



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN FUNCIÓN A LA GRAVEDAD DE LA ATROFIA GLANDULAR Y LA METAPLASIA INTESTINAL SEGÚN LA RECOMENDACIÓN DE SYDNEY: PROPUESTA DEL ALGORITMO OLGIMA

Pedro Delgado Guillena¹, Eva Barreiro², Javier Tejedor³, Alaín Huerta⁴, Silvia Patricia Ortega⁵, Oliver Patrón⁶, Diana Zaffalon⁷, Raquel Vicente⁸, Sheyla Montori⁹, Joan Llach¹⁰, Nayra Felipez Varela⁹, Carolina Mangas¹¹, Patricia Gonçalves¹², Luis Hernández¹³, Rosa María Sáiz Chumillas¹⁴, Leticia Moreira¹⁰ y Eduardo Albéniz⁹

¹Hospital de Mérida, Badajoz. ²Hospital Central de Asturias, Oviedo. ³Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ⁴Hospital de Galdakao. ⁵Hospital Comarcal de Inca, Mallorca. ⁶Hospital de Llevant, Llevant. ⁷Consorci Sanitari de Terrassa. ⁸Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ¹⁰Hospital Clínic, Barcelona. ¹¹Hospital General Universitario de Alicante. ¹²Clinica Servidigest, Barcelona. ¹³Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. ¹⁴Hospital Universitario de Burgos.

Resumen

Introducción: El riesgo de cáncer gástrico (CG) se ha evaluado en función a la severidad y localización de la atrofia glandular (AG) y de la metaplasia intestinal (MI). El sistema OLGA considera la valoración conjunta de la AG y MI como un promedio que debe aportar el patólogo. Mientras que, el sistema OLGIM considera la gravedad de la MI reportada según el consenso Sydney. Actualmente, ningún sistema evalúa la severidad de la AG ni de la MI según la severidad recomendada por Sydney. El objetivo de este estudio fue valorar la utilidad de una nueva propuesta, el sistema OLGIMA (*Operative link on gastric intestinal metaplasia and glandular atrophy*), como un instrumento de estratificación del riesgo de CG en la práctica clínica.

Métodos: Es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico del registro español Epigastric/EDGAR. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años a quienes se realizó su primera gastroscopia diagnóstica de forma ambulatoria, considerando cualquier indicación, entre abril 2021 y julio 2023. Se realizaron biopsias según el protocolo actualizado de Sydney. Se excluyeron los pacientes con displasia, malignidad, sospecha de gastritis autoinmune e información histológica inadecuada. La gravedad de la GA y MI fue valorada tanto en el antro/incisura como en el cuerpo. La valoración OLGIMA se inició considerando la mayor puntuación histológica reportada (ausencia: 0; leve: 1; moderada: 2; marcada/grave: 3) para la AG o MI en las dos regiones topográficas. Posteriormente, el estadiaje final se realizó siguiendo el mismo algoritmo de la clasificación OLGA y OLGIM.

Resultados: Se incluyeron un total de 998 pacientes. La edad mediana fue de 57 (RIQ 46-67) años, el 64% fueron mujeres. La infección por Hp fue identificada en 334 (35%) casos, siendo infección activa el 19% e infección pasada en el 16%. La AG fue reportada en 192 (19%) pacientes, siendo limitada al antro en 113 (11%) casos y extensa en 79 (8%) casos. La MI fue identificada en 159 (16%) casos, siendo limitada al antro en 114 (11%) casos y extensa en 45 (5%) casos. De acuerdo a la MI, 27 (2,7%) pacientes fueron OLGIM III/IV, mientras que, de acuerdo a la AG, 22 (2,2%) casos fueron avanzados (AG extensa clínicamente significativa). El sistema OLGIM hubiese omitido 12 (1%) casos de AG avanzada. Considerando ambos criterios juntos, se hubiesen detectado 39 (3,9%) casos de alto riesgo (17 casos OLGIM III/IV, 12 casos AG

avanzada, y 10 casos reuniendo ambas condiciones). La propuesta OLGIMA fue capaz de detectar todos los casos OLGIM III/IV y AG avanzada, en la categoría OLGIMA III/IV.

Conclusiones: La nueva propuesta OLGIMA, basada en la severidad de la AG y MI según la recomendación de Sydney, fue capaz de detectar todos los pacientes de alto riesgo (OLGIM III/IV y AG avanzada). El sistema OLGIMA es simple y podría ser calculada por cualquier clínico incluso si la biopsia de incisura hubiese sido omitida.