



# 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: 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 (%) -Por cribado endoscópico, n (%)	24 (92,3) 2 (7,7)
Gastrectomía n (%) -Parcial -Total	18 (69,2) 6 (33,3) 12 (66,6)
Mortalidad por CG, n (%)	8 (30,7)

TABLA 1B. CRIBADO GÁSTRICO: Endoscopia digestiva alta 60/90 (66,6%) individuos, 216 exploraciones	
Biopsias, n (%) -Protocolo Sídney -Protocolo Cambridge -Biopsia aislada para determinación de <i>H. pylori</i> No biopsias, n(%)	53 (88,3) 12 (20) 3 (5) 38 (63) 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 (%) (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 (%) -Estadio TNM I/II al diagnóstico, n (%)	2 (3,3) 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.