



# 1<sup>er</sup> Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Organiza:



**FEAD**  
FUNDACIÓN ESPAÑOLA  
DEL APARATO DIGESTIVO

Con el aval científico:



**SEPD**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

# Panendoscopia oral

Laguna de conocimiento: ¿Cribado poblacional de neoplasias del TGI superior en Occidente?

Autores:

Dra. Leticia Mongil Poce y Dra. Isabel Pinazo Martínez  
Hospital Regional Universitario de Málaga



# Programa

## - Clases magistrales

- Anatomía normal gástrica, descripción del procedimiento, indicaciones y criterios de calidad de la gastroscopia.

Dr. Juan Martín

- Patología péptica y asociada (diagnóstico endoscópico)

Dr. Francisco García

- Esofagitis péptica, hernia hiatal y estenosis
- Úlcera gastroduodenal y helicobacter pylori
- Estómago post-quirúrgico

- Patología asociada a hipertensión portal y vascular, infecciosa, y miscelánea (diagnóstico endoscópico)

Dra. María Muñoz

- Esófago (Varices esofágicas y gástricas, Esofagitis infecciosas)
- Estómago (Gastropatía HTP, GAVE, Dieulafoy, Pólipos gástricos)

- Patología neoplásica: (diagnóstico endoscópico)

Dr. Fco. Manuel Fernández  
Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Romero

- Esófago (Carcinoma epidermoide, Esófago de Barrett y AdenoCarcinoma, Otras lesiones)
- Estómago (Adenoma, Adenocarcinoma, Linfoma MALT, Otras lesiones)
- Duodeno (Adenoma, Adenocarcinoma)

## - Seminario

- Endoscopia alta en urgencias: indicaciones y manejo

Dra. Carmen Molina  
Dr. Juan A. Vázquez

- HDA

- Cáusticos

- Cuerpos extraños

## - Casos clínicos

- Caso clínico 1
- Caso clínico 2

Dr. Francisco Gallego  
Dr. Alberto Marqués

## - Píldora

- Esofagitis eosinofílica: aproximación diagnóstica y terapéutica

Dr. Fco. Manuel Fernández  
Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Romero

## - Algoritmo diagnóstico

- Manejo de la hemorragia digestiva alta varicosa y no varicosa

Dr. Alejandro Viejo  
Dr. Claudio Rodríguez

## - Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior

- ¿Cribado poblacional de neoplasias del TGI superior en Occidente?

Dra. Leticia Mongil  
Dra. Isabel Pinazo

## - Test de autoevaluación



# Conflicto de interés

- Los autores no tienen conflicto de intereses

# Índice

- Situación actual
- Generalidades
- Papel del cribado poblacional
- Cribado tras detección de lesiones potencialmente malignas
- Cribado según antecedentes familiares
- Conclusiones
- Bibliografía

# Situación actual de Cáncer gástrico (CG)

- 2ª neoplasia gastrointestinal más frecuente
- En España, al igual que en Europa, la incidencia es baja (<10/100.000 hab)
- CG neoplasia con mal pronóstico y con elevada mortalidad
- Diagnóstico en estadios avanzados
- Limitación con respecto a la quimioterapia

# Generalidades sobre cribado de CG

- Los programas de cribado tienen como objetivo reducir el impacto del CG
- Las principales estrategias de cribado y tratamiento se basan en:
  - La detección causas potenciales de CG—> Helicobacter pylori (HP)
  - Programas de detección precoz de CG en poblaciones de alta prevalencia
  - Programas de vigilancia en pacientes con lesiones preneoplásicas o asociadas a un incremento del desarrollo de CG

# Generalidades sobre CG

- Se sugiere no iniciar el cribado o suspender, en pacientes >75 años o que su esperanza de vida asociada a las comorbilidades sea inferior a 10 años
- Se recomienda utilizar la clasificación OLGIM (Operative Link on Gastric Assessment based on Intestinal Metaplasia) y determinar el subtipo de Metaplasia Intestina (MI) en los informes anatomopatológicos en las Lesiones Precursoras de CG (LPCG)



# Generalidades sobre CG OLGIM

Tabla 2 Clasificación Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia assessment (OLGIM)

