

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

MINIMAL STANDARD TERMINOLOGY Ó

(Tomado de la página oficial de la Organización Mundial de Endoscopía Digestiva - www.omed.org -)

Editor Internacional: Michel Delvaux

Editor ASGE: Louis Y. Korman

Posición: Versión 2.0h

Fecha: 9 de Marzo de 1999.

Procedencia: Joint Committee For Minimal Standard Terminology of ESGE, ASGE, OMED.

Copyright (Derechos de autor) y Términos de uso

Copyright 1995 Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE). Reservados los derechos.

Esta frase debe mostrarse en cada copia del MST, en todos los manuales y otro material utilizado en relación con el MST, incluyendo medios electrónicos (disquetes, CD-ROM, etc.) y debe estar visible en los ficheros de textos cargados en los disquetes o en el Internet. El permiso se concede por este medio, sin acuerdo escrito y sin licencia de honorarios, para utilizarlo, copiarlo o distribuir el Minimal Standart Terminology (MST) para cualquier propósito.

La intención del MST no es la de definir la realización de bases de datos sino suministrar una terminología standard para usarla por la comunidad endoscópica en la creación de los informes de endoscopia.

Los usuarios del MST están de acuerdo con las siguientes condiciones:

Incluirán avisos de los derechos de autor y términos de uso en cualquier copia de la base de datos MST que se distribuya.

No cambiarán ningún contenido en los campos MST definidos. Los usuarios pueden añadir sus propios campos en la base de datos si desean adjuntar información adicional a la ya existente en el MST. Si se añaden nuevas grabaciones en el MST para ser conformes con los requisitos locales, estas grabaciones deben ser identificadas por separado de lo del MST. Este mecanismo de identificación facilita el intercambio de información sin crear términos superfluos.

La ESGE y los miembros del Comité de Minimos Standard de la ESGE no aceptan la responsabilidad por cualquier omision o error en el MST y todas las AUTORIZACIONES EXPLICITAS o IMPLICITAS INCLUYENDO AQUELLAS ACERCA DE LA COMERCIALIZACION o CONVENIENCIA DE UN PROPOSITO DETERMINADO , SON RECHAZADAS.

Tabla de contenidos

TABLA DE CONTENIDOS	3
LISTA DE TABLAS	5
DEFINICIONES, SIMBOLOS Y ABREVIACIONES	6
1.0 AVANCE	7
2.0 INTRODUCCIÓN	7
2.1 ORGANIZACIÓN GENERAL.....	9
2.2 DECISIONES SOBRE TERMINOS DIFICILES	9
2.2.1 <i>Estenosis</i>	9
2.2.2 <i>Mucosa roja, eritema, mucosa congestiva, hiperemia</i>	9
2.2.3 <i>Mucosa esclerosada</i>	9
2.2.4 <i>Erosión, afta</i>	10
2.2.5 <i>Tumor, masa</i>	10
2.2.6 <i>Angiectasia</i>	10
2.2.7 <i>Cicatriz</i>	10
2.2.8 <i>Oclusión, obstrucción</i>	10
2.2.9 <i>Mucosa ulcerada</i>	11
2.3 LOCALIZACION DE LAS LESIONES: PRINCIPIOS Y DECISIONES DE CONSENSO.....	11
2.3.1 <i>Principios generales</i>	11
2.3.2 <i>Decisiones en localizaciones difíciles</i>	11
3.0 ANATOMIA ENDOSCOPICA STANDARD.....	17
3.1 LOCALIZACIONES ANATOMICAS STANDARD.....	17
3.1.1 <i>Localizaciones del Tracto Gastrointestinal Superior</i>	17
3.1.2 <i>Localizaciones del tracto gastrointestinal inferior</i>	18
3.1.3 <i>Localizaciones CPRE (ERCP)</i>	18
3.2 CARACTERISTICAS DE LA EXPLORACION	19
3.2.1 <i>Principios y ámbito</i>	19
3.2.2 <i>Lista de términos que describen la extensión de la exploración</i>	20
4.0 TERMINOS ENDOSCOPICOS STANDARD	22
4.1 AMBITO.....	22
4.1.1 <i>Consideraciones generales</i>	22
4.1.2 <i>Atributos añadidos y localizaciones</i>	22
4.2 LISTA DE TERMINOS PARA LA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA.....	23
4.2.1 <i>Lista de términos para el esófago</i>	23
4.2.2 <i>Lista de términos del estómago</i>	26
4.2.3 <i>Lista de términos para el duodeno y yeyuno</i>	31
4.3 LISTA DE TERMINOS PARA LA COLONOSCOPIA	34
4.4 LISTA DE TERMINOS PARA LA CPRE (ERCP).....	38
4.4.1 <i>Lista de términos para el duodeno</i>	38
4.4.2 <i>Lista de términos para la papila mayor</i>	39
4.4.3 <i>Lista de términos para la papila menor</i>	40
4.4.4 <i>Lista de términos para el páncreas</i>	40
4.4.5 <i>Lista de términos para la vía biliar</i>	41
4.5 DIAGNOSTICOS ADICIONALES Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.....	43
4.6 COMPLICACIONES	47
5.0 MOTIVOS PARA LA ENDOSCOPIA	48
5.1 AMBITO.....	48

5.2	MOTIVOS PARA LA EXPLORACION.....	48
5.2.1.	<i>Endoscopia gastrointestinal alta</i>	48
5.2.2	<i>Endoscopia Gastrointestinal Baja</i>	49
5.2.3	<i>CPRE (ERCP)</i>	50
6.0	DIAGNOSTICO	51
6.1	AMBITO.....	51
6.2	LISTA DE DIAGNOSTICOS PARA EL TRACTO GASTROINTESTINAL ALTO.....	51
6.2.1	<i>Esófago</i>	51
6.2.2	<i>Estómago</i>	52
6.2.3	<i>Duodeno</i>	53
6.3	LISTA DE DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIA GASTROINTESTINAL BAJA.....	54
6.3	LISTA DE DIAGNOSTICOS DE CPRE (ERCP)	55
6.3.1	<i>Páncreas</i>	55
6.3.2.	<i>Vía Biliar</i>	55
7.0	BIBLIOGRAFIA	57
8.0	HISTORIA DE LAS REVISIONES	58

Lista de tablas

TABLA 1. LUGARES PARA LA LOCALIZACION DE LOS HALLAZGOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR.	17
TABLA 2. LUGARES PARA LA LOCALIZACION DE LOS HALLAZGOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL INFERIOR.	18
TABLA 3. LUGARES PARA LA LOCALIZACION DE LOS HALLAZGOS DE LA CPRE (ERCP).	18
TABLA 4. TERMINOS QUE DESCRIBEN LA EXTENSION Y LIMITES DE LA EXPLORACION ENDOSCOPICA GASTROINTESTINAL SUPERIOR Y COLONOSCOPIA.	20
TABLA 5. TERMINOS QUE DESCRIBEN LA EXTENSION Y LIMITES DE LA EXPLORACION POR CPRE (ERCP).	20
TABLA 6. TERMINOS PARA EL ESOFAGO.	23
TABLA 7. TERMINOS PARA EL ESTOMAGO.	26
TABLA 8. TERMINOS PARA EL DUODENO.	31
TABLA 9. TERMINOS PARA EL COLON.	34
TABLA 10. TERMINOS PARA LA PAPILA MAYOR.	39
TABLA 11. TERMINOS PARA LA PAPILA MENOR.	40
TABLA 12. TERMINOS PARA EL PANCREAS.	40
TABLA 13. TERMINOS PARA LA VIA BILIAR.	42
TABLA 14. TERMINOS DE DIAGNOSTICO ADICIONAL Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.	43
TABLA 15. TERMINOS PARA LAS COMPLICACIONES.	47
TABLA 16. MOTIVOS PARA LA EXPLORACION GASTROINTESTINAL ALTA.	48
TABLA 17. MOTIVOS PARA LA REALIZACION DE UNA EXPLORACION GASTROINTESTINAL BAJA.	49
TABLA 18. MOTIVOS PARA REALIZAR UNA CPRE.	50
TABLA 19. LISTA DE DIAGNOSTICOS DEL ESOFAGO.	51
TABLA 20. LISTA DE DIAGNOSTICOS DEL ESTOMAGO.	52
TABLA 21. LISTA DE DIAGNOSTICOS DEL DUODENO.	53
TABLA 22. LISTA DE DIAGNOSTICOS DEL COLON.	54
TABLA 23. LISTA DE DIAGNOSTICOS DEL PANCREAS.	55
TABLA 24. LISTA DE DIAGNOSTICOS DE LA VIA BILIAR.	55

Definiciones, símbolos y abreviaciones

ASGE	Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal
ESGE	Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal
OMED	Organización Mundial de Endoscopia Digestiva
ERCP	Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica(CPRE)
EGD	Esofagogastroduodenoscopia

1.0 Avance

La versión 2.0 del MST ha sido preparada por el Comité de Terminología de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE), el Comité de Informática de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) y el Comité de Terminología y Procesamiento de Datos de la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED). Esta versión 2.0 es el resultado de un estudio multicéntrico extenso en Europa y EEUU, con más de 10.000 procedimientos endoscópicos recogidos prospectivamente. Debido a las diferentes pautas de uso en Estados Unidos de los estándares de indicaciones y diagnóstico, no han sido oficialmente aprobadas por la Junta de Gobierno de la ASGE, aunque se incluyen en la versión 2.0 del MST, mientras que han sido plenamente aceptadas por la ESGE.

El standard reemplaza la versión 1.0 del MST y las versiones previas del Database de la ASGE. Los cambios en este standard modifican significativamente enfoques previos. Estos cambios incluyen:

- . reducción de la lista de términos que se consideran standard mínimo.
- . eliminación de errores y modificación de denominaciones.
- . inclusión de un listado de títulos que categoriza los términos en grupos más pequeños y lógicos.
- . especificación de los términos que se designan para modificar otros términos.
- . mejora en la descripción de las maniobras endoscópicas realizadas para visualizar las diferentes partes del tracto gastrointestinal.

2.0 Introducción

Desde que las computadoras se han hecho más accesibles y económicas, ha aumentado el interés en su uso para almacenar los hallazgos de la endoscopia. Las ventajas son que es posible buscar en cualquier base de datos ya creada, realizar análisis estadístico y evitar la realización informes escritos a mano o mecanografiados. En todo el mundo se han desarrollado una gran cantidad de sistemas de informes de endoscopia, pero no se ha estandarizado la terminología que se utiliza en ellos. Como resultado de todo esto, se ha perdido una oportunidad de oro para compartir y comparar las bases de datos obtenidas en diferentes centros.

