



Gastroenterología y Hepatología



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

181 - INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE CRIBADO CON CROMOENDOSCOPIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO: RESULTADOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

R. González Núñez, L. Alcoba Vega, S. Diez Ruiz, I. Latras Cortés, N. Cano Sanz y M. Sierra Ausín

Servicio de Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León.

Resumen

Introducción: En Europa la incidencia de cáncer gástrico (CG) es más baja que en Asia. Debemos identificar grupos de riesgo que se beneficien de seguimiento. El diagnóstico temprano o de lesiones precursoras avanzadas (LPA) -displasia de bajo (DBG) y alto grado (DAG)- es bajo. Los avances en los métodos endoscópicos permiten identificar un mayor número de LPA y cáncer gástrico precoz (CGP).

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes de riesgo en los que se realizó cromoendoscopia (CE) gástrica: gastritis crónica atrófica (GCA), gastritis autoinmune (GAI), metaplasia intestinal (MI), DBG, DAG o carcinoma y antecedentes familiares de CG, remitidos para evaluación mediante CE virtual y con índigo carmín. En las lesiones subsidiarias de tratamiento endoscópico se realizó resección endoscópica mucosa (REM) o disección submucosa (DSE).

Resultados: En total 38 pacientes con edad media de 64,84, 71% mujeres. Las lesiones más frecuentes en la endoscopia inicial que motivaron seguimiento fueron MI en 65,7%, 21% GCA, GAI 13,2%, 18,4% DBG, 13,1% DAG/CG y 10,5% tumores carcinoides. El tiempo de seguimiento tras la primera endoscopia con nueva CE fue de 2 años, con 1,58 CE/paciente. El tiempo de la CE fue de 14,7 min. Las biopsias realizadas con CE fueron más que con endoscopia normal (8,11 vs 5,24; p = 0,0004). En la CE se detectaron 32 lesiones más (0,84/estudio) que en la endoscopia convencional, p 0,0001. En 9 pacientes (24%) existió progresión histológica de la endoscopia inicial a la CE que no se detectó en las biopsias previas. La histología de LPA detectadas con CE pre y postratamiento se resume en la tabla.

Paciente	Localización	Tamaño mm	Cl. Paris	Técnica resección	Histología CE	Histología postratamiento
Nº 1	Antro	< 10	0IIb	REM	DBG	DBG
Nº 2	Antro	15	0IIa-0IIc	REM	ADC mucoso intestinal	ADC intramucoso intestinal T1aN0
Nº 3	Cuerpo	10-15	0Ia	REM	TNE G1	TNE G1
Nº 4	Cuerpo	20	0IIc	Cirugía	DAG	ADC bien diferenciado intestinal T1bN0
Nº 5	Antro	10-15	0Ia	REM	DBG	DBG
Nº 6	Cuerpo	10-15	0IIc	Cirugía	DBG y DAG	ADC intramucoso pobemente diferenciado T1a0 (DAG multifocal)
Nº 7	Cuerpo	10	0Ia	REM	DBG	Metaplasia
Nº 8	Cuerpo	15	0IIa-0IIc	Cirugía	ADC y DBG	ADC intestinal bien diferenciado T1b N0
Nº 9	Cuerpo	20	0IIa-0IIc	Cirugía	ADC pobemente diferenciado	ADC intestinal mucinoso con cél. anillo sello T1b N0
Nº 10	Antro	15	0Ia	REM	DBG	DBG
Nº 11	Antro	10	0IIa-0IIc	DSE	DBG	Pendiente
Nº 12	Cuerpo alto	15-20	0Ia	DSE	ADC intramucoso intestinal bien diferenciado	ADC intestinal bien diferenciado T1b N0

Conclusiones: Los grupos de riesgo de CG con lesiones precursoras se benefician de CE gástrica; identifica mayor número de LPA que la endoscopia de luz blanca y las caracteriza mejor para su tratamiento. La CE precisa más tiempo y mayor número de biopsias. Tanto las LPA resecadas endoscópicamente como las tratadas mediante cirugía fueron todas LPA o CPG.