

ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL NIÑOS

Primer reporte de la experiencia pediátrica en Costa Rica

César Muñoz González *
Gil R. Con Wong
Juan Carlos Corrales Soto
José F. Chavarría Milanés
Celina Guzmán Acevedo

RESUMEN

A 76 pacientes del Hospital Nacional de Niños, se les practicó un total de 88 procedimientos de endoscopia alta o baja, o ambas, en el período comprendido entre el 22 de octubre de 1988 y el 20 de octubre de 1987. Se examinaron 41 varones y 35 mujeres en edades comprendidas entre los 2 meses y los 15 años; se utilizó sedación con Diazepam I.V. o con hidrato de cloral V.O. a las dosis apropiadas y con buen resultado. Las indicaciones endoscópicas más importantes incluyeron: dolor abdominal crónico, síndrome ulceroso, reflujo gastroesofágico, sangrado digestivo alto o bajo, hipertensión portal, poliposis del tracto gastrointestinal (G.I.), estenosis esofágica, parasitosis intestinal y cuerpo extraño, efectuándose 71 endoscopías altas y 17 bajas; entre las primeras se incluyen dos dilataciones endoscópicas y una extracción de cuerpo extraño en cámara gástrica. En todos los casos de sangrado digestivo alto (SDA) o bajo (SDB), se pudo establecer con buen índice de certeza el sitio de sangrado. Los hallazgos más frecuentes del tracto G.I. superior incluyen gastritis y duodenitis de gravedad variable y vá-

SUMMARY

Eighty eight endoscopic procedures were performed on 76 patients at the National Children Hospital during one year period. There were 71 upper and 17 lower G.I. procedures. Three patients had more than one examination.

We examined 41 males and 35 females between 2 months and 15 years of age; sedation with Diazepam (I.V.) or chloral hydrate (P.O.) was used in most cases. Main indications for upper G.I. endoscopy were 1) Upper G.I. bleeding, 2) Chronic abdominal pain, 3) Peptic ulcer-like syndrome, 4) Chronic vomiting and 5) G.E.R. Lower G.I. bleeding was the main indication for colonoscopic procedures.

It was possible to establish the bleeding site in 100% upper procedures and in 76% of lower procedures. Most common findings in upper G.I. tract were gastritis, duodenitis and esophageal varices; in the lower tract, polyps and lymphoid hyperplasia were most common. No complications appeared. Our conclusion is that G.I. endoscopy in our pediatric population is a safe, fast and efficient method in the diagnosis of G.I. pathology.

*Unidad de Endoscopia. Hospital Nacional de Niños, CCSS.

rices esofágicas y a nivel del tracto G.I. inferior se incluyen pliposis e hiperplasia linfoidea. En ningún caso se presentaron complicaciones. Se concluye que la endoscopia digestiva alta o baja en la pediatría de nuestro medio, es un método seguro, rápido y eficaz para el diagnóstico de diversas patologías G.I., con posibilidades terapéuticas buenas, sin necesidad de recurrir a cirugía mayor o procedimientos a ciegas.

INTRODUCCIÓN

Se ha establecido suficientemente el valor de la endoscopia flexible en adultos con trastornos G.I. en los últimos años.

Al acumularse la experiencia pediátrica en este campo, la revisión de la técnica, indicaciones y resultados en varios países, han venido deficiendo el rol de la endoscopia en este grupo de edad (1).

El objetivo del presente trabajo es comunicar por primera vez la experiencia pediátrica en Costa Rica, realizada en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera".

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre el 22-10-86 y el 20-10-87 se realizaron 88 procedimientos a 76 pacientes, referidos de consulta externa o intrahospitalarios con problemas médico-quirúrgicos gastrointestinales.

Todo paciente que lo ameritó fue estabilizado previamente y la sedación se efectuó con hidrato de cloral a 70 mg/Kg o diazepam a 0.5 mg/kg I.V.: en 17 casos no se dio ningún tipo de sedación.

En todos los casos se utilizó además anestesia local con lidocaína en aerosol al 10%. En endoscopia alta los menores de 1 año tuvieron períodos de ayuno de 4 horas y los mayores de 8 horas o más.

En endoscopia baja se dió dieta líquida por 48 horas sin lácteos; se prescribió leche de magnesia y un supositorio de Dulcolax la noche antes del

examen. Los pacientes internados recibieron además un enema salino el día del examen.