Tras una reunión de "Computadoras en Endoscopia" organizada por el Prof. M. Classen en Munich el año 1991, se hizo aparente que este importante problema necesitaba solucionarse. La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE)¹ se decidió a resolver el problema. Se formó un comité bajo la presidencia del Prof. M. Crespi que incluyó un importante número de expertos de Bélgica, Francia, Alemania, Hungría, Italia, España y Reino Unido (1). El Dr. Maratka de la Republica Checa fue invitado a unirse al Comité dado su trabajo realizado en terminología endoscópica para la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED). En el periodo inicial, se creyó importante que otras zonas de mundo estuvieran representadas, y representantes de EEUU y Japón fueron incorporados al Comité. Adicionalmente, los tres principales fabricantes de endoscopios (Olympus, Fujinon y Pentax) y la editorial Normed-Verlag fueron invitados a unirse al comité siendo imprescindible que la industria se implicara en este trabajo y desarrollara sus propios sistemas; su compatibilidad entre ellos se consideró vital para compartir datos que debían ser optimizados. También fue importante que estas

¹ (1) **Comité de la ESGE para Minimal Standard Terminology:** M. Crespi, Roma, Italia (Presidente); L. Abbaken, Oslo, Noruega; J.R. Armengol Miró, Barcelona, España; M. Classen, Munich, Alemania; M. Delvaux, Toulouse, Francia; J. Escourrou, Toulouse, Francia; M. Fujino, Yamanashi, Japón; F. Hagenmüller, Hamburgo, Alemania; W. Heldwein, Munich, Alemania; O. Lemoine, Bruselas, Bélgica; Z. Maratka, Praga, República Checa; T. Rösch, Munich, Alemania; M. Schapiro, Los Angeles, EEUU; L. Simon, Szekszard, Hungría; C. Venables, Newcastle, Reino Unido; C. Thaller, Hamburgo, Alemania; F. Zwiebel, Berlin, Alemania y los representantes de Olympus, Fujinon, Pentax y Normed Verlag.

compañías se involucraran en la discusión de otros aspectos, tales como la captura de imágenes, almacenamiento y transmisión.

Entre 1992 y 1993, se hicieron una serie de reuniones del Comité, que concluyeron con una reunión conjunta de la ESGE y del grupo del Comité de Informática de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE). En aquel tiempo, se revisó el trabajo realizado, se modificó y el Comité se constituyó en Reunión de Trabajo para realizar un informe para el Congreso Mundial de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva.

El propósito principal del proyecto fue elaborar una lista mínima de términos que pudiera ser incluida en cualquier sistema informático para hacer un informe de los resultados de una exploración endoscópica gastrointestinal. En la fase inicial, se acordó no intentar desarrollar una terminología muy completa para la informatización de los informes endoscópicos, para evitar la experiencia del grupo de la ASGE(1) que resultó un sistema difícil y voluminoso. También se acordó no crear un informe informático para permitir la libre competencia de la industria. Por lo tanto, se intentó que el Minimal Standard Terminology sugiriera unas bases mínimas standard de los términos que deben ser incluidos en cualquier software desarrollado por la industria o por investigadores individuales.

Se decidió que los términos seleccionados deberían tener una amplia aceptación y proporciona un medio para registrar los hallazgos de la mayoría de exploraciones realizadas. Se tenía que evitar un excesivo detalle y los hallazgos poco habituales tendrían que estar registrados utilizando campos de "texto libre". Cada término se seleccionó basándose en la expectativa de que pudiera ser utilizado al menos en una de 100 exploraciones consecutivas. Los únicos términos incluidos que no cumplían estos criterios fueron términos descriptivos que se podrían encontrar sólo en algunas zonas del mundo (ej. parásitos), donde podrían ser relativamente frecuentes. Además de la terminología mínima, en el comité se habló de las indicaciones de los procedimientos endoscópicos y del diagnóstico endoscópico. Otros objetivos fueron proveer asistencia en la estandarización del almacenamiento de la imagen endoscópica y la transferencia entre sistemas individuales en la estructura de los informes.

La lista de términos propuestos ha sido ampliamente extraída del trabajo original hecho por el comité de la OMED bajo la presidencia y dirección del Prof. Z. Maratka. Cuando sea publicado por completo, los términos elegidos serán precedidos, cuando sea preciso, por el número en código de la OMED, como ha sido publicado en "Terminología, definiciones y Criterio diagnóstico en Endoscopia Digestiva", 3ª edición. Este proveerá una referencia para los usuarios no familiarizados con las palabras empleadas. Esta referencia ofrece una definición de la terminología junto con sus equivalencias lingüísticas, si el inglés no es la lengua nativa del usuario. Actualmente existen ediciones de este libro en francés, alemán, italiano y español y en otros idiomas.

Para obtener el consenso del Comité, fue necesario incluir unos pocos "términos" que no eran originalmente incluidos en la clasificación de la OMED. Esto fue debido a que estas palabras eran de uso tan frecuente que el comité creyó que tendrían que estar incluidas si la base de datos creada fuera aceptable para ser utilizada por un usuario normal. Similarmente la lista de "atributos" adjuntos a cualquier término para dar más detalle fue restringida a aquéllos que eran empleados con más frecuencia. Como resultado, la cantidad de detalle proporcionado podría ser insuficiente para algunos usuarios de la terminología, en particular los que desean grabar muchos detalles por razones de "investigación". Sin embargo, se acordó que cualquier endoscopista que desee grabar detalles extras podría hacerlo, con tal que el sistema del ordenador desarrollado contenga la "minimal terminology". Por esta razón, solamente han sido incluidos los términos usados frecuentemente para describir una lesión. Atributos poco fidedignos como la distancia desde los dientes para una lesión gástrica y desde el margen anal para una lesión del colon situada por encima del recto, no han sido incluidos.

La versión MST 1.0 formaba la base para la comprobación prospectiva de la Terminología en Europa y EEUU. Esta comprobación fué esponsorizada por la Comisión Europea a través del proyecto Gaster y la American Digestive Health Foundation. Los resultados de esta comprobación prospectiva forman la base para las modificaciones hechas a la versión 1.0 que se presentan aquí. Estos cambios han sido revisados y aceptados por los comités de la ESGE y ASGE y constituyen el Minimal Standard Terminology versión 2.0. Ha sido desarrollado un software específico para la comprobación lo cual

permitió a los endoscopistas en hospitales universitarios y en la consulta privada, grabar casos endoscópicos utilizando el Minimal Standard Terminology versión 1.0. En Europa el software fue diseñado para proporcionar a los endoscopistas una traducción en los principales idiomas europeos (Inglés, Francés, Alemán, Italiano y Español) y la posibilidad de realizar el análisis final independiente de la lengua original en que los casos habían sido grabados.

2.1 Organización General

Los principios de como se hizo la lista de términos se describen en la página 21. En el mismo párrafo se explica la estructura de los términos, atributos y utilidad de los mismos.

2.2 Decisiones sobre términos difíciles

El Comité prestó particular atención los términos que debía incluirse y los que deberían evitarse, para no causar ambigüedad, mal uso o los considerados obsoletos. En la selección de un término, se tuvo en cuenta la necesidad de encontrar una palabra de descripción muy precisa, y la aceptación de estas palabras entre los médicos de diferentes países con diferentes lenguas. También hubo el problema de palabras diferentes pero estrechamente relacionadas, palabras utilizadas más frecuentemente en una lengua que en otra. Esto condujo a la selección de términos basados en el inglés con unas pequeñas diferencias entre Europa y Estados Unidos. Las traducciones de estos términos a otras lenguas debería basarse en las traducciones oficiales encontradas en la terminología de la OMED.

2.2.1 Estenosis

Una estrechez en un segmento del intestino puede ser descrita de varias formas: "estrechez", "estrechamiento", "estenosado", "compresión". Todos estos términos han sido agrupados en la terminología bajo el término genérico "estenosis". El mismo término ha sido utilizado para describir la estrechez de un esfínter que impide el paso del endoscopio o requiere forzar para sobrepasarlo. El término funcional "espasmo" ha sido evitado por su naturaleza subjetiva. Una vez ha sido descrita una estenosis se la califica mediante unos atributos de utilidad: "extrínseca", "benigna intrínseca" o "maligna intrínseca", basados en la causa más probable. En los casos de compresión extrínseca, donde no se aprecia una verdadera estenosis de la luz, ej. prominencia de la aorta, el término "estenosis" no debería usarse.

2.2.2 Mucosa roja, eritema, mucosa congestiva, hiperemia.

Durante prolongadas discusiones sobre qué términos debían ser incluidos en los minimal standard terminology, 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 edematosa equivalente a mucosa congestiva. Por ello estas palabras podrían ser usadas como una alternativa pero no añadidas simultáneamente al número de términos utilizados.

2.2.3 Mucosa esclerosada

Este término se utiliza para describir los cambios mucosos y submucosos post-escleroterapia que pueden aparecer en el esófago tras escleroterapia endoscópica de varices esofágicas. Aunque el término "fibrosis" describe primariamente cambios histológicos, se utiliza también frecuentemente y se acepta como equivalente a esclerosis. Exigentes estudios muestran que el término mucosa esclerosada también fué utilizado para describir el aspecto del tercio inferior del esófago esclerótico en

ausencia de antecedentes de tratamiento de varices. Para superar este doble significado del término, ha sido añadido un atributo para especificar si es espontáneo o post-terapéutico.

2.2.4 Erosión, afta

En la terminología original de la OMED, el término "erosión" ha sido evitado porque se consideró impreciso y requería confirmación histológica; "afta" es por lo tanto el término preferido. Durante extensas discusiones, el Comité ha llegado a la conclusión que el término "erosión" es el más utilizado en la mayoría de lenguas que se incluyen en el minimal standard.

No obstante es necesaria una estricta definición de este término. "Erosión" se define como un pequeño defecto superficial de la mucosa, de color blanco o amarillo, con un borde plano. Puede sangrar, pero el término sólo puede ser utilizado cuando la mucosa se puede ver bien y no está cubierta de coágulos hemáticos.

En el colon, se decidió conservar el término "afta", y se acordó que las aftas se encuentran más frecuentemente en esta zona y son un hallazgo diagnóstico de la "enfermedad de Crohn". En este contexto, se definen las aftas como manchas blancas o amarillas rodeadas de un halo rojo frecuentemente con una mancha en el centro. Las aftas se ven habitualmente dentro de una mucosa congestiva o eritematosa y son habitualmente múltiples.

2.2.5 Tumor, masa

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.

2.2.6 Angiectasia

Bajo este término genérico se agrupan las telangiectasias y las angiodisplasias. Esto es debido a que no hay criterios diagnósticos visuales precisos que permitan distinguir entre estas dos lesiones. Este término se aplica a las malformaciones vasculares congénitas o adquiridas de la mucosa del tracto gastrointestinal.

2.2.7 Cicatriz

El término "cicatriz" es preferible al término "fibrosis" dado que este último implica una confirmación histológica del proceso. El aspecto cicatricial de la mucosa tras la curación de una úlcera o después de un procedimiento terapéutico (ej. escleroterapia, fotocoagulación con láser), parece más adecuado para esta palabra.