	Cuerpo gástrico				
	No MI (score 0)	MI leve (score 1)	MI moderada (score 2)	MI grave (score 3)	
Antro (incluyendo incisura angularis)	No MI (score 0)	Estadio 0	Estadio I	Estadio II	Estadio III
	MI leve (score 1)	Estadio I	Estadio I	Estadio II	Estadio III
	MI moderada (score 2)	Estadio II	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
	MI grave (score 3)	Estadio III	Estadio III	Estadio IV	Estadio IV

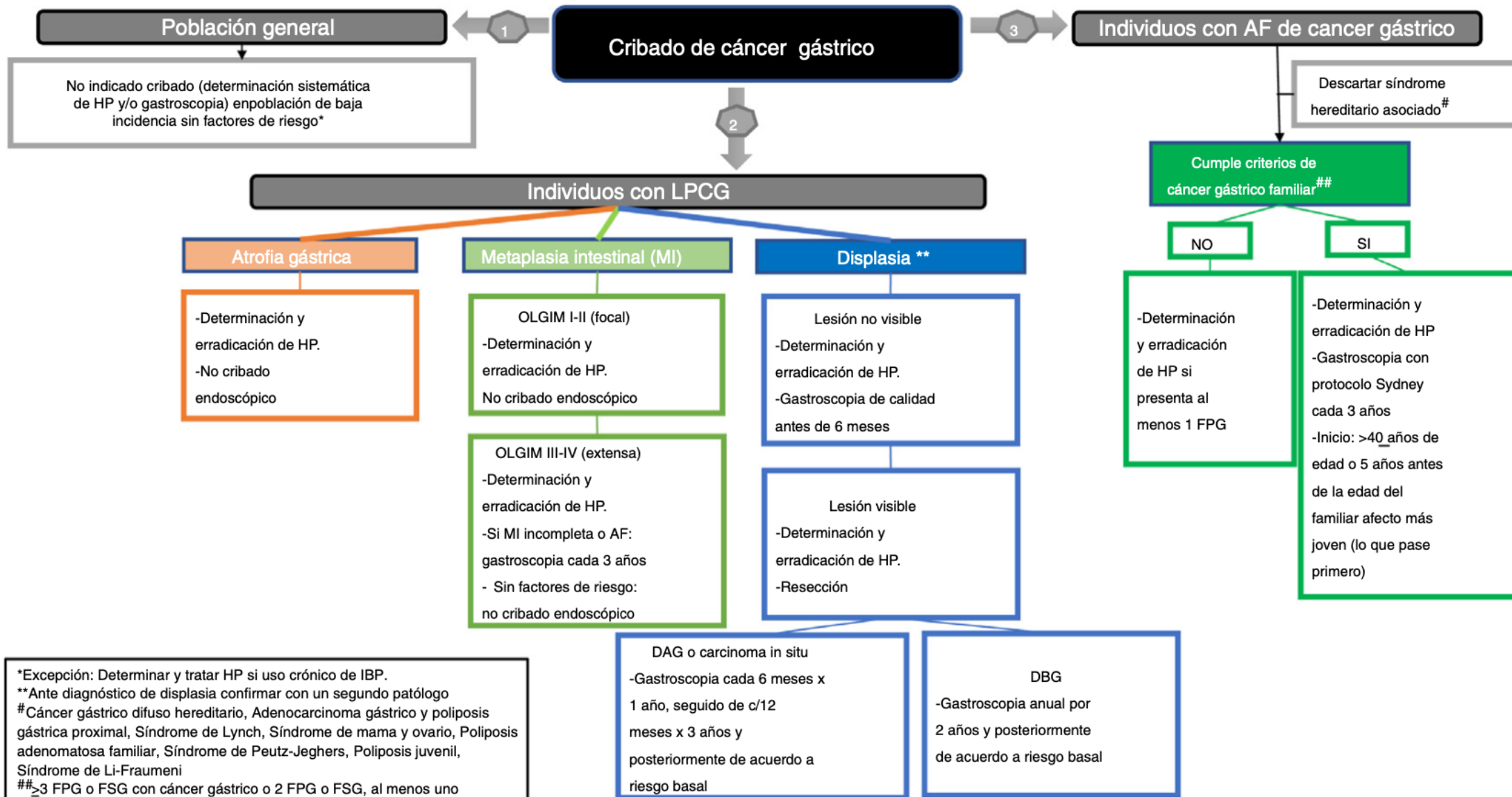
MI: metaplasia intestinal.  
Adaptado de Capelle et al.<sup>30</sup>.

