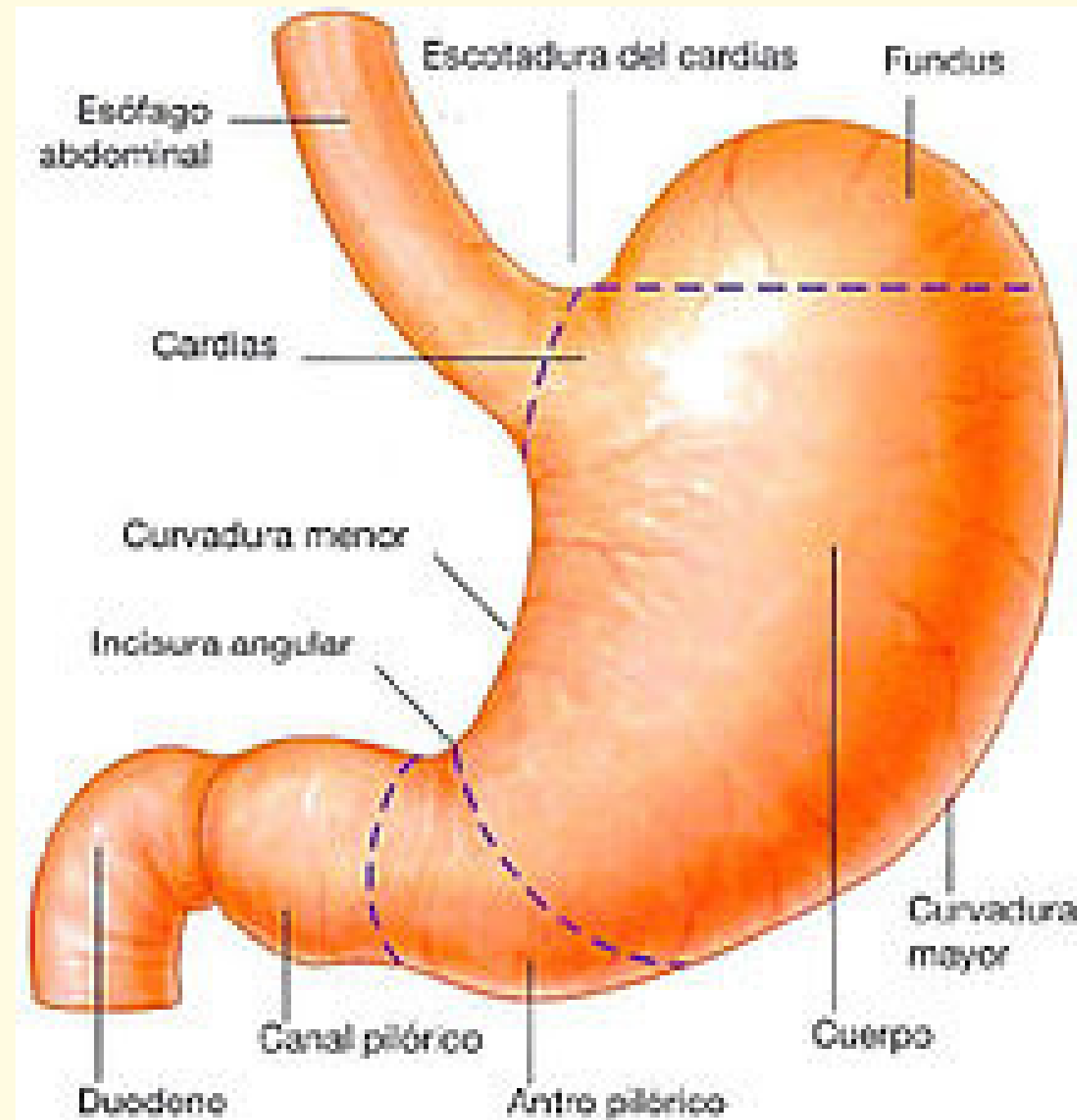




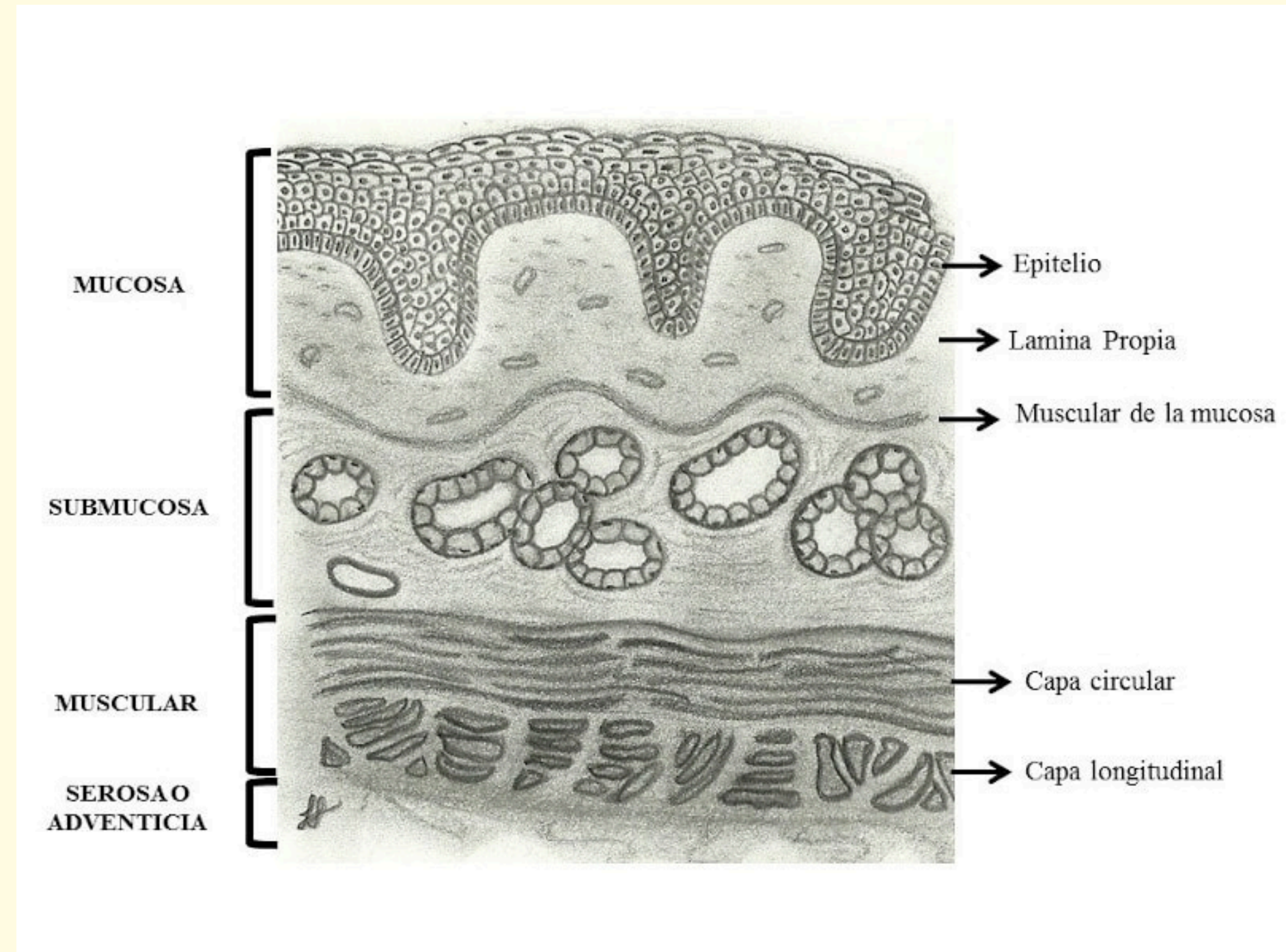
