

Utilidad del protocolo de Sydney y su integración con los sistemas OLGA/OLGIM para la estratificación del riesgo de cáncer gástrico en Cuba

Usefulness of the Sydney protocol and its integration with the OLGA/OLGIM systems for gastric cancer risk stratification in Cuba

Ariel Mesa^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3598-9456>

¹Instituto de Gastroenterología. La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: arielmezaa1978@gmail.com

Recibido: 01/11/2025

Aceptado: 12/12/2025

Sr. Editor:

El cáncer gástrico (CG) continúa representando un desafío sanitario relevante en Cuba, con una incidencia estimada de 8,5 casos por 100,000 habitantes y ocupando la octava causa de muerte por cáncer según reportes nacionales.^(1,2) En contextos de recursos limitados, la detección temprana de lesiones premalignas –como la atrofia gástrica y la metaplasia intestinal– resulta esencial para disminuir la mortalidad asociada.^(3,4) No obstante, la implementación de estrategias costo-efectivas exige protocolos adaptados a las realidades locales. La presente comunicación tiene como propósito analizar la factibilidad de aplicar el Protocolo de Sídney (PS) y su sinergia con los sistemas OLGA/OLGIM como herramientas para estratificar el riesgo de CG en pacientes sintomáticos cubanos.

El PS constituye un estándar internacional para la evaluación endoscópica e histológica del estómago, estableciendo la toma sistemática de cinco biopsias (dos en antro, dos en cuerpo y una en la incisura angular).^(5,6) Este método optimiza la detección de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) y de lesiones precursoras, con ventajas de bajo costo y alta reproducibilidad, características particularmente valiosas en sistemas sanitarios con recursos tecnológicos limitados.⁽⁷⁾ En el contexto cubano, donde la disponibilidad de endoscopía es razonable pero existe variabilidad en la calidad de las muestras, la adopción del PS podría garantizar una evaluación histológica estandarizada y reducir errores diagnósticos.^(2,5)

Los sistemas OLGA (por sus siglas en inglés, *Operative Link for Gastritis Assessment*) y OLGIM (por sus siglas en inglés, *Operative Link for Gastric Intestinal Metaplasia*) complementan al PS al permitir la estratificación del riesgo de CG en estadios de 0 a IV, según la extensión y localización de la atrofia o metaplasia intestinal.^(8,9) OLGIM, en particular, ofrece mayor reproducibilidad interobservador, lo que lo hace adecuado para entornos con patólogos en proceso de especialización.^(10,11) La integración del PS con OLGA/OLGIM permitiría identificar a pacientes en estadios avanzados (III–IV) que requieren vigilancia endoscópica estrecha, optimizando los recursos en un sistema con capacidad limitada para endoscopías seriadas.⁽⁷⁾

Cuba dispone de una red de atención primaria consolidada y de profesionales con alta formación técnica, factores que facilitan la implementación de protocolos estructurados. Sin embargo, persisten desafíos importantes: la disponibilidad irregular de insumos histológicos, la necesidad de capacitación en la técnica de biopsias estandarizadas y en la interpretación de las clasificaciones OLGA/OLGIM, así como la carencia de registros sistemáticos de seguimiento, particularmente en zonas rurales.^(2,3,5) A pesar de ello, la viabilidad de este enfoque no es meramente teórica. Un estudio reciente realizado en el Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay” de La Habana demostró que el 13 % de los pacientes dispépticos presentaba atrofia gástrica en estadio III según OLGA, y que la metaplasia intestinal alcanzaba una prevalencia de hasta 62,8 % en estadio II, incluso en ausencia de signos endoscópicos alarmantes.⁽⁷⁾ Estos hallazgos evidencian que la aplicación sistemática de biopsias según el PS permite detectar

lesiones precursoras en etapas potencialmente reversibles, reforzando la pertinencia de incorporar esta metodología en la práctica clínica nacional.

Con base en lo anterior, podrían adoptarse varias estrategias de adaptación: implementar el protocolo de manera escalonada en centros terciarios (como el Instituto de Gastroenterología de La Habana) con auditorías de calidad; priorizar el uso del sistema OLGIM por su mayor concordancia diagnóstica; aprovechar plataformas de telemedicina para la revisión patológica remota; e incorporar estos métodos en programas de residencia y educación médica continua.^(3,5,11)

La integración del PS con OLGA/OLGIM podría contribuir a reducir la carga del CG mediante la prevención primaria —a través de la erradicación precoz de *H. pylori*— y la vigilancia dirigida en pacientes con mayor riesgo histológico.^(4,8,12) Experiencias en Perú y Chile demuestran que este enfoque disminuye los costos hospitalarios a largo plazo,^(5,10) lo que lo convierte en un modelo aplicable y sostenible para Cuba.

