



1 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIAS EN PACIENTES SINTOMÁTICOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD PROPUESTOS POR AEG-SEED PARA LA REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD POSTPANDEMIA COVID-19

L. Rivero Sánchez¹, A. García-Rodríguez², P. Díez Redondo³, H. Núñez Rodríguez³, M. Ponce⁴, M. San Juan⁵, A. Seoane⁶, M.A. Carrasco⁷, J. Castillo¹, D. Zaffalon⁸, C. Guarner⁹, M. Murzi⁹, R. Jover¹⁰, L. Medina Prado¹⁰, K. Aspuru Rubio¹¹, B. García Zafra², D. João Matias¹², A. Cárdenas¹, B. González¹, O. Sendino¹, H. Córdova¹, A. Fernández-Simón¹, I. Araujo¹, À. Ginés¹, J. Llach¹, G. Fernández-Esparrach¹, M. Pellisé¹ y F. Balaguer¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS. CIBERHerD. Barcelona. ²Hospital de Viladecans, Barcelona. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁴Hospital Clínic de Valencia. ⁵Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Tenerife. ⁶Hospital del Mar, Barcelona. ⁷Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ⁸Hospital de Terrassa. ⁹Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Alicante. ¹¹Hospital San Jorge, Huesca. ¹²Hospital Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción: El rendimiento de las esofagogastroduodenoscopias (EGD) en pacientes sintomáticos es bajo. Las sociedades científicas (AEG-SEED) propusieron criterios de priorización (CP) en función de las indicaciones para el reinicio de la actividad en la fase post-pandemia COVID-19.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de los CP de las EGD de pacientes sintomáticos para detectar lesiones clínicamente relevantes (LCR).

Métodos: Se revisaron las endoscopias de 12 centros españoles que utilizaron prospectivamente los CP (alta = P1, media = P2, baja = P3) a partir de abril 2020. LCR se definieron como aquellas lesiones que requirieron tratamiento invasivo (endoscópico/quirúrgico), ingreso hospitalario o seguimiento clínico estrecho. Se excluyeron pruebas urgentes, vigilancia o indicación terapéutica.

Resultados: Se incluyeron 981 EGD (60% mujeres) de 57 ± 16 años. El tiempo transcurrido (meses; mediana; rango intercuartil [RIQ]) desde la solicitud hasta la EGD para P1, P2 y P3 fue 3 (2-5), 4 (3-6) y 6 (4-8) respectivamente. Se detectaron LCR en 105/981 EGD (11%). La tasa de LCR en P1, P2 y P3 fueron 13%, 14%, y 6%. Las LCR más frecuentemente detectadas fueron: esofagitis grado C o D de Los Ángeles (22 [21%]), celiaquía (19 [18%]), úlcera péptica (10 [10%]), lesiones gástricas con displasia (9 [9%]) y esofagitis eosinofílica (9 [9%]). Las indicaciones con mayor tasa de LCR fueron: Episodios previos de impactación esofágica (33%), dolor torácico (33%), disfagia progresiva (28%) y no progresiva (16%), sospecha de malabsorción (21%) y anemia ferropénica (14%). Del total de LCR, se detectaron 6 (0,6%) cánceres: 3 en indicaciones con P1 (2 esofágicos y 1 gástrico), 1 duodenal en P2 y 2 gástricos en P3.

| Indicación | código | EGD totales n=981 | % del total | Prioridad | LCR (%) | Cáncer | LCNR (%) | Normal (%) |
|---|--------|----------------------|-------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|
| Dispepsia o ERGE persistente a pesar de tratamiento adecuado y > 6 meses de evolución, sin síntomas de alarma | 6 | 283 | 28,8 | 3 | 18 (6,4) | 1 | 168 (59,4) | 95 (33,6) |
| Dispepsia o ERGE con signos / síntomas de alarma (pérdida de peso, anorexia, anemia...) o edad > 55 años | 5 | 203 | 20,7 | 1 | 21 (10,3) | 2 | 132 (65,0) | 49 (24,1) |
| Estudio anemia ferropénica en paciente asintomático | 38 | 147 | 15 | 2 | 21 (14,3) | 1 | 80 (54,4) | 44 (29,9) |
| Disfagia de duración superior a 6 meses o no progresiva | 4 | 76 | 7,7 | 2 | 12 (15,8) | 0 | 42 (55,3) | 22 (28,9) |
| Síntomas abdominales altos inespecíficos sin síntomas de alarma y > 6 meses de evolución | 9 | 61 | 6,2 | 3 | 1 (1,6) | 1 | 38 (62,3) | 22 (36,1) |
| Disfagia u odinofagia graves o rápidamente progresivas | 3 | 46 | 4,7 | 1 | 13 (28,3) | 1 | 21 (45,7) | 12 (26,1) |
| Sospecha malabsorción / celiacía o confirmación tras serología celiacía positiva | 58 | 43 | 4,4 | 2 | 9 (20,9) | 0 | 13 (30,2) | 21 (48,8) |
| Síntomas abdominales inespecíficos sin síntomas de alarma de inicio reciente | 10 | 37 | 3,8 | 3 | 1 (2,7) | 0 | 20 (54,1) | 16 (43,2) |
| Diarrea crónica en estudio | 60 | 30 | 3,1 | 3 | 1 (3,3) | 0 | 13 (43,3) | 16 (53,3) |
| Dispepsia persistente con antecedentes familiares de primer grado de cáncer gástrico sin síntomas de alarma | 7 | 24 | 2,4 | 2 | 2 (8,3) | 0 | 9 (37,5) | 12 (50,0) |
| Vómitos persistentes SIN sospecha clínica de origen neoplásico | 12 | 18 | 1,8 | 2 | 2 (11,1) | 0 | 9 (50,0) | 7 (38,9) |
| Episodios previos de impactación alimentaria (estudio etiológico) | 20 | 9 | 0,9 | 2 | 3 (33,3) | 0 | 5 (55,6) | 1 (11,1) |
| Dolor torácico no cardiogénico | 8 | 3 | 0,3 | 3 | 1 (33,3) | 0 | 2 (66,7) | 0 |
| Vómitos persistentes con sospecha clínica de origen neoplásico | 11 | 2 | 0,2 | 1 | 0 | 0 | 1 (50) | 1 (50) |

Conclusiones: En pacientes sintomáticos, los CP permiten detectar LCR benignas pero con bajo rendimiento para cáncer y sin clara adecuación al nivel de prioridad asignado. Es necesario reajustar los CP para mejorar la identificación de pacientes con mayor riesgo de cáncer.