



# Gastritis crónica. Correlación de la clasificación de Sydney con el diagnóstico endoscópico

JUAN JOSÉ GAVIRIA JIMÉNEZ, MD\*, MARIO MELGUIZO BERMÚDEZ, MD\*\*

*Palabras clave:* gastritis, clasificación, gastritis atrófica, metaplasia, endoscopia del sistema digestivo, histopatología.

## Resumen

*El concepto de gastritis crónica siempre ha sido motivo de controversia. Con el propósito de eliminar confusiones diagnósticas se crea en Sydney (Australia) un sistema de clasificación y gradación (Sistema Sydney). El presente estudio se propuso determinar la utilidad y reproducibilidad de este sistema para la gradación y clasificación de las gastritis crónicas y determinar la correlación endoscópica con la misma. La investigación se realizó en 55 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta y que tuvieron diagnóstico endoscópico de gastritis crónica. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y longitudinal. Con base en el Sistema Sydney, se hizo una clasificación de signos endoscópicos y se empleó una guía visual, propuesta también por el Sistema, para su lectura histopatológica.*

*Todos los pacientes incluidos en el estudio con el diagnóstico de gastritis crónica fueron corroborados en estudio histopatológico como tal. El hallazgo endoscópico predominante fue el eritema en parches o en estrías de*

*la mucosa, y estuvo presente en 98,2% de los pacientes. No hubo correlación endoscópica-histopatológica en lo que respecta al diagnóstico por regiones anatómicas (antral-antrocorporal) o en su gradación (niveles de severidad).*

*Se encontraron relaciones importantes entre los signos endoscópicos de hiperplasia y nodularidad con la presencia de *Helicobacter pylori*, la existencia de metaplasia intestinal incompleta en la incisura angularis y la relación *H. pylori*-actividad (neutrófilos). Para unificar criterios de diagnóstico y lenguaje se recomienda el uso de la guía visual y se comprueba la utilidad y reproducibilidad del Sistema Sydney.*

## Introducción

El concepto de gastritis crónica siempre ha sido motivo de controversia. En 1990, con el fin de eliminar confusiones diagnósticas, se reunió en Sydney (Australia) un grupo de trabajo para definir algunas guías para la clasificación y gradación de la gastritis crónica. Los participantes eran conscientes de que muchas de las controversias y desacuerdos sobre los diferentes tipos y modelos de gastritis tenían un origen más semántico que real<sup>(1-2)</sup> (tabla 1). De esta reunión de trabajo resultó el llamado “Sistema Sydney”, el cual hace consideraciones endoscópicas e histológicas y recomienda que el diagnóstico de gastritis sea hecho por una integración de información etiológica, histológica y endoscópica. Aconseja que sean usadas las mismas categorías

\* Médico interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

\*\* Cirujano de planta del Hospital Pablo Tobón Uribe. Profesor titular de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Fecha de recibo: Enero 15 de 2002

Fecha de aprobación: Marzo 4 de 2004

de gradación (leve, moderado y severo), tanto para la histología como para las variables endoscópicas <sup>(3)</sup>.

Posteriormente, en 1994, se efectuó otra reunión en Houston (Texas), en la cual se mejoró la terminología de la clasificación y se enfatizó la importancia de distinguir entre estómagos atróficos y no atróficos, teniendo en cuenta que los nombres usados para cada entidad fueran aceptados por patólogos y endoscopistas <sup>(4)</sup>.

El descubrimiento del *H. pylori* alteró los conceptos de etiología y se ha inculcado a esta bacteria de ser la causa principal de gastritis crónica no autoinmune. Además, el *H. pylori* ha producido otras formas de gastritis bien reconocidas <sup>(4-6)</sup>.

Basados en las anteriores consideraciones, los autores se propusieron utilizar el Sistema Sydney en el diagnóstico de los diferentes tipos de gastritis crónica en los pacientes con indicación de endoscopia digestiva superior que consultaron al servicio de endoscopia de uno de los autores (MMB). Con el empleo la terminología común propuesta por el Sistema (endoscopia e histopatología), se pretendió correlacionar ambos aspectos, así como determinar la frecuencia de presentación de los diferentes tipos histopatológicos en nuestro grupo de pacientes y, además, la frecuencia de infección por *H. pylori*.

