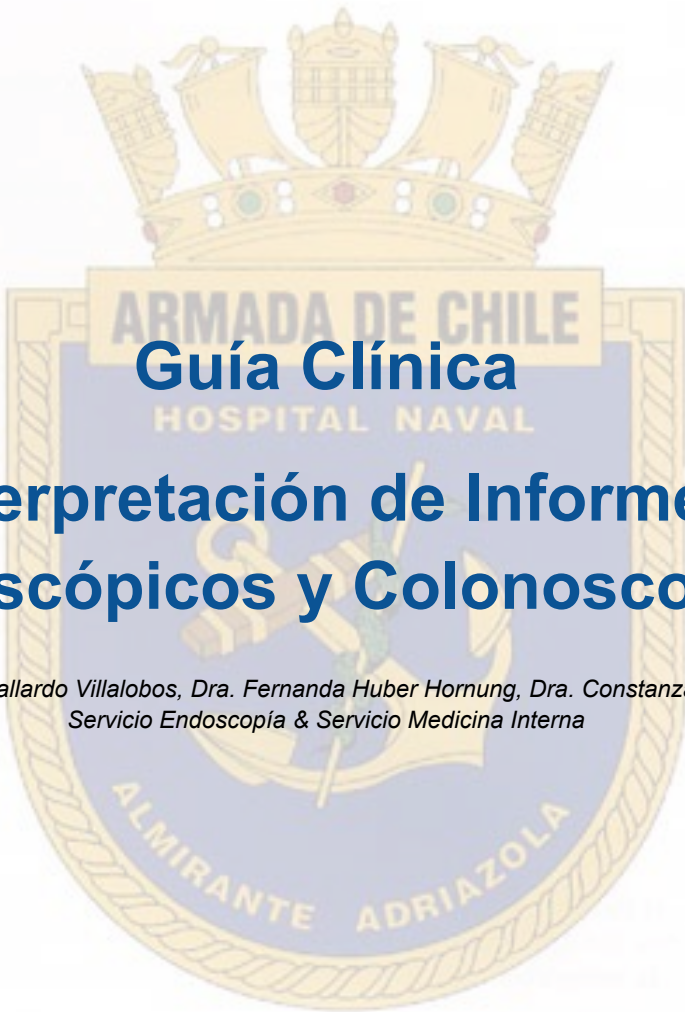




Guía Clínica

Interpretación de Informes Endoscópicos y Colonoscopias

*Dr. Alvaro Gallardo Villalobos, Dra. Fernanda Huber Hornung, Dra. Constanza Vergara
Servicio Endoscopía & Servicio Medicina Interna*

Hospital Naval "Almirante Adriaizola"

Documento desarrollado para uso institucional. Basado en guías nacionales e internacionales, 2025



Índice

Índice	2
Parte I: Endoscopia Alta	3
1. Solicitud de endoscopia: cómo y cuándo solicitarla correctamente	3
2. Lectura básica del informe endoscópico:	4
3. Hallazgos frecuentes y conducta sugerida:	4
a) Esófago de Barrett:	4
b) Esofagitis	4
c) Hernia hiatal:	5
d) Úlcera gástrica:	5
e) Úlcera duodenal:	5
f) Gastropatía crónica (OLGA/OLGIM):	5
g) Neoplasias digestivas:	6
Resumen de seguimiento endoscópico de lesiones frecuentes:	7
Parte II: Colonoscopia	7
1. Cuándo indicar colonoscopia de cribado:	7
2. Lectura del informe de colonoscopia:	7
3. Control posterior según hallazgos:	7
4. Otros escenarios frecuentes:	7
Notas finales:	8
Referencias	9

Parte I: Endoscopia Alta

1. Solicitud de endoscopia: cómo y cuándo solicitarla

La solicitud de un estudio endoscópico debe tener un **motivo clínico claro que lo justifique** y guiará la manera de cómo se realiza el mismo. Este motivo debe ser adjuntado dentro de la solicitud del examen y no se deben usar términos genéricos como “gastritis” para la solicitud de este.

Ejemplos adecuados:

- Dispepsia persistente
- Dolor epigástrico recurrente
- Anemia ferropénica
- Pérdida de peso sin causa
- Pesquisa por antecedentes familiares
- Síntomas de reflujo severo o refractario
- sospecha de enfermedad celíaca,
- etc.

Pacientes menores de 40 años no requieren de estudio endoscópico para la pesquisa de *Helicobacter pylori*, **se debe preferir test menos invasivos** como por ejemplo el test de *Helicobacter* en deposiciones, lo mismo para pacientes que requieren control post erradicación de *Helicobacter*.

El estudio endoscópico además de permitir la observación directa tiene la ventaja de poder realizar biopsias, esto no se realiza en todos los casos sino que se debe solicitar dentro de la orden del examen.

