Gastroenterol Hepatol. 2021;44(Espec Congr):190

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

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

J. Llach[1], A. Pocurull[1], I. Salces[2], P. Diez[3], V. Piñol[4], L. Peries[4], J. Cubiella[5], D. Rodríguez Alcalde[6], A. Guerra[7], A. Ojeda[8], J. Reyes[9], M. Herráiz[10], B. Peñas[11], L. Hernández[12], Ó. Murcia[13], M. Escalante[14], A. Sánchez[1], C. Herrera Pariente[1], T. Ocaña[1], L. Rivero[1], H. Córdova[1], I. Elizalde[1], G. Férnandez Esparrach[1], F. Balaguer[1], S. Carballal[1] y L. Moreira[1]

[1]Hospital Clínic de Barcelona. [2]Hospital 12 de Octubre, Madrid. [3]Hospital Universitario Río Hortega, Vallodolid. [4]Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona. [5]Complejo Hospitalario de Ourense. [6]Hospital Universitario de Móstoles. [7]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. [8]Hospital General de Elche. [9]Hospital Comarcal de Inca. [10]Complejo Universitario de Navarra, Pamplona. [11]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. [12]Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. [13]Hospital General Universitario de Alicante. [14]Hospital 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 1A. ANTECEDENTE PERSONAL DE CG: 26/90 (28,8%) pacientes, (24 familias)	
Edad mediana al diagnóstico, años (rango intercuartil)	63 (48-73)
Histología difusa, n (%)	16 (61,5)
Estadio TNM III/IV al diagnóstico, n (%)	15 (57,7)
Diagnóstico -Por síntomas, n (%) -Por cribado endoscópico, n (%)	 24 (92,3) 2 (7,7)
Gastrectomía n (%) -Parcial -Total	18 (69,2) 6 (33,3) 12 (66,6)
Mortalidad por CG, n (%)	8 (30,7)

TABLA 1B. CRIBADO GÁSTRICO: Endoscopia digestiva alta 60/90 (66,6%) individuos, 216 exploraciones	
Biopsias, n (%) -Protocolo Sídney -Protocolo Cambridge -Biopsia aislada para determinación de *H. pylori* No biopsias, n(%)	53 (88,3) 12 (20) 3 (5) 38 (63) 7 (11,7)
Edad mediana de inicio de cribado, años (rango intercuartil)	45 (35-55)
Mediana de exploraciones, n (rango intercuartil)	3 (1-5)
Mediana de seguimiento, años (rango intercuartil)	4 (1-12)
Lesiones precursoras de CG, n (%) (si más de una lesión, se especifica la más avanzada) - Metaplasia intestinal completa (n) - Metaplasia intestinal incompleta solo en antro (n) - Metaplasia intestinal incompleta antro y cuerpo (n) - Gastritis atrófica extensa (n) - Displasia de bajo grado (n) - Displasia de alto grado (n)	21/53 (39,6) 6 3 3 5 3 1
CG, n (%) -Estadio TNM I/II al diagnóstico, n (%)	2 (3,3) 2

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.

0210-5705/© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.