- La extensión de la MI y el tipo (incompleta) son parámetros para predecir la progresión a CG
- El riesgo de neoplasia se concentra en estadios avanzados (OLGIM III/IV)

# Generalidades sobre CG

## NOTAS

- Se recomienda confirmar siempre la displasia por un 2º patólogo
- No es necesario suspender previamente los IBP para realizar una estadificación adecuada de las LPCG, aunque se recomienda suspenderlos para detectar la infección HP



\*Excepción: Determinar y tratar HP si uso crónico de IBP.  
 \*\*Ante diagnóstico de displasia confirmar con un segundo patólogo  
 #Cáncer gástrico difuso hereditario, Adenocarcinoma gástrico y poliposis gástrica proximal, Síndrome de Lynch, Síndrome de mama y ovario, Poliposis adenomatosa familiar, Síndrome de Peutz-Jeghers, Poliposis juvenil, Síndrome de Li-Fraumeni  
 ## ≥3 FPG o FSG con cáncer gástrico o 2 FPG o FSG, al menos uno afecto antes de los 50 años de edad.



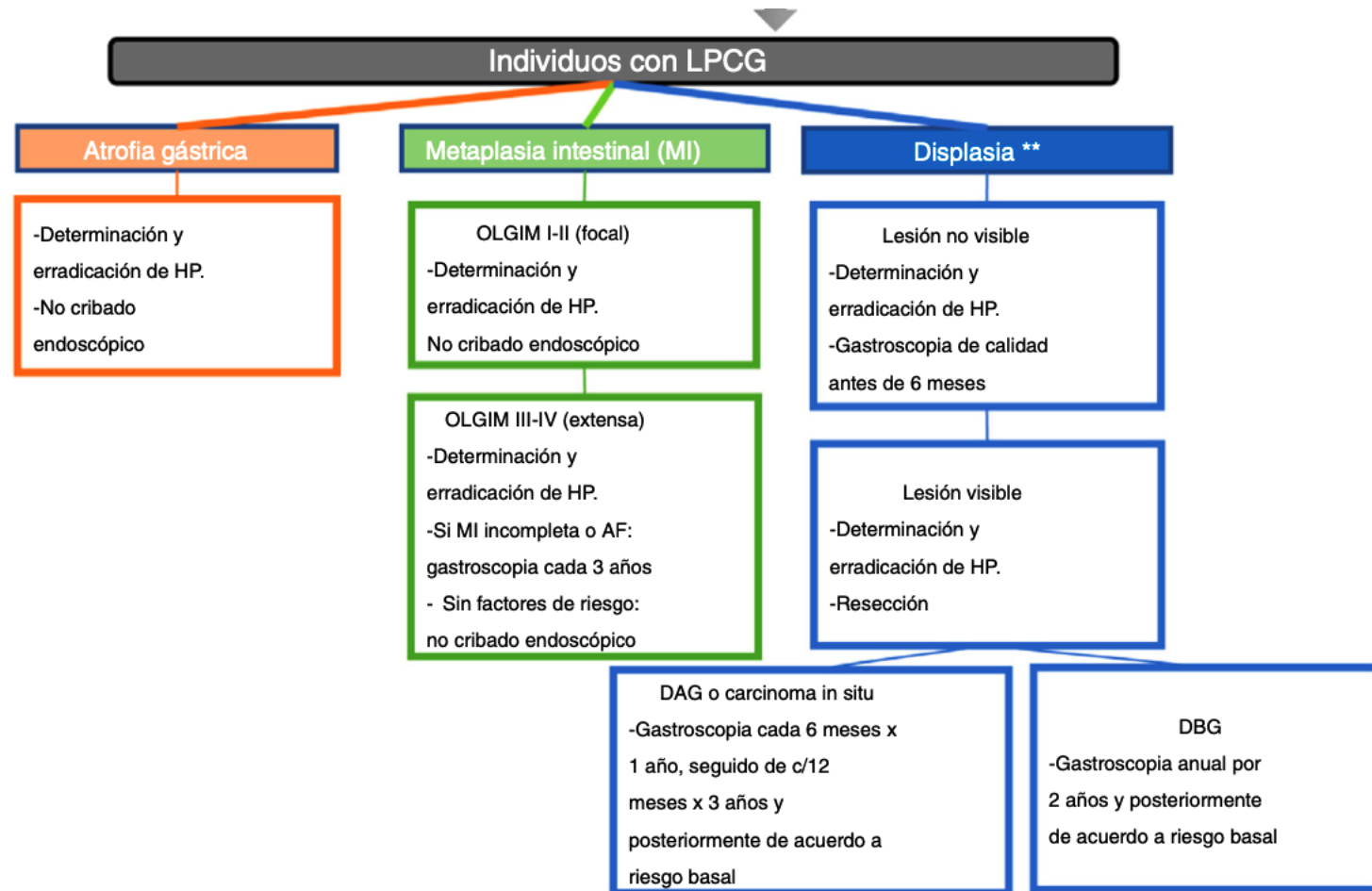
# Cribado CG en población general

- **No se recomienda el cribado** (determinación sistemática de HP y/o EDA) en **población general de baja incidencia sin factores de riesgo** para reducir la mortalidad por CG
- Sin embargo, se recomienda determinar y tratar HP en pacientes jóvenes con uso crónico de IBP
- En caso de detección de **infección por HP se recomienda el tratamiento** independientemente del motivo del diagnóstico

# Cribado en LPCG

- La carcinogénesis gástrica se asocia a la infección por HP y se produce a través de lesiones histológicas precursoras de CG (LPCG):
  - atrofia gástrica → metaplasia intestinal → displasia
- Los pacientes con LPCG son candidatos a medidas para reducir el riesgo de CG, como la erradicación del H pylori, la vigilancia mediante endoscopia digestiva alta (EDA) y la resección de lesiones de alto riesgo de malignización
- **OBJETIVO** → reducir la mortalidad por CG en este grupo de alta incidencia, a través de la detección precoz y tratamiento dirigido