Cuando solicitar biopsias:

- Se desea etapificar riesgo de cáncer gástrico (sospecha de atrofia/metaplasia OLGA/OLGIM).
- Hay sospecha de enfermedad celíaca (duodeno).
- Cuando exista una lesión sospechosa o irregularidad mucosa focal (el endoscopista tomará biopsias a pesar de no haber sido solicitadas en la orden).

Por último recordar que si el paciente requiere de endoscopia digestiva alta y colonoscopia estos pueden **ser realizados en una misma oportunidad**. Esto significa la necesidad de solo una sedación, una preparación y ayuno y control con ambos resultados posteriormente

2. Lectura básica del informe endoscópico:

Posterior a la realización del estudio endoscópico se realizará un control médico con los resultados, es crucial que el médico general sepa interpretar estos para una correcta derivación o tratamiento oportuno según el caso.

Los resultados de la endoscopia digestiva alta deben interpretarse según el motivo y clínica por el cual se realizó el examen, por ejemplo dispepsia, anemia, dolor, reflujo, pesquisa, etc. y se deberá



indicar el tratamiento adecuado, solicitar estudio complementario (ej manometría de esófago) o derivación oportuna (ej. Interconsulta cirugía digestiva por cáncer gástrico).

El estudio endoscópico en el detalle del informe mostrará los hallazgos por cada sección anatómica: esófago, estómago, bulbo, segunda porción duodenal. Además se detalla si se tomaron biopsias y para qué fines (*Helicobacter*, histología, OLGA/OLGIM, etc.).

Por último se debe revisar el resultado del test de ureasa, en el caso de que este tenga resultado positivo siempre debe ser erradicado. No olvidar que se deben identificar a los residentes del paciente para una buena erradicación.

Hallazgo	Medidas
Esofagitis	Tratar
Barrett	Definir seguimiento
Hernia tipo III	Complementar estudio y derivar
etc..	

3. Hallazgos frecuentes y conducta sugerida:

a) Esófago de Barrett:

- Requiere biopsias según protocolo de Seattle y una observación dedicada a la zona (Luz blanca, HD, NBI y magnificación) por lo que no es posible en cualquier centro.
- Confirmar que el examen incluye biopsias de zonas sospechosas.
- En el caso de haber metaplasia intestinal confirmada:
 - Sin displasia (biopsias tomadas con protocolo de Seattle) se sugiere endoscopia de control cada 3-5 años.
 - Con displasia: manejo especializado urgente (posible terapia endoscópica o cirugía), derivar a policlínico cerrado endoscopia (Dr. Gallardo).
- En caso de no contar con biopsias se deberá repetir en un centro que tenga la capacidad de tomarlas.

b) Esofagitis

El informe trae adjunto el grado de esofagitis según la clasificación de Los Ángeles:

- Grado A-B: iniciar tratamiento con inhibidor de bomba de protones (IBP) por 4-8 semanas. Reevaluar solo si los síntomas persisten.
- Grado C-D: derivar a especialista gastroenterología. Considerar evaluación de esofago de Barrett.



c) Hernia hiatal:

Habitualmente corresponde a un hallazgo incidental, puede estar asociado a síntomas de reflujo, en este caso debe iniciarse tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). No requiere seguimiento endoscópico rutinario.

Derivar a cirugía digestiva si:

- Síntomas persistentes a pesar de tratamiento médico óptimo.
- Hernias mayores a 5 cm, con reflujo severo, esofagitis grave, tipo II/III o esófago de Barrett.
- Presenta complicaciones como úlcera de Cameron, anemia crónica o historia de aspiración.

d) Úlcera gástrica:

En el caso de que se informe úlceras gástricas se debe iniciar tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) por 8 semanas y erradicar *Helicobacter* si está presente. La biopsia informa sobre la benignidad de la lesión.

A pesar de que las lesiones sean de aspecto benigno, siempre requiere de control con endoscópico posterior al tratamiento hasta demostrar cicatrización completa y descartar malignidad. En el caso de persistencia o duda se debe derivar al especialista.

e) Úlcera duodenal:

En el caso de que se informe úlceras duodenales se debe iniciar tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) por 4-8 semanas y erradicar *Helicobacter* si corresponde.

A diferencia de las úlceras gástricas no requiere control endoscópico de rutina si no hay factores de riesgo ni hallazgos sospechosos.

f) Gastropatía crónica (OLGA/OLGIM):

El Informe indicará si hay presencia de atrofia o metaplasia intestinal y su localización. Se debe utilizar OLGA/OLGIM, en el caso de que el resultado sea $\geq$ II se debe realizar vigilancia endoscópica según la siguiente tabla.

Además, se recomienda buscar y tratar *Helicobacter pylori* en el caso de que no se haya realizado en estudios previos.

