

ASPIRADO DUODENAL DIRECTO TRANSENDOSCOPICO. ESTUDIO DE 50 CASOS

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA",
CIEGO DE AVILA".

Dr. José Bustelo Aguila* y Dr. Julio Zamora Rodríguez**

RESUMEN

Se estudian 50 niños con antecedentes de dolor abdominal recurrente de localización alta, tuvieran o no diarreas, y en los cuales los exámenes habituales de heces fecales en serie y la intubación duodenal convencional habían dado resultados negativos. A todos se les realizó un estudio endoscópico gastroduodenal, y se aprovechó la ocasión para obtener una muestra del jugo duodenal por aspiración directa durante la propia endoscopia. Se encontró duodenitis crónica en el 66 % de los niños examinados y gastritis crónica en el 20 % de los mismos. Se demostró la presencia de parasitismo duodenal en el 52 % de los pacientes a los cuales se les realizó el estudio y predominaron los trofozoitos de giardias (28 %) y los quistes de ameba histolítica (22 %) en los 50 pacientes examinados. El aspirado duodenal directo transendoscópico es un medio de diagnóstico útil en el estudio de los niños con dolor abdominal recurrente de localización alta, y proponemos su uso también en adultos. Debe estudiarse el posible papel de la ameba histolítica en la causa de la duodenitis crónica de algunos pacientes.

INTRODUCCION

Desde el siglo XIX se conoce la duodenitis y sin embargo, todavía no sabemos mucho acerca de su significado clínico, causal y patogénico.¹

* Especialista de I Grado en Pediatría.

** Especialista de I Grado en Gastroenterología.

La endoscopia del tracto digestivo superior ha contribuido notablemente al mejor diagnóstico de esta entidad, con la posibilidad de confirmarlo mediante la biopsia bajo visión de la mucosa duodenal.²

Se plantea que la duodenitis crónica inespecífica es una inflamación del duodeno, más comúnmente del bulbo, con una infiltración celular principalmente de células mononucleares superficiales o extendidas en capas más profundas. Se han reportado también ulceraciones microscópicas, edema,³⁻⁵ ingurgitación vascular, hemorragia y aplanamiento de las vellosidades.

El criterio endoscópico de la duodenitis es variable. Se han observado anormalidades evidentes de la mucosa como eritema, edema y pequeñas áreas blancas erosionadas con áreas hemorrágicas.^{4,5} En este aspecto, es necesario tener en cuenta que en ocasiones el enrojecimiento e incluso la hemorragia de la mucosa pueden deberse al roce instrumental con el fibroscopio o a trastornos vasomotores por el acto exploratorio.⁶

Dentro de las duodenitis de origen parasitario o asociadas al parasitismo intestinal podemos señalar a aquellas relacionadas con flagelados del tipo de la *Giardia lamblia*, nemátodos del tipo de *Ascaris lumbricoides*, uncinarias (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*) y *Strongyloides stercoralis*.

Otros parásitos, cuyo habitat final es el colon, tienen una etapa de tránsito a través del intestino delgado, y han sido señalados en épocas pasadas como responsables de algunos casos de duodenitis: éste es el caso de la *Entamoeba histolytica*⁸ y el *Trichuris trichiura*,⁷ que son mencionados por Nasio⁹ en su capítulo dedicado a las duodenopatías parasitarias. Por otra parte, algunos cestodos como la *Taenia saginata* pueden localizarse en el duodeno y producir una inflamación que Loeper¹⁰ describió bajo el nombre de síndrome piloroduodenal de la tenia hace alrededor de 50 años.

Se han mencionado otros parásitos que pueden tener una localización duodenal en el ser humano,¹¹ pero no hacemos hincapié en ellos por carecer, hasta el momento, de interés en nuestro medio.

La duodenitis, en sentido general, puede ser asintomática,^{6,12} aunque a menudo presenta un cuadro clínico variado que puede adoptar la forma de un síndrome ulceroso completo o incompleto, o bien a modo de molestias dispepticas, aunque también la duodenitis puede manifestarse a través de un sangramiento digestivo alto.¹³⁻¹⁵

El diagnóstico de la duodenitis se basa en el cuadro clínico y radiológico (poco específicos) y sobre todo en la endoscopia y biopsia duodenal,² como ya expresamos al principio.