2.2.8 Oclusión, obstrucción.

Según la definición contenida en la terminología de la OMED, "obstrucción" significa el bloqueo de una estructura tubular por un obstáculo intraluminal (ej. cuerpo extraño), mientras que "oclusión" implica un cierre completo de la luz por una lesión intrínseca de la pared (ej. fibrosis de una úlcera duodenal curada que causa una estenosis pilórica). Aunque las obstrucciones y oclusiones pueden ser cualquiera de las dos parciales o completas, el uso de estos dos términos puede dar sensación de confusión y crear dificultades cuando se traduce a otros idiomas. Por todo ello, hemos decidido restringir el uso del término "obstrucción" a dos situaciones: (I) la presencia de un tumor exofítico en un

órgano tubular; (II) los hallazgos en la vía biliar o conducto pancreático en las radiografías obtenidas mediante una CPRE (ERCP). Este término cubre parcial o por completo la interrupción del paso del contraste por el conducto, cualquiera que sea la causa de la obstrucción (ej. Cálculo, tumor, cuerpo extraño). En el caso de una obstrucción en un órgano tubular, esta obstrucción se debe describir como parcial o completa, dependiendo si existe o no luz.

2.2.9 Mucosa ulcerada

Los endoscopistas creyeron que debería haber una diferencia conceptual entre las úlceras que son múltiples y la mucosa ulcerada. Está probado que este término describe a la mucosa ulcerada difusamente y que este concepto se utiliza frecuentemente en EEUU y en Europa y que cuando se usa por los endoscopistas, es para hacer referencia a un aspecto global de la mucosa típico de la colitis ulcerosa.

Por tanto, “ mucosa ulcerada” ha sido introducida en la versión 2.0. Debemos enfatizar que este término debe ser usado sólo en caso de una mucosa difusamente ulcerada cuando el endoscopista distingue este concepto del de “úlceras” que son múltiples. No obstante, se reconoce que el uso de este término necesita ser evaluado en estudios prospectivos, para definir mejor su significado y si este concepto es distinto del término “úlceras”.

2.3 Localización de las lesiones: Principios y Decisiones de Consenso

2.3.1 Principios generales.

Aunque la localización de las lesiones es un punto clave en cualquier descripción de un término, las especificaciones tales como la distancia desde los dientes o del margen anal podrían ser imprecisas en algunos órganos o sitios. Se decidió, por tanto, que estas "especificaciones de distancia" deberían emplearse sólo cuando el órgano examinado permita que sean relevantes (ej. Esófago en la endoscopia alta y recto en la colonoscopia).

En algunos casos, deben realizarse múltiples registros de sitios, como ante algunas lesiones múltiples que necesitan especificar el lugar de cada una de ellas, o cuando la precisa localización de la lesión necesita el uso de dos términos (ej. en el estómago, un tumor de crecimiento en la "pequeña curvatura" o en el "antro").

2.3.2 Decisiones en localizaciones difíciles

Entre las muchas localizaciones definidas en la terminología, hay algunas en que sólo se ha llegado a acuerdo tras una discusión prolongada. Los argumentos para estas decisiones son los siguientes:

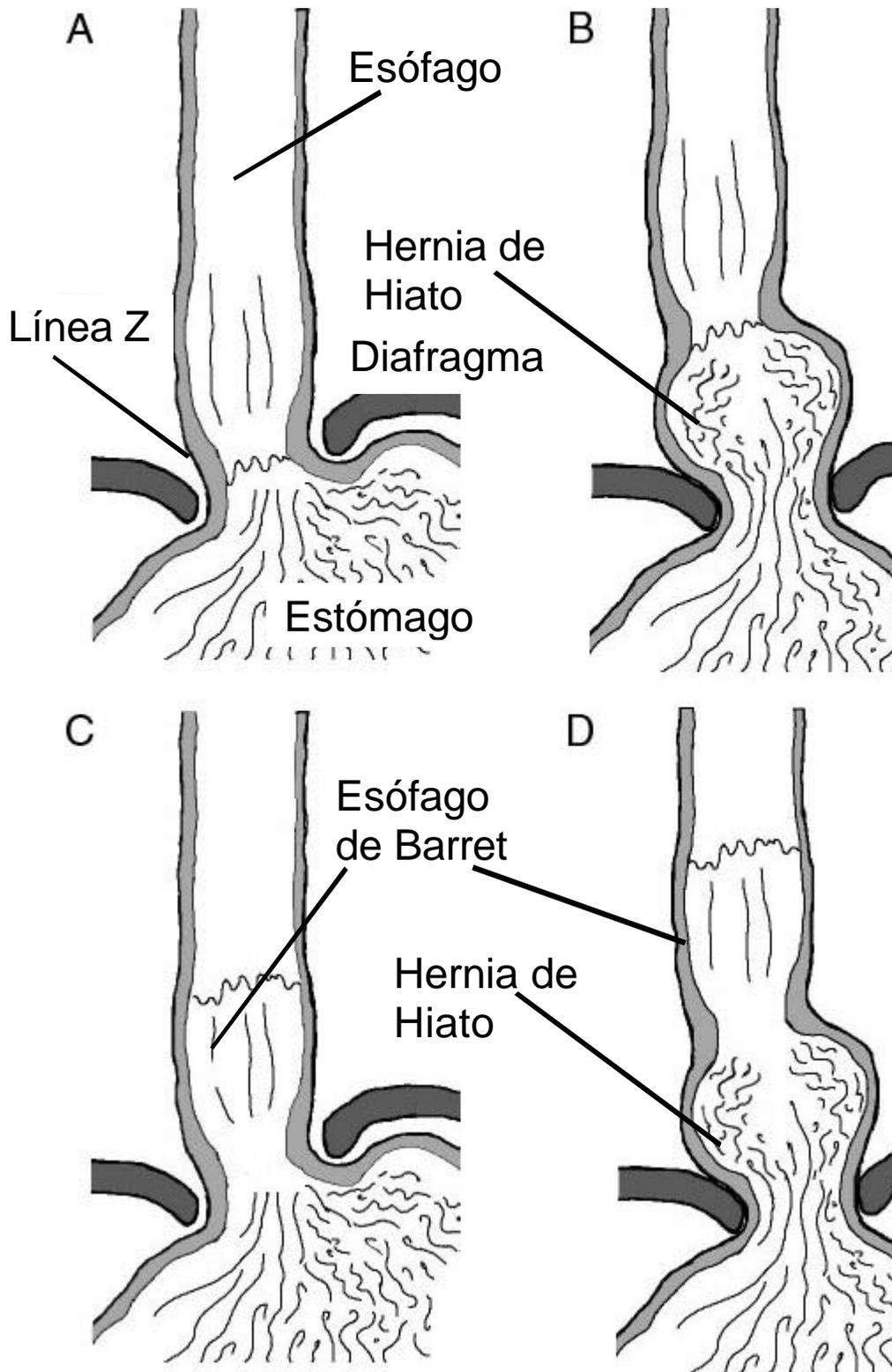
2.3.2.1 Cardias, Hiato, Esfínter Esofágico Inferior

Hay muchos términos que han sido utilizados para describir la zona de la unión esófago-gástrica (Figura 1A). Si bien estos pueden ser definidos cuidadosamente, se ha asumido a menudo que son sinónimos y como resultado, se usan incorrectamente. Para clarificar esta situación, se ha decidido omitir el término "esfínter esofágico inferior" de la lista de localizaciones de la sección del esófago, dada su dificultad en identificarlo, al ser una entidad funcional y no debe ser utilizada como un punto fijo para localizar una lesión propia. No obstante, este término debe incluirse como un término específico dentro de la categoría "Luz", que permita al usuario del sistema reportar su aspecto (ej. muy abierto o hipertónico). La "unión esófago-gástrica" implica una transición desde el esófago al estómago pero es habitualmente utilizado para la unión mucosa (línea Z). Debe evitarse, por tanto como una localización, porque puede ser localizado aparte de la unión exacta entre el esófago y el estómago.

"Hiato" describe el orificio en el diafragma que puede ser difícil de identificar y tiende a causar dificultades cuando definimos una hernia de hiato. Por estas razones, el término "cardias" se escogió para describir la totalidad de esta zona. Tras las pruebas iniciales de la terminología, se convino que esto causaría problemas cuando se describe una hernia de hiato. Inicialmente, se acordó que el tamaño de las hernias deberían simplemente reportarse como "pequeña" o "grande". No obstante, algunos usuarios buscan describir el tamaño de la hernia como la distancia entre la línea Z y la referencia anatómica definida por el paso del diafragma. Igualmente, la longitud del esófago de Barret se define como la distancia entre la transición de la mucosa esofágica a la mucosa gástrica (línea Z) y la referencia anatómica del final del aspecto de tubería lisa del esófago. Por esta razón, el término "estrechez hiatal" se incluye en la versión 1.0 de la terminología. Ello debería permitir una mejor especificación de la longitud de un esófago de Barret y posiblemente de una hernia de hiato. No obstante, las pruebas de la versión 1.0 del MST indican que la localización del cardias y los términos línea Z y estrechez Hiatal son poco comprendidos por los usuarios. Para clarificar la descripción se han hecho las siguientes modificaciones:

- La posición de la línea Z (dada en cm. desde los incisivos) podría ser especificada como un atributo normal de la Hernia de Hiato y del Esófago de Barret.
- La estrechez del hiato se utiliza como una medida de distancia de la Hernia de Hiato. Esta referencia anatómica, cuando se combina con la medida de distancia de la línea Z, debería definir con más precisión la longitud de una Hernia de Hiato.
- La parte superior de los pliegues gástricos se utiliza como la medida de distancia en el Esófago de Barret. Este cambio, cuando se combina con la medida de distancia de la línea Z debería definir con más precisión la longitud de un Esófago de Barret.

Figure 1.



2.3.2.2 Fundus gástrico, Cuerpo gástrico y Antro

Se utiliza Fundus para describir la zona anatómica del estómago que se extiende por debajo del diafragma en el examen baritado. En la terminología de la OMED el término "fundus" se contempla como confuso y se prefiere el término "fornix" para describir la zona superior del estómago durante la maniobra de retrovisión. En la terminología mínima standard recomendada, el término "fundus" ha sido utilizado y es, comunmente empleado, por lo que se creyó que no era aconsejable retirarlo.

