



ARTÍCULO ESPECIAL

Clasificaciones para el informe endoscópico: guía práctica para residentes

Classifications for the endoscopic report: a practical guide for residents

Harold Benites-Goñi^{1,2}, Dacio Cabrera³, Mirko Espejo², Jaqueline Abad², Jessica Alférez⁴, Milagros Dávalos²

¹ Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.

³ Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú.

⁴ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú.

Recibido: 16/06/2025

Aprobado: 08/12/2025

En línea: 30/12/2025

Contribución de los autores

Todos los autores llevaron a cabo la conceptualización, supervisión, validación, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Financiamiento

Ninguno.

Citar como

Benites-Goñi H, Cabrera D, Espejo M, Abad J, Alférez J, Dávalos M. Clasificaciones para el informe endoscópico: guía práctica para residentes. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(4):434-46. doi: 10.47892/rgp.2025.454.1970.

RESUMEN

Al momento de finalizar un procedimiento endoscópico debemos elaborar un informe de los hallazgos evidenciados. Sin embargo, el reporte que se genera, no es sólo para describir y nombrar lo encontrado durante la endoscopia. El informe endoscópico debe constituirse como una herramienta relevante que no sólo debe permitir mejorar la comunicación entre el personal médico, sino que gracias a un diagnóstico claro pueda respaldar una decisión médica posterior al procedimiento. Este objetivo se puede lograr mediante la sistematización de nuestros informes mediante el uso de clasificaciones y escalas validadas de forma rutinaria. Sin embargo, muchas veces el uso de estas suele ser complicado y no se suele hacer de forma habitual, principalmente entre los endoscopistas en formación. Por ese motivo, presentamos la siguiente revisión narrativa, con el objetivo de proporcionar al gastroenterólogo en formación las clasificaciones más importantes, explicadas de manera simple y con referencias actualizadas.

Palabras clave: Endoscopía del Sistema Digestivo; Educación Médica; Competencia Profesional; Clasificaciones en Salud; Gastroenterología (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

At the conclusion of an endoscopic procedure, we must prepare a report of the observed findings. However, the generated report is not only intended to describe and list what was detected during the endoscopy. The endoscopy report should serve as a relevant tool that not only improves communication among medical staff, but also supports subsequent clinical decision-making through a clear diagnosis. This objective can be achieved by systematizing our reports through the routine use of validated classifications and scales. Nevertheless, their use is often complex and not regularly applied, particularly among endoscopists in training. For this reason, we present the following narrative review, aimed at providing gastroenterologists in training with the most important classifications, explained in a simple manner and accompanied by updated references.

Keywords: Endoscopy, Digestive System; Education, Medical; Professional Competence; Health Classifications; Gastroenterology (source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Harold Benites Goñi

E-mail: hbenites@usiledu.pe



INTRODUCCIÓN

La docencia en la residencia médica en el Perú está mermada por una infraestructura hospitalaria deficiente, una carga asistencial excesiva y por problemas administrativos. Ya dentro de la práctica endoscópica, la priorización de la realización de procedimientos y el poco tiempo entre los mismos, obliga al residente a seguir la rutina de ir de sala en sala sin tener un momento suficiente dedicado sólo a la discusión con el asistente mentor de los hallazgos endoscópicos y de cómo un informe bien redactado puede ser el primer paso para la toma de una decisión relevante para el paciente.

El gastroenterólogo en formación debe finalizar la residencia no sólo con conocimientos clínicos y técnicos para poder tratar a los pacientes. Debe, además, poder ser capaz de comunicar los hallazgos de los estudios endoscópicos con la comunidad médica y la única forma de poder realizarlo, es mediando un informe sistematizado. El informe endoscópico no es sólo una descripción de lo que se pudo haber hallado en la endoscopía, sino más bien, es una herramienta más, equiparable al informe de una tomografía o de una resonancia, que, si no se realiza con la adecuada rigurosidad y claridad, no va a poder ser interpretado. Un informe siempre debe concluir con uno o varios diagnósticos, que cuando corresponda, deben venir acompañados de una clasificación o escala, que acompañados del contexto clínico del paciente, podrán servir como evidencia y sustento para una posterior conducta médica.

Sin embargo, los gastroenterólogos en formación al intentar incluir dichas clasificaciones o escalas se enfrentan a una amplia gama de clasificaciones endoscópicas durante su residencia médica, lo que puede generar confusión. Algunas son nombres de ciudades (por ejemplo, París, Praga o Los Ángeles); otras, siglas complejas (OLGA, EGGIM, OLGIM); y otras de autores japoneses que se pronuncian con dificultad. Esta diversidad puede resultar agobiante, especialmente cuando no se sabe en qué situaciones se utilizan, cuál es su valor clínico o cómo deben incorporarse de manera correcta en un informe. En consecuencia, el aprendizaje termina siendo mediante la repetición mecánica sin una adecuada compresión del porqué se usa.

Las clasificaciones endoscópicas no sólo son una formalidad, sino instrumentos fundamentales para estructurar los datos, normalizar el lenguaje y añadir valor en términos de pronóstico. Esta revisión está diseñada para gastroenterólogos en ejercicio y residentes que quieran actualizarse o consultar una clasificación concreta. Su propósito es compilar, en español y de manera práctica, los sistemas más importantes estructurados por órgano, con una breve descripción de su aplicación clínica y referencias originales para su estudio.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión narrativa con el objetivo de resumir las clasificaciones endoscópicas más importantes que se utilizan cotidianamente en la práctica del endoscopista. Se realizó una búsqueda en bases de datos como Google Scholar, PubMed, Embase y Scopus hasta julio de 2025, empleando términos clave asociados con la endoscopia, la clasificación y los diversos órganos del sistema digestivo. El contenido elegido fue clasificado de acuerdo a cada órgano (esófago, estómago, colon y recto, páncreas y vía biliar), enfatizando en cada clasificación su propósito, sus categorías y su utilidad desde un punto de vista clínico.

Clasificaciones:

ESÓFAGO

Clasificación: Clasificación de Los Ángeles⁽¹⁾ (Figura 1).

Objetivo: Describir la apariencia endoscópica de la esofagitis por reflujo y clasificar su gravedad.

Grados:

A: Erosiones ≤5 mm que no se extienden entre pliegues.

B: Erosiones >5 mm sin extenderse entre pliegues.

C: Erosiones que se extienden entre pliegues <75% de circunferencia.

D: Erosiones ≥75% de la circunferencia.

Clasificación: Clasificación de várices (Westaby classification)⁽²⁾ (Figura 2).

Objetivo: Describir la ocupación luminal de las várices esofágicas.

Grados:

Grado 1: Várices que aparecen como una leve proyección sobre la mucosa, las cuales pueden deprimirse con la insuflación.

Grado 2: Várices que ocupan menos del 50% de la luz.

Grado 3: Várices que ocupan más del 50% de la luz y que están muy próximas entre sí, con una apariencia confluyente.

Clasificación: Clasificación Japonesa de várices esofágicas (The Japan Society for Portal Hypertension)⁽³⁾.

