



## 168 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL "MISSED GASTRIC CANCER"

I. Salvador<sup>1</sup>, B. Arau<sup>1</sup>, X. Andújar<sup>1,2</sup>, C. Ferrer<sup>1</sup>, Y. Zabana<sup>1,2</sup>, L. Ruiz-Campos<sup>1</sup>, J. Espinós<sup>1</sup>, M. Aceituno<sup>1,2</sup>, F. Fernández-Bañares<sup>1,2</sup>, M. Esteve<sup>1,2</sup> y C. Loras<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Mútua de Terrassa. <sup>2</sup>CIBERhEd.

### Resumen

**Introducción:** La endoscopia digestiva alta (EDA) es una técnica muy efectiva para diagnosticar cáncer gástrico (CG). Aunque se estima que un 10% de CG pasan desapercibidos y no son diagnosticados (MGC, “missed gastric cancer”). El objetivo del presente estudio es analizar la tasa de MGC en el nuestro medio, las características basales de los CG diagnosticados y los factores asociados al MGC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de todos los CG diagnosticados en nuestro medio (hospital secundario con especialidades de referencia) entre 10/2003-12/2018. Los pacientes se identificaron a través del registro de Anatomía Patológica. Se consideró MGC si el paciente tenía una EDA previa normal, realizada desde 3 hasta 36 meses antes del diagnóstico. Se valoraron características clínicas y demográficas de los CG y de todas las EDAs previas. La comparación de variables entre la cohorte de pacientes no-MGC y la cohorte MGC se realizó con el test de ?2.

**Resultados:** Se diagnosticaron un total de 349 pacientes con CG, de los cuales un 6% (IC95% 3,97-9,01) fueron MGC. En el grupo MGC se observó una menor frecuencia de localización en la zona de cuerpo-antro (52,4% vs 75%; p = 0,04), mayor frecuencia en la anastomosis de cirugía gástrica previa (14,3% vs 0,9%; p = 0,0002) y menor presencia de síntomas de alarma (28,5% vs 74%; p = 0,0001). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, fumadores, presencia de *Helicobacter pylori* ni en la histología del tumor. Respecto a las características relacionadas con la técnica endoscópica, realizar el procedimiento sin sedación fue el único factor relacionado con la presencia de MGC (19% vs 45,7%; p = 0,03). No se observaron diferencias relacionadas con el tipo de endoscopio (Olympus-GIF-Q145/165 vs Olympus-GIF-Q190) entre los dos grupos. En el análisis multivariante, los factores que se asociaron al MGC fueron la ausencia de sedación con OR 3,6 (IC95% 1,1-11,3) y la localización en la anastomosis con OR 18,3 (IC95% 3,2-104,5).

**Conclusiones:** La tasa de MGC en nuestro medio fue del 6%. La realización de EDA con sedación se relaciona con un menor porcentaje de MGC probablemente porque permite una exploración meticolosa de la cavidad gástrica (especialmente fundus, zona cardial y anastomosis), que es donde con mayor frecuencia el CG pasa desapercibido.