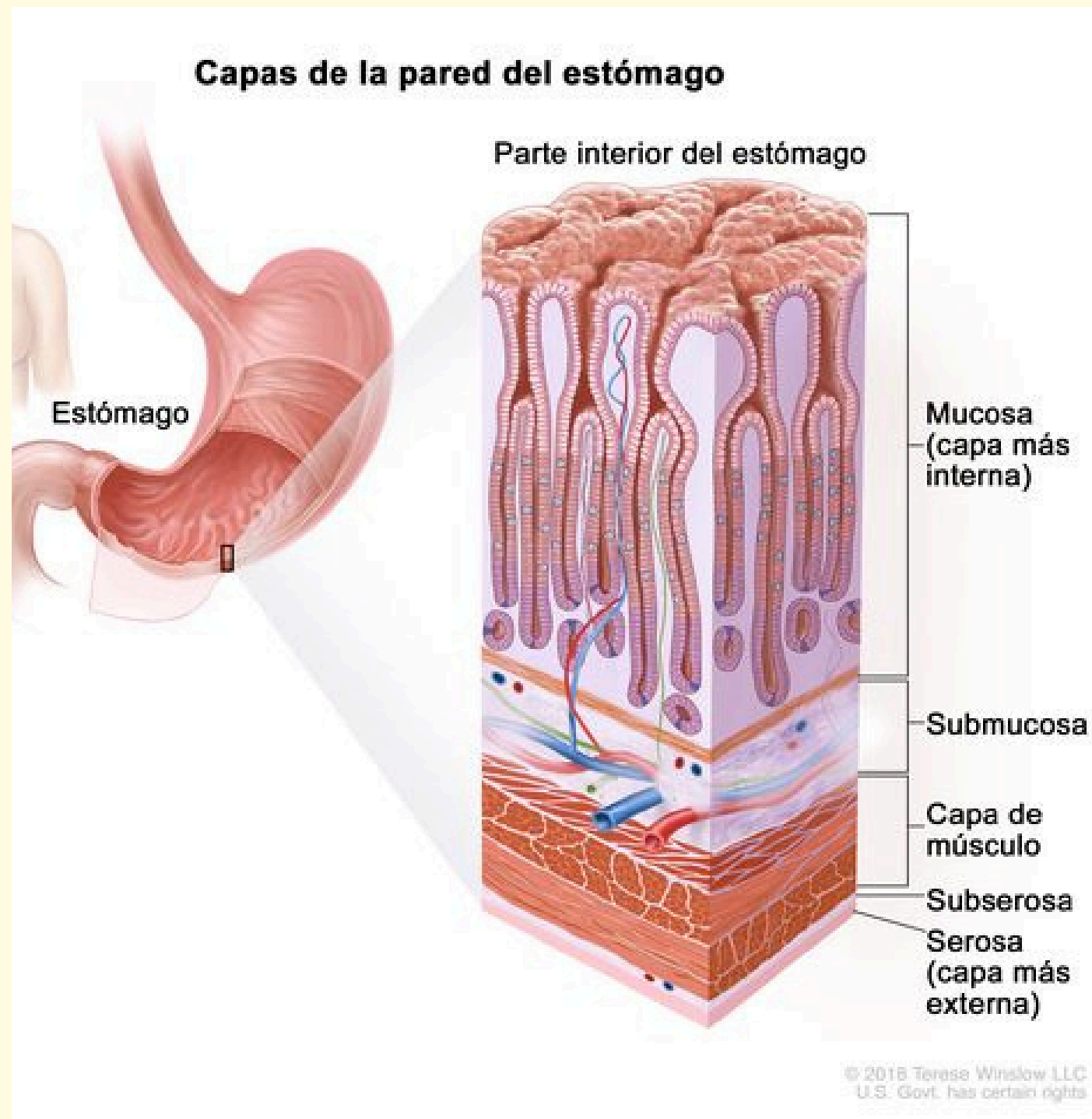
CRIBADO DE CÁNCER GÁSTRICO EN POBLACIONES CON BAJA INCIDENCIA