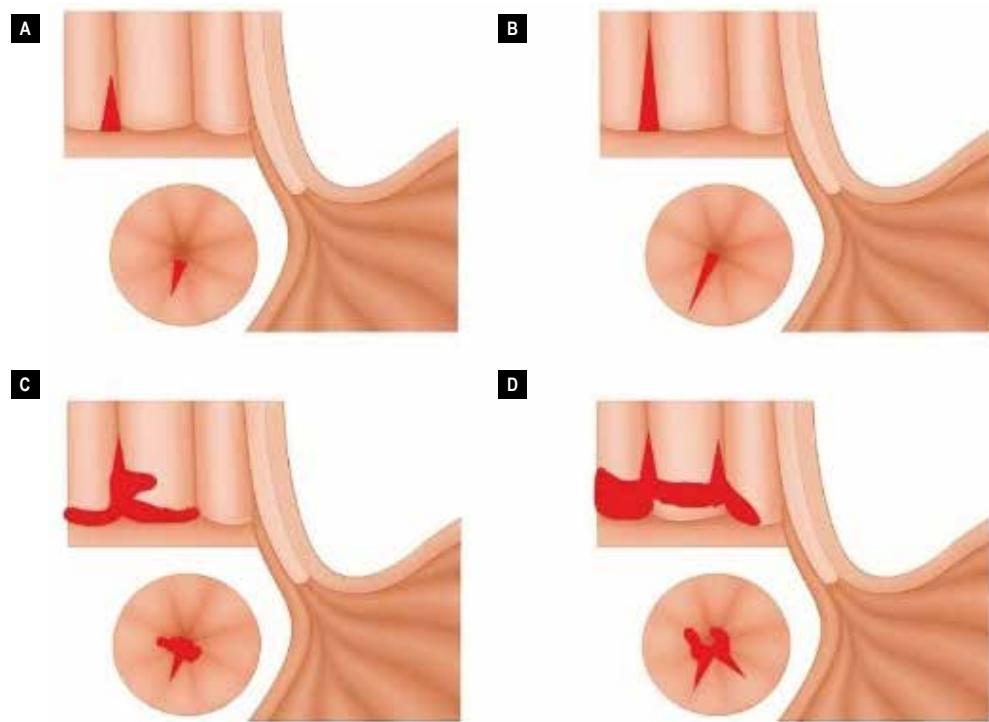
Objetivo: Evaluar aspectos morfológicos y funcionales de várices esofágicas para estratificar riesgo.

Categorías:

L: Ls, Lm, Li (localización).

F: F0–F3 (forma).

C: Cw, Cb (color).

**Figura 1.** Clasificación de Los Ángeles.

RC0–RC3: Signos rojos. Se refiere a cambios rojizos que se observan inmediatamente debajo de la submucosa. Se asocian a mayor riesgo de sangrado⁽⁴⁾. Subtipos:

Red wale markings (RWM): Son vénulas dilatadas orientadas longitudinalmente en la superficie de la mucosa (como marcas de rayas o látigos).

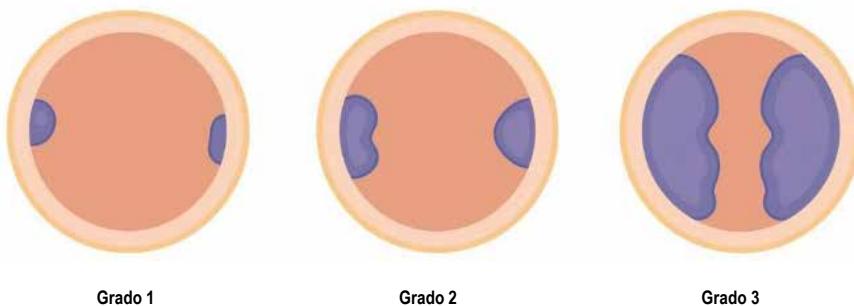
- Cherry-red spots (CRS): Son pequeñas manchas rojas en la superficie de la mucosa.

- Hematocystic spots (HCS): son proyecciones grandes, redondas y de color rojo carmesí que parecen ampollas de sangre.

Sangrado activo: Chorro, rezumamiento.

Post-hemostasia: Tapón rojo o blanco.

Hallazgos mucosos: Erosión (E), úlcera (U), cicatriz (S).

**Figura 2.** Clasificación Westaby.

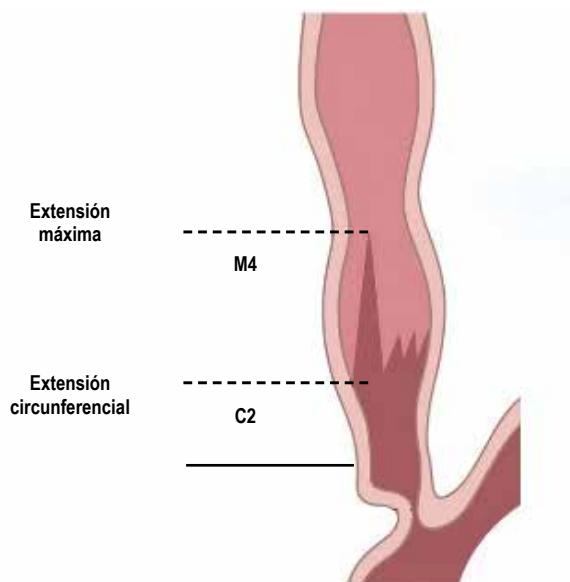


Figura 3. Clasificación de Praga.

Clasificación: Clasificación de Praga⁽⁵⁾ (Figura 3).

Objetivo: Cuantificar la extensión del esófago de Barrett para establecer los intervalos de seguimiento^(6,7).

Categorías:

C: Longitud circunferencial.

M: Longitud máxima.

Clasificación: Clasificación de Zargar⁽⁸⁾ (Figura 4).

Objetivo: Evaluar severidad del daño esofágico por cáusticos.

Grados:

0: Mucosa normal.

1: Edema e hiperemia.

2a: Úlceras superficiales.

2b: Úlceras profundas/circunferenciales.

3a: Necrosis focal.

3b: Necrosis extensa.

4: Perforación.