Según la revisión de Arzuza Zuláica¹ la endoscopia y la biopsia concuerdan aproximadamente del 60 al 80 % de los casos. En nuestro medio se hizo un estudio¹⁶ de 61 casos con diagnóstico endoscópico de duodenitis crónica, con doble control anatomopatológico, y se obtuvo un índice de coincidencia que osciló entre 98.4 y 93.4 %, según los informes del primer examen histico o del segundo, respectivamente.

González Cansino et al.¹⁷ describen un aspecto endoscópico en las duodenitis asociadas a giardiasis, caracterizado por edema, enrojecimiento y erosiones de la mucosa duodenal.

En cuanto a los síntomas generales del parasitismo intestinal podemos decir que son variables y más amplios que los de la duodenitis por sí sola. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran¹⁸ el dolor abdominal con diversas localizaciones, las diarreas, la astenia, la anorexia, la pérdida de peso, la anemia, los trastornos psíquicos, el prurito anal y otros trastornos digestivos y extradigestivos.

Los principales medios diagnósticos del parasitismo duodenal son el examen repetido de muestras de heces fecales (con sus diversas técnicas) y la intubación duodenal. En los últimos años se ha hecho hincapié en los métodos de diagnóstico de la giardiasis, al tener en cuenta la frecuencia de este parasitismo en nuestro país. Estos métodos incluyen diversas técnicas para la búsqueda de la giardia en las heces fecales, contenido duodenal o en el propio tejido mucoso.¹⁹⁻²³

La técnica del frotis duodenal mediante la obtención de la muestra bajo visión endoscópica, fijándola después en metanol y luego coloreándola con Giemsa para su examen al microscopio óptico, fue utilizada con éxito por Estrada et al.²⁴ para el diagnóstico de este tipo de parasitismo. Sin embargo, la abrumadoramente alta positividad de este medio diagnóstico ha provocado cierto grado de reserva en varios colegas nuestros. Esto nos motivó a desarrollar otros medios alternativos de diagnóstico que pudieran tener algún tipo de valor no sólo para la giardiasis, sino también para otros parásitos que habitan en el duodeno o transitan por él, y que no sustituyan, sino complementen, a los métodos de diagnóstico antes mencionados. Es por eso que decidimos realizar panendoscopia con aspirado duodenal directo a un grupo de niños con síntomas predominantes de dolor abdominal recurrente, con diarreas o sin estas, y en los cuales las heces fecales repetidas y la intubación duodenal convencional habían dado resultados negativos.

MATERIAL Y METODO

Se estudian 50 niños en edades comprendidas entre 1 y 14 años cuyos síntomas principales eran el dolor abdominal recurrente de localización alta, tuvieran o no diarreas, y en los cuales los exámenes habituales de heces fecales en serie e intubación duodenal convencional habían dado resultados negativos. Para ello se les realizó a todos un examen visual con el panendoscopio de uso pediátrico tipo GIF-P3, marca Olympus, y la aspiración del contenido duodenal se realizó con un catéter de lavado tipo estándar modelo PW-2L.

La muestra así obtenida se examinó casi inmediatamente al microscopio óptico en forma directa, para determinar si existían o no parásitos.

RESULTADOS

Se les realizó aspirado duodenal directo transendoscópico a 50 niños en edades comprendidas entre 1 y 14 años, de los cuales 31 pertenecían al sexo

femenino (62 %) y 19 al sexo masculino (38 %). La distribución por edades y sexo se expone en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución por edades y sexo

Grupo de edades (años)	Sexo		Total	Porcentaje
	Masculino	Femenino		
0 - 5	0	1	1	2
6 - 10	0	5	5	10
11 - 14	19	25	44	88
Total	19	31	50	100

Fuente: Historia clínica.

Los resultados endoscópicos mostraron 15 casos dentro de límites normales, 33 casos con duodenitis crónica (4 de éstos de tipo erosivo), 10 casos con gastritis crónica y otro con un prolapso pilórico solamente. Debemos señalar que 9 pacientes de los mencionados anteriormente tenían simultáneamente gastritis crónica (GC) y duodenitis crónica (DC), lo que comúnmente denominamos gastroduodenitis crónica en el lenguaje endoscópico (tabla 2).

