

La Biopsia Endogastoscópica. Su Valor Diagnóstico

Experiencia con 126 biopsias en el Hospital San Juan de Dios

DR. MARIO MIRANDA G.*

DR. JORGE SALAS C.**

INTRODUCCION:

En su libro sobre gastroscopía, Schindler (1) concluye el capítulo sobre biopsia endogastoscópica con el concepto siguiente: "El uso de los gastroscopios que permiten tomar biopsia rara vez se justifica". Veamos si este se sostiene hoy día.

La biopsia gástrica, fuera de la hecha durante una laparotomía, ha sido un método con una historia difícil, todavía no concluida. En 1949 y 1950, Wood y col. (2) y luego Tomenius (3), desarrollaron, en forma independiente, tubos de succión que permitieron obtener en forma segura, biopsias de la mucosa gástrica, y que han sido ampliamente utilizados, incluso en nuestro medio; pero que desde luego tenían la severa limitación de que la biopsia era ciega, o sea, no se sabía de que porción del estómago se tomaba. Desde luego, estos métodos no tenían ninguna utilidad en casos de lesiones gástricas pequeñas o localizadas.

Los intentos de tomar una biopsia a través del gastroscopio comenzaron en 1948 cuando Benedict (4) modificó el gastroscopio de Wolf-Schindler incorporándole una pinza de biopsia; y el gastroscopio de Herman-Taylor ha sido modificado en forma similar (5) permitiendo el paso de una cápsula de succión bajo visión directa. Sin embargo, ambos instrumentos son gruesos y rígidos, lo que limita mucho su utilidad. El fibroscopio modelo 5001 de la Casa ACMI permite el paso de una pequeña pinza de biopsia, pero ésta se sale del campo visual, quitándole precisión para escoger el sitio del que se toma la biopsia.

El fibroscopio FGS-5 de la Casa Machida, y el GFS y GFB de la Casa Olympus, tienen en la actualidad pinzas de biopsia adicionadas. La punta de estos instrumentos y el ángulo en el cual la pinza sale del gastroscopio son controlables, de modo que las biopsias se pueden llevar a cabo bajo control directo, con gran precisión. Kasugai (6) utilizando uno de estos instrumentos obtuvo biopsias positivas en 82% de 154 cánceres gástricos. Tomando 4 ó más biopsias de cada lesión, Tobita y Hara (7) utilizando el Olympus GFB obtuvieron biopsias positivas en más del 90% de cánceres confirmados.

1/ Trabajo presentado al XXXVIII Congreso Médico Nacional. Noviembre de 1969.

* Jefe del Servicio N° 3 de Medicina, Hospital San Juan de Dios. Catedrático Asociado de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

** Departamento de Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios. Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

EQUIPO, MATERIAL CLINICO, TECNICA:

Hemos utilizado el fibroscopio de la Casa Olympus GFB. La técnica para tomar la biopsia es sencilla. La pinza se introduce por el canal respectivo y su dirección se gobierna ya sea con la palanca para levantar la pinza o con la punta deflectable del gastroscopio. Con la más mínima práctica la biopsia puede tomarse de un sitio preciso de cualquier lesión. El operador puede tomar cuantas biopsias sean necesarias de una lesión determinada.

RESULTADOS:

A continuación se exponen los resultados obtenidos con 126 biopsias obtenidas, señalando el diagnóstico endoscópico. En general, hasta el momento, hemos tomado una sola biopsia en las gastroscopías en que el procedimiento se ha llevado a cabo.

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO INDUDABLE DE CA. GASTR. 32 CASOS	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	Nº Casos
	CONFIRMACION DE CA.*	22
	SUGESTIVO DE CA.	1
	DISPLASIA DEL EPITELIO	1
	INFLAMACION CR. o AG. y Cr.	4
	MUCOSA NORMAL	2
	TEJIDO CONECTIVO	1
	MATERIAL INADECUADO	1
* 65% de CONFIRMACION HISTOLOGICA (21 casos), en un caso el diagnóstico endoscópico e histológico fueron erróneos.		
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO DE: CA.?? - 4 CASOS	DISPLASIA EPITELIAL	2
	INFLAMACION CRONICA	1
	SOSPECHA DE CA.	1
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO DE "GASTRITIS CR." "GASTRI- TIS" o "GASTRITIS PARCELAR" 24 CASOS	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	Nº Casos
	MUCOSA NORMAL	14
	INFLAMACION CRONICA	5
	GASTRITIS CRONICA	2
	INFLAMACION CR. Y ATROFIA	2
	ATROFIA	1
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO DE "GASTRITIS ATROFICA" O DE "GASTRITIS CRONICA ATROFICA" - 21 CASOS	MUCOSA NORMAL	6
	INFLAMACION CRONICA	9
	INFL. AGUDA Y CRONICA	1
	ATROFIA	3
	METAPLASIA INTESTINAL	2