# Cribado en LPCG: ATROFIA GÁSTRICA

- Se recomienda la investigación y el tratamiento de la infección por HP
- No se recomienda vigilancia endoscópica, independientemente del grado de extensión

# Cribado en LPCG: METAPLASIA INTESTINAL

## • OLGIM I-II (focal):

- Determinación y erradicación de HP
- No se recomienda el cribado endoscópico

## • OLGIM III-IV (extensa):

- Determinación y erradicación de HP
- No se recomienda el cribado endoscópico
- Si presenta MI incompleta y/o antecedentes familiares, EDA cada 3 años

Tabla 2 Clasificación Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia assessment (OLGIM)

		Cuerpo gástrico			
		No MI (score 0)	MI leve (score 1)	MI moderada (score 2)	MI grave (score 3)
Antro (incluyendo incisura angularis)	No MI (score 0)	Estadio 0	Estadio I	Estadio II	Estadio III
	MI leve (score 1)	Estadio I	Estadio I	Estadio II	Estadio III
	MI moderada (score 2)	Estadio II	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
	MI grave (score 3)	Estadio III	Estadio III	Estadio IV	Estadio IV

MI: metaplasia intestinal.  
Adaptado de Capelle et al.<sup>30</sup>.



# Cribado de LPCG: DISPLASIA

- **DISPLASIA SIN LESIÓN VISIBLE:**

- Determinación y erradicación HP
- EDA de calidad con cromoendoscopia antes de los 6 meses

- **Tras realizar EDA de calidad revisiones según lesiones:**

- Displasia Alto Grado (DAG) se realizará EDA en 6 meses
- Displasia Bajo Grado (DBG) se realizará EDA en 12 meses

## EDA de Calidad:

- Mínimo 7 minutos de revisión
- Buena distensión de pliegues
- Correcta preparación
- Visualización de la papila
- Biopsias (al menos 2 de antro, 1 de incisura y 2 de cuerpo -c. mayor y menor-)
- Correcta descripción

# Cribado de LPCG: DISPLASIA

- **DISPLASIA CON LESIÓN VISIBLE:**

- Determinación y erradicación de HP
- Resección de la lesión:

←

**DAG o Ca in situ:**

- EDA en 6 meses durante 1 año, seguido EDA anual durante 3 años y posteriormente según riesgo basal

