

ENDOSCÒPIA DIGESTIVA

L'endoscòpia digestiva engloba diferents procediments tècnics que ens permeten visualitzar una gran part de l'aparell digestiu. El desenvolupament d'aquestes exploracions ha permès, durant els últims anys, un gran avenç en l'estudi de les malalties digestives i, més específicament, en el maneig d'algunes lesions que fins ara comportaven una indicació quirúrgica, i que mitjançant els mètodes endoscòpics, es poden tractar adequadament amb menys incidència de complicacions que la cirurgia.

Quines són les exploracions endoscòpiques més utilitzades?

- Endoscòpia digestiva alta o fibrogastrososcòpia (FGS)

Aquesta exploració consisteix en la visualització directa de l'esòfag, l'estómac i el duodè mitjançant un tub flexible anomenat endoscopi que podem anar dirigint mentre avança a través del tram digestiu superior. L'aparell té, en seu extrem extern, un sistema electrònic de captació d'imatges que es transmet a una pantalla i permet la visualització directe dels segments de l'aparell digestiu per on va passant. Els beneficis de la FGS són la possibilitat de conèixer la causa d'un gran nombre de símptomes relacionats amb l'aparell digestiu alt com el dolor abdominal, les cremors, l'hemorràgia digestiva alta, la identificació de pòlips i/o tumors, etc. A més, en alguns casos l'exploració no tan sols és diagnòstica, amb visualització de les lesions i obtenció de material per estudi microscòpic (histologia), sinó també terapèutica (dilatació, col·locació de sondes i/o pròtesis per el tractament d'una estenosi; injecció, lligadura i cauterització d'una lesió sagnant com ara una **úlcer**a, variu o angiodisplàsia; extirpació de pòlips o extracció d'un cos estrany enclavat).

En ocasions, i també a través de la cavitat bucal, es pot introduir un endoscopi més llarg (enteroscopi) que ens permet, amb ajut o no d'un sistema de globus que s'inflen i es desinflen, avançar més enllà del duodè i explorar una gran part del budell prim.

- Endoscòpia digestiva baixa o colonoscòpia (FCS)

La FCS permet visualitzar el còlon i el recte mitjançant un tub flexible amb òptica anomenat colonoscopi, que s'introdueix a través de l'orifici anal. En cas de que es consideri necessari, durant l'exploració es prendran mostres (biòpsies) que amb el seu estudi microscòpic (histologia) ens poden ajudar a completar el diagnòstic de la malaltia. Els beneficis de la colonoscòpia són la possibilitat de conèixer la causa d'alguns símptomes com els canvis del ritme deposicional (diarrea o restrenyiment), dolor abdominal, o el sagnat per l'anús (rectorràgia). A més, actualment es considera l'exploració més eficaç per a la **prevenció del càncer de còlon**. En algunes ocasions (extirpació de pòlips, dilatació d'una estenosi, col·locació de sondes i/o pròtesis, cauterització o injecció de substàncies), el procediment endoscòpic no tan sols és diagnòstic sinó també terapèutic. Així, si durant l'exploració es troba un pòlip, pot extirpar-se mitjançant un llaç metàl·lic i pas de corrent elèctric de forma controlada (electrocoagulació). L'extirpació de pòlips durant la colonoscòpia és un procediment senzill, més ben tolerat i amb menys complicacions que la cirurgia.

Els procediments alternatius a la colonoscòpia són les exploracions radiològiques (ènema opac o colonografia per tomografia computada) o la càpsula endoscòpica, però presenten una menor eficàcia, no permeten l'obtenció de mostres per l'estudi microscòpic ni realitzar cap tractament.

Abans de fer-se una colonoscòpia caldrà seguir una preparació molt precisa que consisteix en l'administració de laxants (segons una pauta que li especificarà el seu metge) a fi i efecte de poder visualitzar millor tot el còlon. Caldrà estar en dejú de 6 hores i haurà de comunicar al metge que li fa l'exploració si té alguna malaltia cardíaca o respiratòria, si és portador d'una pròtesi, si té alguna al·lèrgia coneguda o presenta alteracions de la coagulació de sang o pren tractament anticoagulant com ara el Sintrom, el Plavix o l'aspirina.

Donat que aquest procediment endoscòpic pot ésser bastant mal tolerat, es sol utilitzar sedació que consisteix en l'administració de medicació (analgèsics, sedants o anestèsics) per via intravenosa per evitar-ho.

