



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 166 - DETECCIÓN Y MANEJO DE LESIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN ESPAÑA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA

P. Delgado-Guillena<sup>1</sup>, A. Elosua González<sup>2</sup>, J. Morales-Alvarado<sup>1</sup>, O. Murcia Pomares<sup>3</sup>, Á. Pérez-Aisa<sup>4</sup>, G. Fernández-Esparrach<sup>5</sup>, J. Alcedo-González<sup>6</sup> y X. Calvet<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Aparato Digestivo, Hospital General de Granollers. <sup>2</sup>Aparato Digestivo, Hospital García Orcoyen, Estella. <sup>3</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>4</sup>Unidad de Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. <sup>5</sup>Servicio de Endoscopia, Hospital Clinic de Barcelona. <sup>6</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>7</sup>Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Introducción:** La detección de lesiones premalignas gástricas durante la endoscopia digestiva alta (EDA) podría incrementar la frecuencia de detección y tratamiento de cáncer gástrico en estadios precoces. Sin embargo, no hay una evidencia definitiva y las recomendaciones de las sociedades científicas son discordantes.

**Objetivos:** Conocer la práctica clínica habitual en la detección y manejo de las lesiones premalignas gástricas en España.

**Métodos:** Se diseñó una encuesta anónima online con 40 preguntas distribuidas en tres apartados: características de los entrevistados, centro de trabajo, y aspectos sobre detección y manejo de las lesiones premalignas. Se invitó a cumplimentarla a los socios de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) en dos ocasiones (septiembre y noviembre 2019).

**Resultados:** La encuesta fue respondida por el 12% (146/1234) de invitados, un 54% mujeres, con una edad media de 39 años. La mediana de tiempo como especialista fue de 9 años, el tiempo dedicado a endoscopia de 3 días por semana, y el número de EDA de 40 al mes. El 81% de participantes trabajaba en un hospital de segundo o tercer nivel, en los que se realiza mucosectomía (80%) y disección submucosa (35%). El 88% dispone de endoscopios de alta definición y un 86% de cromoendoscopia virtual. Durante la EDA el 28% de los participantes realiza al menos 7-8 fotos de estómago y el 34% rara vez o nunca realizan cromoendoscopia virtual. El 77% realiza biopsias en al menos la mitad de sus EDA; y en caso de detectarse alguna anormalidad o úlcera gástrica al menos el 90% realiza 3-4 biopsias. En caso de sospecha endoscópica de atrofia o metaplasia intestinal (MI) el 73% sigue frecuente o muy frecuentemente algún protocolo de biopsias (Sydney o MAPSII). La mitad de los participantes considera que su competencia para el diagnóstico endoscópico de atrofia o MI es 7 (escala de 0-10); mientras que, para el de displasia o cáncer gástrico precoz es 6. En caso de confirmación histológica de atrofia o MI el 62% realiza seguimiento endoscópico de forma frecuente o muy frecuente. En caso de confirmación de displasia de bajo grado, el 33,6% realiza sólo seguimiento endoscópico, el 64% resección endoscópica en caso de lesión visible y un 1,4% lo remite a cirugía. Cuando se confirma la displasia de alto grado, el 1,4% realiza sólo seguimiento endoscópico, el 72% resección mucosa en caso de lesión visible, y un 23% opta por cirugía. En cuanto a la úlcera gástrica de aspecto péptico, el 90% realiza seguimiento endoscópico. El tratamiento erradicador de *H. pylori* es realizado al

menos frecuentemente por el 96%, y la erradicación es comprobada siempre por el 93%.

**Conclusiones:** Existe una amplia variabilidad en el manejo de las lesiones premalignas gástricas. La adhesión a las guías de práctica clínica y a un protocolo de biopsias entre los gastroenterólogos, es mejorable. El empleo de la cromoendoscopia virtual es limitado, a pesar de estar ampliamente disponible en nuestros hospitales.