Lara Piedrabuena Represas
Centro de Saúde de Sárdoma
Abril 2024

ESTÓMAGO

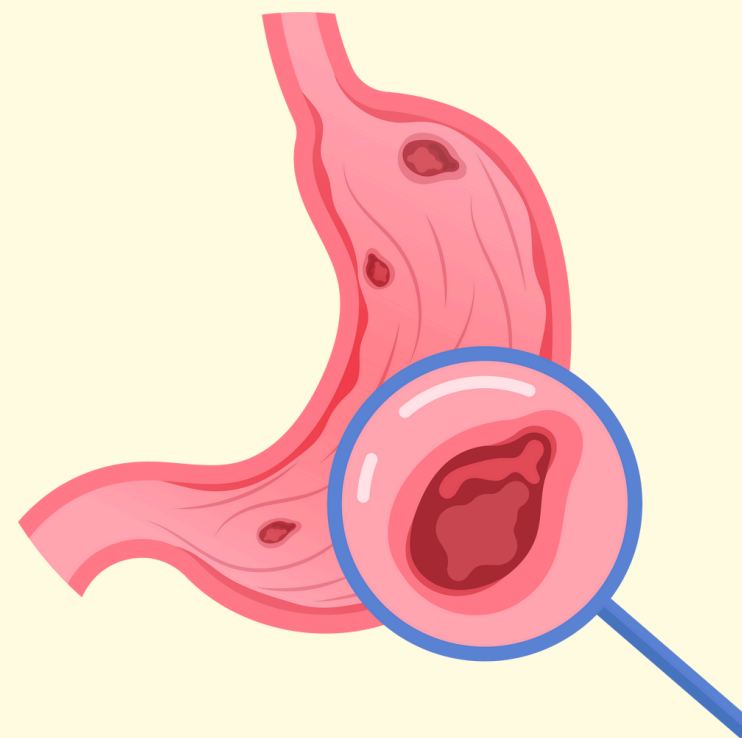


ESTÓMAGO



CÁNCER GÁSTRICO (CG)

- 2ª neoplasia gastrointestinal más frecuente
- Incidencia baja. Varones 9/100.000, mujeres 4/100.000
- Mortalidad alta. Varones 6/100.000, mujeres 3/100.000
=> Factores: diagnóstico tardío y limitada respuesta a quimioterapia
- Carcinogénesis gástrica se asocia a infección por H. Pylori
- Lesiones precursoras (LPCG): gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia
- Medidas para reducir riesgo CG: erradicación H. Pylori, vigilancia por EDA, resección lesiones de alto grado



Definiciones

Población de riesgo para CG: portadores LPCG o presencia de CG familiar

- Atrofia gástrica
- Metaplasia intestinal
- Displasia
- “Indefinido para displasia o neoplasia”
- CG familiar



Definiciones

Población de riesgo para CG: portadores LPCG o presencia de CG familiar

- **Atrofia gástrica:** pérdida de glándulas de la mucosa gástrica. 2 tipos:
 - * no metaplásica: glándulas habituales
 - * metaplásica: sustitución glándulas habituales por otro tipo -> intestinal y pseudopilórica en cuerpo o fundus
- Metaplasia intestinal
- Displasia
- “Indefinido para displasia o neoplasia”
- CG familiar



Definiciones

Población de riesgo para CG: portadores LPCG o presencia de CG familiar

- Atrofia gástrica
- **Metaplasia intestinal (MI):** sustitución epitelio gástrico por epitelio intestinal. 2 tipos (informe AP):
 - * completa: similar a intestino delgado
 - * incompleta: similar a colon

---> clasificación OLGIM (informe EDA): I-II MI focal, III-IV MI extensa

- Displasia
- “Indefinido para displasia o neoplasia”
- CG familiar



Definiciones

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.³⁰.

---> clasificación **OLGIM** (informe EDA):

I-II metaplasia intestinal FOCAL

III-IV metaplasia intestinal EXTENSA



Definiciones

Población de riesgo para CG: portadores LPCG o presencia de CG familiar

- Atrofia gástrica
- Metaplasia intestinal
- **Displasia:** proliferación epitelial con atipia citológica y arquitectural, sin infiltración. 2 tipos:
 - * de bajo grado
 - * de alto grado o carcinoma in situ
- “Indefinido para displasia o neoplasia”
- CG familiar



Definiciones

Población de riesgo para CG: portadores LPCG o presencia de CG familiar

- Atrofia gástrica
- Metaplasia intestinal
- Displasia
- **“Indefinido para displasia o neoplasia”**: si hay componente inflamatorio o artefactos que no permiten establecer diagnóstico de displasia. 1/4 lesiones resecaadas son neoplásicas
- CG familiar



