



## P-147 - TUMORES GÁSTRICOS NEUROENDOCRINOS: EL CONSUMO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES COMO FACTOR DE RIESGO PARA SU APARICIÓN

Laura Cudero Quintana<sup>1</sup>, Yolanda Rodríguez Gil<sup>2</sup>, Beatriz Conde García<sup>1</sup>, Marta Nabal Mirat<sup>1</sup>, María Aragües Floristán<sup>1</sup>, José Díaz Tasende<sup>1</sup> e Inmaculada Fernández Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores gástricos neuroendocrinos (TNE-g) representan menos del 3% de los TNE y el uso prolongado de inhibidores de bomba de protones (IBP) se ha identificado como factor de riesgo para su aparición.

**Objetivos:** Analizar los TNE-g diagnosticados en un centro terciario y describir las características y diferencias entre subtipos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y unicéntrico que incluyó los TNE-g diagnosticados por endoscopia y biopsia entre 2018 y 2023. Se clasificaron en: TNE tipo I (gastritis autoinmune), TNE tipo II (gastrinoma), TNE tipo III (sin hipergastrinemia) y TNE no clasificados (NC). Se analizaron las diferencias entre grupos.

**Resultados:** Se incluyeron 56 pacientes: 37 (66,1%) TNE tipo I; 8 (14,3%) TNE tipo III y 11 (19,6%) TNE NC. Los TNE NC mostraron mayor consumo de IBP (100 vs. 27,8% TNE tipo I y 12,5% TNE tipo III;  $p = 0,00005$ ) y más años de tratamiento ( $10,4 \pm 3,07$  vs.  $2,14 \pm 1,84$  TNE tipo I y  $3 \pm 0$  TNE tipo III;  $p = 0,0003$ ). Los TNE tipo I y los TNE NC presentaron niveles elevados de gastrina (mediana 580, mín. 166, máx. 3598 y mediana 310, mín. 180, máx. 721; respectivamente), siendo normales en el 100% de los TNE tipo III ( $p = 0,003$ ). El déficit de vitamina B12 fue más frecuente en los TNE tipo I (77,8 vs. 36,4% TNE NC y 0% TNE tipo III;  $p = 0,0005$ ). Los TNE NC y los TNE tipo III no tenían anticuerpos específicos de gastritis autoinmune; presentes en el 100% de los TNE tipo I ( $p = 0,00004$ ). A nivel endoscópico, el 100% de TNE tipo I y el 63,6% de TNE NC presentaron atrofia de la mucosa gástrica adyacente, ausente en los TNE tipo III;  $p = 0,00004$ . El tamaño tumoral fue mayor en los TNE tipo III (87,5% entre 5 y 20 mm; 12,5% > 20 mm), respecto a los TNE NC (36% < 5 mm; 55% entre 5 y 20 mm; 9% > 20 mm) y a los TNE tipo I (89% < 5 mm, 11% entre 5 y 20 mm);  $p = 0,000003$ . Los TNE tipo III fueron más agresivos: presentaron mayor índice mitótico y mayor índice de proliferación Ki-67 (37,5% tumores grado 3 vs. 0% tumores grado 3 entre los TNE tipo I y los TNE NC;  $p = 0,005$ ); y mostraron mayor tasa de metástasis ganglionares o a distancia (63,5% y 37,5%, respectivamente; sin casos de metástasis en los otros grupos;  $p = 0,0001$ ). El tratamiento fue endoscópico en el 100% de los TNE tipo I y de los TNE NC; mientras que el 75% de los TNE tipo III requirió cirugía, con o sin terapia adyuvante ( $p = 0,005$ ). Se siguieron durante 2 años y la aparición de nuevos TNE-g fue mayor en los TNE tipo I (67,6 vs. 18,2% TNE NC vs. 15,3% TNE tipo III,  $p = 0,004$ ); siendo el 100% tumores G1/G2 con resección endoscópica curativa ( $p = 0,6$ ). La aparición de metástasis y el

fallecimiento relacionado con el tumor a los 2 años fueron mayores en los TNE tipo III (37,5% y 50%, respectivamente), frente al 0% de los otros dos grupos ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El consumo prolongado de IBP se asocia a la aparición de TNE-g, con características y pronóstico similares a los TNE tipo I: pequeño tamaño, bien diferenciados, sin metástasis ganglionares o a distancia y con resección endoscópica curativa posible.