Malgrat la correcta indicació i realització de la tècnica, es poden presentar efectes secundaris i indesitjables (1-15%) com ara mareig, distensió abdominal, dolor abdominal relacionat amb la insuflació, hemorràgia, perforació, infecció, i/o alteracions cardiorespiratòries, que en alguns casos poden requerir ingrés a l'hospital o fins i tot, cirurgia.

- Colangiopancreatografia retrògrada endoscòpica (CPRE)

La CPRE és una endoscòpia alta combinada amb radiologia que permet visualitzar el duodè i els conductes biliars i pancreàtics que transporten la bilis i els enzims necessaris per a la digestió. Per a la seva realització el tub flexible s'introdueix per la boca fins al duodè. Després, es col·loca una sonda a través dels conductes biliars i pancreàtics i s'injecta un contrast que permet l'estudi radiològic. Els beneficis de la CPRE són la possibilitat de conèixer la causa dels símptomes relacionats amb patologia biliar i pancreàtica i/o identificar lesions que poder ésser tractades durant l'exploració: extracció de pedres, col·locació de pròtesis, obertura de la ampul·la, dilatació, ressecció de pòlips o drenatges.

Els riscos d'una CPRE, així com els efectes secundaris i complicacions que poden aparèixer, són poc freqüents però poden ésser greus. Entre ells, cal assenyalar: **pancreatitis** en 3-5% dels casos, hemorràgia, infecció, perforació del budell i alteracions cardiorespiratòries, situacions algunes de elles que poden requerir una estància més llarga a l'hospital o, fins i tot, cirurgia.

Els procediments alternatius són les exploracions radiològiques (tomografia computada o ressonància nuclear magnètica) les quals poden presentar en alguns casos una menor eficàcia i no estan exemptes de riscos. Una altra alternativa és la cirurgia, que té més risc de complicacions.

La sedació consistirà en l'administració de medicació (analgèsic i sedant o anestèsic) per via intravenosa. Cal tenir en compte que per fer aquesta prova s'ha d'estar entre 12 i 48 hores ingressat a l'hospital i també cal estar en dejú de 8 hores, comunicar si té alguna malaltia de base important o és al·lèrgic a fàrmacs o al contrast o rep tractament anticoagulant.

- Ecoendoscòpia o ultrasonografia endoscòpica (ECO ó USE)

L'ecoendoscòpia digestiva és una combinació d'endoscòpia i ecografia que ens permet explorar el tub digestiu per dintre però també veure alguns òrgans que es troben per fora (com ara el pàncrees), a través d'un sistema de ultrasons que està incorporat a la punta de l'endoscopi.

Els beneficis de l'ecoendoscòpia són la possibilitat de conèixer la causa d'alguns símptomes relacionats amb la patologia del tub digestiu (pàncrees, estómac, esòfag i recte), i/o l'estadificació de tumors. Per establir el diagnòstic, en alguns casos caldrà fer una punció. A més, ocasionalment pot estar indicat el drenatge de col·leccions líquides.

Les complicacions i efectes secundaris de la ecoendoscòpia són poc freqüents. Entre ells, cal assenyalar dolor abdominal, hemorràgia, infecció, **pancreatitis**, perforació i alteracions cardiorespiratòries.

Cal fer l'exploració en dejú de 8 hores i comunicar si té alguna malaltia important o rep tractament anticoagulant. S'utilitza sedació; consistent en l'administració de medicació (analgèsic i sedant o anestèsic) per via intravenosa. Sempre s'haurà que tenir en compte que ha de venir acompanyat i no es pot conduir fins passades unes 12 hores si l'exploració ha estat programada amb sedació o anestèsia. Si es fa punció i en alguns casos especials, caldrà romandre ingressat a l'hospital entre 12 i 48 hores aproximadament.

