



P-101 - EL PAPEL DE LA BIOPSIA EN INCISURA PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER GÁSTRICO

Sonia Torres¹, Sandra López^{1,2,3,4}, Alba Ortega^{1,2,3,4}, Miriam Cuatrecasas^{1,2,3,4} y Leticia Moreira^{1,2,3,4}

¹Hospital Clínic de Barcelona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). ³IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona. ⁴Universitat de Barcelona.

Resumen

Póster con relevancia para la práctica clínica

Introducción: La atrofia, la metaplasia intestinal (MI) y la displasia son lesiones precursoras del cáncer gástrico (LPCG), por lo que su detección mediante la endoscopia digestiva alta (EDA) es vital para la prevención del cáncer gástrico. En la práctica clínica habitual, la necesidad de realizar biopsias en antro o cuerpo para la detección de LPCG está bien establecida, pero todavía existe gran controversia sobre el papel de la biopsia en la incisura en la detección de estas lesiones. El objetivo de este estudio es analizar el papel de la biopsia en incisura en las EDAs rutinarias para la detección de LPCG y clasificación del riesgo de cáncer gástrico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico durante un período de 5 años (2018-2022) con inclusión de todas las EDAs con biopsias gástricas, incluyendo al menos una biopsia independiente en incisura y presencia de MI en alguna de las muestras (cuerpo, antro o incisura).

Resultados: Tras la revisión de 27.166 EDA con biopsias, se incluyeron 1.443 que alcanzaban los criterios de selección. Un 59,74% de las biopsias provenían de mujeres. Se observó atrofia en el cuerpo en 41,16% (594/1.443) de los casos, en el antro en 64,93% (937/1.443) y en la incisura en 76,72% (1.107/1.443). De las 1.107 EDAs con atrofia en incisura, en 23,67% (262/1107) no se observó atrofia en cuerpo y en el 8,22% (91/1.107) no había atrofia en antro. En relación a la MI, 37,7% (544/1.443) de las biopsias la presentaban en el cuerpo, 60,57% (874/1.443) en el antro y 69,30% (1.000/1.443) en la incisura. De las biopsias con MI en incisura, en 31,9% (319/1.000) no se observó MI en cuerpo ni en 12,1% (121/1.000) en antro. La displasia en cuerpo se observó en 0,42% (6/1443), en antro en 1,04% (15/1.443) y en incisura en 2,43% (35/1.443). Tras analizar este último subgrupo, se observó que de los 35 con displasia en incisura, un 22,86% (8/35) no tenían displasia en cuerpo y un 22,86% (8/35) no mostraban displasia en antro. La afectación de incisura, sin afectación de cuerpo ni antro, se observó en 3,07% (34/1.107) en el caso de atrofia, en 5,5% (55/1.000) en caso de MI y en 17,14% (6/35) de la displasia. Respecto a este último grupo, se observó que en el 71,43% (25/35) de las EDA no se identificaron lesiones visibles en la incisura, por lo que si no se hubiera realizado la biopsia no se hubiera detectado la displasia de incisura en un número importante de casos.

Conclusiones: En el 25% de los casos, no se habría detectado LPCG si no se hubiera realizado una biopsia en la incisura, destacando sobre todo la detección de lesiones más avanzadas en esa localización. Estos resultados refuerzan la importancia de la biopsia en la incisura por una correcta determinación del riesgo de CG en las EDA rutinarias.