

## Sistema OLGA: “Operative Link for Gastritis Assessment”

Antonio Rollán R.

### OLGA System (“Operative Link for Gastritis Assessment”)

#### Introducción

El diagnóstico histológico de gastritis ha sido objeto de múltiples y sucesivas propuestas y clasificaciones, a medida que ha mejorado el conocimiento de su etiopatogenia. La más aceptada actualmente es la Clasificación de Sydney (*Sydney System*), propuesta en 1991<sup>1</sup> y actualizada en 1994<sup>2</sup> mediante el consenso de un grupo de importantes patólogos con especial interés en este tema. El sistema Sydney estandariza el sitio y número de biopsias (dos antrales, dos corporales y una angular), los criterios morfológicos a evaluar (inflamación crónica, inflamación aguda o actividad, atrofia, metaplasia intestinal y presencia de *Helicobacter pylori*) y propone una evaluación cuantitativa en 4 grados (desde 0 = nulo a 3 = intensa) para cada uno de ellos. A pesar de ser la más aceptada, dista mucho de haber resuelto todos los problemas. Entre las objeciones planteadas se incluyen la variabilidad inter e intraobservador, especialmente para la atrofia gástrica (AG), y el que la calificación cualitativa y cuantitativa de cada biopsia no define el riesgo de cáncer gástrico (CG) (que es la sospecha que justifica la endoscopia y la biopsia en la mayor parte de los casos), de modo que no determina recomendaciones claras de conducta o seguimiento. Probablemente éstas y otras dificultades inherentes explican que pocos endoscopistas y patólogos utilicen rutinariamente el sistema Sydney en la práctica clínica habitual.

El año 2005, un grupo de patólogos y gastroenterólogos, la mayoría involucrados previamente en la generación del sistema Sydney, sugirieron integrar la distribución topográfica y la intensidad de la AG en una etapificación que permitiera definir el riesgo de cáncer gástrico futuro del paciente e incluir esta información en el reporte histológico con la idea de generar así recomendaciones individualizadas de manejo; denominaron su propuesta como “sistema OLGA” (*Operative Link of Gastritis Assessment*)<sup>3</sup>.

#### Descripción

El sistema OLGA propone combinar los *scores* de AG, detectados en la mucosa antral y oxíntica (corporal) mediante las escalas visuales análogas propuestas

por el sistema Sydney, para etapificar el riesgo futuro de CG, como se resume en la Tabla 1.

De acuerdo al sistema OLGA, el riesgo de CG está determinado por la interacción entre extensión e intensidad de la AG. La presencia de AG intensa, aun siendo limitada al antro, se considera de alto riesgo (Etapa III), y lo mismo ocurre para la AG extensa (cuerpo y antro), aun cuando su intensidad sea moderada. Como es esperable, la combinación de ambas (AG extensa e intensa) define el mayor riesgo (Etapa IV). La AG exclusivamente corporal (sin AG antral), aún intensa, se considera asociada a riesgo relativamente bajo (Etapa II), porque esta distribución topográfica es propia de la así llamada gastritis crónica autoinmune, asociada a anemia perniciosa y a un riesgo de CG relativamente bajo. El sistema OLGA propone incluir esta etapificación en el reporte histológico.

Las dificultades en la correlación inter-observador en el diagnóstico de AG llevó recientemente a sugerir el reemplazar la AG por metaplasia intestinal (MI), que tiene una mayor correlación inter e intra-observador, sugiriendo la denominación OLGIM (*Operative Link of Gastritis and Intestinal Metaplasia*)<sup>4</sup> manteniendo la misma etapificación. La propuesta se muestra en la Tabla 2. En un estudio de 125 pacientes seleccionados (con diagnóstico previo de MI, displasia o CG), evaluados por 3 patólogos expertos, OLGA y OLGIM clasificaron en Etapa III-IV al 24 y 23% de los pacientes, respectivamente, pero OLGIM tuvo mayor correlación inter-observador en las biopsias antrales y angulares (índice kappa 0,5-0,6 para OLGA y 0,8-0,9 para OLGIM).