Definiciones

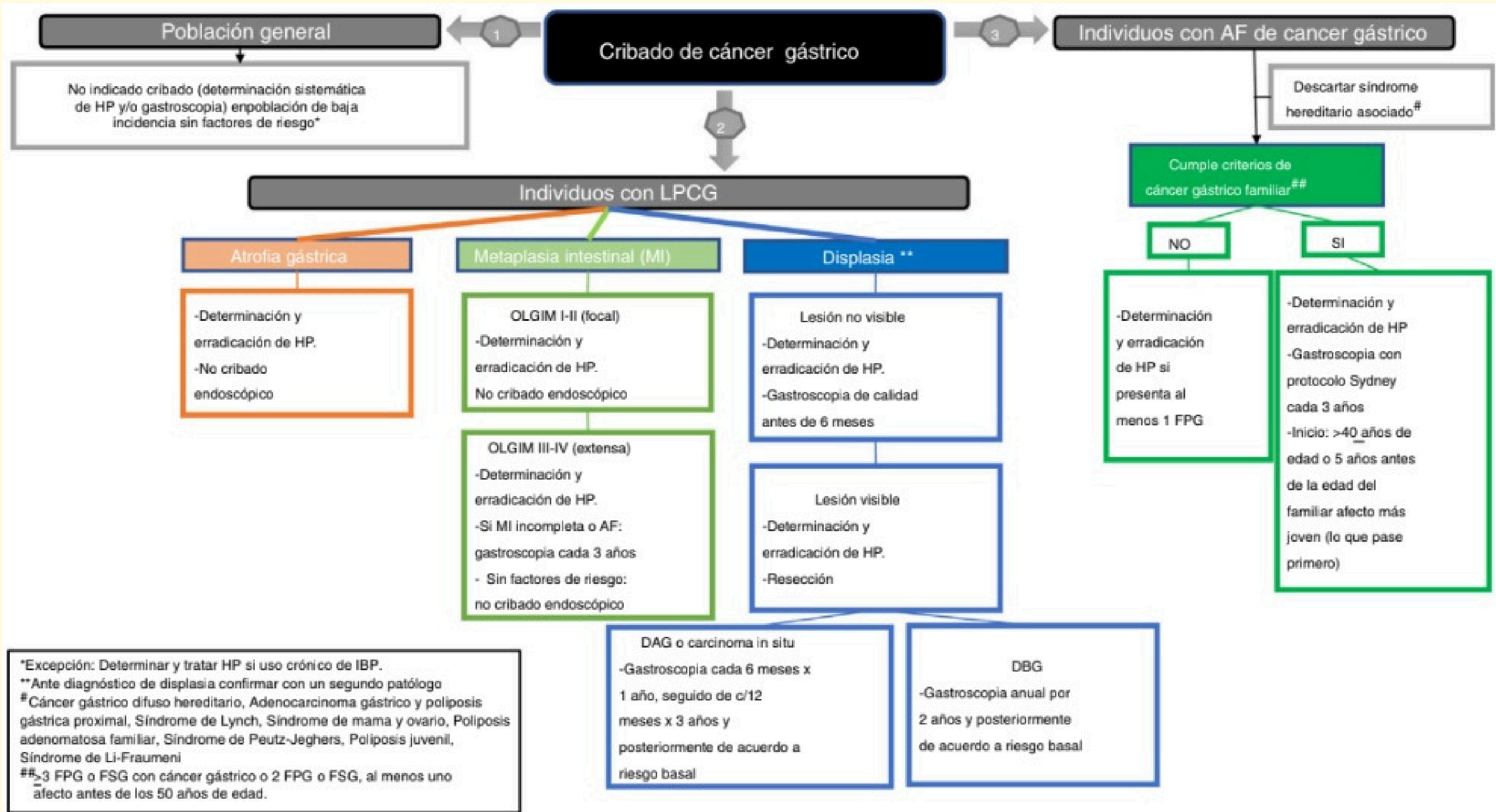
Población de riesgo para CG: portadores LPCG o presencia de CG familiar

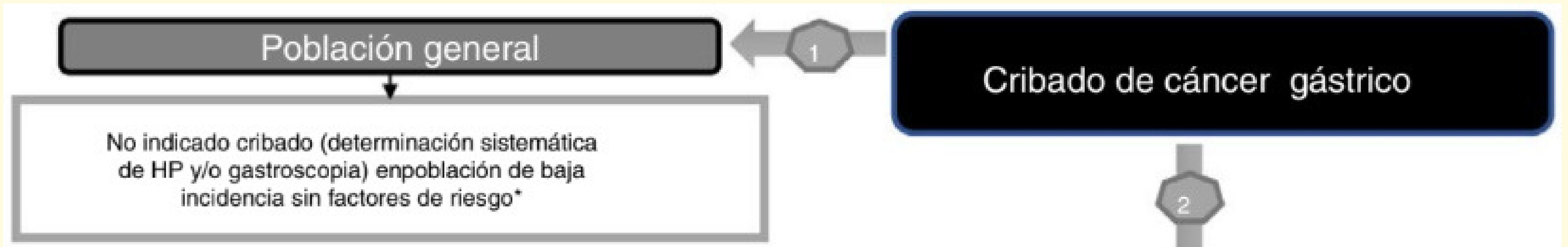
- Atrofia gástrica
- Metaplasia intestinal
- Displasia
- “Indefinido para displasia o neoplasia”
- **CG familiar:** agregación familiar de CG con histología intestinal sin causa genética conocida.

Criterios:

- a) ≥ 3 familiares 1º grado (FPG) o 2º grado (FSG) con CG (independientemente de edad)
- b) ≥ 2 FPG o FSG con CG, si al menos 1 < 50 años








*Excepción: Indicaciones investigar y tratar infección por H. pylori

Indicaciones investigar y tratar H.Pylori

- Dispepsia no investigada < 55 años sin datos de alarma («test and treat»)
 - Manejo diagnóstico y terapéutico de la dispepsia funcional
 - Uso prolongado de IBP en pacientes jóvenes
 - Úlcera péptica
 - Linfoma MALT gástrico de bajo grado
 - Resección de un cáncer gástrico
 - Anemia ferropénica de causa no aclarada
 - Púrpura trombocitopénica idiopática
 - Déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas
- 

Individuos con LPCG

=> ¿Es necesario suspender IBP para estadificación adecuada de LPCG?

Individuos con LPCG

=> ¿Es necesario suspender IBP para estadificación adecuada de LPCG? - No; sin embargo, se recomienda suspenderlos 2 semanas antes para detectar adecuadamente infección por H.Pylori (evitando así falsos negativos).

Individuos con LPCG

=> ¿Es necesario suspender IBP para estadificación adecuada de LPCG? - No; sin embargo, se recomienda suspenderlos 2 semanas antes para detectar adecuadamente infección por H.Pylori (evitando así falsos negativos).

=> ¿Es necesaria la erradicación previa de H.Pylori para una estadificación adecuada de las LPCG?

Individuos con LPCG

=> ¿Es necesario suspender IBP para estadificación adecuada de LPCG? - No; sin embargo, se recomienda suspenderlos 2 semanas antes para detectar adecuadamente infección por H.Pylori (evitando así falsos negativos).

=> ¿Es necesaria la erradicación previa de H.Pylori para una estadificación adecuada de las LPCG? - No.