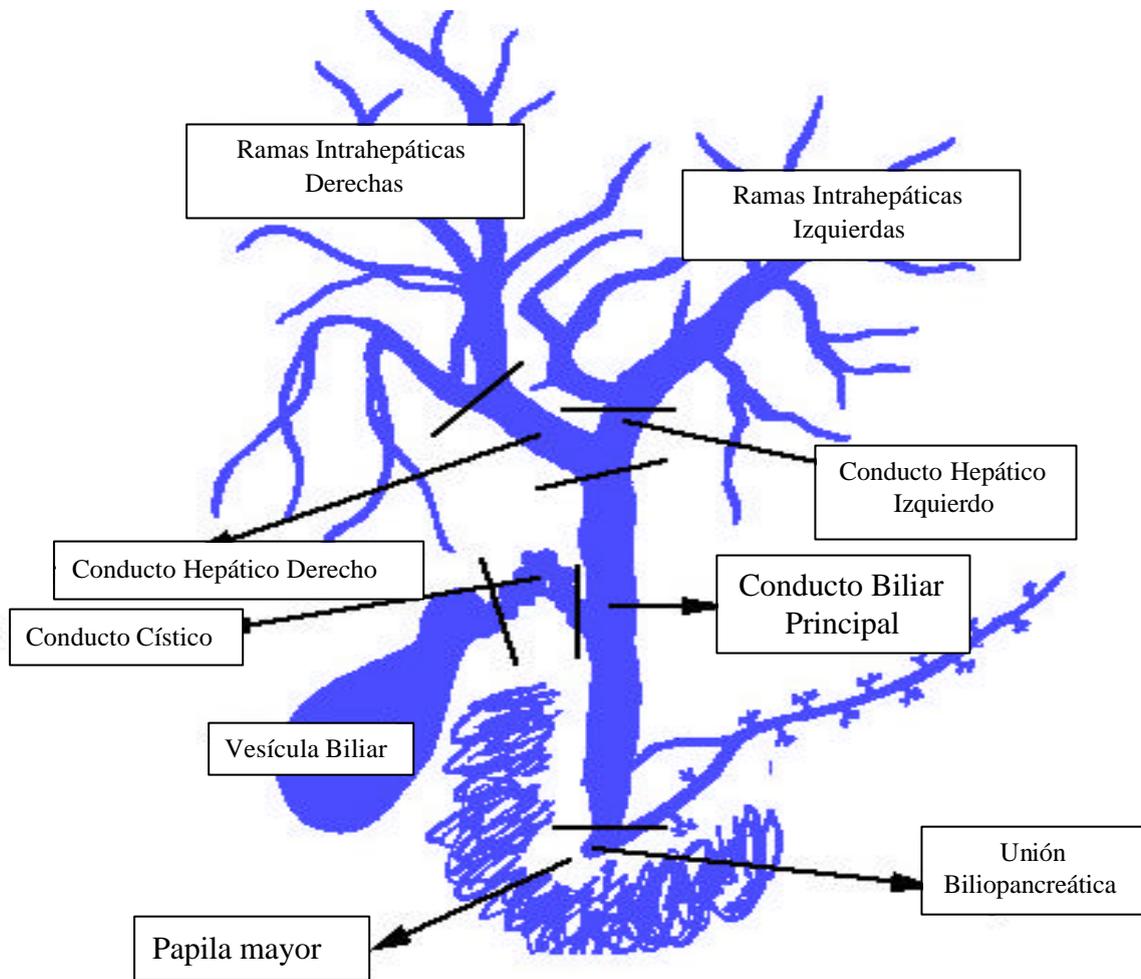
El cuerpo gástrico se define como el área del estómago por encima de la incisura angularis que se encuentra habitualmente revestido por pliegues de mucosa gástrica. El antro se define como la parte distal del estómago revestida habitualmente por una mucosa plana.

2.3.2.3 Arbol Biliar

Existe un problema en la descripción del árbol biliar. La división anatómica en "conducto hepático común" y "colédoco" dentro de los conductos extrahepáticos se define por la zona de implantación del conducto cístico. Esta división no deja margen para la variabilidad de esta unión y crea una considerable confusión cuando se intenta identificar el lugar de una lesión dentro de los conductos extrahepáticos. Por este motivo se decidió identificar el lugar llamado "conducto biliar principal", que abarca a ambos, al conducto hepático común y al colédoco, localizando cualquier lesión, situada en el tercio superior, medio o inferior de este conducto (Figura 2).

Los conductos intrahepáticos principales fueron identificados como conductos hepáticos derechos e izquierdos desde la unión de la porta hepatis y su primera subdivisión. Todos los otros conductos dentro del hígado se llaman conductos intrahepáticos.

Figure 2.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA

TERMINOLOGIA MINIMA STANDARD

El propósito principal de este proyecto fue elaborar una lista "mínima" de términos que pudiera ser incluida en cualquier sistema informático para documentar los resultados de una exploración endoscópica. En una fase inicial, se acordó no intentar desarrollar una terminología muy completa para informatización de los informes endoscópicos, para evitar la experiencia del grupo de la ASGE(1) que resultó un sistema difícil y engorroso.. Se decidió que los términos seleccionados deberían tener una amplia aceptación y proporcionar un medio para registrar los hallazgos de la mayoría de exploraciones realizadas. Se evitó un excesivo detalle y los hallazgos raros se registraron utilizando campos de "texto libre". Cada término se seleccionó basándose en la expectativa de que pudiera ser utilizado al menos en 1 de 100 exploraciones consecutivas. Los únicos términos incluidos que no cumplían estos criterios fueron términos descriptivos que se podrían encontrar sólo en algunas zonas del mundo (ej. parásitos), donde podrían ser relativamente frecuentes.

Además de la terminología mínima, en el comité se habló de las indicaciones de los procedimientos endoscópicos y del diagnóstico endoscópico. Otros objetivos fueron proveer asistencia en la estandarización del almacenamiento de la imagen endoscópica y la transferencia entre sistemas individuales en la estructura de los informes. En la sección siguiente se presentan los términos específicos utilizados para describir la localización de los hallazgos.

3.0 ANATOMIA ENDOSCOPICA STANDARD

Las zonas anatómicas se dividen en secciones separadas dependiendo de la exploración endoscópica a realizar. Forman un grupo arbitrario que se designa para facilitar su revisión. Cuando sea necesario, se incluirán figuras para definir más precisamente la localización.

3.1 Localizaciones Anatómicas Standard

3.1.1 Localizaciones del Tracto Gastrointestinal Superior

La siguiente tabla se utiliza para determinar las localizaciones de los hallazgos del tracto gastrointestinal superior.

Tabla 1. Lugares para la localización de los hallazgos en el tracto gastrointestinal superior.

ORGANO	LUGAR	ALTERACIONES	
Esófago	Crico-faringe		
	Tercio superior		
	Tercio medio		
	Tercio inferior		
	Cardias		
	Totalidad del esófago		
	Anastomosis		
Estómago	Cardias		
	Fundus		
			Gran curvatura
			Pequeña curvatura
			Pared anterior
			Pared posterior
	Cuerpo		
			Gran curvatura
			Pequeña curvatura
			Pared anterior
			Pared posterior
		Incisura angularis	
		Antro	
			Gran curvatura
			Pequeña curvatura
			Pared anterior
			Pared posterior
		Pre-pilórica	
		Píloro	
		Totalidad del estómago	
	Anastomosis		
	Pilorooplastia		
Duodeno			
	Bulbo		
		Anterior	

		Posterior
		Proximal
		Distal
	2ª porción del duodeno	
	Area papilar	
	Anastomosis	
	Totalidad del duodeno examinado	
Yeyuno		
	Asa aferente yeyunal	
	Asa eferente yeyunal	
	Carina yeyunal	

3.1.2 Localizaciones del tracto gastrointestinal inferior

La siguiente tabla se utiliza para determinar las localizaciones de los hallazgos en el tracto gastrointestinal inferior.

Tabla 2. Lugares para la localización de los hallazgos en el tracto gastrointestinal inferior.

ORGANO	LUGAR
Colon	
	Ano
	Recto
	Sigma
	Descendente
	Esplénico
	Transverso
	Hepático
	Ascendente
	Ciego
	Válvula íleocecal
	Estoma
	Totalidad del colon
	Anastomosis
	Bolsa rectal
lleon	

3.1.3 Localizaciones CPRE (ERCP)

La siguiente tabla se utiliza para determinar las localizaciones de los hallazgos de la CPRE (ERCP).

Tabla 3. Lugares para la localización de los hallazgos de la CPRE (ERCP)..

ORGANO	LUGAR	ALTERACIONES
--------	-------	--------------

Páncreas		
	La totalidad	
	Cabeza	
	Cuerpo	
	Cola	
	Conducto principal	
	Conducto accesorio	
	Ramas	
Vía Biliar		
	Papila	
	Unión Biliopancreática	
	Conducto biliar principal	
		La totalidad
		Tercio inferior
		Tercio medio
		Tercio superior
	Conducto cístico	
	Bifurcación	
	Conductos hepáticos	
		Conducto hepático derecho
		Conducto hepático izquierdo
		Ramas intrahepáticas izquierdas
		Ramas intrahepáticas derechas
		Todas las ramas intrahepáticas
Vesícula Biliar		

3.2 Características de la exploración

3.2.1 Principios y ámbito

Las características de la exploración se refieren a la extensión y límites de la exploración. La extensión de la exploración se define como la extensión anatómica de la exploración. Los límites de la exploración se definen como cualquier limitación que impida la adecuada ejecución del procedimiento. Es sabido que existe una sobreposición entre los conceptos extensión y límite. En esta sección se intenta transmitir de forma explícita aquellas características de la exploración que afectan la integridad de la exploración, cualquier limitación que impida una exploración completa y las maniobras necesarias para ejecutar una exploración completa.

La extensión de la exploración se especifica en los lugares anatómicos más lejanos alcanzados o una lista de localizaciones anatómicas visualizadas. En la colonoscopia, si se alcanza el ciego, entonces la localización anatómica "ciego" especifica la extensión de la exploración. En la CPRE (ERCP), si sólo se visualizan las vías biliares, es necesario especificar que la extensión de la exploración ha sido la vía biliar.

El límite de la exploración se especifica por algunas restricciones de la exploración, ya sean resultado de una preparación inadecuada o de anomalías anatómicas o barreras. En la colonoscopia la calidad de la limpieza intestinal es un factor principal para la calidad del procedimiento, especialmente cuando se buscan lesiones pequeñas o planas. La mala preparación se considera una limitación para la exploración. Una estenosis en un segmento del tracto gastrointestinal que requiera una intervención para poder completar la exploración, se considera también una limitación para la exploración. Por ejemplo,

una estenosis imposibilita el paso del endoscopio pero su dilatación permite el avance del instrumento. Esto también ocurre en la CPRE(ERCP) donde parte del informe endoscópico describe las diversas maniobras que se realizan para permitir conseguir la canulación y/o opacificación de los conductos.

3.2.2 Lista de términos que describen la extensión de la exploración

Las siguientes tablas se utilizan para definir la extensión y límites de la exploración.

Tabla 4. Términos que describen la extensión y límites de la exploración endoscópica gastrointestinal superior y Colonoscopia.