TABLA 1  
*Clasificación de gastritis crónica basada en la topografía, morfología y etiología*

Tipo de gastritis	Factores etiológicos		Sinónimos
Gastritis crónica no atrófica	<i>H. pylori</i> Otros factores		Superficial, GDA (gastritis difusa antral) GCA (gastritis crónica antral) Intersticial-folicular Hipersecretora Tipo B
Gastritis crónica atrófica	Autoinmune	Autoinmunidad	Tipo A Corporal difusa Asociada a anemia perniciosa
	Atrófica	<i>H. pylori</i>	Tipo B
	Multifocal	Dieta Factores ambientales(?)	Tipo AB Ambiental Metaplásica

Datos extraídos parcialmente de la referencia 3.

## Materiales y métodos

El presente estudio, de tipo descriptivo, prospectivo y longitudinal, está constituido por 55 pacientes con diagnóstico endoscópico de gastritis crónica que consultaron al servicio de endoscopias de uno de los autores (MMB), desde abril de 1999 a octubre del mismo año.

Se incluyeron pacientes con cambios sugestivos de gastritis crónica en la endoscopia digestiva alta y cuyas biopsias fueran leídas por patólogos a quienes previamente se les había informado acerca de la investigación y que se ciñeran, por lo tanto, al Sistema Sydney en el campo de su competencia.

Las endoscopias digestivas altas fueron realizadas en estos pacientes por dos razones: 1. Por su sintomatología. 2. Por seguimiento de algún tipo de intervención quirúrgica, aunque fueran asintomáticos.

No se excluyeron pacientes con gastritis agudas, con hemorragia activa en el momento del examen, con trastornos mentales, con coagulopatías o gastrectomizados.

Después de cumplidos estos criterios de inclusión y de exclusión, se obtuvo el consentimiento informado, explicando a los pacientes los riesgos del procedimiento y su posibilidad de retirarse si así lo deseaban. Posteriormente se realizó historia clínica completa en formato prediseñado, con el cual se incluyeron: nombre y apellidos del paciente, edad, sexo y síntomas predominantes.

El endoscopista hizo una meticulosa valoración de la mucosa en busca de signos compatibles con gastritis crónica, tales como eritema (parches y/o estrías), edema, cambios hiperplásicos, nodularidad, visualización de los vasos submucosos por transparencia y disminución en la altura de los pliegues. Toda esta información se trasladó a un formulario prediseñado.

La endoscopia tuvo en cuenta la siguiente terminología:

- **Eritema:** parcheado rojizo que puede ser focal, segmentario o difuso. También puede aparecer en forma de estrías.
- **Edema:** opalescencia de la mucosa, con acentuación de la arquitectura gástrica.

- **Hiperplasia:** cuando la mucosa no se aplana completamente con la insuflación.
- **Visualización de los vasos submucosos y disminución de la altura de los pliegues:** son indicativos de atrofia y pueden ser leves, moderados o severos.

Con base en lo definido, se tomaron biopsias de la siguiente manera: dos antrales, dos corporales y una de la incisura angularis, tal como lo propone el Sistema Sydney. Dichas muestras de biopsia fueron enviadas en frascos separados con formol al 10% y debidamente identificadas. En el laboratorio patológico se utilizó hematoxilina y eosina como única tinción en el estudio de las biopsias (7).

El estudio anatomopatológico se definió según la escala visual propuesta por el Sistema Sydney y que utiliza la terminología de leve, moderada y severa para la atrofia, la metaplasia intestinal, la presencia de neutrófilos y mononucleares, y la densidad del *H. pylori* (4).

La terminología para los diagnósticos histopatológicos se definió con base a las sugerencias del Sistema Sydney (4). El reporte anatomopatológico se informó independientemente, de acuerdo con el sitio de la toma de la biopsia y registrado en un formulario. Toda la información se procesó y valoró utilizando el programa Epi-Info 6,03. Se empleó el estadístico de chi cuadrado con el fin de buscar correlación de significancia estadística en los objetivos de la investigación.

