



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-Guillena¹, A. Elosua González², J. Morales-Alvarado¹, O. Murcia Pomares³, Á. Pérez-Aisa⁴, G. Fernández-Esparrach⁵, J. Alcedo-González⁶ y X. Calvet⁷

¹Unidad de Aparato Digestivo, Hospital General de Granollers. ²Aparato Digestivo, Hospital García Orcoyen, Estella. ³Hospital General Universitario de Alicante. ⁴Unidad de Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. ⁵Servicio de Endoscopia, Hospital Clinic de Barcelona. ⁶Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁷Corporació 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 anomalía 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 cromosondoscopia virtual es limitado, a pesar de estar ampliamente disponible en nuestros hospitales.