

## Informe de biopsias gástricas endoscópicas: un propósito de unificación para Colombia<sup>1</sup>

Edwin Carrascal, M.D.<sup>2</sup>, Luis Eduardo Bravo, M.D.<sup>2</sup>, Armando Cortés, M.D.<sup>2</sup>

### ¿POR QUÉ UNA ESTANDARIZACIÓN DE INFORME PATOLÓGICO PARA COLOMBIA?

Al estudiar la prevalencia de *Helicobacter pylori* y la enfermedad asociada con biopsias de mucosa gástrica en Colombia<sup>1,2</sup>, no se encontró una clasificación unificada de las lesiones de mucosa gástrica y hubo grandes variaciones en la forma cómo se realizan los informes del estudio histopatológico de la mucosa gástrica en las diferentes regiones de Colombia. Se utilizó la categoría de gastritis no específica en 17.6% (1.521/8.652) de los diagnósticos, para referirse a cuadros nosológicos diferentes sin equivalencia precisa con la clasificación modificada de Sydney<sup>3</sup>.

Los términos empleados variaron de una a otra ciudad e incluyeron diagnósticos como gastritis crónica, gastritis activa, gastritis crónica erosiva, gastritis aguda, gastritis crónica difusa, ver descripción microscópica. Los patólogos de algunos hospitales utilizaron la categoría no específica de gastritis crónica en más de 40% de los informes histopatológicos. En contraste, otros, utilizaron las categorías diagnósticas propuesta en el sistema actualizado de Sydney en más de 95% de los informes. En 75.8% de los 8.652 informes, se encontró mención de la evaluación de la infección por *H. pylori*. En algunas ciudades, una proporción mayor a 80% de los informes histopatológicos hicieron mención a la presencia o ausencia de *H. pylori* contrastando con otras ciudades donde esta proporción no su-

peró 30%. Se omitió con más frecuencia informar acerca de la presencia de *H. pylori* cuando hubo diagnóstico de mucosa gástrica normal, cáncer, úlcera o displasia.

En ciudades como Tunja, Pasto, Cali y Popayán que tienen la mayor cantidad de estudios histopatológicos de mucosa gástrica, la proporción encontrada de cáncer y úlcera gástrica fue relativamente menor al promedio nacional. Contrastando con lo observado en Cartagena, Cúcuta, Villavicencio y Neiva, donde la prevalencia de úlcera y cáncer gástrico fue mayor al promedio nacional coincidiendo con una cantidad de estudios histopatológicos de mucosa gástrica que sólo representa un pequeño porcentaje del total de especímenes evaluados (Cuadro 1). Este hallazgo sugiere varias hipótesis:

1. La indicación clínica para la realización de endoscopia-biopsias es diferente entre estas ciudades.
2. En las ciudades con menor proporción de estudios histopatológicos de mucosa gástrica, el procedimiento de biopsia está indicado principalmente cuando hay lesiones clínicas evidentes.
3. En las ciudades con menor frecuencia de estudios de mucosa gástrica la mayoría de los procedimientos de endoscopia se realizan sin la toma de biopsias.

En el Laboratorio de Patología de la Universidad del Valle se evaluó una muestra de 2.122 (25%) biopsias provenientes de los departamentos de patología de los hospitales regionales de 16 ciudades de Colombia. Se encontró

15% de las biopsias no adecuadas para el diagnóstico porque los fragmentos de mucosa eran muy superficiales o porque el tejido remitido correspondía únicamente a tejido necrótico del nicho ulceroso<sup>2</sup>.

El presente estudio reveló que no existe ninguna unificación de los informes de anatomía patológica para biopsias endoscópicas gástricas y que con frecuencia se omite información importante para el estudio, diagnóstico, manejo o seguimiento de los pacientes con enfermedad gástrica. También el endoscopista toma con frecuencia un número insuficiente de fragmentos representativos de la mucosa gástrica que no permite una valoración completa y omite en la hoja de requisición de examen la información demográfica, clínica y endoscópica necesaria para un adecuado examen microscópico.

La literatura médica internacional tiene suficiente información sobre la clasificación de la enfermedad gástrica y los criterios que se deben seguir para lograr su estandarización; esta información se actualiza periódicamente.