El aspirado duodenal directo transendoscópico mostró resultados negativos en 24 casos (48 %) y positivos en 26 (52 %). Se encontraron trofozoitos de giardias en 14 casos (28 %), quistes de ameba histolítica en 11 casos (22 %), huevos de áscaris en un paciente y de necátor en otro (2 %). Conviene señalar que una niña presentaba simultáneamente trofozoitos de giardias y quistes de ameba histolítica. La tabla 3 muestra estos resultados.

En relación con la presencia de parásitos en los pacientes que presentaban DC en la endoscopia y en aquellos que no la presentaban, nuestro estudio mostró que de los 33 casos con DC, 12 tenían trofozoitos de giardias en el aspirado duodenal (36.3 %), 8 tenían quistes de ameba histolítica (24.2 %) y uno presentó huevos de necátor (3 %). En cambio, de los 17 pacientes que no presentaban DC en la endoscopia, 2 tenían trofozoitos de giardias en el aspirado duodenal (11.7 %), 3 tenían quistes de ameba histolítica (17.6 %) y uno tenía huevos de áscaris (5.8 %). Debemos recordar que en el grupo de pacientes con DC se hallaba una niña que en el aspirado duodenal mostró simultáneamente trofozoitos de giardias y quistes de ameba histolítica. Estos resultados se exponen en la tabla 4.

Tabla 2. Hallazgos endoscópicos

Diagnóstico endoscópico	No. de casos	Porcentaje
Panendoscopia normal	15	30
Duodenitis crónica (DC)*	33	66
Gastritis crónica (GC)*	10	20
Prolapso pilórico	1	2
Total	50	100

Fuente: Historia clínica.

*Nueve de estos pacientes tenían simultáneamente GC y DC.

Tabla 3. Examen parasitológico del aspirado duodenal

Tipo de parásito	No. de casos	Porcentaje
Trofozoitos de giardias (TG)*	14	28
Quistes de ameba histolítica (QA)*	11	22
Huevos de áscaris	1	2
Huevos de necátor	1	2
Ningún parásito	24	48
Total	50	100

Fuente: Historia clínica.

*Uno de estos pacientes presentaba simultáneamente TG y QA.

Tabla 4. Presencia de parásitos en los pacientes con duodenitis crónica o sin ésta.

Diagnóstico endoscópico	No. de casos	Trofozoitos de giardias		Quistes de amebas		Huevos de Ascaris		Huevos de necátor	
		No. de casos	%	No. de casos	%	No. de casos	%	No. de casos	%
Duodenitis	33	12*	36	8*	24	-	-	1	3
Sin duodenitis	17	2	12	3	18	1	6	-	-
Total	50	14*	28	11*	22	1	2	1	2

Fuente: Historia clínica.

*Uno de estos pacientes presentaba simultáneamente trofozoitos de giardias y quistes de ameba histolítica.

DISCUSION

El aspirado duodenal directo transendoscópico probó ser un medio de diagnóstico útil en el estudio de los niños con dolor abdominal recurrente de localización alta, con o sin diarreas ya que mostró la presencia de parásitos en 26 (52 %) de los 50 casos investigados, en los cuales el examen de muestras repetidas de heces fecales y la intubación duodenal convencional habían dado resultados negativos.

Las hembras superaron en número a los varones en este estudio en proporción de 1.6: 1, lo que refleja que en nuestra casuística el sexo femenino fue más propenso que el masculino a presentar dolor abdominal recurrente alto de causa oscura. No tenemos explicación para este fenómeno.

El 88 % de los niños a los cuales se les realizó endoscopia tenían edades comprendidas entre los 11 y los 14 años, pues este medio de diagnóstico algo agresivo preferimos evitarlo en edades más tempranas de no ser absolutamente necesario.

En cuanto a los hallazgos endoscópicos, nos llamó la atención encontrar duodenitis crónica en el 66 % de los niños bajo el estudio y gastritis crónica en el 20 %, lo cual no implica necesariamente que éstas sean las causas del dolor abdominal en muchos de ellos, detalle que no debe confundirnos y llevarnos a una postura conformista en relación con el diagnóstico de cada enfermo en particular.