TERMINO	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Preparación	Método	Especificar	
	Calidad	Excelente	Lugar(es)
		Adecuada	
		Inadecuada: Exploración Completa	
		Imposibilita una exploración completa	
Extensión de la exploración	Situación		Lugar(es)
Limitación	Motivo	Adherencias	Lugar(es)
		Bucle colónico	
		Estenosis	
		Mala preparación	
		Paciente inestable	Lugar(es)
		Problemo tecnico : Especificar	

Tabla 5. Términos que describen la extensión y límites de la exploración por CPRE (ERCP)

TERMINO	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION	
Acceso a la papila	Acceso	Inalcanzable		
		No encontrada		
		Inaccessible		
	Motivo	Especificar		
Canulación	Conducto	Pancreático		
		Biliar		
	Resultado	Exito: Profundidad		
		Exito: Superficial		
		Fallido		
			No intentada	
			Inyección submucosa	
	Método	Canulación libre		
		Sobre guía		
		Tras precorte		

	Instrumento	Cánula	
		Cánula de punta metálica	
		Esfinterotomo	
		Catéter de balón	
		Catéter de manometría	
Opacificación	Conducto	Pancreático	
		Biliar	
	Resultado	Exitoso: Completo	
		Exitoso: Parcial	
		Fallido	
		No intentada	
		Reflujo de medio de contraste	
		Extravasación	

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

MINIMAL STANDARD TERMINOLOGY

REQUISITOS PARA LAS BASES DE DATOS:

4.0 TERMINOS ENDOSCOPICOS STANDARD

4.1 Ambito

4.1.1 Consideraciones generales

Los términos han sido organizados por tipo de exploración (Endoscopia Gastrointestinal superior, Colonoscopia y CPRE), con una lista complementaria adicional de Procedimientos Terapéuticos que pueden ser realizados. Dentro de cada tipo de exploración, los términos han sido agrupados bajo varios títulos utilizados en la terminología de la OMED para cada órgano explorado. Hay alguna excepción para los términos incluidos bajo estos títulos. El más notable es la inclusión de los hallazgos postquirúrgicos bajo el título "Luz".

Mientras que esto no es una "lesión", es obvio que los cambios manifiestos tras una operación quirúrgica se verán mientras se explora la luz de un órgano determinado (ej. una anastomosis ileocólica mientras se explora un colon o una anastomosis de un Billroth II cuando exploramos un estómago) y debe ser reportado en este momento..

La lista de términos presentados para cada localización varía con el órgano que se explora. Por ejemplo, el término "esofagitis" sólo aparece en la sección esofágica, mientras que el término "mancha" está presente en estómago y colon, pero no en esófago. Por ello, la lista de términos varía donde un término particular se hace inapropiado para una localización precisa.

Los términos utilizados para describir los cambios funcionales tales como la contractibilidad y elasticidad de la pared, aumento o descenso del peristaltismo, estrechez funcional o deformidad extrínseca han sido excluidos de la terminología mínima, al haberlos considerado demasiado subjetivos e imprecisos para ayudar a hacer un diagnóstico. Además, estos términos eran demasiado susceptibles a ser mal interpretados para ser usados en estudios multicéntricos.

4.1.2 Atributos añadidos y localizaciones.

Cuando conviene, cada término se une a atributos cualificativos que le proporcionan un detalle adicional. Los atributos son una lista de términos descriptivos tales como tamaño, número, extensión, etc... para los cuales hay una serie de valores apropiada a cada término. Por ejemplo, los atributos de una úlcera duodenal incluyen: tamaño(en milímetros); forma (superficial, crateriforme o lineal); sangrado (sí o no "estigmas de hemorragia reciente", definidos en la clasificación de Forrest). Cada lesión descrita se coloca en su localización utilizando la lista de localizaciones relevantes del órgano examinado.

4.2 Lista de términos para la esofagogastroduodenoscopia.

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones del tracto gastrointestinal superior.

4.2.1 Lista de términos para el esófago

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones del esófago.

Tabla 6. Términos para el esófago.

TITULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Normal	Normal	Línea Z	Distancia en cm	desde los incisivos
Luz				
	Dilatada			Lugar(es)
	Estenosis	Aspecto	Extrínseca	desde los incisivos
			Benigna intrínseca	
			Maligna intrínseca	
		Longitud(cm)		
		Sobrepasable	Si	
			Tras dilatación	
			No	
	Compresión Extrínseca ²	Tamaño	Pequeña	Lugar(es)
			Grande	
	Membrana			Lugar(es)
	Anillo (incluye anillo de Schatzki)			Lugar(es)
	Hernia de Hiato	Tamaño / Volumen	Pequeña	
			Mediano	
			Grande	
		Lugar de la línea Z	cm desde los incisivos	
		Lugar de la estrechez hiatal	desde los incisivos	
	Esfínter esofágico Inferior ³	Tono	Abierto	
			Hipertónico	

² Este término debería aplicarse sólo en ausencia de estenosis de la luz..

³ "Cardias" podría ser utilizado en lugar de "esfínter esofágico inferior"

	Evidencia de cirugía previa	Anastomosis	Esófagoyeyunal	Cm desde los incisivos
			Esofagogástrica	
			Esofagocolónica	
		Material de sutura visible	Si	Lugar(es)
			No	Lugar(es)
Contenido				
	Cuerpo extraño	Tipo	Especificar...	Lugar(es)
	Sang	Aspecto de sangre	Roja	Lugar(es)
			Coágulo	
			Hematina(sangre alterada)	
	Alimento			Lugar(es)
	Bilis			Lugar(es)
	Prótesis	Tipo	Especificar	Lugar(es)
	Banda	Número		Lugar(es)
		Posición	Libre	
			Adherido	
Mucosa				
	Eritematosa (Hiperémica)	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	
	Esófagitis	Grado	Grado I ⁴	Borde superior (cm desde los incisivos)
			Grado II	
			Grado III	
			Grado IV	
		Sangrado	Si	
			No	
	Esófago de Barret	Distancia	Linea Z	Cm desde los incisivos
		Distancia	Extremo superior de pliegues gástricos	Cm desde los incisivos
	Candidiasis	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	
	Mucosa esclerosada ⁵	Tipo	Espontánea	Lugar(es)

⁴ Los grados se definen de acuerdo con la clasificación de Savary-Miller (Scand. J. Gastroenterol. 1984;19:26-44).

			Post-tratamiento	
		Extensión	Localizada	
			Parcheada	
			Difusa	Lugar(es)
Lesiones planas				
	Mucosa gástrica ectópica	Número	Unica	Lugar(es)
			Múltiples	
	Placa	Número	Unica	Lugar(es)
			Múltiples	
Lesiones protuyentes				
	Nódulo	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocas	
			Muchas	
		Extensión	Localizada	
			Parcheada	
			Difusa	
	Tumor/Masa ⁶	Tamaño	Pequeña	Lugar(es)
			Mediano	
			Grande	
		Tipo	Submucoso	
			Vegetante	
			Ulcerado	
		Circumferencial	Si	
			No	
		Obstructivo	Parcial	
			Completa	
		Sangrante	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Varices	Grado	Grado I ⁷	Lugar(es)
			Grado II	
			Grado III	
		Tamaño	Anchura estimada en mm	
		Límite superior		Cm desde los incisivos
		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	

⁵ También se podría usar "fibrosis"

⁶ Masa se utiliza en lugar de tumor en EEUU.

⁷ Los grados se definen conforme a la clasificación mayormente utilizada en la literatura (ej. Gastroenterology 1967; 52: 810-818; Gastroenterology 1990;98: 156-162)..

		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
		Signos rojos	Si	
			No	
				Lugar(es)
Lesiones excavadas				
	Síndr. Mallory Weiss	Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Erosión	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocos	
			Muchos	
	Úlcera	Número		Lugar(es)
		Tamaño (mm)		cm desde los incisivos
		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Cicatriz			Lugar(es)
	Divertículo			Lugar(es)
	Fístula			Lugar(es)

4.2.2 Lista de términos del estómago

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir las observaciones realizadas durante la exploración del estómago.

Tabla 7. Términos para el estómago

TITULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Normal	Normal			Lugar(es)
Luz				
	Estenosis	Aspecto	Extrínseca	Lugar(es)
			Benigna intrínseca	
			Maligna intrínseca	
		Sobrepasable	Si	
			No	

	Déformation			Lugar(es)
	Compresión Extrínseca			Lugar(es)
	Evidencia de cirugía previa	Anastomosis	Billroth I	
			Billroth II	
			Gastroenteroanastomosis	
			Piloroplastia	
			Cirugía antirreflujo	
			Gastroplastia anillada	
		Material de sutura visible	Si	Lugar(es)
			No	
	Gastrostomia	Tipo	Quirúrgica	Lugar(es)
			Endoscópica (GEP)	
Contenido				
	Sangre	Aspecto de sangre	Roja	Lugar(es)
			Coágulo	
			Hematina(sangre alterada)	
	Restos alimentarios	Tipo	Especificar si forman bezoar	Lugar(es)
	Flúidos	Aspecto	Claro	Lugar(es)
			Excesivo	
			Bilíoso	
	Cuerpo Extraño	Tipo	Especificar	Lugar(es)
	Prótesis	Tipo	Especificar	Lugar(es)
Mucosa				
	Eritematosa (Hiperémica)	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			A tiras	
			Difusa	
		Sangrado	Si	
			No	
			Estigmas de sangrado	
	Congestiva (Edematosa)	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	

	Granular	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	
	Friable	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	
		Sangrado	Si: Spontané	
			Si: Au Contact	
			No	
	Nodular	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	
	Atrófica	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	
	Hemorrágica	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Parcheada	
			Difusa	
	Petequias	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocas	
			Múltiples	
		Extensión	Localizada	
			Difusa	
				Lugar(es)
Lesiones planas				
	Mancha (área)	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocos	
			Múltiples	
		Extensión	Localizada	
			Parcheada	
			Difusa	
		Sangrado	Si	
			Subepitelial	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Lesion de Dieulafoy	Sangrado	Si: a chorro	Lugar(es)
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Angioectasia	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocas	
			Múltiples	

		Extensión	Localizada	
			Parcheada	
			Difusa	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
				Lugar(es)
Lesiones protuyentes				
	Pliegues engrosados	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Difusa	
		Tipo ⁸	Grueso	Lugar(es)
			Gigantes	
	Papula (Nódulo)	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocos	
			Múltiples	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Pólipo	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocas	
			Múltiples	
		Pedículo	Sésil	
			Pediculado	
		Tamaño	Pequeño (< 5 mm)	
			Mediano (5-20 mm)	
			Grande (> 20 mm)	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Tumor/Masa ⁷	Tamaño	Pequeña	Lugar(es)
			Mediano	
			Grande	
			diamètre en mm	
		Tipo	Submucoso	
			Vegetante	
			Ulcerado	
			Infiltrante	
		Circumferencial	Si	
			No	
		Sangrado	Si: a chorro	

⁸ La diferencia entre pliegue grueso y gigante se debe basar en la desaparición de los pliegues con la insuflación del estómago

			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Varices	Sangrado	Si: a chorro	Lugar(es)
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Granuloma por sutura			Lugar(es)
Lesiones excavadas				
	Erosión	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocos	
			Múltiples	
		Extensión	Localizada	
			Dispersas ⁹	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Úlcera	Número		Lugar(es)
		Tamaño	Diámetro mayor en mm	
		Forma	Superficial	
			Crateriforme	
			Lineal	
		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Vaso Visible	
			Coágulo	
			Material pigmentado	
			No estigmas	
	Cicatriz	Número	Unica	Lugar(es)
			Múltiples	
	Divertículo			Lugar(es)

⁹ Dispersas debería usarse en lugar de difusa para las lesiones focales múltiples diseminadas en un sitio concreto

4.2.3. Lista de términos para el duodeno y yeyuno

Los siguientes términos deben usarse para describir las observaciones hechas durante la exploración del duodeno.