	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	Nº Casos
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO DE ULCERA BENIGNA 8 CASOS	INFLAMACION AG. o AG. y CR.	6
	INFLAMACION CRONICA	1
	FRAGMENTO PERDIDO	1
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO DE POLIPOSIS O DE POLIPO SOLITARIO - 5 CASOS	HIPERPLASIA GLANDULAR	1
	METAPLASIA INTESTINAL	1
	PSEUDOESTRATIFICACION	1
	MUCOSA NORMAL	2
GASTRITIS EROSIVA O AGUDA SUPERFICIAL - 2 CASOS	MUCOSA NORMAL	2
AREA MAMELONADA LOCALIZADA - 1 CASO	GASTRITIS CR. ATROFICA	1
GASTROSCOPIA NORMAL 29 CASOS	MUCOSA NORMAL	25
	INFLAMACION CRONICA	4

COMENTARIO:

El disponer de un recurso, fuera de la laparotomía, que permita establecer el diagnóstico histológico de una lesión gástrica es de proyecciones incalculables. En nuestra experiencia, y utilizando una sola biopsia de la lesión (sólo excepcionalmente se tomaron 2), el diagnóstico de cáncer se confirmó histológicamente en 65% de los casos en que la gastroscopía era concluyente o fueron confirmados con laparotomía o autopsia. Es obvio que tomando 3 ó 4 biopsias de la lesión, este porcentaje podrá subir. En 4 cánceres confirmados la biopsia mostró inflamación aguda o crónica y en dos, mucosa normal. Es conocido el hecho de que algunos tumores malignos gástricos producen una fuerte reacción inflamatoria, explicándose así el hallazgo. Por otra parte un tumor puede infiltrar la submucosa extensamente sin alterar la mucosa, explicando así por qué una biopsia tomada de una área evidentemente afectada puede mostrar una mucosa normal. De hecho la pinza del instrumento arranca el grosor de la mucosa únicamente. Por otra parte, en la mayoría de los casos las características de malignidad son tan evidentes a la endoscopia que su confirmación histológica tiene como fin únicamente complementar el estudio del caso.

En nuestra experiencia, la eventualidad que más frecuentemente puede dar lugar a confusión entre lesiones benignas y malignas es en aquellas lesiones ulceradas, con bordes infiltrados e irregulares. Cuando las lesiones malignas se ulceran, en general hay alteraciones vecinas características y la modalidad de la lesión es típica de un proceso maligno. En el otro extremo, la ulceración benigna por lo general es inconfundible a la gastroscopia. Pero hay un pequeño número

de casos de lesión benigna con reacción hiperplástica inflamatoria vecina que puede dar un aspecto muy sugestivo de malignidad. O sea, desde el punto de vista endoscópico el error más frecuente es el de tomar por maligna una lesión benigna.

Cuando a la endoscopia una lesión ulcerada tiene bordes nítidos y limpios, fondo blanquecino o grisáceo recubierto de fibrina, ausencia de infiltración en las vecindades y presencia o ausencia de un halo eritematoso, el carácter de benignidad deja pocas dudas. Por tal razón sólo hemos obtenido biopsia en ocho casos, demostrándose en 7 de ellos inflamación activa (en el otro caso el fragmento se extravió).

