

Seguimiento endoscópico de la úlcera gástrica en una población de riesgo intermedio de cáncer gástrico.

María Dolores Mañas.

Servicio de Medicina Interna.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.
C/Obispo Rafael Torija s/n.
CP. 13005 Ciudad Real. España
e-mail: mmanas@sescam.jccm.es

Directores de tesis:

Dr. Francisco Domper.

Unidad de Aparato Digestivo. HGU CR.

Dr. Agustín Albillos.

Catedrático de Medicina de la Universidad de Alcalá.

Dr. Eduardo Collantes.

Profesor titular del Departamento de Medicina de la Universidad de Córdoba.

PALABRAS CLAVE:

Úlcera gástrica, neoplasia gástrica, gastroscopia, seguimiento.

RESUMEN :

La úlcera gástrica sigue provocando una gran morbilidad. Esto genera un elevado gasto sanitario tanto para tratar sus síntomas como las complicaciones derivadas. Además, hasta un 5% de las lesiones ulcerosas malignas pueden aparentar benignidad macroscópica^{1,2}. Por este motivo, en la práctica clínica habitual se realiza una endoscopia de control para confirmar la cicatrización del nicho y descartar la presencia de neoplasia subyacente.

Por otra parte la prevalencia e incidencia del adenocarcinoma gástrico han descendido en nuestro país. Existen importantes variaciones según la región, las mayores tasas corresponden a Castilla-León y las menores a Cataluña, Aragón, Andalucía y Murcia. Castilla la Mancha presentó una tasa intermedia de mortalidad en los años 1996-2000³.

En este trabajo, nos planteamos como objetivo primario valorar la necesidad de realizar una segunda endoscopia con estudio anatomopatológico de todas las úlceras gástricas diagnosticadas mediante endoscopia para confirmar su curación y descartar el origen neoplásico del nicho en una población de riesgo intermedio de cáncer gástrico.

Como objetivo secundario se correlacionó el juicio diagnóstico del endoscopista y el diagnóstico anatomopatológico.

Se analizaron de forma prospectiva todos los pacientes a los que se les realizó una gastroscopia en la Unidad de Endoscopias del Hospital General de Ciudad Real durante los años 2004, 2005 y 2006. Se incluyeron aquellos diagnosticados mediante endoscopia de úlcera gástrica.

Se recogieron los datos aportados por la primera y la segunda exploración endoscópica. En la primera, el endoscopista valoró el aspecto del nicho (tamaño, fondo, bordes y morfología de pliegues gástricos adyacentes a éste), su localización, número de úlceras y otras lesiones concomitantes. De todas ellas se tomaron un mínimo de seis muestras de biopsia, y se analizó la presencia de *Helicobacter pylori* (Hp). Según el aspecto macroscópico se dividieron en benignas, indeterminadas y malignas. En la segunda endoscopia se valoró la persistencia del nicho ulceroso tras 8-12 semanas de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y la erradicación de Hp.

Se incluyeron 302 pacientes durante los tres años de seguimiento. La opinión endoscópica sobre la úlcera gástrica, el resultado anatomopatológico y la relación entre ambas se recoge en la Tabla 1.

El valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la opinión del endoscopista (benigno vs indeterminado-maligno) en relación al diagnóstico final anatomopatológico de malignidad, fue de 34% y 97% respectivamente.

Tras la realización de la segunda endoscopia, sólo un paciente se diagnosticó de neoplasia. Hubo un segundo paciente que fue diagnosticado de adenocarcinoma (T3N0M0) tras dos años de seguimiento y la realización de cinco endoscopias.

Por tanto, la etiología del nicho fue péptica en 276 casos, enfermedad de Crohn en 1 y neoplásica en 25 (21 adenocarcinomas, 4 linfomas).

Opinión endoscópica	Anatomía patológica
Benigna..... 261 pacientes	- Benigna..... 252 (96,6%) - Maligna..... 9 (3,4%)
Indeterminada.....20 pacientes	- Benigna..... 16 (80%) - Maligna..... 4 (20%)
Maligna..... 21 pacientes	- Benigna..... 11 (52,4%) - Maligna..... 10 (47,6%)

Tabla 1. Relación entre la opinión endoscópica y el resultado anatomopatológico

La cuestión de si se debe o no realizar gastroscopia de control a todos los pacientes diagnosticados de úlcera gástrica es un tema controvertido⁴⁻⁷. Por este motivo, nos planteamos si en nuestro medio con una población de riesgo intermedio para cáncer gástrico está indicada realizar la segunda exploración endoscópica de forma rutinaria.

En nuestro caso, la opinión del endoscopista para el diagnóstico de malignidad tiene un elevado VPN (97%) pero un bajo VPP (34%) por lo que no debe de considerarse de forma aislada. La toma de al menos seis muestras de biopsia de los bordes de la úlcera gástrica tiene una sensibilidad muy alta para descartar malignidad independientemente de cualquier otro parámetro. Con una adecuada toma de biopsias el índice de detección es del 98-99,8%^{2,8,9}.

En los antecedentes del segundo paciente se recogía el fallecimiento de un familiar de primer grado por cáncer gástrico. Se ha descrito una predisposición familiar a este tumor, por lo que en este caso se podría justificar la realización de un seguimiento de control¹⁰.

Por tanto y teniendo en cuenta estos datos, consideramos que la realización de la segunda endoscopia de control no estaría justificada de forma rutinaria en todos los pacientes. Se podría valorar en aquellos cuyas úlceras no tengan aspecto benigno o existan otros factores de riesgo para neoplasia gástrica. La anatomía patológica, con la toma de al menos seis biopsias de los bordes del nicho, es fundamental en el diagnóstico correcto de los pacientes con úlcera gástrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cecilio Irazola A, Cabrerizo García JL, Lanás Arbeloa A. Complicaciones de la úlcera péptica. *Medicine* 2008;10:141-147.
2. Graham DY, Schwartz JT, Cain GD, Gyorkey F. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. *Gastroenterology* 1982;82:228-231.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España. MSC, 2005 (consultado 07/03/07). Disponible en: <http://www.isciii.es/hdocs/pdf/cancer-msc.pdf>.
4. Mansfield PF. Clinical features and diagnostics of gastric cancer. In *UpToDate* 15.3, Rose BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2007.
5. Sáinz Samitier R, Cabrerizo García JL, Cecilio Irazola A, Esteban O. Úlcera péptica: manejo general y extrahospitalario. *Medicine* 2008;10:133-140.
6. Pruitt RE, Truss CD. Endoscopy, gastric ulcer, and gastric cancer. Follow-up endoscopy for all gastric ulcers?. *Dig Dis Sci* 1993;38:284-288.
7. Bytzer P. Endoscopic follow-up study of gastric ulcer to detect malignancy: is it worthwhile?. *Scand J Gastroenterol* 1991;26:1193-1199.
8. Dover F, Ipek S. Malignancy risk of gastric ulcers: could it be higher than the expected values?. *Hepatogastroenterology* 2003;50(Suppl 2):cccxi-cccxiv.
9. Hosokawa O, Kizaki Y, Nakaya T, Hinoshita T, Watanabe K, Douden K, et al. Retrospective study of endoscopic findings: 250 cases of gastric cancer. *Dig Endosc* 2000;12:136-140.
10. El-Omar EM, Oien K, Murray LS, El-Nujumi A, Wirz A, Gillen D, et al. Increased prevalence of precancerous changes in relatives of gastric cancer patients: critical role of *H. pylori*. *Gastroenterology* 2000;118:22-30.