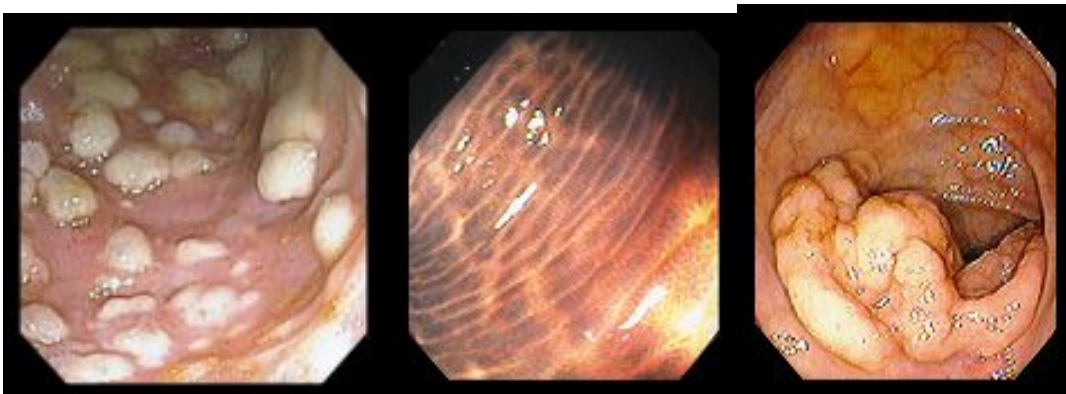
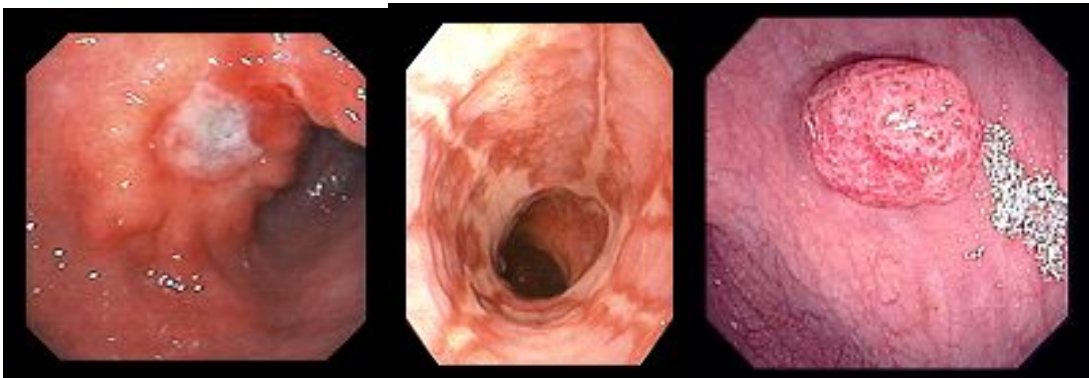
- Càpsula endoscòpica (CE)

La CE té la forma d'un medicament convencional i està formada per una bateria, una microcàmera i un sistema de recollida d'imatges. El malalt, amb un got d'aigua, s'empassa la càpsula que després va fent el recorregut del tub digestiu gràcies als moviments intestinals. Les imatges que obté s'arxiven en un aparell de registre que es col·loca a la cintura. El pacient se'n pot anar a caminar o a casa i cal que torni al cap de 6-8 hores perquè es reculli l'aparell de registre i es transfereixin les imatges al ordinador per el seu processament.

L'exploració està indicada en els pacients que presenten hemorràgia d'origen a l'aparell digestiu quan no s'ha pogut identificar la seva causa amb la utilització d'altres mètodes ben establerts per estudiar el tram digestiu superior i el colon. També es pot considerar en alguns malalts amb malaltia inflamatòria i amb poliposi intestinal.

Per fer la prova, cal fer durant 3 dies abans una dieta específica i es podrà considerar la possibilitat d'utilitzar laxants. Encara que la utilització de la CE ha demostrat ésser un mètode bastant eficaç per l'estudi del budell prim i bastant segur, hi ha alguns riscos, especialment en malalts amb sospita d'obstrucció intestinal per la causa que sigui, donat que la càpsula podria quedar enclavada i requerir altres mètodes i fins i tot cirurgia per a la seva eliminació. Normalment, la CE s'elimina en els 4 dies posteriors a l'estudi i no es reutilitza. Si passat aquest període no s'ha eliminat o el malalt presenta dolor abdominal o vòmits caldrà contactar amb l'especialista.

Aquesta exploració ha representat una extraordinària innovació tecnològica donat que permet visualitzar tot el budell prim en una sola exploració, sense necessitat d'introduir cap endoscopi i sense sedació. Darrerament s'està investigant la possibilitat de que algunes modificacions tècniques de la mateixa càpsula permetin explorar altres parts del tub digestiu com ara l'esòfag o el còlon.



Fotos: A dalt: lesions endoscòpiques del tram digestiu superior (úlcer, esofagitis i pòlip). A baix: còlon (colitis, melanosí i tumor)