

## Terminología Estándar Mínima

### ¿Como informaría esta lesión?

(Ejercicio de semiología endoscópica utilizando Terminología Estándar Mínima)

#### 1-Introducción

En el informe endoscópico podemos usar texto libre o la terminología, definiciones y criterios diagnósticos propuestos por la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED). La OMED cuenta para este fin con el trabajo de Z Maratka y colaboradores (1), o con la Terminología Estándar Mínima (TEM) (2). Este taller se desarrollara utilizando la TEM.

Hay tres pasos en la confección de un informe endoscópico (1):

- 1-Descripción.
- 2-Interpretación.
- 3-Diagnóstico Final.

##### 1-1-Descripción:

Como en cualquier técnica, en endoscopia deben utilizarse los términos apropiados para describir los hallazgos; siendo esencialmente un método visual la endoscopia describe los caracteres macroscópicos de la parte interna del tubo digestivo, especialmente: luz, contenido, mucosa, lesiones planas, lesiones protruyentes, y lesiones excavadas.

La descripción debe ser tan objetiva como sea posible.

***La parte descriptiva utiliza términos relacionados con los caracteres macroscópicos.***

Los términos descriptivos han sido organizados según el tipo de examen (Endoscopia alta, Colonoscopia, Colangiopancreatografía endoscópica retrograda), y estos a su vez agrupados de la siguiente manera:

1-**Lumen (Luz)**: términos que describen anomalías en el tamaño del órgano, deformidades, compresión y la evidencia de cirugía previa.

2-**Contenido**: términos que describen la presencia de cualquier material dentro del órgano.

4-**Mucosa**: términos que describen el patrón de la mucosa ya sea en toda la mucosa o en áreas.

5- **Lesiones Planas**: lesiones individuales a la altura del mismo plano de la mucosa.

6-**Lesiones Protruyentes**: lesiones individuales que crecen sobre el plano de la mucosa.

7-**Lesiones Excavadas**: Lesiones individuales cuya superficie esta por debajo del plano de la mucosa.

##### 1-2-Interpretación:

Expresa la interpretación provisional de los hallazgos en el sentido de un intento de diagnóstico clínico. Incluye las opiniones subjetivas del explorador.

**1-3-Diagnóstico Final:**

La descripción macroscopica junto con la citología o la biopsia hace una conclusión final.

**2-Desarrollo:**

**2-1- ¿Como informaría esta lesión? (Reunión Pergamino 17/04/04)**



<i>Esófago</i>					
<i>Luz</i>	<i>Contenido</i>	<i>Mucosa</i>	<i>Lesión Plana</i>	<i>Lesión Protruyente</i>	<i>Lesión excavada</i>
<b>Hernia de hiato</b>		<b>Esofagitis</b>			
		<b>Esófago de Barret ?</b>			

Hernia de hiato (1): La unión gastro-esofágica (Línea Z), penetra en el tórax a través del hiato esofágico de forma intermitente o permanente.

<i>TITULOS</i>	<i>TERMINOS</i>	<i>ALTERACIONES</i>	<i>ATRIBUTOS AÑADIDOS</i>	<i>LOCALIZACION</i>
<b>Luz</b>	<b>Hernia de Hiato</b>	Tamaño / Volumen	Pequeña	
			Mediano	
			Grande	
		Lugar de la línea Z	cm desde los incisivos	
		Lugar de la estrechez hiatal	cm desde los incisivos	

Esófagitis (1): Es un diagnóstico histológico pero puede ser sugerido endoscópicamente por los siguientes motivos mucosa roja, ulcerada, exudado muco-purulento, friabilidad o hemorragia, línea Z borrosa.

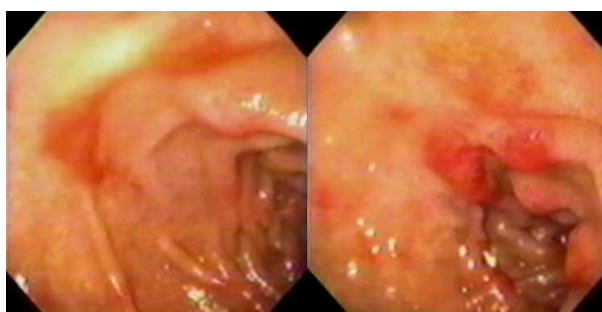
<i>TITULOS</i>	<i>TERMINOS</i>	<i>ALTERACIONES</i>	<i>ATRIBUTOS AÑADIDOS</i>	<i>LOCALIZACION</i>
<b>Mucosa</b>	<b>Esófagitis</b>	Grado (1)	Grado I	Borde superior (cm desde los incisivos)
			Grado II	
			Grado III	
			Grado IV	
		Sangrado	Si	
			No	

(1) Los grados se definen de acuerdo con la clasificación de Savary-Miller (Scand. J. Gastroenterol. 1984; 19: 26-44).

Esófago de Barret (1): Parte del esófago distal está cubierto por epitelio de tipo gástrico, la línea Z puede estar rechazada hasta la compresión aórtica.