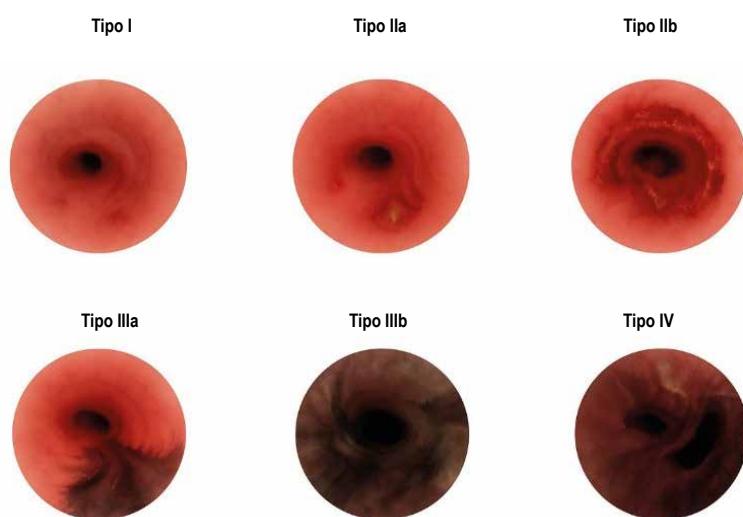
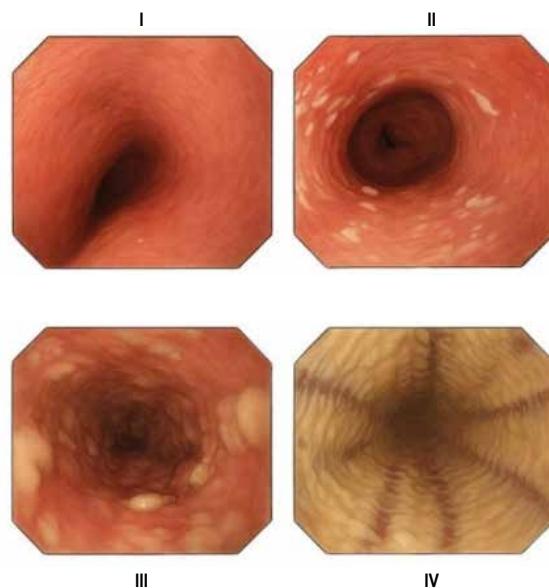


Figura 4. Clasificación de Zargar.

**Figura 5.** Clasificación de Kodsi.

Clasificación: Clasificación de Kodsi⁽⁹⁾ (Figura 5).

Objetivo: Evaluar el compromiso esofágico por candidiasis.

Grados:

I: Placas pequeñas sin edema/úlcera.

II: Múltiples placas >2 mm con edema.

III: Placas confluentes y/o úlceras.

IV: Como III + friabilidad o estenosis.

Grado 2: Disrupción parcial de la válvula. Diámetro de apertura de 1 a 2 cm (D1-2), junto con la pérdida de la válvula de colgajo (F-).

Grado 3: Disrupción moderada de la válvula, con presencia de una longitud axial hiatal de hasta 2 cm (L0-2) o una apertura hiatal agrandada de 2-3 cm (D2-3) junto con la pérdida de la válvula de colgajo (F-).

Grado 4: Disrupción completa de la válvula con una longitud axial hiatal de >2 cm (L>2) o una apertura hiatal amplia de >3 cm (D>3), y pérdida de la válvula de colgajo (F-).

Clasificación: Clasificación de la American Foregut Society (AFS)⁽¹⁰⁾.

Objetivo: Evaluar la integridad de la unión esofagogastrica.

Categorías:

Parámetros: L (longitud axial de la hernia hiatal), D (diámetro de la apertura hiatal), F (flap de la válvula).

Grado 1: Válvula normal, sin hernia hiatal evidente.

Clasificación: Clasificación de París⁽¹¹⁾ (Figura 6).

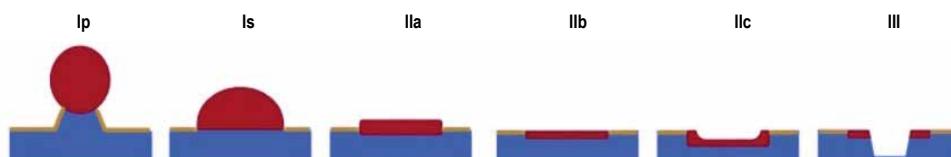
Objetivo: Describir morfología de lesiones superficiales gastrointestinales.

Categorías:

0-I: Protruidas (pediculadas 0-Ip o sésiles 0-Is).

0-II: No protruidas (superficilmente elevadas 0-IIa, planas 0-IIb, superficialmente deprimidas 0-IIc).

0-III: Excavadas o ulceradas.

**Figura 6.** Clasificación de París.

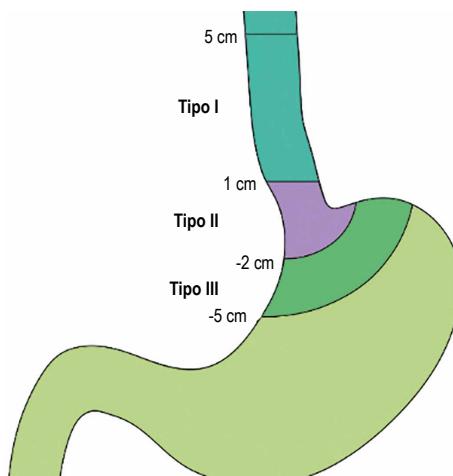


Figura 7. Clasificación de Siewert.

Clasificación: Clasificación de Siewert⁽¹²⁾ (Figura 7).

Objetivo: Clasificar adenocarcinomas de la unión gastroesofágica.

Categorías:

Tipo I: Adenocarcinoma de esófago distal (centro de lesión 1-5 cm por encima de la unión gastro-esofágica).

Tipo II: Adenocarcinoma de cardias (centro de lesión entre 1 cm por arriba y 2 cm por debajo de la unión gastro-esofágica).

Tipo III: Adenocarcinoma tipo subcardial (centro de lesión de 2 a 5 cm por debajo de la unión gastroesofágica).

Clasificación: Clasificación japonesa de la morfología esofágica microvascular (IPCL, Intra Papillary Capillary Loops) (The Japan Esophageal Society)⁽¹³⁾.

Objetivo: Estimar profundidad de invasión submucosa en cáncer escamoso superficial.

Categorías:

Tipo A: IPCL normales o con irregularidades leves. Descripción que se aprecia en epitelio normal, inflamación o neoplasia intraepitelial de bajo grado (LGIN, low grade intraepithelial neoplasia).

Tipo B: Microvasos anormales con irregularidades severas o dilatación marcada. Se consideran indicadores de una mayor probabilidad de invasión. Subclasiación de Tipo B:

- B1: Microvasos con formación en asa (T1a-EP o T1a-LPM).
- B2: Microvasos sin formación en asa (T1a-MM o T1b-SM1).
- B3: Microvasos marcadamente dilatados cuyo calibre parece ser más de tres veces el de los microvasos B2 (T1b-SM2 o mayor).

Clasificación: Clasificación para evaluación del esófago de Barrett (The Japan Esophageal Society)⁽¹⁴⁾.

Objetivo: Identificar neoplasias en esófago de Barrett con NBI y magnificación.

Categorías:

Evaluación de patrones bajo magnificación NBI separado en:

- Patrón mucoso.
- Patrón vascular.

Ambos se clasifican inicialmente como:

- Visible.
- No visible.

