

Concordancia endoscópico-histológica de la gastritis crónica en Cali

Gustavo Mariño, M.D.¹, Eduardo de Lima, M.D.², Fernando Tuffi García, M.D.², Carlos Cuello, M.D.³, Harold Cuello, M.D.⁴, Alberto Alzate, M.D.⁵

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo con el fin de evaluar la concordancia entre signos endoscópicos y diagnóstico histológico en 216 pacientes con gastritis y metaplasia intestinal. Se estableció un registro codificado de los signos sugestivos de gastritis, que se correlacionaron con los diagnósticos histológicos de las biopsias gástricas. Se seleccionaron aquellas asociaciones que tuvieran una correlación mayor que la esperada por azar. Estas fueron: gastritis atrófica y aumento de visibilidad de vasos en antro, Kappa 0.208 (0.041-0.376); gastritis atrófica y aumento de visibilidad de vasos en cuerpo gástrico, Kappa 0.195 (0.002-0.388); gastritis atrófica y superficie en empedrado en antro, Kappa 0.213 (0.044-0.381); inflamación aguda y pliegues engrosados en antro, Kappa 0.094 (0.018-0.16). Hubo una concordancia pobre entre la mayoría de los signos endoscópicos y los diagnósticos histológicos. El diagnóstico definitivo de la gastritis sólo se debe hacer con base en los estudios histológicos de las biopsias.

Palabras claves: Gastritis. Metaplasia. Endoscopia. Biopsias. Correlación. Kappa.

Se consideran a la biopsia y su estudio histopatológico como el patrón de oro para el diagnóstico y clasificación de la gastritis¹. La correlación entre hallazgos endoscópicos e histológicos en enfermos con gastritis se ha evaluado previamente por diversos servicios de gastroenterología, con resultados variables que informan desde una pobre capacidad de predicción para diagnosticar gastritis crónica (definida por estudio histológico)² hasta una correlación aceptable (sensibilidad 75%, especificidad 71%)³.

Es importante diagnosticar y clasificar la gastritis correctamente no sólo por el manejo sintomático del paciente sino por las relaciones epidemiológicas potenciales de la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal con el cáncer gástrico (CG);

los análisis estadísticos de datos de encuestas han mostrado que en pacientes con gastritis crónica atrófica antral el riesgo relativo de CG está aumentado 18 veces y el riesgo acumulativo dentro de los siguientes 10 años del diagnóstico es de 8.7% para el grupo de edad de 50-54 años⁴. En Colombia se ha informado una alta prevalencia de gastritis atrófica y metaplasia intestinal en zonas como Nariño, Cauca, Antioquia, Huila, Tolima⁵, y esta elevación está correlacionada con una mayor incidencia de CG en las mismas zonas.

El advenimiento de la videoendoscopia ha permitido la visualización endoscópica por varios observadores simultáneamente, con lo cual es posible evaluar la validez de los signos endoscópicos y evitar los posibles sesgos del observador⁶.

El presente estudio tiene como objetivo estandarizar en el Servicio de Gastroenterología la descripción de signos endoscópicos sugestivos de gastritis, definir su utilidad y determinar su correlación con los diagnósticos histopatológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudiaron 216 pacientes remitidos para esofagogastroduodenoscopia al Centro Médico Imbanaco de Cali, entre 1991 y 1992. Los exámenes los practicaron dos gastroenterólogos endoscopistas participantes en el estudio. Se empleó un equipo de videoendoscopia GIF 100 Olympus y se evaluaron los siguientes signos endoscópicos en antro y cuerpo: eritema focal, eritema difuso, eritema con patrón moteado, engrosamiento de pliegues, superficie en empedrado, aumento de la visibilidad de vasos, petequias, erosiones, friabilidad, placas blanco amarillentas.

