



# Gastroenterología y Hepatología



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

## O-24 - CARACTERÍSTICAS DEL ESÓFAGO DE BARRETT EN NUESTRO MEDIO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO EPIBARRETT

M. Murzi Pulgar<sup>1</sup>, C. Guarner Argente<sup>1</sup>, G. Iborra<sup>1</sup>, A. Huerta Madrigal<sup>2</sup>, M. Domínguez Cajal<sup>3</sup>, L. Hernández Villalba<sup>4</sup>, D. Nicolas Pérez<sup>5</sup>, N. Manas Gallardo<sup>6</sup>, J. López Vicente<sup>7</sup>, A. Sánchez Yagüe<sup>8</sup>, A. Lira Aguilar<sup>9</sup>, C. Loras<sup>10</sup>, M. Aicart Ramos<sup>11</sup>, C. Sánchez Montes<sup>12</sup>, H. Uchima<sup>13</sup> y G. Fernández Esparrach<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>3</sup>Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>4</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>5</sup>Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>6</sup>Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid. <sup>7</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>8</sup>Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. <sup>9</sup>Parc Taulí, Sabadell. <sup>10</sup>Hospital Universitario Mútua Terrassa. <sup>11</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>12</sup>Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. <sup>13</sup>Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona. <sup>14</sup>Hospital Clínic Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** El esófago de Barrett (EB) se considera uno de los principales precursores del adenocarcinoma esofágico. Sus características en nuestro medio no han sido estudiadas a gran escala.

**Objetivos:** Describir los datos epidemiológicos y características de la población española con diagnóstico de EB y analizar factores de riesgo de presentar histología avanzada (displasia de alto grado (DAG) o adenocarcinoma).

**Métodos:** Análisis retrospectivo, multicéntrico de los pacientes recogidos en una base de datos nacional de pacientes con EB, entre enero 2016 y octubre de 2017. Se excluyeron pacientes sin diagnóstico histológico confirmado y aquellos pacientes con diagnóstico inicial de EB y sin seguimiento.

**Resultados:** Se evaluaron 368 pacientes de 14 centros, de los que se excluyeron 14 por ausencia de confirmación histológica y 83 por disponer únicamente de diagnóstico inicial. Los 271 pacientes restantes eran el 80% hombres, con edad media al diagnóstico de  $54 \pm 12,6$  años y hábito tabáquico (fumadores o exfumadores) el 51%. Presentaban hernia de hiato un 65% y clínica de reflujo un 52%. De estos, el síntoma más destacado fue la pirosis en el 88%. Un 90% estaba en tratamiento con IBP, siendo el omeprazol el principal fármaco utilizado (50%). La longitud media del EB al diagnóstico fue de  $3,6 \pm 3,2$  cm y los pacientes tenían un seguimiento medio de  $6,1 \pm 4,5$  años (mínimo 0,5 y máximo 19). La histología más avanzada fue displasia de bajo grado (DBG) en un 28%, DAG en un 5% y adenocarcinoma en un 6%. La mayoría (57%) presentaban metaplasia intestinal (MI) sin displasia. La presencia de histología avanzada se relacionó significativamente en el análisis univariante con la edad al diagnóstico ( $60 \pm 13$  vs  $53 \pm 13$  años en histología avanzada y DBG/MI, respectivamente;  $p = 0,009$ ), pero no con el sexo, el hábito tabáquico, la clínica de reflujo gastroesofágico o la longitud del EB.

**Conclusiones:** Las características demográficas de nuestra población son similares a las descritas en la literatura. En nuestra serie solo la edad más avanzada en el momento del diagnóstico se ha relacionado con la presencia de histología avanzada.