### Resultados

Durante los siete meses del estudio se practicaron 318 endoscopias, pero el rigor de la investigación (criterios de inclusión y exclusión) redujo la serie a 55 pacientes con diagnóstico endoscópico de gastritis crónica. Hubo 35 mujeres (63,6%) y 20 hombres (36,4%). El promedio de edad fue de 46,5 años ± 13,8; rango 15-75 (figura 1).

La epigastralgia fue el síntoma principal (43,6%); y en orden de frecuencia le siguieron los pacientes con síntomas de epigastralgia y agrieras combinadas (23,6%); los asintomáticos (18,2%) y el síntoma agrieras (14,5%).

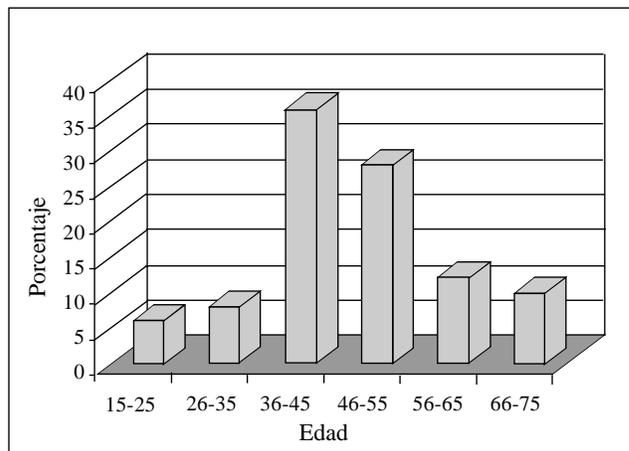


FIGURA 1. Distribución porcentual por grupos de edad

Los principales diagnósticos endoscópicos encontrados fueron: gastritis no atrófica antral leve (21,8%), gastritis no atrófica antral moderada (50,9%), gastritis no atrófica antral severa (14,5%), gastritis no atrófica antro-corporal leve (1,8%), gastritis no atrófica antro-corporal moderada (1,8%), gastritis atrófica antral moderada (1,8%), gastritis atrófica antro-corporal moderada (3,6%) y gastritis atrófica antro-corporal severa (3,6%) (figura 2). Es decir, se hizo diagnóstico de gastritis crónica no atrófica de localización antral en 87,2% (n=48) de los pacientes y en el 3,6% (n=2) el diagnóstico fue antro-corporal. Se efectuó diagnóstico de gastritis atrófica en 9,1% (n=5), antral en un caso y antro-corporal en cuatro.

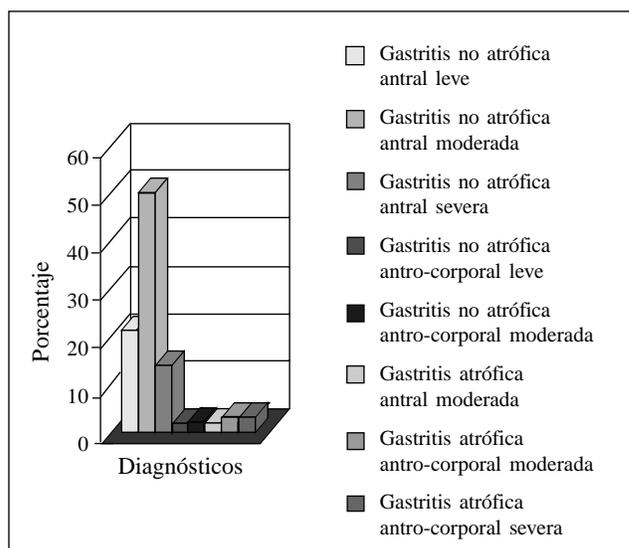


FIGURA 2. Distribución porcentual de los diagnósticos endoscópicos en la gastritis crónica

El diagnóstico endoscópico de gastritis se realizó por el hallazgo de eritema (parches y/o estrías) en los 55 pacientes (98,2%), hiperplasia en cinco (9,1%), visualización de los vasos de la submucosa por transparencia en cinco (9,1%) y disminución de la altura de los pliegues en cinco (9,1%).

