



## 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 Sánchez<sup>1</sup>, A. García-Rodríguez<sup>2</sup>, P. Díez Redondo<sup>3</sup>, H. Núñez Rodríguez<sup>3</sup>, M. Ponce<sup>4</sup>, M. San Juan<sup>5</sup>, A. Seoane<sup>6</sup>, M.A. Carrasco<sup>7</sup>, J. Castillo<sup>1</sup>, D. Zaffalon<sup>8</sup>, C. Guarner<sup>9</sup>, M. Murzi<sup>9</sup>, R. Jover<sup>10</sup>, L. Medina Prado<sup>10</sup>, K. Aspuru Rubio<sup>11</sup>, B. García Zafra<sup>2</sup>, D. João Matias<sup>12</sup>, A. Cárdenas<sup>1</sup>, B. González<sup>1</sup>, O. Sendino<sup>1</sup>, H. Córdova<sup>1</sup>, A. Fernández-Simón<sup>1</sup>, I. Araujo<sup>1</sup>, À. Ginés<sup>1</sup>, J. Llach<sup>1</sup>, G. Fernández-Esparrach<sup>1</sup>, M. Pellisé<sup>1</sup> y F. Balaguer<sup>1</sup>

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