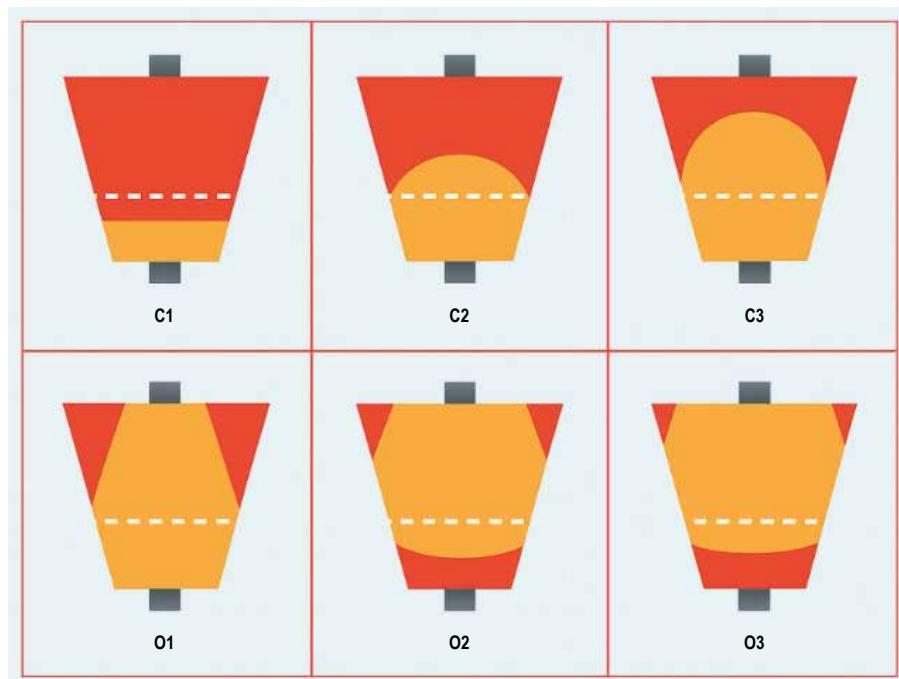
Si el patrón es visible, se subdivide en:

- Patrón mucoso visible:
 - o Tipo pit: circular o redondo.
 - o Tipo no-pit: tubular, lineal, veloso o en cresta.
- Patrón vascular visible:
 - o Tipo net: con red vascular organizada.
 - o Tipo no-net: sin red, con vasos ramificados o engrosados.

Predicción histológica:

- Regularidad: Histología no displásica.

Irregularidad o patrón no clasificable: histología displásica (displasia de bajo grado, displasia de alto grado, adenocarcinoma superficial).

**Figura 8.** Clasificación de Kimura-Takemoto.

ESTÓMAGO

Escala: Escala de limpieza gástrica de Barcelona⁽¹⁵⁾.

Objetivo: Evalúa la limpieza de 5 segmentos (esófago distal, fondo, cuerpo, antro, duodeno).

Puntaje / Categorías:

Aplica un puntaje de 0 a 2 para cada uno de ellos. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada segmento. A mayor puntaje, mejor limpieza.
Puntuación:

0: Residuos que impiden visualizar la mayor parte de la mucosa.

1: Pocos residuos que permiten visualizar la mayor parte de la mucosa.

2: Ausencia o residuos mínimos con visualización del 100% de la mucosa.

Clasificación: Clasificación Kimura-Takemoto⁽¹⁶⁾ (Figura 8).

Objetivo: Evaluar la extensión de atrofia gástrica. Clasifica la extensión de la atrófica gástrica en dos tipos: los tipo Closed (C-1, C-2 y C-3) y los tipo Open (O-1, O-2 y O-3).

Grados:

C-1: el borde atrófico se identifica en el antro o en la incisura angularis.

C-2: el borde atrófico alcanza el área distal de la curvatura menor del cuerpo gástrico.

C-3: el borde atrófico alcanza el área proximal de la curvatura menor del cuerpo gástrico.

O-1: el borde atrófico ya no se encuentra en la curvatura menor, sino entre la curvatura menor y la pared anterior.

O-2: el borde atrófico afecta la pared anterior del cuerpo gástrico.

O-3: el borde atrófico afecta la curvatura mayor del cuerpo gástrico (en este caso, la atrofia afecta todo el cuerpo gástrico).

→ O1–O3: Mayor riesgo de cáncer⁽¹⁷⁾.

Clasificación: Endoscopic grading of gastric intestinal metaplasia (EGGIM)⁽¹⁸⁾.

Objetivo: Evalúa la extensión de la metaplasia intestinal por magnificación.

Puntaje / Categorías:

Se evalúan 5 áreas: dos de antro, dos de cuerpo e incisura angularis.

Se asigna un puntaje por cada área: Puntaje de 0 (no se identifica metaplasia intestinal), puntaje de 1 (metaplasia focal, ≤30% del área evaluada), puntaje de 2 (metaplasia extensa, >30% del área evaluada), dando un valor máximo de 10 puntos

→ EGGIM 5–10 = Alto riesgo de cáncer⁽¹⁹⁾.

Clasificación: Clasificación OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment) ⁽²⁰⁾.

Objetivo: Estadía la gastritis atrófica crónica según la extensión y severidad de la atrofia glandular.

Categorías:

Basada en el sistema de Sydney (biopsias de antro, incisura y cuerpo). Estratifica a los pacientes de acuerdo con el riesgo de cáncer gástrico de tipo intestinal ⁽²¹⁾.

→ OLGA 0–I–II: Bajo riesgo de cáncer gástrico.

→ OLGA III–IV: Alto riesgo, requiere vigilancia endoscópica.

Clasificación: Clasificación OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment) ⁽²²⁾.

Objetivo: Variante del sistema OLGA que reemplaza la atrofia por metaplasia intestinal.

Categorías:

Basada en el sistema de Sydney (biopsias de antro, incisura y cuerpo). Estratifica el riesgo de cáncer gástrico de tipo intestinal ⁽²¹⁾.

→ OLGIM 0–I: Bajo riesgo de cáncer gástrico.

→ OLGIM II: Riesgo intermedio de cáncer gástrico ^(23,24).

→ OLGIM III–IV: Riesgo aumentado de cáncer gástrico.

Clasificación: Clasificación de Kyoto ⁽²⁵⁾.

Objetivo: Referencia aplicable para estandarizar el análisis del patrón de gastritis ⁽²⁶⁾. Se establecen 3 escenarios ⁽²⁷⁾.

Categorías:

Estómago no infectado por *H. pylori*:

- Presencia del arreglo de vénulas colectoras (RAC): evaluado en el tercio distal de curvatura menor de cuerpo gástrico y/o incisura angularis ⁽²⁸⁾.
- Pólipo de glándulas fúndicas ⁽²⁹⁾.
- Eritema lineal: Dispuesta de forma longitudinal al eje del estómago, habitualmente dispuestas en paralelo y usualmente acentuadas en la cresta de los pliegues gástricos donde pueden estar acompañadas de erosiones.

Estómago infectado por *H. pylori*: Asigna un puntaje total (0–8) en base a cinco hallazgos endoscópicos ⁽³⁰⁾:

- *Atrofia* (según la clasificación de Kimura – Takemoto):
 - C-1: 0 puntos, C-2 y C-3: 1 punto, O-1 hasta O-3: 2 puntos.
- *Metaplasia intestinal (presencia endoscópica)*: En antro la presencia de placas elevadas blanco grisáceas. En cuerpo dan el aspecto de una superficie rugosa e

irregular que puede estar rodeado de mucosa pálida o eritematosa.