La severidad de los cambios endoscópicos se clasificó en el grupo de las gastritis no atróficas como leve en trece pacientes (23,6%), moderada en 29 (52,7%) y severa en ocho (14,5%). En las atróficas la categoría de moderada se estableció en tres pacientes (5,4%) y severa en dos (3,6%).

De los pacientes con diagnóstico endoscópico de gastritis antral leve (doce pacientes), sólo cuatro fueron confirmados histopatológicamente (33,3%); en aquellos con gastritis antral moderada (28 pacientes), sólo fueron comprobados por histopatología doce (42,8%), y en los casos con diagnóstico de gastritis antral severa y de gastritis antrocorporal ninguno fue confirmado por el laboratorio.

Desde el punto de vista histopatológico, 28 pacientes (50,9%) fueron diagnosticados como gastritis no atróficas antrales y 24 (43,6%) como gastritis no atróficas antro-corporales. Con base en la severidad de las gastritis no atróficas (n=52) se diagnosticaron: 18 gastritis antrales moderadas y diez leves. Asimismo, trece antro-corporales moderadas, nueve leves y dos severas. En cuanto a las atróficas sólo tres de los cinco pacientes diagnosticados endoscópicamente fueron confirmados por histología.

En lo referente a los criterios de actividad (neutrófilos), sólo 12 de los 55 pacientes exhibieron criterios histopatológicos.

Hubo 12 pacientes con metaplasia intestinal, considerando el grupo de los atróficos y los no atróficos. La metaplasia fue completa en diez e incompleta en uno y otro con combinación de ambas metaplasias. Se registraron cinco casos de metaplasia completa antral, seis corporales y uno antro-corporales. La metaplasia completa fue corporal y la mixta antro-corporal. En las gastritis atróficas sólo hubo dos casos de metaplasia completa y de localización corporal. El *H. pylori* se encontró en 74,5% de los pacientes con gastritis crónica; llama la atención que solamente hubo un caso de

densidad elevada, y que predominó la densidad leve en 28 pacientes (50,9%) sobre la densidad moderada observada en diez (18,1%).

En toda la serie sólo hubo un caso de displasia leve, una paciente con diagnóstico histopatológico de gastritis crónica no atrófica antro-corporal moderada, que por otra parte no demostraba actividad. Se encontró *H. pylori* en 41 pacientes (74,5%), que de acuerdo con el muestreo de biopsias sugerido por el Sistema Sydney, mostró la distribución que aparece en la figura 3.

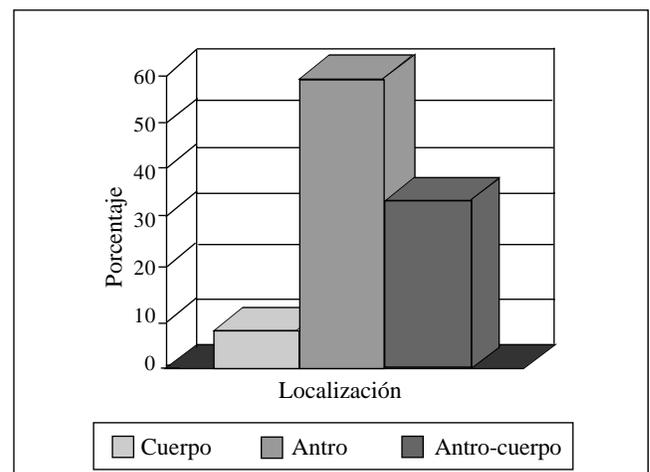


FIGURA 3. Distribución porcentual de *H. pylori* según el sitio de localización

## Discusión

Se concluyó que la endoscopia fue altamente sensible para el diagnóstico de gastritis crónica, pero observamos que no hay buena correlación de la gastritis crónica por el estudio endoscópico y el histopatológico; es decir, no todos los pacientes seleccionados por el endoscopista para ser incluidos en la investigación, por tener hallazgos sugestivos de gastritis crónica, presentaron cambios compatibles con dicho diagnóstico en la histopatología. Pero esto no significó que haya existido una correlación estadísticamente significativa al especificar dichos diagnósticos y tener en cuenta la propuesta del Sistema Sydney de leve, moderado y severo, tanto en el campo endoscópico como histopatológico, inclusive cuando la endoscopia se vio en la obligación de determinar el compromiso por regiones anatómicas. Es importante anotar este hecho, puesto que las series muestran una correlación baja, Khakoo y cols. <sup>(8)</sup> donde

