

Recomendaciones actuales para el análisis y reporte de biopsias gástricas

Current recommendations for analyzing and reporting gastric biopsies

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2572>

Señor editor

Luego de leer de manera minuciosa el artículo “Frecuencia de cambios morfológicos en biopsias gástricas asociadas a infección por *Helicobacter Pylori*”. Es de conocimiento médico que el cáncer gástrico representa una entidad frecuente en nuestro medio, a nivel mundial es el quinto cáncer más común, además la tercer causa de mortalidad por cáncer. En su distribución global la presentación es más frecuente en Asia Oriental, Europa del Este, América Central y del Sur; desafortunadamente los diagnósticos no se dan de manera temprana, lo cual implica que el pronóstico de los pacientes no sea favorable (1).

Gracias al estudio continuo del cáncer gástrico se ha logrado establecer su asociación importante con la inflamación e infección por *Helicobacter pylori*, múltiples cambios se presentan en la mucosa gástrica previo al desarrollo de cancer dentro de los que se pueden incluir la gastritis crónica superficial, gastritis atrófica, gastritis con presencia de folículos linfoides o gastritis folicular, y la metaplasia intestinal. Dentro las conclusiones de su trabajo los autores comentan que en un 42% de los reportes de anatomía patológica no se ajustan a los parámetros descritos internacionalmente para la interpretación histológica de los cambios morfológicos, esto bajo la premisa de la variabilidad entre los patólogos que las revisaron y recomiendan unificar conceptos a la hora de elaborar el reporte de los hallazgos histopatológicos. Al revisar el sistema de reporte de biopsias utilizado en el estudio se constató que era el protocolo de Sídney, el cual al día de hoy se sabe que tiene algunas dificultades en cuanto a su reproducibilidad interobservador y probablemente eso impacto en los resultados (2).

Actualmente distintos consensos internacionales recomiendan la utilización del protocolo OLGA/OLGIM para el reporte de biopsias gástricas, esto debido a su fácil aplicación y reproducibilidad, en este sistema se considera la atrofia (perdida del volumen glandular total o de su funcionalidad normal por metaplasia pilórica/intestinal) como la lesión que indica una progresión real de la gastritis, ésta se puntúa de 0 a IV, donde 0 es no atrofia, I, atrofia mínima, y IV, grado más severo de la misma, su propósito es estratificar el riesgo de desarrollar cáncer gástrico, para así determinar interven-

ciones, sobre todo en aquellos pacientes con puntuación OLGA III o IV quienes serán vigilados con endoscopia para detectar precozmente el CG (3).

En Colombia ya este sistema de reporte se encuentra en uso y su aplicabilidad ha sido demostrada, Martínez y cols en 2016 analizaron una muestra de más de 5000 pacientes recolectados de los años 2010 al 2013, demostraron que con el protocolo de OLGA se identificó un 61,8% más de casos de atrofia que utilizando protocolos con menos biopsias (42% versus 26%), además constataron la asociación de displasia con estadios avanzados de OLGA (III/IV), lo que concuerda con los reportado en estudios de otros países con alta incidencia de cáncer gástrico como Japón (4).

Por lo cual se invita a la comunidad de gastroenterólogos, endoscopistas y patólogos a establecer mesas de trabajo, donde se haga actualización continua sobre los protocolos más recientes de estratificación de riesgo de cáncer gástrico para así ofrecer un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes; con lo que se garantiza una atención integral de los mismos.

Dr. Pablo Salomón Montes-Arcón

Dr. Camilo Andrés Pérez Montiel

Estudiantes de postgrado de Patología

Dra. Sandra Herrera-Lomonaco

Médica Patóloga, Docente universitaria.

Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

Correspondencia Dr. Pablo Salomón Montes-Arcón.

E-Mail: pmontesarcon@gmail.com

Referencias

1. Sarem M, Corti R. ¿Por qué es importante detectar la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal gástrica? ¿Cuál es la forma adecuada de hacerlo?. *Rev Gastroenterol Peru*. 2020;40(3):260-6
2. Melo-Peñaloza MA, Mendoza-Rodríguez A. Frecuencia de cambios morfológicos en biopsias gástricas asociadas a infección por *Helicobacter Pylori*. *Acta Med Colomb*. 2021; 46. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2021.1987>.
3. Crafa P, Russo M, Miraglia C, Barchi A, Moccia F, Nouvenne A, et al. From Sidney to OLGA: an overview of atrophic gastritis. *Acta Biomed*. 2018; 89(8-S): 93-99. DOI:10.23750/abm.v89i8-S.7946
4. Martínez D, Otero W, Ricaurte O. Impacto del sistema OLGA en la detección de gastritis crónica atrófica en Colombia: un estudio de casos y controles. *Rev Col Gastroenterol*. 2016; 31(4): 360-367.

RESPUESTA

Respuesta al editor

En primer lugar quiero agradecer al lector por su cuidadosa lectura del artículo "Frecuencia de cambios morfológicos en biopsias gástricas asociadas a infección por *Helicobacter pylori*".

En segundo lugar manifestarle que estoy perfectamente de acuerdo con su sugerencia en relación a que se promueva en Colombia la utilización de la metodología OLGa u OLGIM en la toma e interpretación histológica de las biopsias gástricas con la finalidad de buscar y estadificar adecuadamente la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal, con el objetivo de hacer seguimiento y eventualmente detectar casos de cáncer gástrico en etapas tempranas (1).

