



Gastroenterología y Hepatología



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

INCREMENTO EN LA DETECCIÓN DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER GÁSTRICO DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN SENCILLO

P.G. Delgado-Guillena¹, G. Vinagre-Rodríguez¹, V. Sánchez-Jara¹, J.A. Borrallo-Cruz¹, A. Henao-Carrasco¹, M.D. Hernández-Duran¹, E. García-Martos¹, S. Pabón-Carrasco², J.L. Gutiérrez-Cierco², H. Uchima³, H. Córdova⁴ y G. Fernández-Esparrach⁴

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Mérida. ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Mérida.

³Servicio de Endoscopia, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁴Servicio de Endoscopia, Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen

Introducción: un mejor conocimiento del aspecto endoscópico de las lesiones precursoras de cáncer gástrico (LPCG) y la adherencia a los protocolos de biopsias permitiría incrementar su detección, especialmente las LPCG de alto riesgo (AR). Nuestro objetivo fue evaluar la detección de LPCG-AR antes y después de una sesión formativa, y valorar los factores que mejoran su detección.

Métodos: Se analizaron las esofagogastroduodenoscopias (EGD) diagnósticas ambulatorias realizadas según práctica clínica habitual, en un área Sanitaria formada por dos hospitales comarcales, antes y después de una sesión formativa. Se utilizaron endoscopios de alta definición Sonoscape y cromoendoscopia virtual SFI y VIST. Las EGD fueron realizadas por 7 endoscopistas. La formación consistió en una sesión donde se explicaron los hallazgos endoscópicos de atrofia y metaplasia intestinal (MI) basados en la clasificación de Kimura-Takemoto y NBI simplificada, respectivamente, así como el protocolo de biopsias de Sydney. Se definió como LPCG la atrofia, metaplasia intestinal (MI) y displasia, y LPCG-AR los estadios OLGA/OLGIM III y IV, MI incompleta y displasia. Los factores que mejoran la detección se evaluaron entre las EGDs realizadas entre endoscopistas con detección alta y baja (considerando la mediana como punto de corte).

Resultados: Se incluyeron 690 EGDs consecutivas (313 EGDs anterior y 377 EGDs posterior a la formación), siendo 63% de los casos mujeres y la edad media 56 ± 17 años. La dispepsia y el reflujo representaron 52% de los casos y 48% tenían algún síntoma de alarma. La detección global de LPCG y LPCG-AR fue de 27,2% y 7,4%, respectivamente, y de *H. pylori* 14%. La tasa de detección de LPCG-AR mejoró después de la formación [13 (4,2%) vs. 38 (10,1%), $p = 0,003$]. La tasa mediana de LPCG-AR entre los endoscopistas fue de 5,9%. Las EGDs realizadas por endoscopistas con una detección alta de LPCG (314 EGDs) en comparación a los de detección baja (376 EGDs), estuvieron asociadas a mayor sospecha endoscópica [113/310 (37%) vs. 69/369 (19%), $p < 0,01$], mayor detección de LPCG [134 (43%) vs. 54 (14%), $p < 0,01$], y mayor obtención de biopsias [255 (81%) vs. 174 (46%), $p < 0,01$] con adherencia al protocolo de Sydney [174 (55%) vs. 106 (28%), $p < 0,01$].

Conclusiones: Una formación sencilla permite mejorar la calidad de la EGD y la detección de LPCG-AR. La sospecha endoscópica y la obtención de biopsias están asociadas a una mejor detección

de LPCG- AR.