Las dilataciones se hicieron con anestesia general y los procedimientos fueron realizados con fibro-endoscopias de la casa Olympus modelos GIF-P3, GIF-XP 10 y PCF-10.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes analizados fueron varones (Cuadro 1), observándose predominancia en la distribución por edad en mayores de un año con mayor incidencia en el grupo escolar comprendido entre los 5 y los 10 años de edad (36%).

El análisis de la sedación (Cuadro 2) mostró 17 pacientes sin sedación, que generalmente fueron escolares cooperadores; se usó anestesia general para procedimientos especiales, como biopsias de pólipos gástricos y dilataciones esofágicas. Las indicaciones principales para efectuar endoscopia alta incluyeron S.D.A. (21%), dolor abdominal crónico (15%), síndrome ulceroso (15%) y vómitos crónicos (15%); otras indicaciones fueron menos frecuentes como se desprende del análisis. La indicación principal para endoscopia baja fue el sangrado digestivo bajo (9%) (Cuadro 3).

CUADRO 1
DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD

EDAD (AÑOS)	Nº	%
0-1	10	13
1-5	21	25
5-10	27	36
10-15	17	22
N/A	1	1

Masculino: 41 (54%) Femenino: 35 (46%)

Los hallazgos de patología esofágica mostraron predominancia de várices esofágicas, seguidas por estenosis, hernia hiatal y esofagitis péptica secundaria a R.G.E. (Cuadro 4).

A nivel gástrico (Cuadro 4), las gastritis erosiva se manifestó como la principal causa de SDA,

CUADRO 2
TIPO DE SEDACION

SEDACIÓN	Nº
Diazepán I.V.	28
Hidrato de cloral V.O.	38
Sin sedación	17
Anestesia general	2
N/A	3

seguida por gastritis sin erosión, productora de síndrome ulceroso, según nuestra casuística. Hallazgos excepcionales mostraron áscaris en estómago produciendo lesiones erosivas con sangramiento asociado.

CUADRO 3

ENDOSCOPIA ALTA (71)	
INDICACIONES	Nº
Sangrado digestivo alto	15
Dolor abdominal crónico	11
Vómitos crónicos	11
Síndrome ulceroso	11
Reflujo gastroesofágico	6
Hipertensión portal	4
Control post-tratamiento	4
Dilatación endoscópica	3
Disfagia	1
Cuerpo extraño	1
Poliposis familiar	1
Otros	3

ENDOSCOPIA BAJA (17)	
INDICACIONES	Nº
Sangrado digestivo bajo	16
Otros	1

El único caso de úlcera péptica de la serie fue hallada en duodeno y las lesiones superficiales de tipo bulboduodenitis erosiva fueron las más frecuentes como causa de dolor abdominal asociado a SDA la bulboduodenitis sin erosiones ocupa igual importancia, pero asociada a síndrome ulceroso (Cuadro 4).

La distribución de pólipos en intestino grueso (Cuadro 5) se lleva a cabo en colon izquierdo

CUADRO 4
HALLAZGOS

PATOLOGÍA ESOFÁGICA	Nº
Várices esofágicas	
Grado 1	4
Grado 2	2
Estenosis	
Leve	1
Severa	3
Hernia hiatal	3
Esofagitis péptica	
Leve	1
Moderada	2
Reflujo gástro-esofágico	1
Pólipos	1

PATOLOGÍA GÁSTRICA	Nº
Gastritis erosiva	
-cuerpo	5
-antro piloro	6
Gastritis aguda	9
Várices	1
Pólipos	1
Ascaridiasis	1
Dilatación gástrica	1
Cuerpo extraño	1

PATOLOGÍA DUODENAL	Nº
Bulbo-duodenitis	3
Bulbo-duodenitis erosiva	3
Úlcera péptica	1

principalmente, como se reporta en otros trabajos (9); todos estos se asociaron a sangramiento digestivo bajo y la histología mostró que se trataba de pólipos hamartomatosos. La hiperplasia linfoide-a en nuestra serie se relacionó con sangramiento bajo que fue la indicación principal para llevar a cabo el procedimiento y las colitis de tipo erosivo y granulomatoso reportadas, no mostraron patrones histológicos de enfermedad inflamatoria del intestino sino de problema bacteriano y cedieron con tratamiento apropiado.