- Su detección mejora con el uso de cromoendoscopía. Puntaje: 0 (ausente), 1 (antro), 2 (antro y cuerpo).

- *Pliegues gástricos agrandados*: Pliegue de cuerpo gástrico persistente de más de 5 mm de grosor, medido en comparación con la pala de la pinza de biopsia, incluso tras una insuflación adecuada de la cámara gástrica.

- Puntaje: 0 (ausente), 1 (presentes).

- *Mucosa nodular*: Patrón superficial de predominio antral tipo "empedrado" o "piel de gallina". Puede ser resaltada con endoscopía de imagen mejorada (vital y/o virtual).

- (Puntaje: 0 (ausente), 1 (presente)).

- *Hiperemia difusa del cuerpo*: Enrojecimiento uniforme de la mucosa gástrica con predominio en cuerpo.

- Puntaje: 0 (presente), 1 (ausente).

→ ≥2 sugiere infección por *H. pylori*; ≥4 riesgo cáncer gástrico ⁽³¹⁾.

Clasificación: Clasificación de París ⁽¹¹⁾ (Figura 6).

Objetivo: Describir morfología de lesiones superficiales gastrointestinales.

Categorías: Similar a esófago.

Algoritmo: Algoritmo para el diagnóstico de cáncer gástrico temprano (Magnifying endoscopy simple diagnostic algorithm for early gastric cancer - MESDA-G) ⁽³²⁾.

Objetivo: Algoritmo para diagnóstico temprano con magnificación

Descripción:

Se evalúa la presencia de Línea Demarcatoria (línea bien definida que separa la lesión del tejido circundante normal); y el Patrón Microvascular (Microvascular Pattern, MVP) y de Microsuperficie (Microsurface Pattern, MSP).

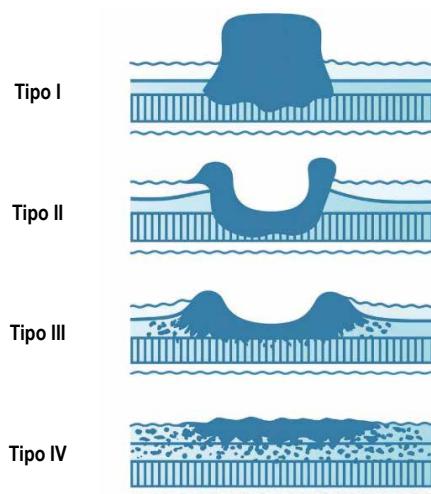
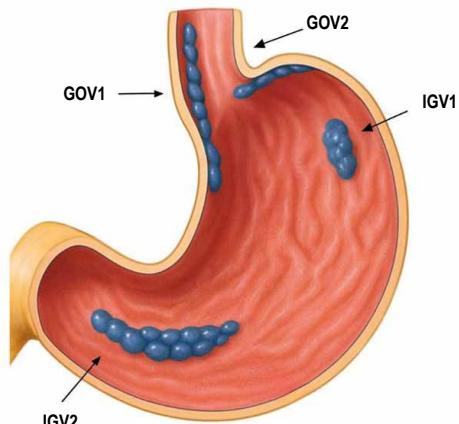
- ¿Hay una línea de demarcación visible?

- Sí → Puede ser una lesión neoplásica → ir al paso 2
- No → Probablemente no neoplásica

- ¿El patrón microvascular o el patrón de microsuperficie es irregular?

- Sí → Diagnóstico de cáncer gástrico temprano

No → Probablemente lesión no neoplásica (como gastritis o metaplasia)

**Figura 9.** Clasificación de cáncer gástrico avanzado.**Figura 10.** Clasificación de Sarin.

Clasificación: Clasificación de cáncer gástrico avanzado⁽³³⁾ (Figura 9).

Objetivo: Utilizada para clasificar morfológicamente el cáncer gástrico avanzado.

Categorías:

Tipo I: masa polipoide bien delimitada

Tipo II: masa ulcerada con bordes elevados y límites netos

Tipo III: masa ulcerada con infiltración difusa en los bordes

Tipo IV: cáncer infiltrante difuso (linitis plástica)

Tipo V: forma no clasificable, tumor no típico

Clasificación: Clasificación de Forrest⁽³⁴⁾.

Objetivo: Estratifica el riesgo de resangrado en úlceras sangrante⁽³⁵⁾.

Categorías:

Ia: Sangrado en chorro activo.

Ib: Sangrado en napa.

IIa: Vaso visible sin sangrado.

IIb: Coágulo adherido.

IIIc: Hematina sobre la lesión.

III: Base cubierta por fibrina blanca.

→ Ia-IIb = Alto riesgo de resangrado

Clasificación: Clasificación de Sarin⁽³⁶⁾ (Figura 10).

Objetivo: Ubicación y relación con várices esofágicas.

Categorías:

Se dividen en dos tipos: Várices Gastroesofágicas (Gastroesophageal Varices, GOV) y Várices Gástricas Aisladas (Isolated Gastric Varices, IGV).

- GOV1: Las várices gástricas son una continuación de las várices esofágicas, extendiéndose a lo largo de la curvatura menor del estómago.
- GOV2: Las várices gástricas se extienden hacia el fondo gástrico, en continuidad con las várices esofágicas.
- IGV1: Las várices gástricas se encuentran en el fondo gástrico, sin relación con las várices esofágicas.
- IGV2: Las várices gástricas se encuentran en otras áreas del estómago, sin relación con las várices esofágicas.

COLON Y RECTO

Escala: Boston Bowel Preparation Score (BBPS)⁽³⁷⁾.

Objetivo: Evaluar calidad de la preparación del colon.

Puntaje:

Cada segmento (derecho, transverso, izquierdo): 0 (inadecuado) a 3 (excelente)

→ Puntaje total: 0 a 9 (≥ 6 considerado adecuado).

Clasificación: Clasificación de París⁽¹¹⁾ (Figura 6)

Objetivo: Describir morfología de lesiones superficiales gastrointestinales.

Categorías: Similar a esófago.

Clasificación: Clasificación NICE (Narrow-band Imaging International Colorectal Endoscopic Classification)⁽³⁸⁾.

Objetivo: Caracterizar pólipos con cromoendoscopía virtual sin magnificación.

Categorías:

NICE 1: Pólipo hiperplásico o lesiones aserradas sésiles.

NICE 2: Adenoma de bajo o alto grado y adenocarcinomas con invasión submucosa superficial (<1000 µm).

NICE 3: Adenocarcinoma con invasión (al menos) de la submucosa profunda (>1000 µm). No tributario de resección endoscópica.

Clasificación: Clasificación JNET (The Japan NBI Expert Team [JNET] classification)⁽³⁹⁾.

Objetivo: Caracterizar pólipos con cromoendoscopía virtual y magnificación.

Categorías:

Tipo 1: Mucosa normal, pólipo hiperplásico o lesiones aserradas sésiles.