Los tres motivos anteriores son suficientes para promover la unificación en los informes de patología en biopsias gástricas endoscópicas en Colombia.

El patólogo debe contar con datos demográficos mínimos como nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento y lugar de residencia actual. Antecedente de biopsia previa y resultado. Antecedentes de tratamientos previos. Hallazgos endoscópicos como ausencia o presencia de lesión difusa, local, y localización. Tipo de lesión como úlcera, masa, pólipo, etc. Sitios de toma de muestras; en caso de no hallarse una lesión local evidente, se recomienda como mínimo seis fragmentos, dos de la región cardial, dos de la corporal y dos de la antral.

1. Trabajo financiado por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología «Francisco José de Caldas», COLCIENCIAS, Contrato RC.408-1998.

2. Profesor Titular, Departamento de Patología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

Recibido para publicación mayo 14, 2003 Aprobado para publicación diciembre 19, 2003

**Cuadro 1**  
**Alteraciones en mucosa gástrica según proporción de estudios de mucosa gástrica/total estudios histopatológicos realizados en 16 hospitales regionales de Colombia, 1997**

	Total	Especímenes histopatológicos en hospitales regionales							
		Mucosa gástrica		Cáncer		Úlcera		Gastritis NOS	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cali	8.366	1.392	16.64	112	8.0	42	3.0	44	3.2
Pasto	6.056	1.545	25.51	73	4.7	36	2.3	23	1.5
Popayán	5.695	1.350	23.71	105	7.8	26	1.9	34	2.5
Medellín	8.414	494	5.87	65	13.2	58	11.7	204	41.3
Armenia	3.481	254	7.30	39	15.4	45	17.7	88	34.6
Manizales	3.580	438	12.23	43	9.8	1	0.2	46	10.5
Neiva	1.926	148	7.68	36	24.3	20	13.5	44	29.7
Ibagué	3.988	207	5.19	64	30.9	3	1.4	10	4.8
Bogotá	6.149	866	14.08	86	9.9	86	9.9	258	29.8
Tunja	3.270	494	15.11	31	6.3	8	1.6	248	50.2
Villavicencio	2.178	44	2.02	12	27.3	7	15.9	13	29.5
Cúcuta	4.577	227	4.96	56	24.7	49	21.6	12	5.3
Barranquilla	14.549	749	5.15	34	4.5	11	1.5	388	51.8
Cartagena	3.834	138	3.60	23	16.7	29	21.0	66	47.8
Montería	5.326	215	4.04	15	7.0	11	5.1	14	6.5
Sincelejo	4.904	91	1.86	8	8.8	8	8.8	29	31.9
<b>Total</b>	<b>86.293</b>	<b>8.652</b>	<b>10.03</b>	<b>802</b>	<b>9.3</b>	<b>440</b>	<b>5.1</b>	<b>1521</b>	<b>17.6</b>

El patólogo debe informar el número de muestras recibidas, las áreas gástricas representadas, la mucosa normal sin lesión, la presencia de gastritis con o sin actividad aguda (Clasificación de Sydney actualizada)<sup>3</sup>, presencia o ausencia de *H. pylori* (cantidad escasa, moderada o severa), presencia o ausencia de atrofia (leve, moderada, severa), presencia o ausencia de metaplasia intestinal y su tipo (completa,

incompleta, mixta), presencia o ausencia de displasia y tipo (bajo grado, alto grado), presencia de cáncer y su tipo: adenocarcinoma (intestinal, difuso, mixto, indeterminado), linfoma, otros.

## REFERENCIAS

1. Bravo LE, Cortés A, Carrascal E, *et al.* Cáncer gástrico y lesiones precursoras: contraste entre regiones de Colombia. *Rev Colomb Gastroenterol* 2002; 17: 158-165.
2. Bravo LE, Cortés A, Carrascal E, *et al.* *Helicobacter pylori*: patología y prevalencia en biopsias gástrica en Colombia. *Colomb Med* 2003; 34: 124-131.
3. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and Grading of Gastritis. The Updated Sydney System. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 1161-1181.
4. Campos CI, Bravo LE. Los clínicos son de Marte y los patólogos de Venus. Interpretación clínica de los informes de patología. *Colomb Med* 2001; 32: 174-177.