Estos signos se definieron de la siguiente manera:

- **Eritema difuso:** Enrojecimiento

1. Docente Adjunto, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
 2. Profesor Titular, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
 3. Profesor Titular, Departamento de Patología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
 4. Médico Patólogo, Centro Médico Imbanaco, Cali.
 5. Profesor Titular, Departamento de Microbiología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

de la mucosa en forma homogénea en un amplio segmento gástrico.

- **Eritema moteado:** Enrojecimiento de la mucosa en parches pequeños distribuidos en múltiples focos.
- **Engrosamiento de pliegues:** Presencia de pliegues de más de 5 mm en el antro, o de más de 10 mm en el cuerpo gástrico.
- **Superficie en empedrado:** Nodularidad acentuada, con placas separadas por surcos lineales.
- **Aumento de visibilidad de vasos:** Visibilidad notoria de la vasculatura submucosa y sus ramificaciones.
- **Petequias:** Punteado o manchas rojas de menos de 3 mm que no desaparecen con la presión.
- **Erosiones:** Parches blanco-grisáceos con halo eritematoso, debidos a ruptura de la mucosa, de menos de 3 mm de diámetro y 1 mm de profundidad.
- **Friabilidad:** Tendencia a producir sangrado al contacto suave con el endoscopio u otro instrumento.
- **Placas blanco amarillentas:** Placas ligeramente levantadas de color blanco-amarillento (más pálidas que la mucosa circundante).

Durante la endoscopia se tomaron 3 biopsias de antro, 3 de cuerpo y todas se fijaron en formaldehído al 10% para luego procesarlas en el laboratorio de patología, con coloraciones de hematoxilina-eosina y carbol-fucsina. Estas biopsias las estudiaron dos patólogos que evaluaron la presencia de *Helicobacter pylori* y los posibles diagnósticos histológicos, a saber: mucosa gástrica normal, gastritis crónica superficial, gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal completa e incompleta, gastritis linfocítica, hipertrofia

foveolar, cambios regenerativos foveolares y/o de cuellos glandulares, inflamación aguda y displasia.

Se hizo una correlación entre los signos endoscópicos y los diagnósticos histológicos en un computador personal, empleando el programa Epi-Info 5 y se calcularon los correspondientes datos de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y la prueba Kappa de Cohen.

RESULTADOS

El promedio de edad de la población estudiada fue 44.4 años (rangos 11 y 84 años). La distribución por sexo fue 122 (56%) mujeres y 94 (43.5%) hombres.

Síntomas. Manifestaron uno o varios síntomas 210 (97.2%) pacientes, distribuidos así: epigastralgia, 183; pirosis, 75; llenura persistente, 46; náuseas, 40; vómito, 23; melenas, 4; hematemesis, 2; pesadez, 1; y otros síntomas, en 24 pacientes.

Signos endoscópicos. Los signos más frecuentes en el cuerpo fueron eritema con patrón moteado, 68%; Petequias, 14.8%; eritema focal, 13.9%; y aumento de visibilidad de vasos, 6.5%. La mucosa corporal mostró uno o varios signos endoscópicos en 167 (77.3%) pacientes. De aquellos con signos endoscópicos 62.3% mostraron un solo signo, 24% la combinación de dos signos y 13.7% restante tres o más.

El signo más frecuente en el antro fue eritema en patrón moteado, 88.9%; luego eritema focal, 45.8%; pliegues engrosados, 25.5%; erosiones, 12.5%; y aumento de visibilidad de vasos, 10.6%. En la mucosa antral hubo signos endoscópicos en todos los pacientes; predominó la presencia de un solo signo endoscópico en 45%, dos signos en 20.9%, tres signos en 19.4% y cuatro signos en 12.5%.

Hallazgos histológicos

Mucosa oxíntica. Hubo representación adecuada de mucosa oxíntica en 210 pacientes, de ellos 25% fueron normales; 74.3% tenían algún tipo de alteración histológica, donde la gastritis crónica superficial fue el hallazgo patológico más frecuente (82%); se encontró atrofia en 15% (24) enfermos, de los cuales 7 tenían metaplasia de tipo completo y 4 de tipo incompleto. Se diagnosticó inflamación aguda en 66.7% de casos. La coloración para *H. pylori* fue positiva en 64% del total de casos.