En conclusión, la adopción del PS junto con los sistemas OLGA/OLGIM resulta factible en el contexto cubano, siempre que se adapten a las fortalezas del sistema (recursos humanos capacitados) y se mitiguen las debilidades estructurales (infraestructura diagnóstica y seguimiento). Se recomienda desarrollar estudios piloto para evaluar su costo-efectividad en poblaciones locales, promover la colaboración regional para capacitación y equipamiento, y favorecer su inclusión en guías nacionales de manejo de la gastritis crónica y lesiones precursoras. En escenarios de recursos limitados, la innovación no reside únicamente en la tecnología, sino también en la optimización de los recursos disponibles.^(5,13) Cuba tiene la oportunidad de liderar en América Latina un modelo de prevención del cáncer gástrico basado en evidencia, equidad y sostenibilidad.

Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2024 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2025. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>

2. Martínez-Leyva L, Montero-González TJ, Piñol-Jiménez FN, Miranda-Gómez O. Lesiones precursoras del cáncer gástrico y sus características en pacientes dispépticos con infección por *Helicobacter pylori*. Disponible en: <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/viewPDFInterstitial/1473/607>.
3. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R, Areia M, Leja M, Esposito G, et al. Management of epithelial precancerous conditions in the stomach (MAPS II). *Endoscopy*. 2019;51(4):365-388. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0859-1883>.
4. Sarem M, Corti R. ¿Por qué es importante detectar la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal gástrica? ¿Cuál es la forma adecuada de hacerlo? *Rev Gastroenterol Peru.* 2020;40(3):260-266. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300260&lng=es.
5. Latorre S G., Jiménez B M, Robles G C, Jensen S E, Ramos M B, Fritzsche V M, et al. Aumento de detección de lesiones gástricas premalignas mediante protocolo Sydney en comparación con biopsias no protocolizadas. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2016; 27(4):207-214. Disponible en: <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2016n400002.pdf>.
6. Cerpa-Arencibia A, Tavecchia-Castro M, Burgos-Garcia A, Martin-Arranz MD. Protocolo de evaluación de las lesiones premalignas gástricas. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2024;14:104-109. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541224000210>.
7. Martínez-Leyva L, Martínez-Garrido L, Montero-González T, Piñol-Jiménez FN, Miranda-Gómez O, Palomino-Besada AB. El sistema OLGA para diagnosticar lesiones precursoras de cáncer gástrico. *Rev Cubana Med Milit.* 2022;51(4):e02202269. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2269>
8. Yue H, Zhang Y, Bin L. The significance of OLGA and OLGIM staging systems in the risk assessment of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gastric Cancer*. 2018;21(4):579-587. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10120-018-0812-3>.

9. Rollán AR. Sistema OLGA: "Operative Link for Gastritis Assessment". Acta Gastroenterol. Latinoam. 2019;30(1):45-50. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2012n200010.pdf>.
10. Carlin Ronquillo A, Ventura León A, Espinoza Ríos JL, Bravo Paredes EA, Gómez Hinojosa P, Alva Solis S, Pinto Valdivia JL, Silva-Caso W. Distribución de estadios de OLGA y OLGIM según edad y estado del Helicobacter pylori en un hospital público nivel III en Lima, Perú. Acta Gastroenterol. Latinoam. 2021;51(1):76-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1993/199366563013/html/>
11. Benites-Goñi H, Cabrera-Hinojosa D, Latorre G, Hernandez AV, Uchima H, Riquelme A. OLGA and OLGIM staging systems on the risk assessment of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective cohorts. Therap Adv Gastroenterol. 2025; 18:17562848251325461. DOI: <https://doi.org/10.1177/17562848251325461>.
12. Arias FD, Roblero JP, Huerta C. Cáncer gástrico: actualización en diagnóstico. Acta Gastroenterol. Latinoam. 2024; 35(3). DOI: <https://doi.org/10.46613/gastrolat2024003-06>.
13. Laudanno O, Riquelme A, Medel-Jara P. Prevención del cáncer gástrico: Contexto y experiencia latinoamericana. Acta Gastroenterol. Latinoam. 2024;54(4):299-309. Disponible en: <https://actagastro.org/numeros-anteriores/2024/Vol-54-N4/Vol54N4-PDF04.pdf>

Conflictos de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.