El capítulo de las gastritis crónicas es un vasto campo, con muchas áreas todavía por aclarar, y en este aspecto la endoscopia con biopsia directa aclarará muchos aspectos. Es obvio que con la radiografía del estómago no puede hacerse el diagnóstico de gastritis crónica. Analizando nuestra experiencia endoscópica, en este campo, todavía en desarrollo, vemos que en 24 casos al plantear el diagnóstico de gastritis crónica, simplemente gastritis, o gastritis parcellar, al encontrar palidez de la mucosa, en parches, con aspecto a veces nacarada y adelgazada, disminución de los pliegues y visibilidad de la circulación, y que son cambios no difusos en el estómago, resultó en un diagnóstico histológico de mucosa normal en 14 casos, esto a pesar de tomar la biopsia del sitio más alterado. En los restantes los cambios histológicos estuvieron acordes con el diagnóstico gastros-cópico.

En 21 casos hicimos el diagnóstico de gastritis atrófica, o crónica atrófica, al encontrar una fuerte disminución o ausencia de los pliegues, mucosa blanco nacarada, circulación visible aun en sus ramas más finas, y a veces un puntillado hemorrágico agregado, con compromiso difuso del estómago. Sin embargo, a pesar de esto y de haber tomado siempre la biopsia del sitio más alterado, encontramos algo más de un 20% de las biopsias mostrando mucosa normal. Los casos restantes mostraron cambios que pueden explicar los hallazgos endoscópicos.

Que el aspecto endoscópico está ligado en alguna forma a alteraciones de la mucosa o de la pared misma queda confirmado porque cuando el diagnóstico endoscópico ha sido de normalidad, rara vez resulta un diagnóstico que no sea ese. Así, en 29 casos de estómagos normales a la gastroscopia, en que tomamos biopsia, la histología reveló normalidad en 25 y sólo en 4 se encontró inflamación crónica, calificada como discreta en tres de ellos, y sin ningún calificativo especial en el otro.

CONCLUSIONES

- 1.—Los modernos equipos de endoscopia gástrica, además de su maniobrabilidad, tolerancia y dispositivos adicionales para tomar citología y fotografía, permiten tomar con gran precisión biopsias de cualquier sitio del estómago.
- 2.—En nuestra experiencia con 126 biopsias la técnica se ha demostrado sencilla y eficaz. Hemos podido confirmar histológicamente el diagnóstico de cáncer en 65% de los casos, tomando en general una sola biopsia.
- 3.—En las gastritis crónicas existe un buen porcentaje de casos que produce biopsia normal cuando el aspecto endoscópico es de gastritis, y este es un capítulo abierto a la investigación. A la inversa, si el aspecto endoscópico es normal, sólo en 14% de los casos se encontraron discretos cambios inflamatorios y en el resto normalidad.

- 4.—En la úlcera péptica benigna se encontró siempre una buena correlación, apreciándose en la biopsia inflamación, aguda, crónica o ambas.
- 5.—En la poliposis o pólipo solitario los cambios fueron de hiperplasia glandular, metaplasia intestinal, pseudoestratificación o mucosa normal.
- 6.—La biopsia endoscópica abre posibilidades ilimitadas en el diagnóstico precoz de las neoplasias gástricas y en el estudio de la patología de este órgano, como las gastritis, pólipos, etc.

REFERENCIAS

- 1.—SCHINDLER, R.
Gastroscopy. Hafner Publishing Company, New York. Pág. XXX. 1966.
- 2.—WOOD, I. J.; DOIG, R. K.; MOTTERA, R. AND HUGHES, A.
Gastric Biopsy. Report of fifty-five biopsies using a new flexible gastric biopsy tube. Lancet 1:18-21. 1949.
- 3.—TOMENIUS, J.
An instrument for gastrobiopsies. Gastroenterology 15:498-504. 1950.
- 4.—BENEDICT, E. B.
An operating gastroscope. Gastroenterology 11:281-283. 1948.
- 5.—HANGCOCK, P. E. T. AND SHINER, M.
Combined gastroscopy and gastric biopsy under direct vision. Lancet 1:1204-1205. 1958.
- 6.—KASUGAI, T.
Study of direct washing cytology and direct biopsy with the fiberscope for gastric cancer. Gastroent. Endo. 8:37-39. 1966.
- 7.—TOBITA, Y.; AND HARA, Y.
Studies on the gastric biopsy and brushing by gastrofiberscope with angle change (Olympus GFB). Proceeding of the First Congress of the International Society for Endoscopy. In press. 1967.