Tabla 8. Términos para el duodeno

TITULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Normal	Normal			Lugar(es)
Luz				
	Estenosis	Aspecto	Extrínseca Benigna intrínseca Maligna intrínseca	Lugar(es)
		Sobrepasable	Si No	
	Deformidad	Aspecto	Extrínseco Post-Ulcerosa	Lugar(es)
	Evidencia de cirugía previa	Especificar		Lugar(es)
		Material de sutura visible	Si No	Lugar(es)
Contenido				
	Sangre	Aspecto de sangre	Roja Coágulo Hematina(sangre alterada)	Lugar(es)
	Parásitos			Lugar(es)
	Cuerpo Extraño			Lugar(es)
	Prótesis	Tipo	Especificar	Lugar(es)
Mucosa				
	Eritematosa (Hiperémica)	Extensión	Localizada Parcheada Difusa	Lugar(es)
		Sangrado	Si No	
		Estigmas de sangrado	Si No	
	Congestiva (Edematosa)	Extensión	Localizada	Lugar(es)

			Parcheada	
			Difusas	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
Lesiones protuyentes				
	Pólipo(s)	Número	Unico	Lugar(es)
			Pocos	
			Múltiples	
		Tamaño	Pequeño (< 5 mm)	
			Mediano (5-20 mm)	
			Grande (> 20 mm)	
		Pedículo	Sésil	
			Pediculado	
		Sangrado	Si	
			No	
	Tumor/Masa	Tamaño	Pequeño	Lugar(es)
			Mediano	
			Grande	
			Diámetro mayor en mm	
		Tipo	Submucoso	
			Vegetante	
			Ulcerado	
			Infiltrante	
			Velloso	
		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
Lesiones excavadas				
	Erosión	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocos	
			Múltiples	
		Extensión	Localizada	
			Segmentarias	
			Difusa	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Úlcera	Número		Lugar(es)
		Tamaño	Diámetro mayor en mm	

		Forma	Superficial	
			Crateriforme	
			Lineal	
		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Vaso visible	
			Coágulo	
			Material pigmentado	
			No estigmas	
	Cicatriz	Número	Única	Lugar(es)
			Múltiples	
	Divertículo	Orificio	Grande	Sites
			Pequeño	
	Fístula			Lugar(es)

4.3 Lista de términos para la colonoscopia

Los siguientes términos deben ser usados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones del tracto gastrointestinal inferior.

Tabla 9. Términos para el colon

TITULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION ¹⁰
Normal	Normal			Lugar(es)
Luz				
	Dilatada			Lugar(es)
	Estenosis	Aspecto	Extrínseca	Lugar(es)
			Benigna intrínseca	
			Maligna intrínseca	
		Longitud(cm)		
		Oblicuada	Si	
			No	
	Evidencia de cirugía previa	Tipo	Anastomosis colocolica Anastomosis ileocolica Anastomosis colo-anal Anastomosis ileo-anal Colostomia	Lugar(es)

¹⁰ El registro de la localización debe ser múltiple para los hallazgos del colon

		Material de sutura visible	Si	Lugar(es)
			No	
Contenido				
	Sangre	Aspecto de sangre	Roja	Lugar(es)
			Coágulo	
			Hematina(sangre alterada)	
	Cuerpo Extraño			Lugar(es)
	Parásitos			Lugar(es)
	Exudado			Lugar(es)
	Heces			Lugar(es)
	Prótesis	Tipo	Especificar	Lugar(es)
Mucosa				
	Patrón vascular	Aspecto	Normal	Lugar(es)
			Aumentado	
			Disminuido	
		Extensión	Localizado	
			Segmentario	
			Difuso	
	Eritematosa (Hiperémica)	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Segmentaria	
			Difusa	
	Congestiva (Edematosa)	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Segmentaria	
			Difusa	
	Granular	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Segmentaria	
			Difusa	
	Friable	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Segmentaria	
			Difusa	
		Sangrado	Si: Espontáneo	
			Si: Sangrado al contacto	
			No	
	Mucosa Ulcerada	Continuidad	Discontinua	Lugar(es)
			Continua	

		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Petequias	Número	Pocas	Lugar(es)
			Múltiples	
	Pseudomembranas	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Segmentaria	
			Difusa	
	Melanosis	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Segmentaria	
			Difusa	
Lesiones planas				
	Angioectasias	Número	Unica	
			Pocas	
			Múltiples	
		Tamaño ¹¹	Pequeñas	
			Medianas	
			Grandes	
		Extensión	Localizada	
			Parcheada	
			Difusa	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
Lesiones protuyentes				
	Pólipo(s)	Número	Si son menos de 5, especificar Si son mas de 5 : Quantos Múltiples	Lugar(es)
		Extensión ¹²	Localizada	
			Segmentaria	
			Difusa	
		Tamaño	en mm	
		Pedículo ¹³	Sésil	
			Pediculado	
		Sangrado	Si	
			No	

¹¹ En este caso el tamaño puede darse en mm para las angiectasias pequeñas.

¹² Este atributo se aplica sólo cuando se describen pólipos múltiples.

¹³ En caso de pólipos múltiples, esta aplicación debe permitir registrar múltiples entradas.

			Estigmas de sangrado	
	Pseudopólipo s	Extensión	Localizada	Lugar(es)
			Segmentaria	
			Difusa	
	Lipoma	Tamaño	Pequeña	Lugar(es)
			Mediano	
			Grande	
		Diámetro	mm	
	Tumor/Masa ⁷	Tamaño	Pequeña	Lugar(es)
			Mediano	
			Grande	
			Diámetro mayor en mm	
		Longitud	en cm	
		Tipo	Submucoso	
			Vegetante	
			Ulcerado	
			Infiltrante	
			Velloso	
		Obstructivo	Parcial	
			Completo	
		Circunferencial	Si	
			No	
		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Papilas anales hipertróficas			
	Hemorroides	Sangrado	Si	
			No	
	Granuloma por sutura	Número	Unico	Lugar(es)
			Pocos	
			Múltiples	
	Condilomas			
	Lesiones excavadas			
	Erosión	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocas	
			Múltiples	
		Extensión	Localizada	
			Segmentaria	
			Difusa	
		Sangrado	Si	
			No	

		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Afta	Número	Unica	Lugar(es)
			Pocas	
			Múltiples	
		Extensión	Localizada	
			Segmentaria	
			Difusa	
		Sangrado	Si	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Úlcera	Número	Unica (Solitaria)	Lugar(es)
			Pocas	
			Múltiples	
		Tamaño	Diámetro mayor en mm	
		Sangrado	Si: a chorro	
			Si: rezumado	
			No	
		Estigmas de sangrado	Si	
			No	
	Cicatriz	Número	Unica	Lugar(es)
			Múltiples	
	Divertículo	Número	Unico	Lugar(es)
			Pocos	
			Múltiples	
		Orificio	Pequeño	
			Grande	
	Fístula			Lugar(es)
	Fissure anale ¹⁴			

4.4 Lista de términos para la CPRE (ERCP).

Los siguientes términos deben ser usados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones de la vía biliar y del conducto pancreático. Se dividen por el lugar anatómico según el área visualizada durante la CPRE(ERCP).

4.4.1. Lista de términos para el duodeno

Los términos utilizados para el duodeno en la Tabla 8 deben ser usados para describir las observaciones hechas en el duodeno.

¹⁴ Fisura es el término preferido en lugar de erosión que podría ser confundida con las erosiones del colon

4.4.2. Lista de términos para la papila mayor.

Los siguientes términos deben ser usados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones de la papila mayor. Es útil especificar si la posición de la papila es normal, peridiverticular o intradiverticular.

Tabla 10. Términos para la papila mayor

TITULOS	TERMES	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Normal	Normal			Lugar(es)
Salida de contenido anómalo				
	Sangre			Lugar(es)
	Pus			
	Barro			
	Cálculo impactado			
	Cuerpo Extraño			
	Parásitos			
	Prótesis			
	Drenaje			
Aspecto anómalo				
	Estenosis	Aspecto	Benigna Maligna	Lugar(es)
	Abombamiento			Lugar(es)
	Congestiva			Lugar(es)
	Lacerado			Lugar(es)
	Tumor/Masa	Tipo	Velloso Vegetante Infiltrante	Lugar(es)
	Evidencia de intervención endoscópica previa	Tipo	Esfinterotomía Biliar	Lugar(es)
			Esfinterotomía : Pancreática	

			Esfinterotomía : Biliar y pancreática	
			Precorte	

4.4.3 Lista de términos para la papila menor.

Los siguientes términos deben ser usados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones de la papila menor.

Tabla 11. Términos para la papila menor

TITULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Normal	Normal			Lugar(es)
Salida de contenido anómalo				
	Sangre			Lugar(es)
	Pus			Lugar(es)
	Prótesis			Lugar(es)
	Drenaje			
Aspecto anómalo				
	Congestiva			Lugar(es)
	Lacerado			Lugar(es)
	Tumor/Masa	Tipo	Velloso	Lugar(es)
			Vegetante	
			Infiltrante	
	Evidencia de intervención endoscópica previa	Tipo	Esfinterotomía	Lugar(es)
			Precorte	

4.4.4 Lista de términos para el páncreas.

Los siguientes términos deben ser usados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones del páncreas.

Tabla 12. Términos para el páncreas

TITULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Normal	Normal			Lugar(es)
Anomlies				
	Páncreas Divisum	Extensión	Completo Incompleto	
	Irregularidad	Extensión	Localizada Segmentaria Difusa	Lugar(es)
	Dilatado	Extensión	Localizada Segmentaria Difusa	Lugar(es)
	Rarefacción (Atenuación de ramas)	Extensión	Localizada Segmentaria Difusa	Lugar(es)
	Estenosis	Longitud	en mm	Lugar(es)
	Obstrucción	Aspecto	Calcul Tumor/Masa	Lugar(es)
		Grado	Parcial Completo	
	Cálculo	Número	Unica Múltiples	Lugar(es)
	Cavidad	Número	Unica Múltiples	Lugar(es)
		Diámetro	in mm	
	Cadena de lagos			Lugar(es)
	Extravasación			Lugar(es)
	Fístula			Lugar(es)
	Evidencia de cirugía previa			Lugar(es)
	Prótesis			Lugar(es)

4.4.5 Lista de términos para la vía biliar

Los siguientes términos deben ser usados para describir las observaciones hechas durante las exploraciones de la vía biliar.