Individuos con LPCG

=> ¿Es necesario suspender IBP para estadificación adecuada de LPCG? - No; sin embargo, se recomienda suspenderlos 2 semanas antes para detectar adecuadamente infección por H.Pylori (evitando así falsos negativos).

=> ¿Es necesaria la erradicación previa de H.Pylori para una estadificación adecuada de las LPCG? - No.

=> Cribado CG con gastroscopias de seguimiento, ¿a partir de qué edad se suspende o no se inicia?

Individuos con LPCG

=> ¿Es necesario suspender IBP para estadificación adecuada de LPCG? - No; sin embargo, se recomienda suspenderlos 2 semanas antes para detectar adecuadamente infección por H.Pylori (evitando así falsos negativos).

=> ¿Es necesaria la erradicación previa de H.Pylori para una estadificación adecuada de las LPCG? - No.

=> Cribado CG con gastroscopias de seguimiento, ¿a partir de qué edad se suspende o no se inicia? - En > 75 años.

Individuos con LPCG

Atrofia gástrica

- Determinación y erradicación de HP.
- No cribado endoscópico

Metaplasia intestinal (MI)

OLGIM I-II (focal)

- Determinación y erradicación de HP.
- No cribado endoscópico

OLGIM III-IV (extensa)

- Determinación y erradicación de HP.
- Si MI incompleta o AF:
gastroscopia cada 3 años
- Sin factores de riesgo:
no cribado endoscópico

Displasia **

Si atrofia gástrica o metaplasia intestinal: analítica para detectar déficit vitamina B12 y hierro.

Displasia **

Lesión no visible

- Determinación y erradicación de HP.
- Gastroscoopia de calidad antes de 6 meses

Lesión visible

- Determinación y erradicación de HP.
- Resección

Ante displasia sin lesión visible en 2ª EDA, seguimiento endoscópico:

* a los 6 meses en DAG

* a los 12 meses en DBG

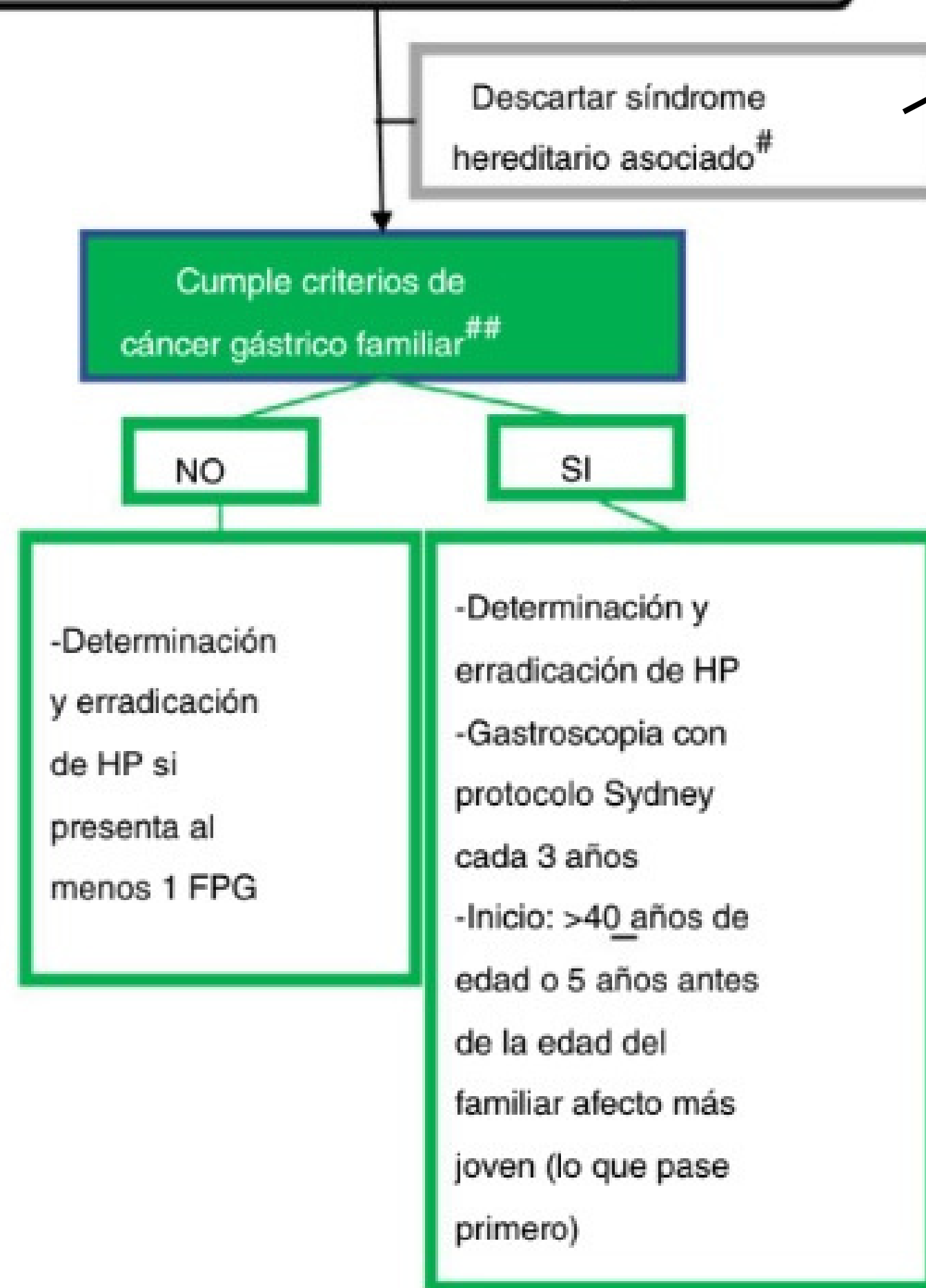
DAG o carcinoma in situ

- Gastroscoopia cada 6 meses x 1 año, seguido de c/12 meses x 3 años y posteriormente de acuerdo a riesgo basal

DBG

- Gastroscoopia anual por 2 años y posteriormente de acuerdo a riesgo basal

Individuos con AF de cancer gástrico



Síndromes hereditarios:

Cáncer gástrico difuso hereditario, Adenocarcinoma gástrico y poliposis gástrica proximal, Sdm de Lynch, Sdm de mama y ovario, Poliposis adenomatosa familiar, Sdm de Peutz-Jeghers, Poliposis juvenil, Sdm de Li-Fraumeni

AF de cáncer gástrico

Descartar síndrome hereditario asociado

¿Criterios de Ca Gástrico Familiar?

