



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

158 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ESTRATEGIAS DE CRIBADO EN EL CÁNCER GÁSTRICO FAMILIAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

J. Llach¹, A. Pocurull¹, I. Salces², P. Diez³, V. Piñol⁴, L. Peries⁴, J. Cubiella⁵, D. Rodríguez Alcalde⁶, A. Guerra⁷, A. Ojeda⁸, J. Reyes⁹, M. Herráiz¹⁰, B. Peñas¹¹, L. Hernández¹², Ó. Murcia¹³, M. Escalante¹⁴, A. Sánchez¹, C. Herrera Pariente¹, T. Ocaña¹, L. Rivero¹, H. Córdoba¹, I. Elizalde¹, G. Fernández Esparrach¹, F. Balaguer¹, S. Carballal¹ y L. Moreira¹

¹Hospital Clínic de Barcelona. ²Hospital 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁴Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona. ⁵Complejo Hospitalario de Ourense. ⁶Hospital Universitario de Móstoles. ⁷Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁸Hospital General de Elche. ⁹Hospital Comarcal de Inca. ¹⁰Complejo Universitario de Navarra, Pamplona. ¹¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ¹²Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. ¹³Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁴Hospital Universitario Araba, Vitoria.

Resumen

Póster con relevancia para la práctica clínica

Introducción: El cáncer gástrico familiar (CGF) se define como agregación familiar de cáncer gástrico (CG) sin una mutación germinal identificada. Las características del CGF, la prevalencia de lesiones precursoras de CG (LPCG) y la eficacia de las estrategias preventivas en familiares en riesgo han sido poco estudiadas.

Objetivos: Describir las características clínico-patológicas del CGF y las estrategias del cribado en nuestro medio.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional (14 centros) con inclusión retrospectiva de individuos con CGF derivados por antecedente personal (AP) o familiar de CG. Se recogió la historia clínica personal, familiar y el cribado utilizado. Se definió CGF como: 1) criterio A:> 2 familiares de primer o segundo grado con CG (> 1 diagnosticado 3 familiares con CG.

Resultados: Se incluyeron 64 familias (90 individuos): 28 (43,7%) cumplían el criterio A y 36 (56,3%) el criterio B, siendo mujeres 56 (62,2%) con edad mediana de 57 años. De los 90 individuos, 24 (26,7%) tenían diagnóstico previo de CG, todos diagnosticados por síntomas (tabla 1A), y 66 (73,3%) eran familiares sin AP de CG. Dieciocho (20%) tenían antecedente de neoplasia extragástrica: 6 cáncer de mama, 3 colon, 2 próstata, 2 melanoma, 2 leucemia, 3 otros. En relación al cribado, de los 66 individuos sin CG previo, se realizó gastroscopia en 60 (90%): en 15 (25%) se tomaron biopsias aleatorias (protocolo Sidney o Cambridge) y en 38 (63%) biopsias aisladas para de *H. pylori*, detectándose LPCG en 21 (39,6%) casos y 2 (3,3%) CG TNM I/II (tabla 1B).

TABLA 1B. CRIBADO GÁSTRICO:

60/90 (66,6%) individuos

TABLA 1A. ANTECEDENTE PERSONAL DE CG:
26/90 (28,8%) pacientes, (24 familias)

Edad mediana al diagnóstico, años (rango intercuartil)	63 (48-73)	Biopsias, n (%)
Histología difusa, n (%)	16 (61,5)	-Protocolo Sídney
Estadio TNM III/IV al diagnóstico, n (%)	15 (57,7)	-Protocolo Cambridge
Diagnóstico		-Biopsia aislada para determinación <i>pylori</i>
-Por síntomas, n (%)	24 (92,3)	No biopsias, n (%)
-Por cribado endoscópico, n (%)	2 (7,7)	Edad mediana de inicio de cribado, años (rango intercuartil)
Gastrectomía n (%)	18 (69,2)	Mediana de exploraciones, n (rango intercuartil)
-Parcial	6 (33,3)	Mediana de seguimiento, años (rango intercuartil)
-Total	12 (66,6)	Lesiones precursoras de CG, n (%) (si más de una lesión, se especifica la avanzada)
Mortalidad por CG, n (%)	8 (30,7)	- Metaplasia intestinal completa (n)
		- Metaplasia intestinal incompleta sin antro (n)
		- Metaplasia intestinal incompleta con antro (n)
		- Gastritis atrófica extensa (n)
		- Displasia de bajo grado (n)
		- Displasia de alto grado (n)
		CG, n (%)
		-Estadio TNM I/II al diagnóstico, n (%)

Conclusiones: El cribado endoscópico de CG se realizó en el 90% de los casos, sin embargo, solo en el 25% se asoció a biopsias para evaluar LPCG. El 40% de los individuos con criterios de CGF a los que se les realizó cribado endoscópico con biopsias aleatorias fueron diagnosticados con LPCG y 3% con CG precoz, lo que refuerza las recomendaciones actuales de cribado endoscópico con biopsias según protocolo Sídney en estos individuos.