Los procedimientos se limitaron principalmente a biopsias aunque fue posible llevar a cabo dilataciones esofágicas y extracción de cuerpos ex-

**CUADRO 5
HALLAZGOS**

PATOLOGÍA DE INTESTINO GRUESO	Nº
Pólipos	
-recto-sigmoides	1
-colon izquierdo	2
-colon transverso	1
Hiperplasia linfoidea	
-moderada	3
-severa	1
Colitis erosiva	2
Hemorroides	1
Granuloma rectal	1
Colitis granulomatosa	1

traños en estómago a pesar de la limitación de equipos.

CONCLUSIONES

La rápida diseminación de la endoscopia fibro-óptica en la práctica pediátrica ha permitido avances importantes en el diagnóstico preciso de la úlcera péptica (2), en el tratamiento de las várices esofágicas (3) y en enfoques más exactos del sangrado digestivo y el dolor abdominal recurrente (4), superando la capacidad diagnóstico de métodos tradicionales (5).

Varias conclusiones parecen estar sustentadas en el presente trabajo:

- 1) La endoscopia flexible es una herramienta diagnóstica segura y sensible, que se puede usar en niños sin anestesia general. No se presentaron complicaciones en este estudio.
- 2) La rapidez y precisión del método permiten establecer conductas terapéuticas más adecuadas, al conocer la región afectada; en el presente trabajo se localizaron el 100% de las causas de sangrado alto activo, y un 76% de las causas de sangrado bajo; estas últimas, con 4 casos sin sangrado activo al momento del examen.

- 3) Es factible hacer procedimientos delicados como extracción de cuerpos extraños gástricos sin tener que recurrir a procedimientos quirúrgicos mayores.
- 4) En situaciones delicadas como la estenosis esofágica, la endoscopia permite una actuación dirigida al dilatar, disminuyendo las posibles complicaciones del procedimientos a ciegas.
- 5) Los problemas pépticos en nuestro medio parecen estar más relacionados con lesiones de tipo erosivo superficial, como ha sido establecido en publicaciones previas (6).
- 6) El presente estudio permite establecer un patrón de indicaciones endoscópicas que puede ser utilizado en este grupo de edad.
- 7) A nivel de sangrado digestivo bajo, la poliposis y la hiperplasia linfoidea surgen como las causas más comunes; estudios posteriores son necesarios para establecer su verdadera importancia como causa de S.D.B. en nuestro medio.
- 8) El régimen de sedación que se usó parece ser suficiente para la endoscopia diagnóstica; procedimientos especiales requieren anestesia general.
- 9) La introducción de este método diagnóstico en nuestro medio pediátrico a través del H.N.N., cambiará el abordaje de la patología médico quirúrgico gastrointestinal en pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gandhi R.R., Niemirska M, and Barlow B.: Indications and technique of upper G.I. Endoscopy in infants and children. J. Pediatr. Surg. 1984, 19:446.
2. Murphy M.S. Eastham E.J., Jiménez M. et al: Duodenal ulceration: Review of 110 cases. Arch. Dis. Child 1987, 62:554.
3. Donovan T.J., Ward and Sheperd R.W.: Evaluation of Endoscopic Sclerotherapy of Esophageal Varices in children. J. Ped. Gastroenterol Nutr 1986, 5:696.

4. Tedesco F.J. Goldstain P.D., Gleason W.A. et al: Upper G.I. endoscopy in the Pediatric patient. *Gastroenterology* 1976,70:492.
5. Cox K. and Ament M: Upper G.I. bleeding in children and adolescents. *Pediatrics* 1979, 63:408.
6. Stevenson R.J.: Gastrointestinal Bleeding in Children. *Surg. Clin. North Am.* 1985, 65:1455.
7. O'Connor J.J.: Colonoscopy in Children. *Am. J. Surg.* 1981, 141:344.
8. Miller V. and Doig C.M.: Upper G.I. tract endoscopy. *Arch. Dis. Chil* 1984, 59:1100.
9. Euler A.R. and Selbart J.J.: The role of sigmoidoscopy, radiography and colonoscopy in the diagnostic evaluation of pediatric age patients with suspected juvenile polyps. *J. Ped. Surg.* 16:500, 1981.