



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

163 - ¿ES NECESARIO EL CRIBADO DE CÁNCER GÁSTRICO EN EL SÍNDROME DE LYNCH?

Ariadna Sánchez¹, Andres Arango¹, Maria José Moreta¹, Joan Llach¹, Mireia Diaz Centeno¹, Adrià López Fernández², Inmaculada Salces³, Gemma Llort⁴, Luis Bujanda Fernández de Piérola⁵, Marta Carrillo-Palau⁶, Goretti Hernández Mesa⁶, Daniel Rodríguez-Alcalde⁷, María Dolores Pico Sala⁸, Rodrigo Jover⁹, Carmen Poves¹⁰, Eva Barreiro-Alonso¹¹, Andres Dacal Rivas¹², Maite Herraiz Bayod¹³, Joaquín Cubiella¹⁴, Virginia Piñol¹⁵, Beatriz Peñas¹⁶, Lorena Moreno, Liseth Rivero Sánchez¹, Teresa Ocaña¹, Sabela Carballal¹, Antoni Castells¹, María Pellisé Urquiza¹, Francesc Balaguer¹ y Leticia Moreira Ruiz¹

¹Hospital Clínic de Barcelona. ²Institut Oncològic Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitari Parc Taulí i Consorci Sanitari de Terrasa, Sabadell-Terrassa. ⁵Instituto Biodonostia, San Sebastián. ⁶Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ⁷Hospital de Móstoles. ⁸Hospital General de Elche. ⁹Hospital General Universitari d'Alacant. ¹⁰Hospital San Carlos, Madrid. ¹¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ¹²Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. ¹³Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. ¹⁴Complejo Hospitalario de Ourense. ¹⁵Hospital Dr. Josep Trueta, Girona. ¹⁶Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: En el síndrome de Lynch (SL) existe un mayor riesgo de cáncer gástrico (CG), pero no existe consenso en cómo deben ser los programas de prevención.

Objetivos y métodos: Describir las estrategias de cribado de CG y hallazgos clínicos en pacientes con SL. Estudio retrospectivo (2015-2020) con inclusión de portadores de SL de 15 centros españoles. Describimos el seguimiento con gastroscopía (EGD), la prevalencia de CG y lesiones precancerosas (metaplasia intestinal y displasia), la detección/erradicación del *Helicobacter pylori* (HP) e identificamos factores asociados con el desarrollo/prevención del CG.

Resultados: Incluimos 588 portadores de SL, 360 (60,3%) mujeres, con una mediana de edad de 54 (45-65) años, 193 (32,82%) portadores de MLH1; 231 (39,29%) de MSH2; 135 (22,96%) de MSH6 y 29 (4,93%) de PMS2. Se diagnosticaron 22 (3,6% CG con una mediana de edad de 60,48 años (IQR 52-73,5), 10 (47,6%) portadores de MLH1, 9 (42,9%) de MSH2 y 2 (9,5%) de MSH6. El 72,1% (424) se sometió a algún tipo de seguimiento: 395 (67,2%) > 1 EGD y 354 (60,2%) detección/erradicación del HP. La mediana de edad de la primera EGD fue de 47 (IQR 38-57) años, con una media de 2 (IQR 1-3) EGD y 2 (0-4) años de seguimiento. Solo 255 (40%) individuos se sometieron al menos a 2 EGD, detectando 7 (2,9%) CG incidentes y 3 (1,3%) adenocarcinomas duodenales. La proporción de metaplasia (16,7 vs. 42,9%, p 0,104) y displasia (1,8 vs. 14,3%, p 0,141) en pacientes con CG fue superior a los que no lo presentaron aunque no significativamente. Al comparar individuos con y sin CG detectamos la edad como factor de riesgo independiente (p 0,000) y aunque someterse a algún tipo de seguimiento parece influir en la prevención del CG (p 0,064) el resultado no fue significativo (tabla).

	Total	No gastric cancer	Gastric cancer	Uni-variated analysis	Multi-variated analysis
N	588	567	21		
Age	54 (45-65)	54 (45-64)	67 (58-78)	.000	.000 [1.063 (1.029-1.098)]
Female	355 (60.4%)	346 (61%)	9 (42.9%)	.113	
MLH1	193 (32.8%)	183 (32.3%)	10 (47.6%)	.158	.230
MSH2	231 (39.3%)	222 (39.2%)	9 (42.9%)	.821	
MSH6	135 (23%)	133 (23.5%)	2 (9.5%)	.187	
PMS2	29 (4.9%)	29 (5.1%)	0	.617	
Family history of GC	146 (24.8%)	142 (25%)	4 (19%)	.797	
Family history of other tumors	99 (16.8%)	94 (16.6%)	5 (23.89%)	.675	
Personal history of other cancers	341 (58%)	325 (57.3%)	16 (76.2%)	.114	
Undergoing some type of gastric screening	424 (72.1%)	414 (73%)	10 (47.6%)	.022	.064 [0.424 (0.171-1.053)]
<u>Undergoing at least 1 EGD</u>	395 (67.2%)	386 (68.1%)	9 (42.9%)	.030	
EGD screening (>2 EGD)	235 (40%)	228 (40.2%)	7 (33.3%)	.652	
HP treat/treatment	354 (60.2%)	347 (61.2%)	7 (33.3%)	.013	
Smokers	141/427	135/412 (32.8%)	6/15 (40%)	.582	
BMI>30	39/302 (12.9%)	37 (12.8%)	2 (15.4%)	.678	
Alcohol consumption	13/131 (9.9%)	13/127 (10.2%)	0	1	
NAIDS	29/345 (8.4%)	28/336 (8.3%)	1/9 (11.1%)	.551	
PPI	80/353 (22.7%)	77/345 (22.3%)	3/8 (37.5%)	.388	

Conclusiones: A pesar de no poder demostrar que el seguimiento previene el CG en SL, nuestros resultados sugieren la necesidad de erradicar HP y realizar una gastroscopia a una edad temprana, para identificar lesiones precancerosas que requieran continuar el seguimiento.