

¡Ojo con la dispepsia! Los menores de 55 años en peligro

Beware of dyspepsia! The under-55 year olds in danger

Sr. Director:

Se está extendiendo en la literatura, incluso en las más prestigiosas revistas, y en las guías de práctica clínica, la recomendación de restringir las gastroscopias en pacientes con dispepsia, sobre todo en los menores de 55 años, siempre que no presenten alguna de las señales de alarma, como la hemorragia digestiva, la obstrucción pilórica o el síndrome tóxico¹. Se defiende el tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones, con detección o no de *Helicobacter pylori* y su erradicación si procede. Estas recomendaciones se basan en criterios de tipo epidemiológico y económico más que clínico, y se argumenta que la posibilidad de encontrar una neoplasia gástrica antes de los 55 años es muy escasa².

No cabe duda de que ésta es una de las causas que hace que no hayamos avanzado lo más mínimo en el diagnóstico del cáncer gástrico en fases precoces en el mundo occidental; así se mantienen los malos resultados en cuanto a la supervivencia tras el tratamiento de este tipo de neoplasia³. En el otro extremo está la postura de los autores orientales, principalmente japoneses que, dado que la incidencia de la enfermedad es muy elevada en su medio, realizan gastroscopias con un criterio mucho más amplio, incluso dentro de los reconocimientos generales de empresa, con lo cual diagnostican un gran número de neoplasias gástricas en fases tempranas; éste es uno de los factores que hace que consigan cifras de supervivencia muy superiores a las nuestras⁴.

Este tema nos ha interesado desde hace más de 20 años y, a pesar de ello, no hemos conseguido mejorar, a lo largo de dos décadas, nuestras cifras de diagnóstico de cáncer gástrico precoz, ya que recibimos a los pacientes ya diagnosticados, en la mayoría de las ocasiones. Sin embargo, y este punto es motivo de una gran preocupación y que motiva esta carta, el número de pacientes menores de 55 años que diagnosticamos e intervenimos por cáncer gástrico es, en nuestra experiencia, muy elevado, y creemos que ello debe obligarnos a reflexionar⁵.

Del total de enfermos diagnosticados de cáncer gástrico en nuestro hospital, tanto operados como no operados, en los últimos 10 años, el 17,5% tenía menos de 55 años, y de los que hemos operado por cáncer gástrico precoz, un 23%. Es decir, casi uno de cada 4 pacientes intervenidos cuando la neoplasia estaba en un estadio más favorable de curación tenía menos de 55 años, y la mayoría de estos pacientes tenían dispepsia inespecífica de aparición reciente, de menos de 3 meses de evolución.

Todo ello nos lleva a plantear una llamada de alerta, e insistir en que el buen clínico, por encima de las guías de práctica clínica, es aquel que valora individualmente a cada paciente, tenga la edad que tenga, y que indica una

exploración mediante gastroscopia sin que por ello deba tener ningún remordimiento.

No negamos que el cáncer gástrico es cada vez menos frecuente en Occidente y que su incidencia sigue bajando. Por otra parte, la dispepsia es un motivo de consulta tan frecuente que si se indicara una gastroscopia a todos los paciente que la presentan, el coste económico y la carga asistencial que conllevaría serían, sin duda, injustificables. Es por ello que no queremos restarle valor ni utilidad a las guías de práctica clínica que, sin duda, son adecuadas en el abordaje integral del tratamiento de los problemas sanitarios, pero no lo son a escala individual.

Aparte de que hay otros argumentos que han motivado la aparición de algún artículo⁶ que cuestiona, dado su enorme coste, el uso indiscriminado de IBP, nosotros nunca hemos sido partidarios de tratar un síntoma sin saber exactamente por qué éste se produce, como defiende la guía específica de la dispepsia. Nosotros defendemos mantener ante todo paciente con dispepsia, sobre todo si es de breve aparición, un criterio de alerta, ya que la edad no será, en absoluto, un argumento en contra de que el enfermo pueda tener una neoplasia gástrica⁷.

Si queremos mejorar los resultados, en gran parte lo conseguiremos diagnosticando con mayor precocidad las enfermedades, en este caso el cáncer gástrico y, para ello, por encima de cualquier otro argumento, deberemos usar nuestro buen ojo clínico y el sentido común para hacer que los pacientes menores de 55 años no corran el peligro de que retrasemos su diagnóstico solamente por motivos económicos o cronológicos⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talley NJ, FACG, Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:2324-37.
2. Boldys H, Marek TA, Wanczura P. Even young patients with no alarm symptoms should undergo endoscopy for earlier diagnosis of gastric cancer. *Endoscopy.* 2003;35:61-7.
3. Everett SM, Axon ATR. Early gastric cancer in Europe. *Gut.* 1997;41:142-50.
4. Inoue M, Tsugane S. Epidemiology of gastric cancer in Japan. *Postgrad Med J.* 2005;81:419-24.
5. Bianchi A, Suñol J, Diloy R. Cáncer gástrico precoz. Evolución de su incidencia en un período de 16 años. *Cir Esp.* 1998;64:110-2.
6. Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors is expensive and not evidence based. *BMJ.* 2008;336:2-3.
7. Suzuki H, Gotota T, Sasako M. Detection of early gastric cancer: misunderstanding the role of mass screening. *Gastric Cancer.* 2006;9:315-9.

8. Cardin F, Zorzi M, Terranova O. Implementation of a guideline versus use of individual prognostic factors to prioritize waiting lists for upper gastrointestinal endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007;19:527-8.

Alberto Bianchi, Laura Pulido*, Francisco Espin y Xavier Suñol

Unitat de Cirurgia General i Digestiva, Hospital de Mataró, Barcelona, España

**Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: arualpm@yahoo.es (L. Pulido).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.019