#### Utilidad

Puesto que el riesgo de cáncer gástrico se relaciona con la presencia, intensidad y extensión de la AG y/o la MI, la principal utilidad de OLGA/OLGIM es contribuir a la determinación del riesgo futuro de CG, en los pacientes en que una endoscopia digestiva haya descartado la presencia de un CG actual. El precisar el riesgo de CG futuro permitiría generar conductas adecuadas a cada caso y focalizar el seguimiento en

Unidad de Gastroenterología  
Departamento de Medicina Interna  
Facultad de Medicina,  
Clínica Alemana-  
Universidad del Desarrollo.

Recibido: 27 de abril de 2012  
Aceptado: 18 de mayo de 2012

**Correspondencia a:**  
Antonio Rollán R.  
Manquehue 1410,  
Piso 3, Vitacura,  
Santiago, Chile  
Tel.: (56 2) 586 6032  
E-mail: arollan@alemana.cl

## Clasificaciones en Gastroenterología

**Tabla 1. Etapificación del riesgo de cáncer gástrico según histología: Sistema OLGA<sup>3</sup>**

		Cuerpo			
		No atrofia (puntaje 0)	Atrofia leve (puntaje 1)	Atrofia moderada (puntaje 2)	Atrofia intensa (puntaje 3)
A N T R O	No atrofia (puntaje 0) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas 0	Etapas I	Etapas II	Etapas II
	Atrofia leve (puntaje 1) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas I	Etapas I	Etapas II	Etapas III
	Atrofia moderada (puntaje 2) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas II	Etapas II	Etapas III	Etapas IV
	Atrofia intensa (puntaje 3) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas III	Etapas III	Etapas IV	Etapas IV

**Tabla 2. Etapificación del riesgo de cáncer gástrico según histología: Sistema OLGIM<sup>4</sup>**

		Cuerpo			
		No MI (puntaje 0)	MI leve (puntaje 1)	MI moderada (puntaje 2)	MI intensa (puntaje 3)
A N T R O	No MI (puntaje 0) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas 0	Etapas I	Etapas II	Etapas II
	MI leve (puntaje 1) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas I	Etapas I	Etapas II	Etapas III
	MI moderada (puntaje 2) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas II	Etapas II	Etapas III	Etapas IV
	MI intensa (puntaje 3) (incluyendo <i>incisura angularis</i> )	Etapas III	Etapas III	Etapas IV	Etapas IV

MI: metaplasia intestinal; OLGIM, *operative link on gastric intestinal assessment*.

los pacientes con Etapas III y IV, aumentado la posibilidad de diagnosticar CG incipiente.

### Validación

No existe todavía confirmación empírica suficiente de la capacidad predictiva de la etapificación propuesta. Un estudio prospectivo de 439 pacientes dispépticos, sometidos a endoscopia digestiva alta y etapificados de acuerdo al sistema OLGA, demostró que las lesiones benignas (úlceras duodenales y gastritis) se agruparon en las Etapas 0-II, mientras las lesiones neoplásicas (sólo 5 casos y tan sólo un CG invasor) lo hicieron en las Etapas III-IV<sup>5</sup>. Un estudio japonés de 163 pacientes *H. pylori* (+), incluyendo 18 pacientes con CG incipiente (intestinal), 55 con AG y 90 con úlcera gástrica o duodenal (activa o cicatriza-

das), mostró que 84% de los pacientes con CG fueron clasificados en Etapas III-IV y los autores concluyen que el sistema OLGA permite identificar los pacientes con mayor riesgo de CG<sup>6</sup>. Un estudio italiano evaluó la capacidad predictiva del sistema OLGA en 93 pacientes seguidos hasta por 12 años. Las Etapas III-IV en la endoscopia inicial se correlacionaron con el riesgo de neoplasia durante el seguimiento (RR = 58,00, 95% CI = 5,67-592,53; P = 0,001; *Kaplan-Maier log Rank test*)<sup>7</sup>, aunque el número de casos fue bajo.