Tipo 2A: Adenoma de bajo grado.

Tipo 2B: Adenoma de alto grado y adenocarcinomas con invasión submucosa superficial (<1000 µm).

Tipo 3: Adenocarcinoma con invasión (al menos) de la submucosa profunda (>1000 µm). No tributario de resección endoscópica.

Clasificación: Clasificación de Kudo⁽⁴⁰⁾ (Figura 11).

Objetivo: Evaluar patrón de superficie (pit pattern).

Categorías:

Tipo I: Criptas redondeadas (normal).

Tipo II: Criptas estrelladas (hiperplásico).

Tipo III-S: Criptas pequeñas, redondeadas y tubulares. Más pequeñas que la de tipo I (adenoma tubular).

Tipo III-L: Criptas redondeadas y tubulares. Más grandes que las de Tipo I (adenoma tubulo-veloso).

Tipo IV: Criptas apariencia ramificada o similar a circunvoluciones (patrón cerebriforme) (adenoma veloso o avanzado).

Tipo V: Patrón irregular o no clasificable (adenocarcinoma invasivo). Se puede subdividir en dos subtipos (idealmente con uso de cristal violeta):

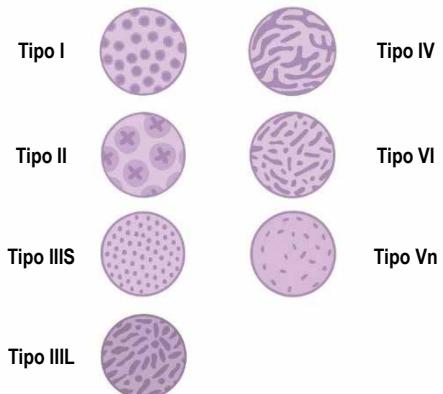


Figura 11. Clasificación de Kudo.

V-I (irregular): Áreas con criptas irregulares. Puede subdividirse en irregularidad leve (Tipo V-I leve) e irregularidad severa (Tipo V-I severo). El tipo VI severo se asocia a mayor riesgo de invasión submucosa profunda⁽⁴¹⁾.

V-N (no estructurado): Áreas sin una estructura aparente. Alta probabilidad de invasión profunda⁽⁴²⁾.

Clasificación: Score de Mayo endoscópico⁽⁴³⁾.

Objetivo: Evaluar actividad de colitis ulcerosa

Categorías:

Mayo 0: Mucosa con patrón vascular y brillo conservado, sin eritema ni granularidad.

Mayo 1: Eritema, friabilidad leve, disminución de patrón vascular.

Mayo 2: Eritema marcado, friabilidad, pérdida de patrón vascular y erosiones.

Mayo 3: Sangrado espontáneo y úlceras.

Índice: Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)⁽⁴⁴⁾.

Objetivo: Evaluar severidad endoscópica en colitis ulcerosa

Puntaje:

Patrón vascular: 0: Normal, 1: Obliteración en parche, 2: Obliteración continuo.

Sangrado: 0: Sin sangrado, 1: En mucosa, 2: Luminal leve, 3: Luminal moderado a severo.

Erosión y úlcera: 0: Sin lesiones, 1: Erosiones, 2: Úlceras superficiales, 3: Úlceras profundas.

→ Interpretación: remisión (UCEIS 0-1); leve (UCEIS 2-4); moderada (UCEIS 5-6); y grave (UCEIS 7-8).

Puntaje: Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD) ⁽⁴⁵⁾.

Objetivo: Evaluar actividad endoscópica en enfermedad de Crohn.

Descripción:

Evaluar estos cuatro puntos para íleon, colon derecho, transverso, izquierdo y recto. Sumar el total de cada segmento y según el valor clasificar la actividad.

- Tamaño de úlcera: 0: Ninguno 1: Úlceras aftosas (0,1-0,5 cm) 2: Úlceras grandes (0,5-2 cm) 3: Úlceras grandes >2 cm.
- Superficie ulcerada: 0: Ninguno, 1: < 10%, 2: 10-30%, 3: >30%.
- Superficie afectada: 0: Segmento no afectado, 1: < 50%, 2: 50-75%, 3: >75%.
- Estenosis: 0: Ninguno 1: única franqueable, 2: múltiples franqueables, 3: no franqueables.

→ Interpretación: remisión: 0-2 puntos; Inflamación leve: 3-6; Inflamación moderada: 7-15 puntos; Inflamación severa: >16 puntos; Score máximo: 56 puntos.

Puntaje: Score de Rutgeerts ⁽⁴⁶⁾.

Objetivo: Evaluar recurrencia posquirúrgica en enfermedad de Crohn

Categorías:

i0: Sin lesiones.

i1: < 5 lesiones aftosas.

i2: > 5 lesiones aftosas con mucosa normal entre ellas, o áreas salteadas de lesiones de mayor tamaño, lesiones confinadas a la anastomosis íleocolónica (ejemplo < de 1 cm de largo).

i3: Ileitis aftosa difusa con mucosa inflamada difusa.

i4: Inflamación difusa con úlceras grandes, nódulos y/o estenosis

→ Interpretación: Remisión (i0-i1). Recurrencia (i2-i4).

Puntaje: Modified Pouchitis Disease Activity Index (mPDAI) ⁽⁴⁷⁾.

Objetivo: Evalúa el reservorio ileo-anal

Categorías:

Criteria clínico:

- Número de heces/día sobre lo normal en el post-operatorio: Similar (0pts). 1 a 2 más (1pt). Más de 3 veces (2pts).
- Sangre en heces: Ninguna u ocasional (0pts). Diariamente (1pt).
- Urgencia defecatoria o dolor. Ausente (0pts). Ocasional(1pt). -Regular(2pts).

- Fiebre (mayor de 38°): No(0pts). Si(1pts).

Criteria endoscópico:

Edema(1pt), Granularidad(1pt). Friabilidad(1pt), Pérdida de patrón vascular(1pt), Exudado de mucosa(1pt), Úlcera(1pt).

→ Interpretación: Definida como pouchitis si es mayor o igual de 5pts.

PÁNCREAS Y VÍA BILIAR

Clasificación: Clasificación de la Papila de Vater ⁽⁴⁸⁾.

Objetivo: Establecer una clasificación morfológica endoscópica de la papila de Vater.

Categorías:

Tipo 1: Papila regular

- Apariencia clásica sin características distintivas.

Tipo 2: Papila pequeña

- Plana, con diámetro ≤ 3 mm.

Tipo 3: Papila protruyente o pendular

- Sobresale o cuelga en el lumen duodenal, con el orificio orientado caudalmente.

Tipo 4: Papila con pliegues o crestas

La mucosa ductal se extiende distalmente desde el orificio papilar, formando una cresta o pliegue.

Clasificación: Clasificación de Bismuth-Corlette para Colangiocarcinoma Hiliar ⁽⁴⁹⁾.

Objetivo: Clasifica los colangiocarcinomas hiliares según la extensión del tumor en los conductos biliares.