Grupo de riesgo	Intervalo
OLGA/OLGIM II	Cada 4 años
OLGA/OLGIM III-IV	Cada 2 años
GCA con MI corporal o incompleta	Cada 2 años
Displasia baja o alta sin lesión	6 meses y luego anual



Grupo de riesgo	Intervalo
Post resección de neoplasia gástrica incipiente	3-6 meses y luego anual
Antecedentes familiares de CG (con o sin H. pylori)	Cada 5 años

g) Neoplasias digestivas:

- Toda lesión sospechosa o confirmada de neoplasia requiere derivación rápida.
- No repetir endoscopia, salvo indicación expresa del especialista.
- Confirmar si hay biopsias e informar si el paciente está siendo evaluado para cirugía o tratamiento oncológico.

Resumen de seguimiento endoscópico de lesiones frecuentes:

Hallazgo	¿Requiere control endoscópico?	Frecuencia recomendada
Esófago de Barrett (sin displasia)	Sí	Cada 3-5 años con protocolo de Seattle
Esofagitis leve (A-B)	No	Solo si persiste
Esofagitis severa (C-D)	Sí	Derivar a especialista
Hernia hiatal	No	Evaluar según síntomas y tamaño
Úlcera gástrica benigna	Sí	Hasta cicatrización completa
Úlcera duodenal	No	No rutinario
OLGA/OLGIM $\geq$ II	Sí	Cada 3 años
Neoplasia sospechosa	Sí	Derivación inmediata



Parte II: Colonoscopia

1. Cuándo indicar colonoscopia de cribado:

A partir de los 50 años se recomienda el inicio de cribado mediante colonoscopia en personas asintomáticas con riesgo promedio. Este se puede adelantar desde los 40 años en pacientes con riesgo mayor, aquellos con antecedentes de familiares con cáncer de Colon o recto se recomienda inicio de cribado 10 años antes de la edad de inicio del familiar con presentación más joven.

Además se recomienda solicitarla en aquellos pacientes con resultado positivo en test de sangre oculta en deposiciones.

2. Lectura del informe de colonoscopia:

Revisar en el informe la calidad de la preparación: "adecuada" o "inadecuada". Además revisar si el estudio pudo realizarse de forma completa (estudio abarca el ciego)

Dentro del informe se indicarán los hallazgos según la sección en que fueron encontrados. Algunos ejemplos son pólipos (cantidad, tamaño, tipo), lesiones, biopsias y resección completa de lesiones.

3. Control posterior según hallazgos:

- Colonoscopia normal y buena preparación: repetir en 10 años.
- 1-2 pólipos <10 mm (adenoma): control en 7-10 años.
- 3-10 adenomas, o ≥ 1 ≥ 10 mm, o con displasia de alto grado: control en 3 años.
- Pólipo vellosos o >10 adenomas: control en 1 año.
- Lesión sospechosa o cáncer: derivación inmediata. No repetir sin indicación de un especialista.

4. Otros escenarios frecuentes:

- Colonoscopia incompleta: derivar para repetir.
- Pólipos sin tipificación histológica: esperar resultado antes de decidir.
- Mala preparación:
 - Boston < 6
 - 6-7 con un segmento $\leq$ se debe repetir en corto plazo según criterio clínico.

5. Diverticulosis colónica

- **Definición:** Presencia de divertículos (hernias de mucosa y submucosa) en el colon, más común en el sigmoideos.
- **Importancia clínica:** Benigna en la mayoría de los casos; puede asociarse a sangrado diverticulitis.
- **Conducta:**
 - **Asintomática:** No requiere control ni tratamiento específico.
 - **Con sangrado activo:** considerar manejo endoscópico si visible (clips, coagulación).
 - **Con diverticulitis previa:** evaluar necesidad de control imagenológico o seguimiento quirúrgico si recurrente.



- **Recomendación:** No repetir colonoscopia por la sola presencia de diverticulosis.

6. Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

- **Hallazgos posibles:** Eritema difuso, friabilidad, erosiones, úlceras, pseudopólipos, patrón de distribución segmentaria o continua.
- **Importancia clínica:** Requiere confirmación histológica y evaluación por gastroenterología.
- **Conducta:**
 - Siempre tomar **biopsias múltiples**, incluso en mucosa normal (recto, sigmoides, íleon terminal).
 - **Derivar a especialista en EII** si el informe o biopsias son sugerentes de colitis crónica (CU, Crohn o colitis indeterminada).
 - Solicitar **calprotectina fecal**, hemograma, PCR y perfil hepático como parte de la evaluación.
 - **Recomendación:** No tomar decisiones de tratamiento sin histología.

