



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

O-22 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA PROPORCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS ESOFÁGICAS CON UNA ENDOSCOPIA PREVIA NEGATIVA

N. Hernanz Ruiz¹, E. Rodríguez de Santiago¹, H.M. Marcos Prieto², M.Á. Jorge Turrión³, E. Barreiro Alonso⁴, C. Rodríguez Escaya³, M. Sierra Morales¹, I. Pérez Valle⁴, A. Jiménez Jurado², M. García Prada², N. Volpato Machado¹, L. Núñez Gómez¹, A. Castaño García³, B. Peñas García¹, A. Rodríguez Pérez², E. Vázquez Sequeiros¹ y A. Albillos Martínez¹

¹Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid. ²Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, IBSAL, Salamanca. ³Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁴Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal y gástrico de intervalo son entidades relevantes y conocidas. Sin embargo, la información disponible sobre este aspecto en el cáncer esofágico (CE) es muy limitada, especialmente en nuestro medio.

Objetivos: 1. Conocer la proporción de pacientes diagnosticados de CE con una gastroscopia negativa (CEGN) en los tres años previos. 2. Evaluar si existen diferencias entre los CEGN vs CE sin gastroscopia previa (CESGP) y los factores asociados al CEGN.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes, observacional y analítico realizado en 4 hospitales terciarios de la CCAA de Madrid, Castilla y León y Asturias. Inclusión: Pacientes con CE (adenocarcinoma y carcinoma epidermoide) confirmada por histología entre 2008-2015. Exclusión: esófago de Barrett en seguimiento, acalasia, CE previo y neoplasia de la UEG tipo III. Estadística: Análisis univariante y multivariante mediante regresión logística binomial. La supervivencia se analizó con el método de Kaplan-Meier y el test del log-rank.

Resultados: Se incluyeron 391 pacientes, 87% varones. La edad media fue 67, DE: 11,6 años. La proporción global de CEGN fue del 6,4% (25/391; IC95%: 4,4-9,3%), sin diferencias entre los centros ($p = 0,99$). La mediana de tiempo entre la endoscopia negativa y la diagnóstica fue de 18,6 meses, rango: 3,2-34,1. La mediana de endoscopias negativas en el grupo CEGN fue de 1, rango: 1-2. En el momento de la gastroscopia negativa los pacientes recibían IBP con mayor frecuencia (72% vs 40% en CESGP, OR = 9,6, $p = 0,03$) y el 68% ya presentaban síntomas de alarma (disfagia/hematemesis/síndrome constitucional o melenas). La gastroscopia negativa en comparación con la endoscopia de los CESGP fue realizada por endoscopistas con menor experiencia (5 años, OR = 0,12, $p = 0,03$) y de menor duración (5,9 vs 9 minutos, OR: 0,45, $p = 0,001$). Esta última asociación se mantuvo significativa tras haber incluido la toma de biopsias como variable de confusión. La localización más frecuente del CEGN fue el tercio distal (12/25, 48%) y el tipo histológico predominante el epidermoide (16/25, 64%); sin diferencias con el CESGP. Al diagnóstico, los CEGN fueron de menor tamaño (25 vs 40 mm, $p = 0,02$), con morfología plana/deprimida en mayor proporción ($p = 0,013$) y con un estadio más localizado ($p = 0,01$). A pesar de ello, la supervivencia a los dos años en ambos grupos

fue baja (20% CEGN vs 23%, p = 0,9).

Conclusiones: La proporción de CEGN fue elevada en todos los centros (6.4%), probablemente debido a lesiones no detectadas en la gastroscopia negativa. A pesar de que estos tumores se diagnosticaron en estadios más localizados, su pronóstico fue igualmente malo. Es necesario mejorar la calidad de la gastroscopia para disminuir la incidencia y mortalidad del CEGN.