Categorías:

Tipo I: Afecta el conducto hepático común sin involucrar la confluencia.

Tipo II: Involucra la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.

Tipo IIIa: Se extiende hacia el conducto hepático derecho.

Tipo IIIb: Se extiende hacia el conducto hepático izquierdo.

Clasificación: Clasificación de la Dificultad de Canulación – ESGE ⁽⁵⁰⁾.

Objetivo: Definir criterios para identificar una canulación difícil durante CPRE.

Descripción:

Tiempo de intento de canulación > 5 minutos.

Más de 5 intentos de canulación del conducto biliar.

Canulación inadvertida del conducto pancreático ≥ 2 veces.

Clasificación: Clasificación de Nódulos Pancreáticos – Criterios de Fukuoka y Sendai⁽⁵¹⁾.

Objetivo: Estratificar el riesgo de malignidad en neoplasias mucinosas papilares intraductales (IPMN) del páncreas.

Descripción:

- Estigmas de alto riesgo: Realce mural, conducto pancreático principal >10 mm, ictericia obstructiva.
- Características preocupantes: Quistes >3 cm, engrosamiento septal, dilatación del conducto pancreático entre 5–9 mm, pancreatitis.

Clasificación: Criterios de Rosemont (Rosemont Criteria)⁽⁵²⁾.

Objetivo: Estandarizar los hallazgos de EUS para el diagnóstico de pancreatitis crónica (PC).

Descripción:

Consistente con pancreatitis crónica:

- ≥5 criterios mayores o combinación específica de criterios mayores y menores.

Sospechosa de pancreatitis crónica:

- Criterios insuficientes para diagnóstico definitivo, pero con múltiples hallazgos sugestivos.

Indeterminada para pancreatitis crónica:

- Hallazgos ambiguos o aislados.

Normal:

Ausencia de hallazgos sugestivos de PC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999;45(2):172-180. doi: 10.1136/gut.45.2.172.
2. Westaby D, Macdougall BRD, Melia W, Theodossi A, Williams R. A Prospective Randomized Study of Two Sclerotherapy Techniques for Esophageal Varices. *Hepatology*. 1983;3(5):681-684. doi: 10.1002/hep.1840030509.
3. Tajiri T, Yoshida H, Obara K, Onji M, Kage M, Kitano S, et al. General rules for recording endoscopic findings of esophagogastric varices (2nd edition). *Dig Endosc*. 2010;22(1):1-9. doi: 10.1111/j.1443-1661.2009.00929.x.
4. Beppu K, Inokuchi K, Koyanagi N, Nakayama S, Sakata H, Kitano S, et al. Prediction of variceal hemorrhage by esophageal endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 1981;27(4):213-218. doi: 10.1016/S0016-5107(81)73224-3.
5. Sharma P, Dent J, Armstrong D, Bergman JJ, Gossner L, Hoshihara Y, et al. The Development and Validation of an Endoscopic Grading System for Barrett's Esophagus: The Prague C & M Criteria. *Gastroenterology*. 2006;131(5):1392-1399. doi: 10.1053/j.gastro.2006.08.032.
6. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, et al. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(4):559-587. doi: 10.14309/ajg.00000000000001680.
7. Weusten BLAM, Bisschops R, Dinis-Ribeiro M, di Pietro M, Pech O, Spaander MCW, et al. Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2023;55(12):1124-1146. doi: 10.1055/a-2176-2440.
8. Ali Zargar S, Kochhar R, Mehta S, Kumar Mehta S. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointest Endosc*. 1991;37(2):165-169. doi: 10.1016/S0016-5107(91)70678-0.
9. Kodsi BE, Wickremesinghe C, Kozinn PJ, Iswara K, Goldberg PK. Candida esophagitis: a prospective study of 27 cases. *Gastroenterology*. 1976;71(5):715-719.
10. Nguyen NT, Thosani NC, Canto MI, Chang K, Lipham J, Abu Dayyeh B, et al. The American Foregut Society White Paper on the Endoscopic Classification of Esophagogastric Junction Integrity. *Foregut*. 2022;2(4):339-348. doi: 10.1177/26345161221126961.
11. Endoscopic Classification Review Group. Update on the Paris Classification of Superficial Neoplastic Lesions in the Digestive Tract. *Endoscopy*. 2005;37(6):570-578. doi: 10.1055/s-2005-861352.
12. Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. *Br J Surg*. 1998;85(11):1457-1459. doi: 10.1046/j.1365-2168.1998.00940.x.
13. Oyama T, Inoue H, Arima M, Momma K, Omori T, Ishihara R, et al. Prediction of the invasion depth of superficial squamous cell carcinoma based on microvessel morphology: magnifying endoscopic classification of the Japan Esophageal Society. *Esophagus*. 2017;14(2):105-112. doi: 10.1007/s10388-016-0527-7.
14. Goda K, Fujisaki J, Ishihara R, Takeuchi M, Takahashi A, Takaki Y, et al. Newly developed magnifying endoscopic classification of the Japan Esophageal Society to identify superficial Barrett's esophagus-related neoplasms. *Esophagus*. 2018;15(3):153-159. doi: 10.1007/s10388-018-0623-y.
15. Córdoba H, Barreiro-Alonso E, Castillo-Regalado E, Cubilla J, Delgado-Guillena P, Díez Redondo P, et al. Applicability of the Barcelona scale to assess the quality of cleanliness of mucosa at esophagogastrroduodenoscopy. *Gastroenterol Hepatol*. 2024;47(3):246-252. doi: 10.1016/j.gastrohep.2023.05.011.
16. Kimura K, Takemoto T. An Endoscopic Recognition of the Atrophic Border and its Significance in Chronic Gastritis. *Endoscopy*. 1969;1(03):87-97. doi: 10.1055/s-0028-1098086.
17. Xiao S, Fan Y, Yin Z, Zhou L. Endoscopic grading of gastric atrophy on risk assessment of gastric neoplasia: A systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2021;36(1):55-63. doi: 10.1111/jgh.15177.
18. Esposito G, Pimentel-Nunes P, Angeletti S, Castro R, Libânia D, Galli G, et al. Endoscopic grading of gastric intestinal metaplasia (EGGIM): a multicenter validation study. *Endoscopy*. 2019;51(06):515-521. doi: 10.1055/a-0808-3186.
19. Fang S, Fu Y, Du S, Wang L, Qing X, Luo X, et al. The role of the endoscopic grading of gastric intestinal metaplasia in assessing gastric cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *Front Oncol*. 2022;12:1018248. doi: 10.3389/fonc.2022.1018248.
20. Rugge M, Correa P, Di Mario F, El-Omar E, Fiocca R, Geboes K, et al. OLGA staging for gastritis: A tutorial. *Dig Liver Dis*. 2008;40(8):650-658. doi: 10.1016/j.dld.2008.02.030.
21. Rugge M, Genta RM, Malfertheiner P, Dinis-Ribeiro M, El-Serag H, Graham DY, et al. RE.GA.IN.: the Real-world Gastritis Initiative-updating the updates. *Gut*. 2024;73(3):407-441. doi: 10.1136/gutjnl-2023-331164.

