



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 158 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ESTRATEGIAS DE CRIBADO EN EL CÁNCER GÁSTRICO FAMILIAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

J. Llach<sup>1</sup>, A. Pocurull<sup>1</sup>, I. Salces<sup>2</sup>, P. Diez<sup>3</sup>, V. Piñol<sup>4</sup>, L. Peries<sup>4</sup>, J. Cubiella<sup>5</sup>, D. Rodríguez Alcalde<sup>6</sup>, A. Guerra<sup>7</sup>, A. Ojeda<sup>8</sup>, J. Reyes<sup>9</sup>, M. Herráiz<sup>10</sup>, B. Peñas<sup>11</sup>, L. Hernández<sup>12</sup>, Ó. Murcia<sup>13</sup>, M. Escalante<sup>14</sup>, A. Sánchez<sup>1</sup>, C. Herrera Pariente<sup>1</sup>, T. Ocaña<sup>1</sup>, L. Rivero<sup>1</sup>, H. Córdova<sup>1</sup>, I. Elizalde<sup>1</sup>, G. Fernández Esparrach<sup>1</sup>, F. Balaguer<sup>1</sup>, S. Carballal<sup>1</sup> y L. Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>4</sup>Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona. <sup>5</sup>Complejo Hospitalario de Ourense. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>7</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>8</sup>Hospital General de Elche. <sup>9</sup>Hospital Comarcal de Inca. <sup>10</sup>Complejo Universitario de Navarra, Pamplona. <sup>11</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>12</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>13</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>14</sup>Hospital Universitario Araba, Vitoria.

### Resumen

#### **Póster con relevancia para la práctica clínica**

**Introducción:** El cáncer gástrico familiar (CGF) se define como agregación familiar de cáncer gástrico (CG) sin una mutación germinal identificada. Las características del CGF, la prevalencia de lesiones precursoras de CG (LPCG) y la eficacia de las estrategias preventivas en familiares en riesgo han sido poco estudiadas.

**Objetivos:** Describir las características clínico-patológicas del CGF y las estrategias del cribado en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio multicéntrico nacional (14 centros) con inclusión retrospectiva de individuos con CGF derivados por antecedente personal (AP) o familiar de CG. Se recogió la historia clínica personal, familiar y el cribado utilizado. Se definió CGF como: 1) criterio A:> 2 familiares de primer o segundo grado con CG (> 1 diagnosticado 3 familiares con CG).

**Resultados:** Se incluyeron 64 familias (90 individuos): 28 (43,7%) cumplían el criterio A y 36 (56,3%) el criterio B, siendo mujeres 56 (62,2%) con edad mediana de 57 años. De los 90 individuos, 24 (26,7%) tenían diagnóstico previo de CG, todos diagnosticados por síntomas (tabla 1A), y 66 (73,3%) eran familiares sin AP de CG. Dieciocho (20%) tenían antecedente de neoplasia extragástrica: 6 cáncer de mama, 3 colon, 2 próstata, 2 melanoma, 2 leucemia, 3 otros. En relación al cribado, de los 66 individuos sin CG previo, se realizó gastroscopia en 60 (90%): en 15 (25%) se tomaron biopsias aleatorias (protocolo Sidney o Cambridge) y en 38 (63%) biopsias aisladas para de *H. pylori*, detectándose LPCG en 21 (39,6%) casos y 2 (3,3%) CG TNM I/II (tabla 1B).

| TABLA 1A. ANTECEDENTE PERSONAL DE CG:<br>26/90 (28,8%) pacientes, (24 familias) |            |
|---|------------|
| Edad mediana al diagnóstico, años (rango intercuartil)                          | 63 (48-73) |
| Histología difusa, n (%)  | 16 (61,5)  |
| Estadio TNM III/IV al diagnóstico, n (%)  | 15 (57,7)  |
| Diagnóstico   |            |
| -Por síntomas, n (%)  | 24 (92,3)  |
| -Por cribado endoscópico, n (%)   | 2 (7,7)    |
| Gastrectomía n (%)  | 18 (69,2)  |
| -Parcial  | 6 (33,3)   |
| -Total  | 12 (66,6)  |
| Mortalidad por CG, n (%)  | 8 (30,7)   |

| TABLA 1B. CRIBADO GÁSTRICO: Endoscopia digestiva alta<br>60/90 (66,6%) individuos, 216 exploraciones |              |
|--|--------------|
| Biopsias, n (%)  | 53 (88,3)    |
| -Protocolo Sídney  | 12 (20)      |
| -Protocolo Cambridge   | 3 (5)        |
| -Biopsia aislada para determinación de <i>H. pylori</i>  | 38 (63)      |
| No biopsias, n(%)  | 7 (11,7)     |
| Edad mediana de inicio de cribado, años (rango intercuartil)   | 45 (35-55)   |
| Mediana de exploraciones, n (rango intercuartil)   | 3 (1-5)      |
| Mediana de seguimiento, años (rango intercuartil)  | 4 (1-12)     |
| Lesiones precursoras de CG, n (%)<br>(si más de una lesión, se especifica la más avanzada)           | 21/53 (39,6) |
| - Metaplasia intestinal completa (n)   | 6            |
| - Metaplasia intestinal incompleta solo en antro (n)   | 3            |
| - Metaplasia intestinal incompleta antro y cuerpo (n)  | 5            |
| - Gastritis atrófica extensa (n)   | 3            |
| - Displasia de bajo grado (n)  | 1            |
| - Displasia de alto grado (n)  |              |
| CG, n (%)  | 2 (3,3)      |
| -Estadio TNM I/II al diagnóstico, n (%)  | 2            |

**Conclusiones:** El cribado endoscópico de CG se realizó en el 90% de los casos, sin embargo, solo en el 25% se asoció a biopsias para evaluar LPCG. El 40% de los individuos con criterios de CGF a los que se les realizó cribado endoscópico con biopsias aleatorias fueron diagnosticados con LPCG y 3% con CG precoz, lo que refuerza las recomendaciones actuales de cribado endoscópico con biopsias según protocolo Sídney en estos individuos.