NO

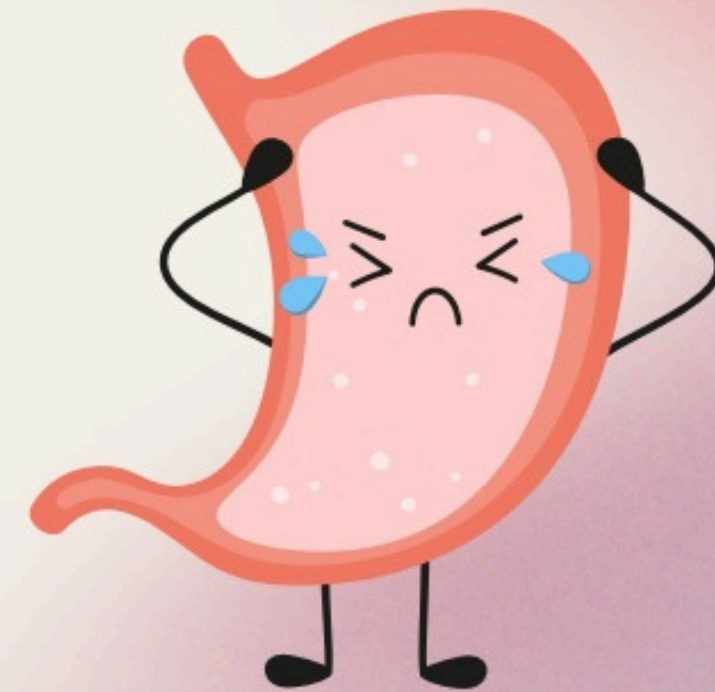
SÍ

H. Pylori

H. Pylori
Gastroscoopia

- ≥ 3 FPG o SG
- ≥ 2 FPG o SG, con al menos 1 < 50 años

Histología:
tipo intestinal



AF de cáncer gástrico

Descartar síndrome hereditario asociado

Histología:
tipo difuso

¿Criterios de Ca Gástrico Difuso Hereditario?

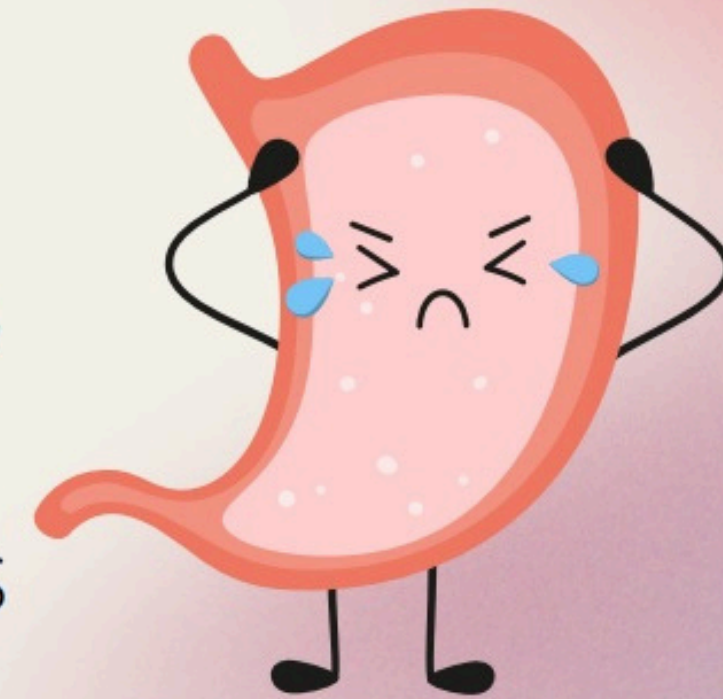
- ≥ 2 FPG o SG
- ≥ 1 FPG o SG con CGD y ≥ 1 con ca mama lobulillar (1 dx en < 50 años)