Sin embargo, hay que recordar que se trata de un estudio retrospectivo, que el análisis de historias se hizo en el periodo 2008 a 2017, periodo durante el cual tanto la toma de biopsias y su interpretación se hace con el sistema vigente para ese momento que era el Sydney (2, 3).

Por ser retrospectivo hay que aceptar que tanto el muestreo como el diagnóstico histológico pueden tener mucha variabilidad, debido a que son varios los patólogos que informan las biopsias, así como varios endoscopistas que las toman, por lo que esto se reconoció como una limitación del estudio en su parte final, ya que no se pudo determinar ni el número ni la localización exacta de la toma de las biopsias.

Esto además es una barrera que ha ido mejorando significativamente en nuestro medio, ya que se está viendo cada vez más que el informe patológico diferencia sus hallazgos entre cuerpo y antro, pero particularmente también con la biopsia de la incisura, y clasificando con el sistema OLGa u OLGIM las biopsias gástricas.

Debido a que Colombia es un país con alta incidencia de cáncer gástrico, la detección de la atrofia en sus diferentes grados y metaplasia intestinal, pero particularmente aquella que afecta tanto al antro como al cuerpo son de mucho interés en el seguimiento, como se reconoce en el artículo en sus conclusiones (1).

También me parece de interés hacer notar que el estudio se centró en ver la variación de cambios morfológicos cuando el resultado de la biopsias fuera *Helicobacter* positivo o negativo, ya que en la práctica clínica diaria estamos tomando el negativo como una situación clínica a la cual se le resta importancia ya que no se trata con antibióticos, pero tampoco se le hace seguimiento y habrá que resaltar que algunos de estos casos también tienen atrofia y metaplasia por lo que pueden haber falsos negativos, verdaderos negativos o estamos en frente de una entidad diferente en la cual no hay interacción con *Helicobacter pylori*, pero que puede tener riesgo para el desarrollo del cáncer gástrico por

otros mecanismos que están en estudio y para los cuales no hay una metodología clara de seguimiento (4, 5).

Se ha pensado que el hecho de ser negativos pueda estar representando una entidad diferente a la gastritis asociada a la presencia del *H. pylori*, pero que pueda tener riesgos similares si presenta atrofia y metaplasia. En este sentido Sonneber en 2015 sobre 895 323 encontró 1.5% de pacientes *Helicobacter* negativos, pero encontró que de estos había 13% de metaplasia intestinal, sugiriendo que se trata de una entidad diferente a la que habrá que dirigir futuras investigaciones (6).

En términos de la microbioma del estómago se ha encontrado recientemente que el 96% de la microbioma normal de estómago está conformado por firmicutes (42%), bacteroides (24%), proteobacterias (17%), actinobacterias (7%) fusobacterias (6%) que tienen una interacción en torno a la presencia o ausencia de *Helicobacter pylori*, se están desarrollando estudios que apuntan a mostrar que el estatus *H. pylori* positivo o negativo puede desarrollar diferentes conformaciones de microbiotas que pueden contribuir a los cambios superficiales de la gastritis atrófica o no atrófica por mecanismos que aún están por dilucidar (4, 5).

Agradezco al lector por hacer sus valiosos aportes al texto que se publicó.

Dr. Mauricio Alberto Melo-Peñaloza

Internista, Gastroenterólogo. Docente Medicina del Adulto,
Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia.
Villavicencio (Colombia).

Correspondencia: Dr. Mauricio Alberto Melo-Peñaloza.
Villavicencio (Colombia).
E-Mail: mauricio.melo@campusucc.edu.co
albertomelp_59@hotmail.com

Referencias

1. **Rugge M, de Boni M, Pennelli G, de Bona M, Giacomelli L, Fassan M, Basso D, Plebani M, Graham DY.** Gastritis OLGa-staging and gastric cancer risk: a twelve-year clinico-pathological follow-up study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010 May; **31**(10):1104-11. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04277.x. Epub 2010 Feb 23. PMID: 20180784.
2. **Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P.** Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol.* 1996 Oct; **20**(10):1161-81. doi: 10.1097/00000478-199610000-00001. PMID: 8827022.
3. **Price AB.** The Sydney System: histological division. *J Gastroenterol Hepatol.* 1991 May-Jun; **6**(3):209-22. doi: 10.1111/j.1440-1746.1991.tb01468.x. PMID: 1912431.
4. **Gunathilake M, Lee J, Choi IJ, Kim YI, Kim J.** Association between bacteria other than *Helicobacter pylori* and the risk of gastric cancer. *Helicobacter.* 2021 Oct; **26**(5):e12836. doi: 10.1111/hel.12836. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34268831.
5. **Ndegwa N, Ploner A, Andersson AF, Zagai U, Andreasson A, Vieth M, Talley NJ, Agreus L, Ye W.** Gastric Microbiota in a Low-*Helicobacter pylori* Prevalence General Population and Their Associations With Gastric Lesions. *Clin Transl Gastroenterol.* 2020 Jul; **11**(7):e00191. doi: 10.14309/ctg.000000000000191. PMID: 32764211; PMCID: PMC7431247.
6. **Genta RM, Sonnenberg A.** *Helicobacter*-negative gastritis: a distinct entity unrelated to *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Jan; **41**(2):218-26. doi: 10.1111/apt.13007. Epub 2014 Nov 6. PMID: 25376264