Tabla 13. Términos para la vía biliar

TITULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Normal	Normal			Lugar(es)
Anomalias				
	Unión conducto Cístico ¹⁵	Localización desde la papila	Por debajo de 2 cm Plus de 2 cm	Lugar(es)
	Irregularidad	Extensión	Localizada Segmentaria Difusa	Lugar(es)
	Dilatada	Extensión	Preestenótica Localizada Segmentaria Difusa	Lugar(es)
	Rarefacción (Atenuación de ramas)	Extensión	Localizada Segmentaria Difusa	Lugar(es)
	Estenosis	Longitud Número Extensión	en mm Unico Múltiples Localizada Segmentaria Difusa	Lugar(es)
	Compresión Extrínseca (no estenótica)	Tamaño	Larga Corte	Lugar(es)
	Obstrucción	Aspecto Grado	Cálculo Tumor/Masa Parcial Completa	Lugar(es)
	Cálculo	Número	Especificar si menos de 5 Múltiples	Lugar(es)

¹⁵ Este término debería usarse sólo para la descripción de una implantación baja del conducto cístico en la vía biliar principal.

		Tamaño ¹⁶	en mm	
	Defecto de replección ¹⁷ (otros que cálculos)	Aspecto	Burbujas de aire	Lugar(es)
			Barro biliar	
			Parásitos	
			Tubo en T (Kehr)	
	Prótesis		Especificar	Lugar(es)
	Extravasación			Lugar(es)
	Cavidad	Número	Única	Lugar(es)
			Múltiples	
		Diámetro	en mm	
	Fístula		Especificar...	Lugar(es)
	Evidencia de cirugía previa		Colecistectomía Coledoco- duodenostomía Coledocoenterostomía Colecistoenterostomía Transplante hepático	Lugar(es)

4.5 Diagnósticos Adicionales y Procedimientos Terapéuticos

Los siguientes términos deben ser usados para describir los diagnósticos adicionales y procedimientos terapéuticos realizados durante la endoscopia.

Tabla 14. Términos de diagnóstico adicional y procedimientos terapéuticos

TÍTULOS	TERMINOS	ALTERACIONES	ATRIBUTOS AÑADIDOS	LOCALIZACION
Procedimientos Diagnósticos				
	Biopsia	Instrumento	Pinza	Lugar(es)
			Asa	
		Método	Fría	
			Caliente	
		Especimen	Histología	
			Microbiología	
			Test Helicobacter pylori	
		Lesión	Especificar	

¹⁶ Poner aquí el diámetro del cálculo mayor.

¹⁷ Este término nunca debería utilizarse para referirse a cálculos.

	Cytologie	Lesión	Especificar	Lugar(es)
	Cromoscopia	Tipo	Tinción por spray	Lugar(es)
			Tinción	
		Colorante	Especificar	
	Aspirado de líquidos			Lugar(es)
	Fluoroscopia	Tipo	Especificar	Lugar(es)
	Colangioscopia	Tipo	Especificar	Lugar(es)
	Ultrasonografía endoscópica	Tipo	Especificar utilizando la terminología adecuada	Lugar(es)
	Medición funcional	Tipo	Especificar	Lugar(es)
	Procedimientos Terapéuticos			
	Extracción de cuerpo extraño	Tipo		Lugar(es)
	Polipectomía	Instrumento	Pinza	Lugar(es) ¹⁸
			Asa	
		Método	Fria	
			Caliente	
		Resultado	Completa	
			Incompleta	
		Recuperación del pólipo	Recuperado	
			No recuperado	
	Esfinterotomía	Precorte	Si	
		Resultado	Satisfactoria	
			Insatisfactoria	
	Extracción de cálculos	Resultado	Completa	
			Incompleta	
			Insatisfactoria	
	Litotripsia	Tipo	Especificar...	
		Resultado	Satisfactoria	
			Insatisfactoria	
	Quistostomía	Tipo	Transgástrica	
			Transduodenal	
	Colocación de hilo-guia	Tipo	Especificar	Lugar(es)
		Resultado	Satisfactorio	

¹⁸ En referencia a localización, descripción, tamaño o número de pólipos extraídos.

			Insatisfactorio	
	Colocación de drenaje/sonda	Tipo	Nasobiliar	
			Nasoquístico	
			Nasoentérico	
			Nasopancreático	
			Prótesis	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)	Tipo	Especificar	
		Forma extracción	Externa	
			Interna	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Dilatación	Tipo	Bujías con guía	Lugar(es)
			Bujías sin guía	
			Balón	
		Tamaño ¹⁹		
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
		Lesión	Especificar	
	Inyección	Material inyectado	Especificar	Lugar(es)
		Volumen	Especificar	
		Motivo	Hemostasia	
			Erradicación de varices	
			Destrucción tumoral	
			Depósito de fármacos	
			Tatuaje	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Ligaduras	Tipo	Especificar	Lugar(es)
		Número	Especificar	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Prótesis	Tipo	Especificar ...	Lugar(es)
		Longitud	en cm o mm	
		Diámetro	en French ou mm	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Resección mucosa	Tipo	Especificar...	Lugar(es)
		Lesión	Especificar...	

¹⁹ En French o gauge

		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Terapéutica Térmica	Tipo	Coagulación	Lugar(es)
			Vaporización	
		Instrumento	Eléctrico monopolar	
			Eléctrico bipolar	
			Láser	
			Argon beam	
		Motivo	Hemostasia	
			Destrucción tisular	
			Destrucción tumoral	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Terapéutica fotodinámica	Tipo	Especificar	Lugar(es)
		Motivo	Especificar	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	
	Radioterapia Intraluminal	Tipo	Especificar	Lugar(es)
		Motivo	Especificar	
		Resultado	Satisfactorio	
			Insatisfactorio	

4.6 Complicaciones

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir las complicaciones.

Tabla 15. Términos para las complicaciones

Complicaciones
Cardiorespiratorias
Perforación
Hemorragia
Pancreatitis
Infección

5.0 MOTIVOS PARA LA ENDOSCOPIA

5.1 Ambito

Estas listas han sido revisadas por la ASGE, no obstante hay algunas diferencias en su uso entre la comunidad Europea y Estados Unidos. Las listas han sido proporcionadas con la condición de ser comprobadas. En EEUU a menudo se utilizan las indicaciones en lugar de los motivos para la endoscopia. Una indicación se utiliza para definir el motivo por el que se hace una endoscopia cumpliendo los estándares generales de buena práctica. Puede haber motivos para hacer una endoscopia que no sean indicaciones. Por ejemplo, un paciente puede querer un seguimiento anual con colonoscopia por cáncer colorectal, incluso si no hay una historia previa de pólipos o de cáncer colónico familiar. El motivo para la endoscopia es para excluir un tumor, pero esto no es ninguna indicación.

La lista de ? Indicaciones? recomendada por el Comité de la ASGE fue destinada a ser un medio de evaluación de la relevancia y necesidad de una exploración endoscópica. Esta lista ha sido concebida en base a su conveniencia para una exploración individual. Mientras se valoraban los motivos que había detrás de esta decisión, el Comité sintió que era más importante registrar el porqué una exploración concreta había sido encargada más que instruir a los usuarios de cuando una exploración es admisible.

Por tanto "Motivos para?" han sido divididos en:

1. *Síntomas*: que permiten al usuario registrar los síntomas por los que se solicita la exploración endoscópica. Esto es particularmente importante cuando una enfermedad es difícil de definir.
2. *Enfermedades*: lista de las enfermedades comunes por las que se solicita una exploración endoscópica. Estas se deben cualificar en ? Presunción...? , ? Por exclusión de...? , ? Para seguimiento de...? o ? Para tratamiento de...? .
3. *Evaluación de*: este punto se introdujo en la lista de ? Motivos de? para permitir el registro de exploraciones realizadas para evaluar el estado de una parte del tracto gastrointestinal antes o después de una intervención quirúrgica, en ausencia de un signo específico que exija la exploración de este órgano.
4. *Diagnóstico por muestra*: esto se incluye en ? Motivos para? , al reconocerse que algunas exploraciones se realizan sólo para obtener una muestra.

La lista propuesta se proporciona para cada tipo de exploración a realizar.

5.2 Motivos para la exploración

5.2.1. Endoscopia gastrointestinal alta

Los siguientes términos se deben de utilizar para describir los motivos por los que se realiza una exploración gastrointestinal alta.

Tabla 16. Motivos para la exploración gastrointestinal alta

Síntomas	
Molestias abdominales	
Disfagia	
Hematemesis	
Melena	
Pirosis	

Náusea/Vómito	
Pérdida de peso	
Anemia	
Diarrea	
Enfermedades	Atributo
Tumor	Sospecha de
Enfermedad por reflujo	Establecido
Úlcera	Exclusión de
Gastritis	Seguimiento de
Estenosis	Tratamiento de
Sangrado gastrointestinal	
Varices	
Lesiones precancerosas	
Cuerpo Extraño	
Metaástasis de origen desconocido	
Evaluación	
Preoperatoria	
Post-quirúrgica	
Cribaje (screening)	
Historia familiar de neoplasia	
Anomalia en procedimiento de imagen	Especificar
Diagnóstico por muestra	Especificar

5.2.2 Endoscopia Gastrointestinal Baja

Los siguientes términos deben ser usados para describir los motivos para la realización de una exploración gastrointestinal baja.

Tabla 17. Motivos para la realización de una exploración Gastrointestinal baja

Síntomas	
Hematoquezia	
Melenas de origen desconocido	
Diarrea	
Molestias abdominales/dolor	
Modificación del hábito intestinal	
Anemia	
Pérdida de peso	
Enfermedades	Atributo
Pólipos	Sospecha de
Cáncer colorectal	Establecido
Obstrucción colónica	Exclusión de
Divertículos	Seguimiento de
Enfermedad inflamatoria intestinal	Tratamiento de
Enfermedad de Crohn	
Colitis ulcerosa	
Vólvulo	
Angiodisplasia	
Colitis isquémica	

Colitis pseudomembranosa	
Metastasis de origen desconocido	
Evaluación	
Preoperatoria	
Post-quirúrgica	
Pérdida oculta de sangre	
Cribaje (screening)	
Historia familiar de neoplasia	
Anomalia en procedimiento de imagen	Especificar
Diagnóstico por muestra	Especificar

5.2.3 CPRE (ERCP)

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir los motivos para realizar una CPRE (ERCP).