22. 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(7):1150-1158. doi: 10.1016/j.gie.2009.12.029.
23. 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: 10.1177/17562848251325461.
24. Lee JWJ, Zhu F, Srivastava S, Tsao SK, Khor C, Ho KY, et al. Severity of gastric intestinal metaplasia predicts the risk of gastric cancer: a prospective multicentre cohort study (GCEP). *Gut.* 2022;71(5):854-863. doi: 10.1136/gutjnl-2021-324057.
25. Kato T, Yagi N, Kamada T, Shimbo T, Watanabe H, Ida K, et al. Diagnosis of Helicobacter pylori infection in gastric mucosa by endoscopic features: A multicenter prospective study. *Dig Endosc.* 2013;25(5):508-518. doi: 10.1111/den.12031.
26. 鎌田智有, 春間賢, 井上和彦, 塩谷昭子. Helicobacter pylori感染と内視鏡的胃炎—胃炎の京都分類—. Published online 2015. doi: 10.11405/nissoshi.112.982.
27. Kato M. Endoscopic Findings of H. pylori Infection. In: Suzuki H, Warren R, Marshall B, eds. *Helicobacter Pylori*. Springer Japan; 2016. p. 157-167. doi: 10.1007/978-4-431-55705-0_10.
28. Ebigbo A, Marienhagen J, Messmann H. Regular arrangement of collecting venules and the Kimura-Takemoto classification for the endoscopic diagnosis of Helicobacter pylori infection: Evaluation in a Western setting. *Dig Endosc.* 2021;33(4):587-591. doi: 10.1111/den.13808.
29. Wang K, Zhao J, Jin H, Meng L, Fan Y, Zhou Y, et al. Establishment of a modified Kyoto classification scoring model and its significance in the diagnosis of Helicobacter pylori current infection. *Gastrointest Endosc.* 2023;97(4):684-693. doi: 10.1016/j.gie.2022.11.008.
30. Toyoshima O, Nishizawa T, Koike K. Endoscopic Kyoto classification of Helicobacter pylori infection and gastric cancer risk diagnosis. *World J Gastroenterol.* 2020;26(5):466-477. doi: 10.3748/wjg.v26.i5.466.
31. Zhang H, Yang X, Zhang X, Huang X. The significance of endoscopic Kyoto classification of gastritis in the gastric cancer risk assessment: A systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2023;102(22):e33942. doi: 10.1097/MD.00000000000033942.
32. Muto M, Yao K, Kaise M, Kato M, Uedo N, Yagi K, et al. Magnifying endoscopy simple diagnostic algorithm for early gastric cancer (MESDA-G). *Dig Endosc.* 2016;28(4):379-393. doi: 10.1111/den.12638.
33. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer.* 2011;14(2):101-112. doi: 10.1007/s10120-011-0041-5.
34. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet.* 1974;304(7877):394-397. doi: 10.1016/S0140-6736(74)91770-X.
35. Guglielmi A, Ruzzenente A, Sandri M, Kind R, Lombardo F, Rodella L, et al. Risk Assessment and Prediction of Rebleeding in Bleeding Gastrointestinal Ulcer. *Endoscopy.* 2002;34(10):778-786. doi: 10.1055/s-2002-34261.
36. Sarin SK, Kumar A. Gastric varices: profile, classification, and management. *Am J Gastroenterol.* 1989;84(10):1244-1249.
37. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK, Jacobson BC. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointest Endosc.* 2009;69(3):620-625. doi: 10.1016/j.gie.2008.05.057.
38. Hayashi N, Tanaka S, Hewett DG, Kaltenbach TR, Sano Y, Ponchon T, et al. Endoscopic prediction of deep submucosal invasive carcinoma: validation of the Narrow-Band Imaging International Colorectal Endoscopic (NICE) classification. *Gastrointest Endosc.* 2013;78(4):625-632. doi: 10.1016/j.gie.2013.04.185.
39. Kobayashi S, Yamada M, Takamaru H, Sakamoto T, Matsuda T, Sekine S, et al. Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database. *United European Gastroenterol J.* 2019;7(7):914-923. doi: 10.1177/2050640619845987.
40. Kudo S, Tamura S, Nakajima T, Yamano H, Kusaka H, Watanabe H. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1996;44(1):8-14. doi: 10.1016/S0016-5107(96)70222-5.
41. Tobaru T, Mitsuyama K, Tsuruta O, Kawano H, Sata M. Subclassification of type VI pit patterns in colorectal tumors: relation to the depth of tumor invasion. *Int J Oncol.* 2008;33(3):503-508.
42. Tanaka S, Nagata S, Oka S, Kuwai T, Tamura T, Kitadai Y, et al. Determining depth of invasion by VN pit pattern analysis in submucosal colorectal carcinoma. *Oncol Rep.* 2002;9(5):1005-8. doi: 10.3892/or.9.5.1005.
43. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated Oral 5-Aminosalicylic Acid Therapy for Mildly to Moderately Active Ulcerative Colitis. *N Engl J Med.* 1987;317(26):1625-1629. doi: 10.1056/NEJM198712243172603.
44. Travis SP, Schnell D, Krzeski P, Abreu MT, Altman DG, Colombel JF, et al. Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS). *Gut.* 2012;61(4):535-542. doi: 10.1136/gutjnl-2011-300486.
45. Daperno M, D'Haens G, Van Assche G, Baert F, Bulois P, Maunoury V, et al. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD. *Gastrointest Endosc.* 2004;60(4):505-512. doi: 10.1016/S0016-5107(04)01878-4.
46. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Beyls J, Kerremans R, Hiele M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology.* 1990;99(4):956-963. doi: 10.1016/0016-5085(90)90613-6.
47. Shen B, Achkar JP, Connor JT, Ormsby AH, Remzi FH, Bevins CL, et al. Modified Pouchitis Disease Activity Index: A Simplified Approach to the Diagnosis of Pouchitis. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(6):748-753. doi: 10.1007/s10350-004-6652-8.
48. Haraldsson E, Lundell L, Swahn F, Enochsson L, Löhr JM, Arnelo U, et al. Endoscopic classification of the papilla of Vater. Results of an inter- and intraobserver agreement study. *United European Gastroenterol J.* 2017;5(4):504-510. doi: 10.1177/2050640616674837.
49. Bismuth H, Corlette MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg Gynecol Obstet.* 1975;140(2):170-178.
50. Dumonceau JM, Tringali A, Bléro D, Devière J, Laugiers R, Heresbach D, et al. Biliary stenting: Indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy.* 2012;44(03):277-298. doi: 10.1055/s-0031-1291633.
51. Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology.* 2012;12(3):183-197. doi: 10.1016/j.pan.2012.04.004.
52. Catalano MF, Sahai A, Levy M, Romagnuolo J, Wiersema M, Brugge W, et al. EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: the Rosemont classification. *Gastrointest Endosc.* 2009;69(7):1251-1261. doi: 10.1016/j.gie.2008.07.043.