Un estudio retrospectivo comparativo de OLGA versus OLGIM en 4.552 pacientes, mostró que 14 (5,8%) de los pacientes en Etapas III-IV según OLGA fueron clasificados en Etapa II según OLGIM y 2 de 34 CG de tipo intestinal, todos asociados a OLGA III, estuvieron asociados a OLGIM II<sup>8</sup>. En este estudio, la correlación inter-observador fue "excelente" para OLGA (kappa = 0,75) y OLGIM (kappa = 0,77).

Los autores sugieren que la mayor sensibilidad (no significativa) justifica preferir OLGA. Claramente, se necesita más información al respecto.

### Limitantes

La aplicación del sistema OLGA involucra a endoscopistas y a patólogos. Los endoscopistas debemos aceptar que, por ahora, la histología es el único método confiable de diagnosticar AG, de modo que es necesario tomar biopsias gástricas de todos los casos que tengan alguna probabilidad de presentarla (en Chile, probablemente todos los mayores de 40 años<sup>9</sup>) y sistematizar la toma de biopsias de acuerdo al sistema Sydney (al menos 5 biopsias), para poder representar la topografía de las lesiones gástricas. Los patólogos debieran evaluar las biopsias de acuerdo al sistema Sydney e incluir en el reporte la etapificación propuesta por OLGA.

Sin embargo, aún cumpliendo los requisitos anteriores, para que la etapificación del riesgo de CG tenga algún efecto clínico, los pacientes con un riesgo significativo (Etapas III y IV) debieran incluirse en programas de tamizaje endoscópico, iniciativa aún pendiente en nuestro país. Una propuesta al respecto,

**Tabla 3. Propuesta de programa de tamizaje endoscópico de acuerdo a Sistema OLGA**

Etapas Sistema OLGA	Riesgo futuro CG	Intervalo de control endoscópico
Etapas 0, <i>H. pylori</i> (-)	Muy bajo	No justifica control (sale del programa)
Etapas 0 <i>H. pylori</i> (+) <sup>1</sup>	Bajo	EDA cada 3 años
Etapas I - II	Moderado	EDA cada 2 años
Etapas III - IV	Alto	EDA anual

<sup>1</sup>*H. pylori* refractario a la erradicación + Pangastritis o actividad intensa (Sydney). *Riesgo CG difuso*. EDA: endoscopia digestiva alta.

incluyendo los intervalos de estudio se resume en la Tabla 3.

En resumen, el sistema OLGA /OLGIM permite calificar el riesgo individual de CG futuro en pacientes sometidos a EDA y sentar las bases para la generación de un programa de tamizaje endoscópico selectivo, probablemente efectivo para mejorar la tasa de diagnóstico de CG incipiente y, eventualmente, mejorar el desilusionante pronóstico de esta neoplasia en nuestro país.

### Referencias

- Price AB. The Sydney System: histological division. *J Gastroenterol Hepatol* 1991; 6: 209-22.
- Dixon MF. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 1161-81.
- Rugge M, Genta RM; OLGA Group. Staging gastritis: an international proposal. *Gastroenterology* 2005; 129: 1807-8.
- Capelle LG, de Vries AC, Haringsma J, Ter Borg F, de Vries RA, Bruno MJ, et al. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 1150-8.
- Rugge M, Meggio A, Pennelli G, Pisciole F, Giacomelli L, De Pretis G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system. *Gut* 2007; 56: 631-6.
- Satoh K, Osawa H, Yoshizawa M, Nakano H, Hirasawa T, Kihira K, et al. Assessment of atrophic gastritis using the OLGA system. *Helicobacter* 2008; 13: 225-9.
- Rugge M, de Boni M, Pennelli G, de Bona M, Giacomelli L, Fassan M, et al. Gastritis OLGA-staging and gastric cancer risk: a twelve-year clinico-pathological follow-up study. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31: 1104-11.
- Rugge M, Fassan M, Pizzi M, Farinati F, Sturniolo GC, Plebani M, et al. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 4596-601.
- Rollán A, Ferreccio C, Gederlini A, Serrano C, Torres J, Harris P. Non-invasive diagnosis of gastric mucosal atrophy in an asymptomatic population with high prevalence of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 7172-8.