→

**DBG:**

- EDA anual durante 2 años y después según riesgo basal

# Antecedentes familiares de CG

- Investigar y tratar HP pacientes con 1 familiar de primer grado (FPG) con CG



# Antecedentes familiares de CG

- Investigar y tratar HP pacientes con 1 familiar de primer grado (FPG) con CG
- Número de familiares afectados:
  - Cáncer Gástrico Familiar (CGF):
    - a) > 3 FPG o de segundo grado (FSG) con CG, con independencia de la edad
    - b) > 2 FPG o FSG con CG, al menos uno de afecto antes de los 50 años

Revisión con EDA con protocolo Sydney cada 3 años iniciándola a partir de los 40 años o 5 años antes del familiar afecto más joven (lo que pase primero)



# Antecedentes familiares de CG

- Investigar y tratar HP pacientes con 1 familiar de primer grado (FPG) con CG
- Número de familiares afectados:
  - Cáncer Gástrico Familiar (CGF):
    - a) > 3 FPG o de segundo grado (FSG) con CG, con independencia de la edad
    - b) > 2 FPG o FSG con CG, al menos uno de afecto antes de los 50 años

Revisión con EDA con protocolo Sydney cada 3 años iniciándola a partir de los 40 años o 5 años antes del familiar afecto más joven (lo que pase primero)

- Descartar síndromes hereditarios asociados
  - CG difuso hereditario, Adenocarcinoma gástrico y poliposis gástrica proximal, Sd. Lynch, Sd de mama y ovario, Poliposis adenomatosa familiar, Sd. Peutz Jeghers, Poliposis juvenil, Sd. de Li-Fraumeni



# Conclusiones

1. No se recomienda el cribado en población general de baja incidencia sin factores de riesgo. Como es el caso de nuestro medio.
2. Plantear siempre tratamiento de HP si se detecta positivo.
3. En caso de requerir EDA, debe ser de buena calidad.
4. Atrofia Gástrica no se requiere seguimiento
5. Metaplasia Intestinal (MI):
  - OLGIM III-IV (extensa) → Revisión en 3 años solo si antecedentes familiares o MI incompleta



# Conclusiones

## 6. Displasia Gastrica (DG):

- Lesión visible → Resección → Revisión según Anatomía Patológica (AP)
  - DAG o Ca. in situs → Cada 6 meses durante el 1º año y luego anual hasta 3 años
  - DBG → Anual durante 2 años
- Lesión no visible:
  - Repetir EDA con cromoendoscopia en 6 meses
    - Si Displasia Alto Grado → Continuar con seguimiento cada 6 meses
    - Si Displasia Bajo Grado → Seguimiento cada 12 meses

# Conclusiones

## 6. Displasia Gastrica (DG):

- Lesión visible → Resección → Revisión según Anatomía Patológica (AP)
  - DAG o Ca. in situs → Cada 6 meses durante el 1º año y luego anual hasta 3 años
  - DBG → Anual durante 2 años
- Lesión no visible:
  - Repetir EDA con cromoendoscopia en 6 meses
    - Si Displasia Alto Grado → Continuar con seguimiento cada 6 meses
    - Si Displasia Bajo Grado → Seguimiento cada 12 meses





# Conclusiones

## 6. Displasia Gastrica (DG):

- Lesión visible → Resección → Revisión según Anatomía Patológica (AP)
  - DAG o Ca. in situs → Cada 6 meses durante el 1º año y luego anual hasta 3 años
  - DBG → Anual durante 2 años
- Lesión no visible:
  - Repetir EDA con cromoendoscopia en 6 meses
    - Si Displasia Alto Grado → Continuar con seguimiento cada 6 meses
    - Si Displasia Bajo Grado → Seguimiento cada 12 meses

## 7. Antecedentes Familiares:

- Cáncer Gástrico Familiar (CGF) → cada 3 años desde los 40 años o 5 años antes de la edad del caso más joven detectado.
- Descartar síndromes hereditarios asociados (ajustaremos las revisiones a las indicaciones de cada síndrome)



# Bibliografía

- Documento de posicionamiento de la AEG, la SEED y la SEAP sobre cribado de cáncer gástrico en poblaciones con baja incidencia. DOI: [10.1016/j.gastrohep.2020.08.004](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.08.004)
- Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. DOI: [10.1055/a-0859-1883](https://doi.org/10.1055/a-0859-1883)
- Indicadores de calidad en gastroscopia. Procedimiento de la gastroscopia (REED Año 2019 / Volumen 111 / Número 9) DOI: [10.17235/reed.2017.5035/2017](https://doi.org/10.17235/reed.2017.5035/2017)