<i>TITULOS</i>	<i>TERMINOS</i>	<i>ALTERACIONES</i>	<i>ATRIBUTOS AÑADIDOS</i>	<i>LOCALIZACION</i>
	<b>Esófago de Barret</b>	Distancia	Línea Z	Cm desde los incisivos
		Distancia	Extremo superior de pliegues gástricos	Cm desde los incisivos

**2-2- ¿ Como informaria esta lesión ? (Reunión Chacabuco 26/06/04)**



<i>Duodeno</i>					
<i>Luz</i>	<i>Contenido</i>	<i>Mucosa</i>	<i>Lesión Plana</i>	<i>Lesión Protruyente</i>	<i>Lesión excavada</i>
		<b>Eritematosa</b> (Hiperémica)			
		<b>Congestiva</b> (Edematosa)			

Mucosa roja, eritema, mucosa congestiva, hiperemia(2): Durante prolongadas discusiones sobre qué términos debían ser incluidos en la TEM, se puso de manifiesto que todos los términos anteriormente mencionados se usaron para definir aproximadamente lesiones similares o para patrones de la mucosa. Finalmente se llegó al acuerdo de que sólo era necesario distinguir entre una mucosa de aspecto eritematoso o congestivo. La *mucosa eritematosa* se define como una mucosa con enrojecimiento focal o difuso sin ninguna otra modificación; la *mucosa congestiva*, por otra parte, se define como la combinación de eritema con una mucosa edematosa, hinchada o friable. Debido a la gran sobreposición de estos términos, se acordó que hiperemia fuera equivalente a eritema y edematoso equivalente a mucosa congestiva. Por ello estas palabras podrían ser usadas como una alternativa pero no añadidas simultáneamente al número de términos utilizados.

<b>TITULOS</b>	<b>TERMINOS</b>	<b>ALTERACIONES</b>	<b>ATRIBUTOS AÑADIDOS</b>	<b>LOCALIZACION</b>	
<b>Mucosa</b>	<b>Eritematosa (Hiperémica)</b>	Extensión	Localizada	Lugar(es)	
			Parcheada		
			Difusa		
		Sangrado	Si		
			No		
			Estigmas de sangrado	Si	
				No	
		<b>Congestiva (Edematosa)</b>	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada		
			Difusa		
Sangrado	Si				
	No				
		Estigmas de sangrado	Si		
			No		

**2-3- ¿ Como informaria esta lesión ? (Reunión Bragado 07/08/04)**



<i>Colon</i>					
<i>Luz</i>	<i>Contenido</i>	<i>Mucosa</i>	<i>Lesión Plana</i>	<i>Lesión Protruyente</i>	<i>Lesión excavada</i>
				<b>Pólipo(s)</b>	
				<b>Tumor/Masa</b>	

Polipo(1): Protrusión circunscripta sobre la mucosa sesil o pediculada

<b>TITULOS</b>	<b>TERMINOS</b>	<b>ALTERACIONES</b>	<b>ATRIBUTOS AÑADIDOS</b>	<b>LOCALIZACION</b>
<b>Lesiones protuyentes</b>	<b>Pólipo(s)</b>	Número	Si son menos de 5, especificar Si son mas de 5 : Cuantos Múltiples	Lugar(es)
		Extensión	Localizada	
			Segmentaria	
			Difusa	
		Tamaño	en mm	
		Pedículo	Sésil	
			Pediculado	
		Sangrado	Si	
			No	

Tumor, masa(2): En las recomendaciones originales del Comité, la palabra "tumor" se usó para describir cualquier lesión que parece de naturaleza neoplásica, pero sin ningún intento de decir si es benigna o maligna. No se utiliza para las lesiones pequeñas tales como gránulos, pápulas, etc., tampoco para otras lesiones protuyentes como pólipos, varices o pliegues gigantes. La revisión conjunta con la ASGE reveló dificultades con este término dado que en los EEUU, los pacientes asumen que el tumor es una lesión maligna. Por esta razón, se acordó que el término "masa" podría ser utilizado como un término equivalente cuando sea necesario.

<b>TITULOS</b>	<b>TERMINOS</b>	<b>ALTERACIONES</b>	<b>ATRIBUTOS AÑADIDOS</b>	<b>LOCALIZACIÓN</b>
<b>Lesiones protuyentes</b>	<b>Tumor/Masa</b>	Tamaño	Pequeña	Lugar(es)
			Mediano	
			Grande	
			Diámetro mayor en mm	
		Longitud	en cm	
		Tipo	Submucoso	
			Vegetante	
			Ulcerado	
			Infiltrante	
			Velloso	
		Obstructivo	Parcial	
			Completo	
		Circunferencia	Si	
			No	

		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	

**Bibliografía:**

1. Maratka Z. Terminology, Definitions and Diagnostic Criteria in Digestive Endoscopy, Third Edition. Bad Homburg: Normed Verlag, 1994.
2. Minimal standard terminology in digestive endoscopy. Endoscopy. 2000; 32:162-88.