en 98 casos con diagnóstico de gastritis endoscópica se encontró histología normal en 26 de ellos (27%). Recordemos, además, que no se incluyeron pacientes en los cuales el endoscopista no captaba anomalías, pues con alguna frecuencia (62%) la histopatología demuestra hallazgos de gastritis sin que se detecten en la endoscopia <sup>(8)</sup>.

Si bien el parcheado eritematoso se considera de poco valor para el diagnóstico de gastritis por histopatología <sup>(9)</sup>, en nuestra serie fue importante para la correlación.

Con respecto a los signos endoscópicos de hiperplasia y nodularidad, se encontró una asociación del 100% con la presencia de *H. pylori*. Los signos endoscópicos de visualización de los vasos submucosos por transparencia y disminución en la altura de los pliegues se correlacionaron bien con el diagnóstico de atrofia. El endoscopista debe ser muy cauto en no abusar en la insuflación en el momento de juzgar estos signos. Los demás signos endoscópicos no fueron importantes para establecer el diagnóstico de gastritis crónica en nuestro estudio.

Si relacionamos la presencia de *H. pylori* con la actividad (neutrófilos) encontramos su presencia en nueve (75%) de doce casos. Es llamativo que en la mayoría de ellos la presencia de neutrófilos estuvo en un nivel de severidad por encima del observado en la infección por *H. pylori*.

En nuestra serie, sólo dos pacientes tuvieron diagnóstico de metaplasia intestinal incompleta, importante desde el punto de vista de premalignidad <sup>(4, 10)</sup>; en uno de ellos localizada en la incisura, dato interesante puesto que Pelayo Correa insiste en no ignorar la incisura para la toma de las biopsias, ya que las lesiones más tempranas y más avanzadas se encuentran en este sitio <sup>(4)</sup>.

Después de efectuar el análisis estadístico no se encontró una significancia estadística en la correlación

de los diagnósticos endoscópicos con los histopatológicos. Además, tampoco se observó significancia estadística al correlacionar la sintomatología con los resultados endoscópicos o histopatológicos.

## Conclusiones

1. El Sistema Sydney simplifica la clasificación de gastritis crónica en dos grandes grupos (atróficas - no atróficas) y procura eliminar la sinonimia que genera confusión.
2. En nuestra serie, diferente de otras, fue posible hacer el diagnóstico de gastritis crónica por los hallazgos endoscópicos y distinguir la no atrófica de la atrófica por histopatología <sup>(4, 9)</sup>.
3. No se encontró correlación entre el diagnóstico endoscópico y el histopatológico cuando tratamos de efectuar diagnósticos de localización (antral, antro-corporal) o cuando hemos de categorizar la gastritis por niveles de severidad.
4. Similar a lo reportado en la literatura, los signos endoscópicos de hiperplasia y nodularidad siempre se relacionaron con presencia de *H. pylori* <sup>(9, 11, 12)</sup>.
5. La frecuencia encontrada para *H. pylori* fue 74,5%, lo cual coincide con lo informado en otros estudios <sup>(1, 13, 14)</sup>.

## Agradecimientos

A los doctores Alejandro Vélez Hoyos y Andrés Ángel Mejía, médicos patólogos, por su colaboración en el estudio histopatológico al ceñirse al Sistema Sydney. Al doctor Jaime Ordóñez, por su asesoría metodológica.