NO

SÍ

H. Pylori

H. Pylori, estudio genético, gastroscopia, gastrectomías profilácticas



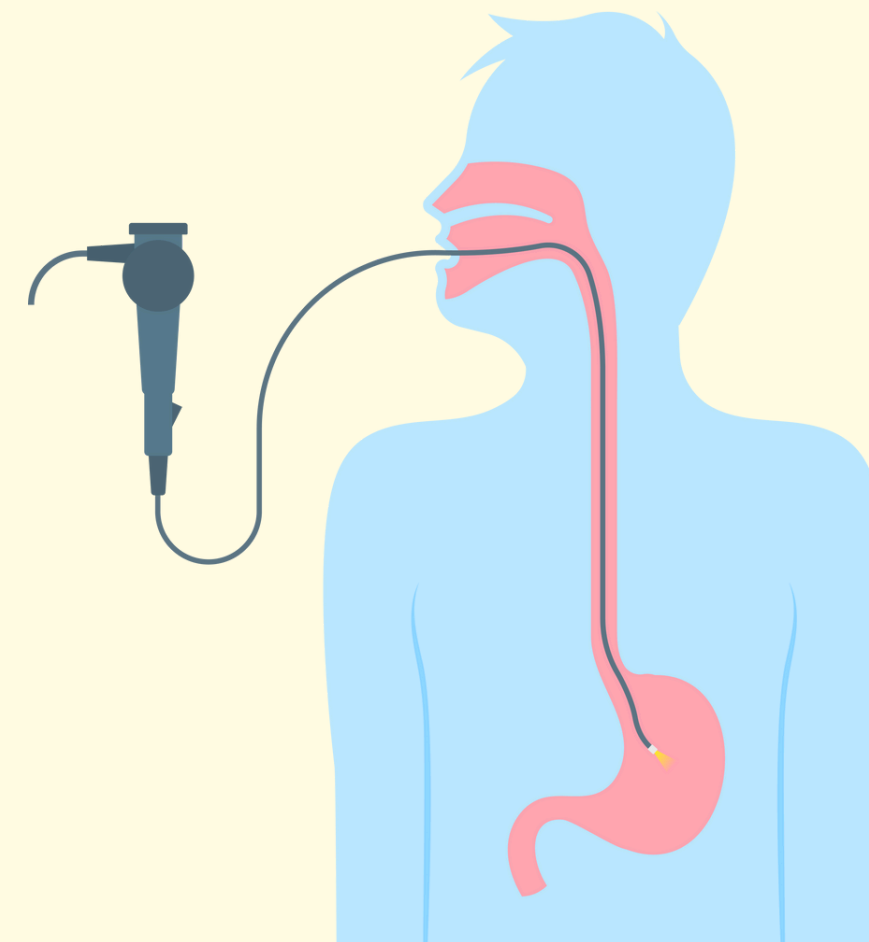
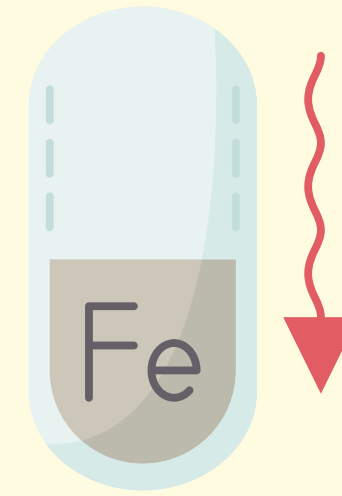
CASO CLÍNICO

Mujer 76 años.

Derivada a MI para estudio anemia ferropénica 2-3 años de evolución con SOH negativa.

Asintomática. HP neg (solicitado por AF CG).

MI: Fe iv y solicitan EDA.



GASTROSCOPIA:

Procedencia: Medicina Interna.

Indicación: anemia.

Premedicación: propofol 75 mg

Endoscopio: GIFH190

Complicaciones: no.

Exploración:

ESÓFAGO: Sin lesiones. UGE a 35 cm.

ESTÓMAGO: Mucosa de fundus y cuerpo de aspecto atrófico, con ausencia de pliegues y dudosas áreas de metaplasia. Antro de aspecto normal. Se toman biopsias de antro e incisura (F1) y de cuerpo y fundus (F2)

DUODENO: Mucosa de bulbo y segunda porción duodenal de aspecto normal.

Diagnóstico:

- Hallazgos sugestivos de gastritis crónica atrófica. Biopsias.

DIAGNÓSTICO

Biopsia gástrica: GASTRITIS AGUDA Y CRÓNICA ATRÓFICA.

-Presencia de cambios de aspecto regenerativo en probable relación con erosión en resolución.

DATOS CLÍNICOS

Gastroscoopia. Hallazgos sugestivos de gastritis crónica atrófica con dudosas áreas de metaplasia en fundus.

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

1. "Antro e incisura": Tres fragmentos de tejido, de coloración pardo clara, que miden entre 1 y 3 mm.
IT1B (Bl. 1).

2. "Cuerpo y fundus": Cuatro fragmentos de tejido, de coloración pardo clara, que miden entre 2 y 4 mm.
IT1B (Bl. 2).

/ap

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

TOPOGRAFÍA DE LAS BIOPSIAS (PROTOCOLO DE SIDNEY)

Mucosa de antro

Número de fragmentos: 3

Mucosa de cuerpo / fundus

Número de fragmentos: 4

GRADACIÓN DE LA GASTRITIS CRÓNICA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA)

1. Infección por microorganismos tipo Helicobacter pylori

Antro

Ausente

Cuerpo

Ausente

2. Actividad inflamatoria aguda (polimorfonucleares neutrófilos)

Antro

Moderada (30-60%)

Cuerpo

Leve (1-30%)

3. Actividad inflamatoria crónica (linfocitos, células plasmáticas)

Antro

Moderada (30-60%)

Cuerpo

Moderada (30-60%)

5. Metaplasia intestinal (atrofia metaplásica)

Antro

Leve (1-30%)

Cuerpo

Leve (1-30%)

6. Subtipo de metaplasia intestinal

Antro

Incompleta

Cuerpo

Incompleta

ESTADIFICACIÓN DE LA GASTRITIS / OLGIM (atrofia metaplásica)

Estadio I

DIAGNÓSTICO

Biopsia gástrica: GASTRITIS AGUDA Y CRÓNICA ATRÓFICA.

Definiciones

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.³⁰.

---> clasificación **OLGIM** (informe EDA):

I-II metaplasia intestinal FOCAL

III-IV metaplasia intestinal EXTENSA



Recuerdo definiciones y caso clinico

Población de riesgo para CG: portadores LPCG o presencia de CG familiar

- **Atrofia gástrica:** pérdida de glándulas de la mucosa gástrica. 2 tipos:
 - * no metaplásica
 - * metaplásica

- **Metaplasia intestinal (MI):** sustitución epitelio gástrico por epitelio intestinal.
 - 2 tipos (informe AP):
 - * completa: similar a intestino delgado
 - * incompleta: similar a colon

---> clasificación OLGIM (informe EDA): I-II MI focal, III-IV MI extensa

CASO CLÍNICO: Gastritis crónica atrófica actividad inflamatoria moderada, con metaplasia incompleta OLGIM I

MI: “Alta, control por MAP”.