7. Sospecha de poliposis (pólipos múltiples, >10)

- **Definición:** Presencia de 10 o más pólipos, adenomatosos o serrados, en una sola colonoscopia.
- **Importancia clínica:** Puede corresponder a un síndrome de poliposis (FAP, MAP, SPS).
- **Conducta:**
 - Confirmar histología (adenomas, pólipos serrados, hamartomas).
 - Evaluar **antecedentes familiares** de CCR o pólipos.
 - **Derivar a unidad de alto riesgo o genética oncológica.**
 - Si se trata de pólipos serrados múltiples, considerar **síndrome de poliposis serrada (SPS)**
- **Recomendación (ESGE/ASGE):**
Si se encuentran ≥ 10 adenomas: realizar colonoscopia de control en 1 año.
Si hay sospecha de síndrome genético: seguimiento intensivo y estudio familiar.

8. Angiodisplasia

- **Definición:** Malformación vascular submucosa, generalmente en colon derecho, aspecto de "araña vascular".
- **Importancia clínica:** Puede sangrar de forma intermitente o crónica (anemia).
- **Conducta:**
 - Si **asintomática**, no requiere intervención.
 - Si hay sangrado activo o anemia crónica sin otra causa: considerar **tratamiento endoscópico** (coagulación con APC, clips).
 - Requiere evaluación de **comorbilidades** asociadas (estenosis aórtica, enfermedad renal crónica).
- **Recomendación:** No repetir colonoscopia por angiodisplasia única y asintomática.



Notas finales:

- Siempre evaluar contexto clínico: síntomas, antecedentes familiares, comorbilidades.
- Derivar si hay dudas o hallazgos complejos.
- Utilizar IBP de manera racional.
- Promover la erradicación de *Helicobacter pylori* según guías locales.

Nota importante: Esta guía es solo una herramienta de apoyo clínico y no pretende definir de forma absoluta el manejo de cada paciente. Su objetivo es ordenar y aclarar procesos frecuentes en atención general. Incluye adaptaciones de recomendaciones nacionales e internacionales, y se sugiere conocer en detalle las guías de la Asociación Chilena de Endoscopía Digestiva (ACHED).



Referencias

1. Japanese Gastric Cancer Association. (2011). *Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. Gastric Cancer*, 14(2), 101–112.
2. Pimentel-Nunes, P., Libânio, D., Marcos-Pinto, R., Areia, M., Leja, M., Esposito, G., ... & Dumonceau, J. M. (2019). Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II). *Endoscopy*, 51(4), 365–388.
3. ASGE Standards of Practice Committee. (2020). Role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. *Gastrointestinal Endoscopy*, 91(3), 446–458.e1.
4. Gupta, S., Lieberman, D., Anderson, J. C., Burke, C. A., Dominitz, J. A., Kaltenbach, T., ... & Robertson, D. J. (2020). ASGE guideline on the management of colonic polyps: Surveillance after resection. *Gastrointestinal Endoscopy*, 91(3), 463–485.e5.
5. Hassan, C., Antonelli, G., Dumonceau, J. M., Regula, J., Bretthauer, M., Chaussade, S., ... & Spada, C. (2020). Post-polypectomy and post-colorectal cancer resection surveillance: ESGE Guideline. *Endoscopy*, 52(8), 687–700.
6. Ferlitsch, M., Moss, A., Hassan, C., Bhandari, P., Dumonceau, J. M., Paspatis, G., ... & Dekker, E. (2017). Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): ESGE Clinical Guideline. *Endoscopy*, 49(3), 270–297.
7. Rutter, M. D., Chattree, A., Barbour, J. A., Thomas-Gibson, S., Saunders, B. P., Anderson, J., ... & Valori, R. M. (2020). British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland guidelines for colorectal polyp surveillance: 2019 update. *Gut*, 69(2), 201–223.
8. World Endoscopy Organization (WEO). (2023). *WEO Colorectal Cancer Screening Guidelines 2023*. <https://worldendo.org/>
9. Pohl, H., Rex, D. K., Hassan, C., Senore, C., & Pellisé, M. (2016). Optical diagnosis of diminutive colorectal polyps: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*, 48(4), 291–301.
10. Yao, K., Doyama, H., Gotoda, T., Ishikawa, H., Nagahama, T., Yokoi, C., ... & Yoshida, S. (2016). Magnifying Endoscopy Simple Diagnostic Algorithm for early gastric cancer (MESDA-G). *Digestive Endoscopy*, 28(4), 379–393.
11. Asociación Chilena de Endoscopia Digestiva (ACHED). (2023). *Guía de Manejo de Pólipos Colónicos y Vigilancia Postpolipectomía*.
12. Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Guía Clínica Cáncer Gástrico*. <https://www.minsal.cl/>
13. Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Guía Clínica Cáncer Colorrectal*. <https://www.minsal.cl/>