Antro. Todos los pacientes tuvieron representación de la mucosa antral (216). En 13% la histología fue normal, el resto se distribuyó de la siguiente manera: gastritis crónica superficial, 71.3%; y atrofia, 18.6% (35); de estos últimos, 16 mostraban metaplasia completa y 10 de tipo incompleto. La inflamación aguda antral estuvo presente en 85.1%. Se encontró *H. pylori* en 65% del total.

Correlación endoscópico-histológica. Se seleccionaron las combinaciones de signos endoscópicos con diagnósticos histológicos que lograron una concordancia mayor que lo esperado por azar, de acuerdo con la prueba Kappa de Cohen (con intervalo de confianza de 95% > 0) lo cual se cumplió en las siguientes:

- Gastritis atrófica y aumento de visibilidad de vasos en antro. Kappa 0.208 (0.041-0.376) (Cuadro 1).
- Gastritis atrófica y aumento de visibilidad de vasos en cuerpo gástrico. Kappa 0.195 (0.002-0.388) (Cuadro 2).
- Gastritis atrófica y superficie en empedrado en antro. Kappa 0.213 (0.044-0.381) (Cuadro 3).
- Inflamación aguda y pliegues engrosados en antro. Kappa 0.094 (0.018-0.16) (Cuadro 4).

En estas 4 correlaciones que tuvieron una concordancia positiva, la sensibilidad fue baja mientras que la especificidad superó 85%.

Cuadro 1
Concordancia entre Gastritis Atrófica Antral y Aumento de Visibilidad de Vasos

		Gastritis atrófica antral		Total
		+	-	
Visibilidad de vasos	+	9	14	23
	-	26	167	193
		35	181	216

Sensibilidad 25.7%, especificidad 92%, valor predictivo positivo 39%, valor predictivo negativo 86%, Kappa 0.208 (IC 95, 0.041-0.376).

Cuadro 2
Concordancia entre Gastritis Atrófica Oxíntica y Aumento de Visibilidad de Vasos

		Gastritis atrófica oxíntica		Total
		+	-	
Visibilidad de vasos	+	5	9	14
	-	19	177	196
		24	186	210

Sensibilidad 21%, especificidad 95%, valor predictivo positivo 35.7%, valor predictivo negativo 90.3%, Kappa 0.195 (IC 95, 0.002-0.388).

Cuadro 3
Concordancia entre Gastritis Atrófica Antral y Superficie en Empedrado

		Gastritis atrófica antral		Total
		+	-	
Superficie en empedrado	+	7	7	14
	-	28	174	202
		35	181	216

Sensibilidad 20%, especificidad 96%, valor predictivo positivo 50%, valor predictivo negativo 86.1%, Kappa 0.213 (IC 95, 0.044-0.381).

Cuadro 4
Correlación entre Inflamación Aguda Antral y Pliegues Engrosados

		Inflamación aguda antral		Total
		+	-	
Superficie en empedrado	+	47	8	55
	-	113	48	161
		160	56	216

Sensibilidad 29%, especificidad 85%, valor predictivo positivo 85.5%, valor predictivo negativo 29.8%, Kappa 0.094 (IC 95, 0.018-0.16).

DISCUSIÓN

En este trabajo se hizo una correlación entre los signos endoscópicos y los diagnósticos histológicos en enfermos con gastritis; los signos se tomaron individualmente y no los diagnósticos endoscópicos lo cual permite evaluar la posible utilidad de cada uno de ellos.