Individuos con LPCG

Atrofia gástrica

- Determinación y erradicación de HP.
- No cribado endoscópico

Metaplasia intestinal (MI)

OLGIM I-II (focal)

- Determinación y erradicación de HP.
- No cribado endoscópico

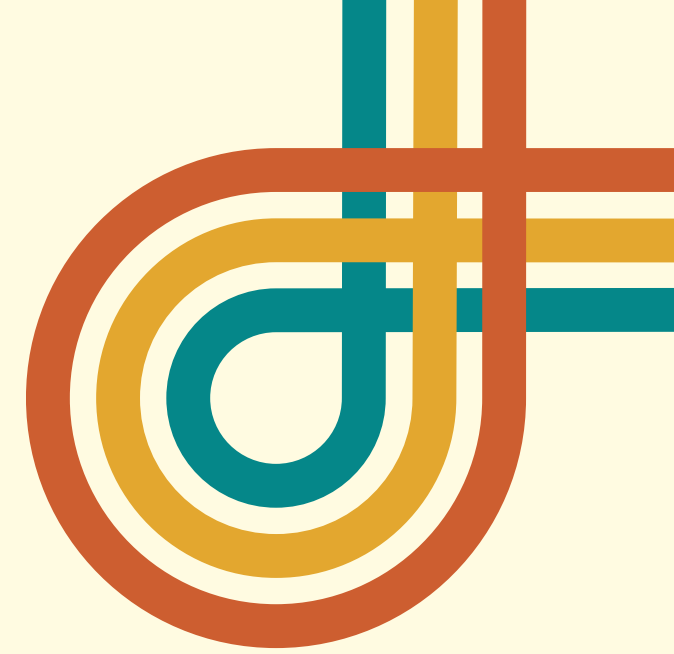
OLGIM III-IV (extensa)

- Determinación y erradicación de HP.
- Si MI incompleta o AF:
gastroscopia cada 3 años
- Sin factores de riesgo:
no cribado endoscópico

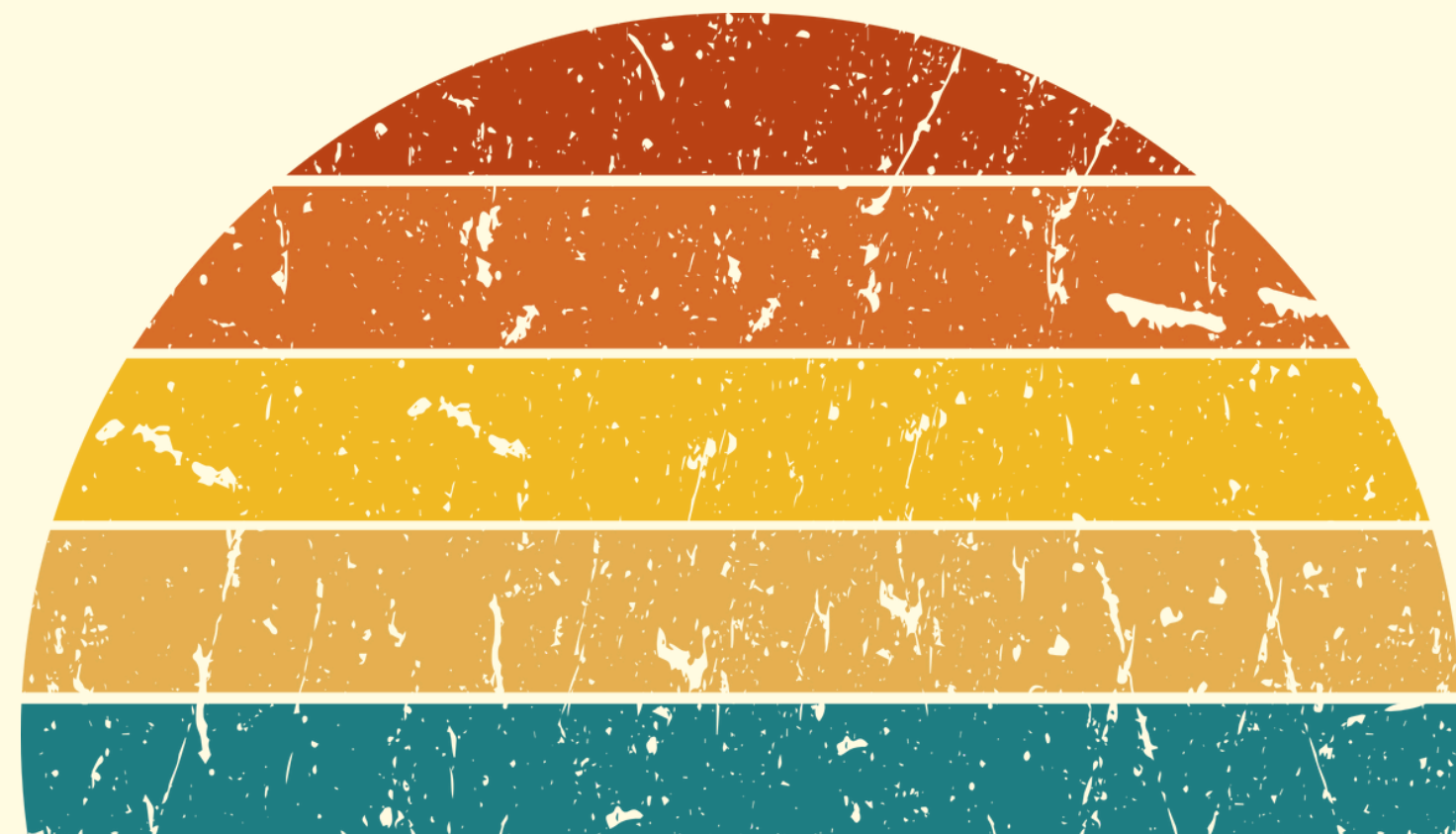
Displasia **

Si atrofia gástrica o metaplasia intestinal: analítica para detectar déficit vitamina B12 y hierro.

Bibliografía



Cubiella J, Pérez Aisa Á, Cuatrecasas M, Díez Redondo P, Fernández Esparrach G, Marín-Gabriel JC, et al. Documento de posicionamiento de la AEG, la SEED y la SEAP sobre cribado de cáncer gástrico en poblaciones con baja incidencia. *Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2021;44(1):67-86.



**¡Gracias por su
atención!**

