



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 9 - DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER GÁSTRICO EN TIEMPO REAL ENTRE GASTROENTERÓLOGOS DE UN HOSPITAL COMARCAL EMPLEANDO ENDOSCOPIOS SONOSCAPE

P.G. Delgado Guillenal<sup>1</sup>, G. Vinagre-Rodríguez<sup>1</sup>, V. Sánchez-Jara<sup>1</sup>, A. Henao-Carrasco<sup>1</sup>, J.L. Gutiérrez-Cierco<sup>2</sup>, S. Pabón-Carrasco<sup>2</sup>, J.A. Borrallo-Cruz<sup>1</sup>, E. García-Martos<sup>1</sup>, H. Córdova<sup>3</sup> y G. Fernández- Esparrach<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Mérida. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Mérida. <sup>3</sup>Servicio de Endoscopia, Hospital Clínic de Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La detección endoscópica de lesiones precursoras de cáncer gástrico (LPCG), como la atrofia y metaplasia intestinal (MI), es el primer paso antes de obtener biopsias protocolizadas e identificar los pacientes de alto riesgo. Nuestro objetivo fue valorar la precisión en el diagnóstico de LPCG en tiempo real empleando la tecnología Sonoscape.

**Métodos:** Estudio prospectivo de esófagogastroduodenoscopias (EGD) consecutivas durante 3 meses en un hospital comarcal. Las EGD fueron realizadas por cuatro gastroenterólogos que han finalizado la formación MIR, no expertos en el diagnóstico óptico. Los cambios endoscópicos para LPCG fueron las descritas en las clasificaciones de Kimura-Takemoto (para atrofia) y la simplificada-NBI (para MI). La nueva tecnología de Sonoscape proporciona imagen de alta definición y dos formas de cromoendoscopia virtual. Se obtuvo biopsias según el protocolo Sydney, y se recogieron en tres viales (antro, incisura y cuerpo). Los pacientes fueron categorizados tanto endoscópicamente como histológicamente en presencia/ausencia de LPCG. Los pacientes de alto riesgo se identificaron histológicamente y fueron: OLGA/OLGIM III y IV, y la displasia.

**Resultados:** Se incluyeron 147 pacientes (edad media  $57 \pm 18$ , 61% mujeres). Histológicamente, 55 (37%) pacientes tuvieron LPCG, 15 (10%) atrofia, 32 (22%) metaplasia intestinal, y 8 (5%) displasia. Veintidós (15%) pacientes tuvieron LPCG de alto riesgo, 2 (1,4%) fueron OLGA III/IV, 12 (8,2%) OLGIM III/IV y 8 (5%) displasia. Siete (13%) de 54 pacientes sin LPCG en la endoscopia tuvieron en la histología alguna LPCG, pero solo un caso (2%) fue de alto riesgo (OLGIM IV). La precisión global fue 65%, mientras que la sensibilidad 87%, especificidad 51%, VPP 52% y VPN 87%.

**Conclusiones:** La precisión en el diagnóstico de LPCG no supera el 80% entre endoscopistas no expertos. No obstante, la nueva tecnología Sonoscape proporciona una alta sensibilidad y VPN que reduciría el riesgo de no detectar pacientes de alto riesgo.