

Informació per a malalts:

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 avanç 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 gràcies als mètodes endoscòpics, es poden tractar adequadament amb una menor incidència de complicacions que la cirurgia.

Quines són les exploracions endoscòpiques més utilitzades?

Endoscòpia digestiva alta (EDA, abans denominada fibrogastrososcòpia)

Aquesta exploració consisteix en la visualització directa de l'esòfag, l'estómac i del duodè mitjançant un tub flexible anomenat endoscopi que podem anar dirigint mentre avança a través del tram digestiu superior. L'aparell posseeix, en el seu extrem extern, un sistema electrònic de captació d'imatges que són transmèses a una pantalla i que permet la visualització directa dels segments de l'aparell digestiu per on va passant. Els beneficis de l'EDA 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 és tan sols 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 al tractament d'una estenosi; injecció, lligadura i cauterització d'una lesió sagnant com per exemple úlcera, 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 ajuda, o no, d'un sistema de globus que s'inflen i desinflen, avançar més enllà del duodè i explorar una gran part de l'intestí 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 considerar 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. 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 només és diagnòstic, sinó també terapèutic.

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'anus (rectorragia). A més, actualment la colonoscòpia amb extirpació de pòlips (lesió

benigna precursora del càncer) ha demostrat disminuir la incidència i mortalitat per càncer de còlon i, per això, se sol emprar com a tècnica de prevenció del càncer de còlon en individus asimptomàtics.

A Catalunya el programa de cribratge poblacional ofereix realitzar un test de sang oculta en femta a tots els individus asimptomàtics, entre 50 i 69 anys, sense antecedents personals de càncer de còlon o pòlips. Quan el test és positiu es realitza una colonoscòpia per descartar la presència d'un càncer o d'un pòlip avançat. Si durant l'exploració es troba un pòlip, aquest es pot extirpar mitjançant un llaç metàl·lic i pas de corrent elèctric de forma controlada (polipectomia). L'extirpació de pòlips durant la colonoscòpia és un procediment eficaç, senzill i 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 computeritzada) o la càpsula endoscòpica; però presenten una menor eficàcia, no permeten l'obtenció de mostres per al seu estudi microscòpic, ni realitzar cap tractament.

Abans de fer-se una colonoscòpia haurà de seguir una preparació molt precisa que consisteix en la realització d'una dieta sense residus en els dos dies previs i la ingesta de laxants per via oral en el dia previ i mateix dia de la prova (segons una pauta que li especificarà el seu metge). Aquesta preparació és fonamental perquè el còlon quedi net i el metge pugui inspeccionar detingudament les parets del còlon. D'aquesta forma els pòlips més petits o plans no passaran desapercibuts sota les restes fecals. Abans de la prova haurà d'estar en dejú de 2 a 4 hores. És important que en el moment de la programació, comuniqui al metge si pateix alguna malaltia cardíaca o respiratòria, si és portador d'una pròtesi, si té alguna al·lèrgia coneguda o presenta alteracions de la coagulació de la sang o pren tractament anticoagulant o antiagregant (Sintrom®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto® o Aspirina®).

Atès que aquest procediment endoscòpic pot ser bastant mal tolerat, se sol utilitzar sedació, que consisteix en l'administració de medicació (analgèsics, sedants o anestèsics) per via intravenosa. Ha de tenir en compte que si es realitza la prova amb anestèsia, haurà d'anar acompanyat i no podrà conduir ni realitzar activitats de risc o responsabilitat durant el dia de la prova.

Tot i la correcta indicació i realització de la tècnica, es poden presentar efectes secundaris 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 hospitalari 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 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 mitjà de contrast que permet l'estudi radiològic. Els beneficis de la CPRE són la possibilitat de conèixer la causa dels símptomes relacionats amb la patologia biliar i pancreàtica i/o identificar lesions que poden

ser tractades durant l'exploració: extracció de càlculs, col·locació de pròtesis, obertura de la ampula, dilatació, resecció de pòlips o drenatges.

Els riscos d'una CPRE, així com els efectes secundaris i complicacions que poden aparèixer, són poc freqüents però poden ser greus. Entre ells, podem assenyalar: pancreatitis en 3-5% dels casos, hemorràgia, infecció, perforació de l'intestí i alteracions cardiorespiratòries; algunes d'aquestes situacions poden requerir una estada més perllongada 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 realitzar aquesta prova cal estar entre 12 i 48 hores ingressat a l'hospital, i també cal estar en dejú de 8 hores, comunicar si es pateix alguna malaltia de base important o s'és al·lèrgic a fàrmacs o al contrast, o si es rep tractament anticoagulant.

Ecoendoscòpia o ultrasonografia endoscòpica (ECO o USE)

L'ecoendoscòpia digestiva és una combinació d'endoscòpia i ecografia, que ens permet explorar el tub digestiu per dins, però també visualitzar alguns òrgans que es troben fora del mateix (com el pàncrees), a través d'un sistema d'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 s'ha de fer una punció. A més, ocasionalment pot estar indicat el drenatge de col·leccions líquides.

Les complicacions i efectes secundaris de l'ecoendoscòpia són poc freqüents. Entre ells, cal destacar dolor abdominal, hemorràgia, infecció, pancreatitis, perforació i alteracions cardiorespiratòries.

S'ha de fer l'exploració en dejú de 8 hores i comunicar si es pateix alguna malaltia important o si es rep tractament anticoagulant. S'utilitza sedació, consistent en l'administració de medicació (analgèsic i sedant, o anestèsic) per via intravenosa. Sempre cal 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 realitza una punció, i en alguns casos especials, haurà de quedar ingressat a l'hospital entre 12-48 hores aproximadament.

Càpsula endoscòpica (CE)

La CE té la forma d'un medicament convencional i està composta per una bateria, una microcàmera i un sistema de captura d'imatges. El malalt s'empassa la càpsula amb un got d'aigua i aquesta va recorrent el tub digestiu gràcies als moviments intestinals. Les imatges obtingudes s'arxiven en un dispositiu de registre que es col·loca a la cintura. El pacient pot sortir a caminar o al seu domicili i ha de tornar 6-8 hores més tard perquè es reculli el dispositiu de registre i es transfereixin les imatges a l'ordinador per al seu processament.

L'exploració està indicada en pacients que presenten hemorràgia d'origen 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 còlon. També es pot plantejar el seu ús en alguns pacients amb malaltia inflamatòria i en casos de poliposi intestinal.

Per realitzar la prova, cal seguir durant 3 dies abans una dieta específica i es pot considerar la possibilitat d'utilitzar laxants. Tot i que la utilització de la CE ha demostrat ser un mètode bastant eficaç per a l'estudi de l'intestí prim i bastant segur, hi ha riscos, especialment en malalts amb sospita d'obstrucció intestinal per qualsevol causa, atès que la càpsula podria quedar enclavada i requerir altres mètodes, fins i tot cirurgia per ser esborrat. 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 s'ha de contactar amb l'especialista.

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

Webs d'interès

Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED):

<http://www.wseed.org/index.php/enlaces/pacientes>