En relación con el examen parasitológico del aspirado duodenal trasendoscópico, pudimos observar que la presencia de giardias quedó bien demostrada en el 28 % de los pacientes (14 casos del total) y en el 36.3 % de los 33 casos que presentaban duodenitis crónica en la endoscopia. Cabe esperar que la giardiasis sea la presunta culpable de los síntomas de muchos de estos niños, pero tenemos la impresión de que a menudo se sobrevalora el papel patógeno de este parásito en nuestro medio. En los 4 pacientes con duodenitis crónica de tipo erosivo 2 tenían giardias y en los otros 2 no se demostró parasitismo alguno.

En nuestro estudio también se detectó la presencia de giardias en el 11.7 % de los 17 casos que no mostraban daño de la mucosa duodenal en la endoscopia. Estos hallazgos coinciden con los de otros autores cubanos.¹⁷

La presencia de quistes de ameba histolítica en el aspirado duodenal es motivo de controversia, y existen especialistas que la aceptan y otros que la niegan. No podemos definir si este hecho corresponde a un simple tránsito del parásito a través del duodeno para dirigirse siempre hacia el colon, o si realmente la ameba puede instalarse en algunos casos, de manera temporal o definitiva, en el duodeno y producir una duodenitis, tal como lo aceptan desde hace tiempo otros autores.⁹

Los que no simpatizan con esta idea podrían sospechar que la mejoría clínica con tratamiento específico antiamebiano en estos pacientes, se podría deber a la destrucción de presuntas giardias que nunca pudieron detectarse, pero esto en el mejor de los casos no pasaría de ser una buena especulación. La realidad nos aconseja seguir estudiando el posible papel

de la ameba histolítica en la génesis de algunas duodenitis y no encerrarnos en esquemas. El tiempo dirá la última palabra sobre este tema.

En el presente estudio, la ameba histolítica estuvo presente en 8 casos (24.2 %) de los 33 que tenían duodenitis crónica y en 3 casos (17.6 %) de los 17 casos que no la tenían endoscópicamente. Es conveniente meditar sobre estas cifras y luego relacionarlas con las opiniones que hemos vertido sobre la presencia de la ameba en el duodeno.

La presencia de huevos de áscaris en un caso sin duodenitis en la endoscopia, y de huevos de necátor en otro que sí mostraba duodenitis, no puede conducirnos a conclusiones. Es evidente que puede tratarse de un hecho casual, aunque no se puede excluir que en algún caso dichos parásitos sean capaces de producir síntomas al llegar a su estado larvario o adulto.

Nuestro estudio no se propuso realizar una investigación sobre evolución de los casos con tratamiento específico, sino desarrollar un método diagnóstico no usual en nuestro medio que sirva de complemento a los demás medios ya conocidos y difundidos en la literatura médica.

SUMMARY

Fifty children with history of recurrent upper abdominal pain, with and without diarrhea, are studied. Routine serial stool tests and conventional duodenal intubation had provided negative results. All patients underwent gastroduodenal endoscopy and this chance was taken to obtain a sample of duodenal juice by direct aspiration during endoscopy. Chronic duodenitis was found in 66 % of the children examined and chronic gastritis in 20 % of them. The presence of duodenal parasites was demonstrated in 52 % of patients undergoing the study, with *Giardia* trophozoites (28 %) and *Amoeba histolytica* cysts (22 %) being prevalent in the 50 patients examined. The direct transendoscopic duodenal aspirate is a useful diagnostic tool in the study of children with recurrent upper abdominal pain and its use is advocated in adults too. The potential role of *Amoeba histolytica* in the etiology of chronic duodenitis in some patients requires further studies.