## Chronic gastritis. Correlation of the Sydney classification with endoscopic diagnosis

### Abstract

*The concept of chronic gastritis has always been controversial. With the aim of avoiding diagnostic confusions, a classification and grading system was established at a meeting held in Sidney (Australia).*

*The objective of this study was determining the utility and possibility of reproduction of the Sidney System for grading and classifying chronic gastritis and determining its correlation with endoscopic diagnosis. The study included 55 patients submitted to upper gastrointestinal endoscopy and in whom the diagnosis of chronic gastritis was established; the study was descriptive, prospective, and longitudinal. A classification of the endoscopic findings based on the Sidney classification was used as visual guide, a classification which was also proposed for the histopathologic reading.*

*The diagnosis of chronic gastritis was corroborated by histopathology in all patients. The predominant endoscopic finding was patchy erythema or linear erythema, present in 98,2% of patients. There was no endoscopic-histopathologic correlation in respect to anatomic location (antral-antrocorporeal) or to grading (levels of severity).*

*Important relationships were registered between the endoscopic signs of hiperplasia and nodularity and the presence of *Helicobacter pylori*, the presence of incomplete intestinal metaplasia at the incisura angularis and *H. pylori* – activity (neutrophiles). We recommended the use of the visual guide for unifying diagnostic criteria and nomenclature and we have corroborated the utility and reproducibility of the Sidney System.*

*Key words: gastritis, classification, atrophic gastritis, metaplasia, digestive system endoscopy, histopathology.*

### Referencias

- HEATLEY RV, WYATT JI. Gastritis and duodenitis. En: Haubrich, Schaffner, Berk, editors. Bockus Gastroenterology. 5<sup>th</sup> ed, Philadelphia Pennsylvania 1995, 1: 635-655.
- CORREA P. Gastritis crónica. Trib Méd 1994; 89(6): 263.
- CORREA P, YARDLEY J. Grading and classification of chronic gastritis. One american response to the Sydney System. Gastroenterology 1992; 102: 355-359.
- DIXON M, GENTAN R, YARDLEY J, CORREA P. Classification and grading of gastritis: the updated Sydney System. Am J Surg Pathol, 1996; 20(10): 1161-1181.
- SIERRA F, GUTIÉRREZ O, GÓMEZ M, CAMARGO H, SERRANO B, OTERO W. *Campylobacter pylori* en úlcera duodenal, gastritis crónica y dispepsia no ulcerosa. Act Méd Col 1990; 15(2): 74-83.
- ARAYA J, VILLASECA M, ROA I, ROA J. *Helicobacter pylori* y gastritis crónica: relación entre infección y actividad inflamatoria en población de alto riesgo de cáncer gástrico. Rev Méd Chile, 2000; 128(3): 259-265.
- MATUTE G, JARAMILLO ML. El laboratorio de patología. Medicina UPB 1998; 17(1): 29-42.
- KHAKOO SI, LOBO AJ, SCHUSSLEN P, SHEPHERD NA, WILKINSON SP. Histological assessment of the Sydney classification of endoscopic gastritis. Gut, 1994; 35: 1172-1175.
- SAUERBRUCK F, SCHREIKER MA, SCHUSSLEN P, PERMANETTER W. Endoscopy in the diagnosis of gastritis, diagnostic value of endoscopic criteria in relation to histological diagnosis. Endoscopy, 1984; 16: 101-104.
- ROKKAS, FILIPE MI, SLADEN GE. Detection of a increased incidence of early gastric cancer in patients with intestinal metaplasia type III who are closely followed up. Gut, 1991; 32: 1110-1113.
- CZINN SJ, DAHMS BB, JACOBS GH, KALLEN B, ROTHSTEIN PC. *Campylobacter*-like organisms in association with symptomatic gastritis in children. J Pediatr 1986; 109: 80-83.
- GRELLIER L, TANNER P, GRAINGER DL. Antral nodularity: macroscopic marker for *Helicobacter pylori* gastritis. Gut 1993; 34 (suppl 1): S35.
- BOIXEDA D, MARTÍN-DE-ARGILA C, CANTÓN R, ÁLVAREZ BALERIOLA I, GISBERT JP, BARCENA R, *et al.* Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en adultos sintomáticos. Rev Enferm Dig 1994; 86(2): 569-576.
- SIERRA AF, TORRES PD. *Helicobacter pylori*: un dogma que nace. Medicina & Laboratorio, 1997; 7: 425-439.

#### Correspondencia:

JUAN JOSÉ GAVIRIA JIMÉNEZ, MD  
Apartado Aéreo 56006  
gaji@epm.net.co  
Medellín - Colombia