Los resultados demostraron que no es adecuado hacer diagnósticos definitivos acerca de la presencia o tipo de gastritis tan sólo con la imagen endoscópica con los signos aquí definidos y que aun en aquellos con concordancia estadísticamente significativa, la sensibilidad es muy baja. También, los IC son muy amplios y el límite inferior es muy cercano al cero, lo cual arroja dudas sobre la significancia. Sin embargo, se advierte que la principal utilidad de una cuidadosa inspección de la superficie de mucosa es el descubrimiento de lesiones neoplásicas en estadios tempranos, lo que se sale de los objetivos del presente estudio. Por esto al endoscopista se le debe entrenar en la demostración de lesiones neoplásicas y, además, debe mantener una comunicación estrecha con el patólogo; también se debe orientar con claridad en la ubicación de los sitios biopsiados y en el aspecto macroscópico de las lesiones.

CONCLUSIONES

Se encontró una correlación pobre entre la mayor parte de los hallazgos endoscópicos con el diagnóstico histológico, y aun en aquellos con concordancia estadísticamente válida, ésta no fue muy alta; sin embargo, cuando estos signos estuvieron presentes, hubo una mayor probabilidad de encontrar gastritis atrófica (si hay aumento de visibilidad de vasos o superficie en empedrado) o inflamación aguda (cuando existe engrosamiento de pliegues). Se recomienda tomar biopsias si se desea confirmar o descartar tales diagnósticos.

Estas conclusiones reafirman que el estudio histológico es la mejor herramienta para establecer el diagnóstico definitivo en las gastritis y lesiones asociadas como metaplasia, fuera de la utilidad ya conocida del procedimiento en el diagnóstico de condiciones premalignas o malignas.

Los resultados de sensibilidad, especificidad y valores predictivos de los signos endoscópicos aislados no fueron suficientes para evaluar la correlación con los diagnósticos histológicos y sólo se encontró algún grado de correlación por encima de lo esperado por azar mediante la prueba de Kappa.

SUMMARY

A prospective study was carried out to evaluate correlation between endoscopic signs and histological diagnoses of gastritis and intestinal metaplasia in 216 patients remitted for upper G.I. endoscopy. The endoscopic signs were coded and registered, and the resulting data were correlated with the histologic diagnoses of the gastric biopsies. Associations with a correlation greater than expected by chance were selected. This happened with

the following: atrophic gastritis and increased visibility of submucosal vessels at the antrum. Kappa 0.208 (0.041-0.376); atrophic gastritis and increased visibility of submucosal vessels at the gastric body. Kappa 0.195 (0.002-0.388); atrophic gastritis and cobblestone-like surface at the antrum. Kappa 0.213 (0.044-0.381). Acute inflammation and thickened folds at the antrum. Kappa 0.094 (0.018-0.16). There was a poor correlation between most endoscopic signs and histological diagnoses. The definitive diagnosis

must be based on the histologic findings.

REFERENCIAS

1. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P and the participants in the International Workshop in the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 1161-81.
2. Sauerbruch T, Scheriber MA, Schussler P, Permanetter W. Endoscopy in the diagnosis of gastritis. Diagnostic value of endoscopic criteria in relation to histological diagnosis of gastritis. *Endoscopy* 1984;16: 101.
3. Dueñas Y, Londoño D, Alvarado J, Archila PE. Sensibilidad y especificidad de la endoscopia para el diagnóstico de gastritis crónica. *Rev Col Gastroent* 1991; 6: 185-92.
4. Sipponen P, Kekki M, Haapakoski J. Gastric cancer risk in chronic atrophic gastritis. Statistical calculations of cross-sectional data. *Int J Cancer* 1985; 35: 173-77.
5. Correa P, Cuello C, Duque E. Carcinoma and intestinal metaplasia of the stomach in Colombian migrants. *J Nat Cancer Inst* 1970; 44: 297-306.
6. Peñaloza A. Gastritis. Aspectos endoscópicos e histológicos. En Villagómez G, Machado G (eds.). *Temas de endoscopia digestiva*. Rio de Janeiro; Livraria e Editora Revinter Ltda, 1997.