017.154

8. Shaukat A. The role of endoscopy in dispepsia. Gastrointestinal endoscopy. Volume 82, No. 2: 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2015.04.003>

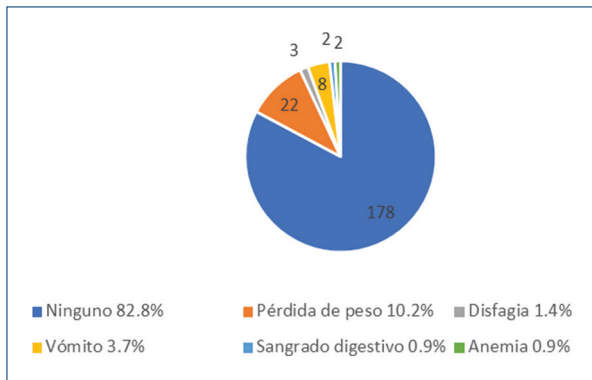
9. Miwa H. Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia. The Japanese Society of Gastroenterology (JSGE J Gastroenterol (2015) 50:125–139

10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Clinical guideline for gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults – Investigation and management, 2019, doi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg184>

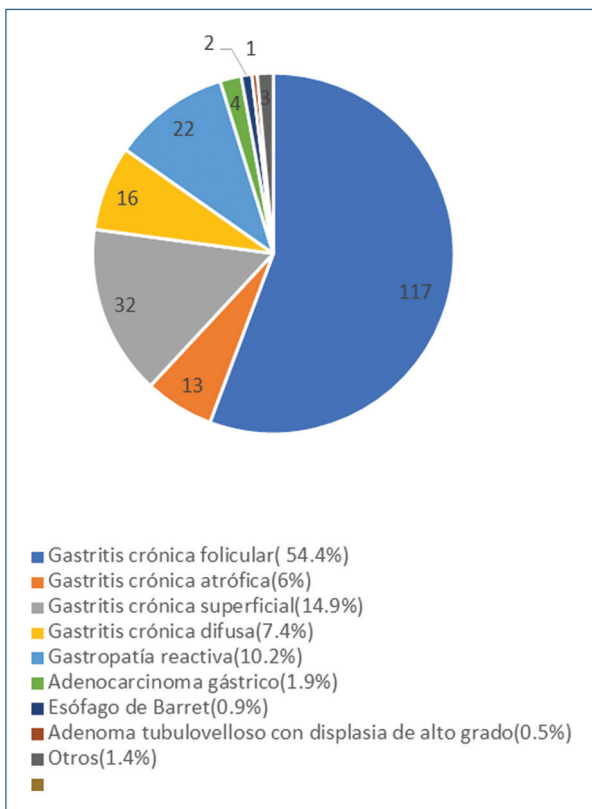
Anexos



Gráfica 1. Distribución de los síntomas de dispepsia referidos por género.



Gráfica 2. Distribución de los datos de alarma.



Gráfica 3. Hallazgos histológicos de biopsias.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos

Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje
Gastropatía folicular	8	3.7
Gastropatía crónica	97	45.1
Hernia Hiatal	17	7.9
Gastropatía crónica patrón folicular	13	6.0
Gastropatía reactiva	7	3.3
Gastropatía erosiva	6	2.8
Gastropatía crónica con componente erosivo	4	1.9
Esofagitis erosiva	25	11.6
Esófago de Barrett	3	1.4
Gastropatía Aguda	10	4.7
Úlcera gástrica Forrest III	2	0.9
Adenocarcinoma gástrico Bormann III	4	1.9
Adenocarcinoma gástrico Bormann IV	2	0.9
Pólipos gástricos	17	7.9
Reflujo duodenogástrico	4	1.9
Várices esofágicas	2	0.9
Normal	3	1.4
Control postoperatorio	2	0.9
Otros	6	2.8

Tabla 2. Asociación de datos de alarma a presencia de *H. pylori*

	Sin datos de Alarma	Con datos de Alarma	Total
Sin <i>H. pylori</i>	67	14	81
Con <i>H. pylori</i>	100	23	123
Total	167	37	204
			p=0.521

Se utilizó significancia exacta bilateral (prueba de Fisher)

Tabla 3. Asociación de datos de alarma a presencia de metaplasia intestinal

	Sin datos de Alarma	Con datos de Alarma	Total
Sin Metaplasia	143	30	173
Metaplasia incompleta	13	7	20
Metaplasia completa	11	0	11
	167	37	204
			P=0.034

Se utilizó significancia exacta bilateral (prueba de Fisher)

Tabla 4. Asociación de la presencia de displasia

	Sin datos de Alarma	Con datos de Alarma	Total
Sin Displasia	163	37	200
Displasia bajo grado	4	0	4
Total	167	37	204
			p=0.464

Se utilizó significancia exacta bilateral (prueba de Fisher)

Tabla 5. Asociación de datos de alarma con hallazgos endoscópicos

Hallazgos	Sin datos de alarma	Datos de alarma	Total	p
Gastropatía folicular	7	1	8	>0.05
Gastropatía crónica	84	14	98	>0.05
Hernia Hiatal	12	5	17	>0.05
Gastropatía crónica patrón folicular	12	1	13	>0.05
Gastropatía reactiva	7	0	7	>0.05
Gastropatía erosiva	5	1	6	>0.05
Gastropatía crónica con componente erosivo	1	3	4	>0.05
Esofagitis erosiva	20	5	25	>0.05
Esófago de Barrett	2	1	3	>0.05
Gastropatía Aguda	9	1	10	>0.05
Úlcera gástrica Forrest III	1	1	2	>0.05
Adenocarcinoma Bormann III	1	3	4	>0.05
Adenocarcinoma Bormann IV	0	2	2	>0.05
Reflujo duodenogástrico	3	1	4	>0.05
Várices esofágicas	2	0	2	>0.05
Otros	4		6	>0.05
	178	37	215	

Se utilizó significancia exacta bilateral (prueba de Fisher)

Tabla 6. Asociación de datos de alarma con los hallazgos histológicos reportados

Hallazgos	Sin datos de alarma	Datos de alarma	Total	p
Gastritis crónica folicular	97	20	117	>0.05
Gastritis crónica atrófica	11	2	13	>0.05
Gastritis crónica superficial	29	3	32	>0.05
Gastritis crónica difusa	10	6	16	>0.05
Gastropatía reactiva	18	4	22	>0.05
Gastropatía erosiva	5	1	6	>0.05
Adenocarcinoma gástrico	0	4	4	0.001
Esófago de Barrett	2	0	2	>0.05
Adenoma tubulobeloso con displasia	1	0	1	>0.05
Otros	2	1	3	>0.05

Se utilizó significancia exacta bilateral (prueba de Fisher)

Tabla 7. Asociación de datos de alarma con la presencia de adenocarcinoma gástrico

	Sin datos de Alarma	Con datos de Alarma	Total
Sin Adenocarcinoma	167	33	200
Con adenocarcinoma	0	4	4
Total	167	37	204
			p=0.001

Se utilizó significancia exacta bilateral (prueba de Fisher)

Tabla 8. Asociación de datos de alarma con la presencia de Esófago de Barret

	Sin datos de Alarma	Con datos de Alarma	Total
Sin Esófago de Barrett	165	37	202
Con Esófago de Barrett	2	0	4
Total	167	37	204
			p=0.662

Se utilizó significancia exacta bilateral (prueba de Fisher)