Tabla 18. Motivos para realizar una CPRE

Síntomas	
Ictericia	
Dolor abdominal sospechoso de ser de origen biliar o pancreático	
Anomalías analíticas	
Analítica hepática	
Analítica pancreática	
Anomalia en procedimiento de imagen	Especificar
Enfermedades	ALTERACIONES
Cálculo conducto biliar	Sospecha de
Lithiase vesicular	Establecido
Pancreatitis aguda	Exclusión de
Pancreatitis crónica	Seguimiento de
Tumor periampular	Tratamiento de
Tumor pancreático/biliar	
Colangitis	
Quiste pancreático o biliar	
Complicación de cirugía previa	
Complicación de intervención previa no quirúrgica	
Obstrucción de prótesis	
Evaluación	
Preoperatoria	
Postoperatoria	
Diagnóstico por muestra :	Especificar
Tratamiento	

Esfinterotomía	
Extracción de cálculos	
Prótesis: conductos biliares/ pancreático	Especificar biliar o pancreático
Prótesis: extracción o recambio	Especificar biliar o pancreático
Dilatación	Especificar biliar o pancreático
Drenaje	Especificar biliar o pancreático
Drenaje de quiste	Especificar biliar o pancreático
Hemostasia	

6.0 Diagnóstico

6.1 Ambito

La lista de términos para cada exploración indica el diagnóstico, único o múltiple que el endoscopista cree más probable en base a los hallazgos macroscópicos. Este no es necesariamente el diagnóstico final, que tiene en cuenta los hallazgos de cualquier procedimiento adicional tales como biopsia o citología. La lista de diagnósticos ha sido escindida en dos partes: (i) Diagnósticos principales, ordenados por la prevalencia esperada; (ii) Otros diagnósticos (más raros), listados alfabéticamente. La decisión de en qué lista aparece un diagnóstico concreto se basa en la frecuencia esperada de este hallazgo en un contexto Europeo. Este "diagnóstico" podría ser usado para implementar un campo de "conclusión" dentro de cualquier informe que se genere. Tal conclusión se basaría en una síntesis de todos los hallazgos registrados. Esto es particularmente cierto cuando se describen diversas lesiones, tal como en la colonoscopia de la enfermedad inflamatoria intestinal.

El Comité recomienda también que debería ser posible registrar tanto las "conclusiones negativas" como las positivas. A menudo es tan importante registrar un hallazgo que no se presenta, como describirlo, por ejemplo, el no encontrar signos de sangrado cuando el paciente acude por una posible hemorragia gastrointestinal. Se sugiere que sea posible que se califique un diagnóstico en "certeza", "sospecha", "probablemente no sea" y "definitivamente excluido".

6.2 Lista de diagnósticos para el tracto gastrointestinal alto

6.2.1 Esófago

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir los diagnósticos del esófago.

Tabla 19. Lista de diagnósticos del esófago

Diagnóstico principal	Atributo
Normal	Sospecha de
Esofagitis por reflujo	Establecido
Varices	Exclusión de
Estenosis benigna	Seguimiento de
Tumor maligno	Tratamiento de
Esófago de Barret	
Úlcera	
Otros diagnósticos	
Acalasia	

Tumor benigno	
Divertículo	
Fístula	
Cuerpo Extraño	
Hernia de hiato	
Síndrome de Mallory-Weiss	
Esofagitis por candidas	
Esofagitis sin reflujo	
Pólipo	
Aspecto Post-quirúrgico	
Aspecto post-escleroterapia	
Cicatriz	
Anillo de Schatzki	
Tumor submucoso	

6.2.2 Estómago

Los siguientes términos se utilizarán para describir los diagnósticos del estómago.

Tabla 20. Lista de diagnósticos del estómago

Diagnóstico principal	Atributo
Normal	Sospecha de
Gastropatía:	Establecido
Erosiva	Exclusión de
Eritematosa (hyperémica)	Seguimiento de
Hipertrófica	Tratamiento de
Hemorrágica	
Mucosa gástrica atrófica	
Sospecha de gastritis (en este caso, las opciones "Sospecha de..." se deben aplicar	
Gastropatía de la hipertensión portal	
Úlcera gástrica	
Úlcera gástrica sangrante	Además de los atributos generales anotados arriba se puede incluir el tipo de conforme la clasificación de Forrest modificada para este diagnóstico: Tipo I A: activa pulsátil Tipo I B: activa rezumado Tipo II A: Vaso visible Tipo II B: material oscuro/coágulo Tipo III: sin estigmas de sangrado
Úlcera anastomótica	
Tumor maligno: Especificar si es relevante "carcinoma	

gástrico "	
Pólipos	
Otros diagnósticos	
Angiectasia	
Tumor benigno	
Sangrado de origen desconocido	
Anomía vascular de Dieulafoy	
Divertículo	
Cáncer gástrico precoz	
Compresión extrínseca	
Fístula	
Cuerpo Extraño	
Rétención gástrica	
Helicobacter pylori	
Gastropatia papulosa	
Parásitos (debe de añadirse una lista en algunos países)	
Cambios Post-quirúrgicos	
Cicatriz	
Tumor submucoso	
Varices	

6.2.3 Duodeno

Los siguientes términos deben usarse para describir los diagnósticos del duodeno.

Tabla 21. Lista de diagnósticos del duodeno

Diagnóstico principal	Atributo
Normal	Sospecha de
Duodenopatía:	Establecido
Erosiva	Exclusión de
Eritematosa (Hiperémica)	Seguimiento de
Congestiva	Tratamiento de
Hemorrágica	
Úlcera duodenal	
Úlcera duodenal sangrante	Además de los atributos generales anotados arriba se puede incluir el tipo de conforme la clasificación de Forrest modificada para este diagnóstico: Tipo I A: activa pulsátil Tipo I B: activa rezumado Tipo II A: Vaso visible Tipo II B: material oscuro/coágulo Tipo III: sin estigmas de sangrado
Déformidad ulcerogénica del duodeno	

Otros diagnósticos	
Angiectasia	
Tumor benigno	
Sangrado de origen desconocido	
Hiperplasia de glándulas de Brunner	
Enfermedad celíaca	
Enfermedad de Crohn	
Divertículo	
Fístula	
Tumor maligno	
Parásitos	
Pólipo(s)	
Cambios Post-quirúrgicos	
Cicatriz	
Tumor submucoso	
Autre (Especificar)	

6.3 Lista de diagnósticos de patología gastrointestinal baja

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir los diagnósticos del colon.

Tabla 22. Lista de diagnósticos del colon

Diagnóstico principal	Atributo
Normal	Sospecha de
Pólipo(s)	Establecido
Tumor maligno :	Exclusión de
Primario	Seguimiento de
Recidiva postquirúrgico/anastomótico)	Tratamiento de
Colitis ulcerosa:	
Inactiva	
Activa leve	
Activa severa	
Enfermedad de Crohn :	
Inactiva	
Activa leve	
Activa severa	
Colitis inespecífica	
Diverticulosis	
Diverticulitis	
Proctitis/colitis por radiación	
Hemorroides	
Otros diagnósticos	
Angioectasia (anomalía vascular)	
Sangrado de origen desconocido	
Condyloma	
Cuerpo Extraño	
Fístula	
Ileítis	
Colitis isquémica	

Lymfoma	
Melansosis coli	
Parásitos (debe de añadirse una lista en cada país)	
Poliposis colónica	
Neumatosis colónica	
Cambios Post-quirúrgicos	
Estenosis postquirúrgica	
Proctitis	
Colitis pseudomembranosa	
Úlcera solitaria	
Lipoma	
Otros (Especificar)	

6.3 Lista de diagnósticos de CPRE (ERCP)

6.3.1 Páncreas

Los siguientes términos deben de usarse para describir los diagnósticos del páncreas.

Tabla 23. Lista de diagnósticos del páncreas

Diagnóstico principal	Atributo
Pancreatograma fallido	Sospecha de
Pancreatograma normal	Establecido
Pancreatitis crónica	Exclusión de
Tumor de páncreas	Seguimiento de
Quiste pancreático	Tratamiento de
Estenosis papilar	
Tumor de la papila (Ampuloma)	
Otros diagnósticos	
Unión bilio- pancreática anómala	
Páncreas anular	
Páncreas divisum	
Fístula del conducto pancreático	
Cálculos pancreáticos	
Parásitos	
Otros (Especificar)	

6.3.2. Vía Biliar

Los siguientes términos deben ser utilizados para describir los diagnósticos de la vía biliar.

Tabla 24. Lista de diagnósticos de la vía biliar

Diagnóstico principal	Atributo
Colangiografía fallida	Sospecha de
Colangiografía normal	Establecido

Colangiografía normal postcolecistectomía	Exclusión de
Colangiografía normal postesfinterotomía	Seguimiento de
Colelitiasis	Tratamiento de
Coledocolitiasis	
Colecistolitiasis	
Litiasis hepática	
Litiasis conducto cístico	
Litiasis muñón cístico	
Síndrome de Mirizzi	
Tumor vía biliar	
Tumor hepático común	
Tumor de Klatzkin	
Tumor de vesícula biliar	
Estenosis de la papila	
Tumor de la papila (ampuloma)	
Prótesis ocluida	
Otros diagnósticos	
Unión bilio- pancreática anómala	
Fístula biliar	
Obstrucción biliar	
Fuga biliar	
Estenosis biliar	
Enfermedad de Caroli	
Quiste coledocal	
Coledococele	
Cirrosis	
Hemobilia	
Estenosis de la papila	
Parásitos	
Colangitis esclerosante	
Síndrome del sumidero	
Colangitis supurativa	
Tumor de la vesícula	
Otros (Especificar)	

7.0 Bibliografía

1. Maratka, Z. Terminology, definitions and diagnostic criteria in digestive endoscopy. Scan J Gastroenterol 1984;19(suppl 103):1-74.
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy Computer Syllabus, ASGE Computer Committee, Manchester, Ma, May, 1984.
3. Kruss, DM. The ASGE database: computers in the endoscopy unit. Endosc Rev 1987;4:64-70.
4. Maratka Z. Databases for gastrointestinal endoscopy [letter]. Gastrointest Endosc 1992;38(3):395-396.
1. Maratka Z, Schapiro M. Terminology and its application to computer-aided data processing in digestive endoscopy. J Clin Gastroenterol 1990;12(2):130-131.
2. Maratka Z. Terminology, Definitions and Diagnostic Criteria in Digestive Endoscopy, Third Edition. Bad Homburg: Normed Verlag, 1994.
3. Crespi M, Delvaux M, Schapiro M, Venables C, Zweibel F. Minimal standards for a computerized endoscopic database. Am J Gastro 1994;89:S144-S153.
4. Crespi M, Delvaux M, Schapiro M, Venables C, Zwiebel FM. Working Party Report by the Committee for Minimal Standards of Terminology and Documentation in Digestive Endoscopy of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Minimal standards for a computerized endoscopic database. Am. J. Gastroenterol. 1996; 91: 191-216.

8.0 Historia de las revisiones

Autor	Número de la revisión	Fecha	Lugar
ESGE	1.0	01-05-1995	Los Angeles, CA
LY Korman	1.0 ^g	21-01-1998	Washington DC
ESGE/ASGE	2.0 ^a	06-03-1998	Barcelona, España
ESGE/ASGE	2.0 ^b	02-05-1998	Roma, Italia
M. Delvaux - LY Korman	2.0 ^c	06-06-1998	Toulouse, Francia Washington DC
M. Delvaux - LY Korman	2.0 ^d	14-07-1998	Toulouse, Francia Washington DC