



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

## P-100 - DETECCIÓN HISTOLÓGICA DE PACIENTES CON ATROFIA O METAPLASIA INTESTINAL DE ALTO RIESGO PARA CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN DIFERENTES GUÍAS CLÍNICAS: DATOS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO NACIONAL EDGAR/EPIGASTRIC

Pedro Delgado Guillena<sup>1</sup>, Eva Barreiro<sup>2</sup>, Javier Tejedor<sup>3</sup>, Alaín Huerta<sup>4</sup>, Silvia Patricia Ortega<sup>5</sup>, Oliver Patrón<sup>6</sup>, Diana Zaffalon<sup>7</sup>, Raquel Vicente<sup>8</sup>, Sheyla Montori<sup>9</sup>, Joan Llach<sup>10</sup>, Nayra Felipez Varela<sup>9</sup>, Carolina Mangas<sup>11</sup>, Patricia Gonçalves<sup>12</sup>, Luis Hernández<sup>13</sup>, Rosa María Sáiz Chumillas<sup>14</sup>, Leticia Moreira<sup>10</sup> y Eduardo Albéniz<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Mérida. <sup>2</sup>Hospital Central de Asturias, Oviedo. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. <sup>4</sup>Hospital de Galdakao. <sup>5</sup>Hospital Comarcal de Inca. <sup>6</sup>Hospital de Llevant, Benidorm. <sup>7</sup>Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>8</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>9</sup>Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. <sup>10</sup>Hospital Clínic, Barcelona. <sup>11</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>12</sup>Clinica Servidigest, Barcelona. <sup>13</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>14</sup>Hospital Universitario de Burgos.

### Resumen

**Introducción:** El diagnóstico de atrofia glandular (AG) o metaplasia intestinal (MI) de alto riesgo se realiza en base a la histología. Actualmente se recomienda seguimiento endoscópico a los pacientes de alto riesgo; sin embargo, existe variabilidad en el criterio de alto riesgo entre las guías clínicas.

**Objetivos:** Valorar la detección de pacientes con AG/MI de alto riesgo según las recomendaciones de diferentes guías clínicas como son el sistema OLGIM, la guía española (AEG/SEED), la guía europea (MAPS II), la guía italiana (AIGO), la guía americana (AGA) y la guía británica (BSG).

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico del registro español Epigastric/EDGAR. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años a quienes se realizó su primera gastroscopia diagnóstica de forma ambulatoria, considerando cualquier indicación, entre abril 2021 y julio 2023. Se realizaron biopsias según el protocolo actualizado de Sydney. Se excluyeron los pacientes con displasia, malignidad y sospecha de gastritis autoinmune. La gravedad de la AG y MI fue valorada de forma separada tanto en el antro/incisura como en el cuerpo según la recomendación de Sydney. Se identificaron los siguientes criterios de alto riesgo: (A) OLGIM III/IV, (B) MI extensa clínicamente significativa, (C) MI extensa de cualquier severidad, (D) MI incompleta, (E) AG extensa clínicamente significativa y (F) AG extensa de cualquier severidad. Alto riesgo según diferentes guías clínicas fue: AEG/SEED [(A o B) y D], MAPS (A, B, D o E), AIGO (A, B o E), AGA (A, C, D, o E) y BSG (C o D).

**Resultados:** De un total de 1.149 gastroscopias, se incluyeron 297 pacientes con atrofia o MI. La edad media fue 63 ( $\pm 0,7$ ) años y 169 (57%) fueron mujeres. En 118 (40%) casos se identificó infección por Hp, de los cuales 23% tenían infección activa y 17% infección erradicada. En 201 (68%) casos se identificó MI, de los cuales 27 (9%) fueron OLGIM III/IV (criterio A), 13 (4%) MI extensa clínicamente significativa (criterio B), 60 (20%) MI extensa de cualquier severidad (criterio C) y 38 (13%) MI incompleta (criterio D). No obstante, el OLGIM no pudo ser categorizado en 40 (14%) casos y el subtipo de MI en 122 (41%) casos, en ambas condiciones por información histológica no reportada. Con respecto a la AG, 25 (8%) casos fueron AG extensa significativa (criterio E) y 94 (32%) AG extensa de cualquier severidad (criterio F). La severidad de

la AG no fue reportada en 11 (4%) casos. Siguiendo los criterios de las guías clínicas, los pacientes de alto riesgo fueron: AEG/SEED 8 (3%) casos, OLGIM III/IV 27 (9%), la italiana 42 (14%), MAPS II 71 (24%), AGA 105 (35%) y BSG 114 (38%).

**Conclusiones:** El criterio de alto riesgo varía entre las sociedades científicas lo que conlleva a una variabilidad de entre el 3% y el 38%. Dado que el muestreo endoscópico y el reporte histológico pueden tener deficiencias, el criterio de la BSG sería el más sensible en práctica clínica.