RESUME

On étudie 50 enfants avec des antécédents de douleur abdominale récurrente de localisation haute, avec ou sans des diarrhées, et dans lesquels les examens habituels de selles en série et l'intubation duodénale conventionnelle avaient donné des résultats négatifs. On a pratiqué à tous, et on a saisi l'occasion pour obtenir un échantillon du jus duodénal par aspiration directe pendant la propre endoscopie. On a détecté une duodénite chronique dans le 66 % des enfants examinés et une gastrite chronique dans le 20 %. On a démontré la présence de parasitisme duodénal dans le 52 % des patients auxquels on avait appliqué l'étude, et on a trouvé une prédominance des trophozoïtes de *Giardia* (28 %) et des kystes d'amibe hystolytique (22 %) dans les 50 patients examinés. L'aspiration duodénale directe transendoscopique c'est un moyen de diagnostic utile pour l'étude des enfants avec de la douleur abdominale récurrente de localisation haute, et nous proposons son emploi aussi dans les adultes. On doit étudier le possible rôle de l'amibe hystolytique comme cause de la duodénite chronique dans quelques patients.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARZUA ZULAICA, E.: Duodenitis y úlcera duodenal. *Rev Esp Enf Ap Digest* 70 (1): 61, 1986.
2. BOCKUS, H. L.: Tratado de Gastroenterología. 3ra. ed. T. 1. Barcelona, Salvat Editores S. A., 1980. Pp. 478-498.
3. BECK, I. T. ET AL.: Chronic duodenitis. A clinical pathological entity. *Gut* 6: 376, 1965.
4. BELBER, J. P.: Duodenitis. An endoscopist's ruminations. *Gastrointest Endosc* 19: 57, 1972.
5. GELZAYD, E. A. ET AL.: Non-specific duodenitis. A distinct clinical entity? *Gastrointest Endosc* 19: 131, 1973.
6. FAIVRE, J. ET AL.: Etude critique du concept de duodenite. *Ann Gastroenterol Hepatol* 11 (2): 109, 1975.
7. BOCKUS, H. L.: Tratado de Gastroenterología. 3ra. ed. T. 4. Barcelona, Salvat Editores S. A., 1980. Pp. 147-213.
8. D'ANTONI, J. S.: Concepts and misconceptions in amebiasis. *Am J Trop Med* 1: 146, 1952.
9. NASIO, J.: Tratado de Gastroenterología. 1ra. ed. T. 1. Barcelona, Salvat Editores S. A., 1962. Pp. 1331-1336.
10. LOEPER, M.: Le syndrome pyloro-duodenal du taenia, aux confins de la dyspepsie. Paris, Masson, 1940.
11. BOCKUS, H. L.: Tratado de Gastroenterología. 3ra ed. T. 2. Barcelona, Salvat Editores S. A., 1980. Pp. 447-450.
12. CHAPUT, J. C. ET AL.: Les duodenitis non spécifiques. Etude de 80 cas. *Arch Fr Mal App Dig* 63: 611, 1974.
13. COTTON, P. B. ET AL.: Preliminary evaluation of duodenitis by endoscopy and biopsy. *Br Med J* 3: 430, 1973.
14. CHELI, R.: A. GIACOSA; E. BOVERO: Clinical significance of duodenal erosions. *Endoscopy* 16: 105, 1984.
15. CHELI, R.: Les duodenites. *Acta Gastroenterol Bel* 23: 110, 1970.
16. ZAMORA, J.; A. DUARTE; R. DELGADO: Correlación endoscópica y anatomopatológica en las gastritis y duodenitis crónica. *Rev Cubana Med* 26: 24, 1987.
17. GONZALEZ CANSINO, J. R. ET AL.: Diagnóstico endoscópico de la giardiasis. *Rev Cubana Med* 26: 59, 1987.
18. FERNANDEZ MIRABAL, J. E.: Manual de diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. La Habana. Ed. Pueblo y Educación, 1984.
19. SOTTO, A. ET AL.: Migración biliar y lesiones hepáticas en el parasitismo por Giardia lamblia. *Rev Cubana Invest Biomed* 1: 104, 1982.
20. Diagnóstico de la giardiasis en biopsias. Resúmenes del Simposio Nacional sobre Giardiasis. Ciudad de La Habana, 1982.
21. FRAGOSO, T.: Valor del drenaje biliar en el diagnóstico de la giardiasis. Resúmenes sobre el Simposio Nacional sobre Giardiasis. Ciudad de La Habana, 1982.
22. PEREZ BRIOSO, A.: Valor del frotis intestinal en la giardiasis. Simposio Nacional sobre Giardiasis. Ciudad de La Habana, 1982.
23. SOTTO, A.: Encuesta Nacional sobre incidencia de la giardiasis en el drenaje biliar. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 22 (1): 22, 1984.
24. ESTRADA, M. ET AL.: Panendoscopia y trasplante renal. Hallazgos endoscópicos e histológicos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 69 (5): 453, 1986.

Recibido: 22 de marzo de 1989. Aprobado: 6 de abril de 1989.

Dr. José Bustelo Aguila. Eduardo Marmol No. 252 (este). Ciego de Avila 65100, Cuba.