

# #83 - EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE CLASIFICACIONES ENDOSCÓPICAS PARA LA DETECCIÓN DE CONDICIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN POBLACIÓN CHILENA: ¿ES POSIBLE LLEGAR A PRESCINDIR DE LAS BIOPSIAS?

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-083>

Mauricio Andrés Pizarro Véliz<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Margarita Pizarro Rojas<sup>1</sup>, Nancy Solís López<sup>1</sup>, Patricio Medel Jara<sup>1</sup>, Paula Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>1</sup>, Laura Huidobro Muñoz<sup>2</sup>, Mauricio Morales Insunza<sup>2</sup>, Carmen Gloria Tapia Valdivia<sup>2</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Alejandro Soza Reid<sup>1</sup>, Juan Francisco Miquel Poblete<sup>1</sup>, Robinson González Donoso<sup>1</sup>, Oscar Corsi Sotelo<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abde<sup>1</sup>, Carlos Benítez Gajardo<sup>1</sup>, Gustavo Ayares Campos<sup>1</sup>, Diego Reyes Placencia<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Camila Avilés Sanchez<sup>1</sup>, Renato Palma Fernández<sup>1</sup>, Camila Jure Bustamante<sup>1</sup>, Bárbara Riffo Vicencio<sup>1</sup>, Richard Martínez Ruiz<sup>1</sup>, Manuel Barrera Oñate<sup>1</sup>, Belén Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Nilton Palacios Maldonado<sup>2</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Universidad Católica del Maule, <sup>3</sup>Hospital de Molina.

**Introducción:** Existen clasificaciones endoscópicas internacionalmente validadas que permiten una aproximación diagnóstica de las condiciones premalignas gástricas (CPMG), como gastritis crónica atrófica (GCA) y metaplasia intestinal (MI). No obstante, su uso no ha sido generalizado en Chile probablemente por la inexistencia de datos que demuestren el rendimiento diagnóstico para nuestra población, considerando que su implementación podría disminuir la necesidad de biopsias gástricas protocolizadas. **Objetivo:** Evaluar el rendimiento diagnóstico de las clasificaciones Kimura-Takemoto (KT) y EGGIM (Endoscopic Grading of Gastric Intestinal Metaplasia) para la detección de CPMG en población chilena residente de una localidad con alta incidencia de cáncer gástrico. **Métodos:** Estudio observacional de corte transversal realizado en usuarios del Hospital de Molina (Región del Maule, Chile), quienes se encontraban en lista de espera para endoscopia digestiva alta, solicitadas principalmente por síntomas dispépticos. Se organizaron operativos endoscópicos por parte de gastroenterólogos staff y residentes bajo supervisión directa, realizándose 128 endoscopias de manera electiva. En ellas se aplicaron las clasificaciones KT y EGGIM, obteniéndose además biopsias gástricas según protocolo Sydney actualizado. Se contrastaron los hallazgos endoscópicos con los reportes anatomopatológicos emitidos por patólogos expertos y se realizaron curvas ROC para determinar el desempeño de las clasificaciones en cuanto a su capacidad diagnóstica de CPMG. **Resultados:** Se incluyeron 128 pacientes [72.7% mujeres], con una media de edad 58.4±13.4 años. Hallazgos endoscópicos: 35.1% presentó test rápido de ureasa positivo. Un 75% obtuvo KT C0-C2 y un 25% KT C3-O3. Un 76.5% presentó EGGIM 0-1 puntos. Hallazgos histológicos: Un 31.2% presentó H. pylori en mucosa gástrica (Giemsa) y 10.9% de las biopsias fueron sugerentes de gastritis autoinmune. 59.4% y 65.6% presentó estadios OLGA y OLGIM 0; 16.4% y 13.3% OLGA y OLGIM I; 13.3% y 10.9% OLGA y OLGIM II; 5.5% OLGA-OLGIM III; 5.5% y 4.7% OLGA y OLGIM IV, respectivamente. KT mostró un AUC 0.85 para diagnosticar GCA y C3 fue el mejor punto de corte para identificar OLGA ≥II [S: 90% E: 71% VPP: 91% VPN: 69%]. EGGIM mostró un AUC 0.83 para MI, siendo ≥2 puntos el mejor umbral para identificar OLGIM ≥II [S: 89% E: 70% VPP: 92% VPN: 63%]. La combinación de ambas clasificaciones demostró el mejor rendimiento para categorizar a los pacientes de bajo riesgo de CPMG cuando presentaron KT C0-C2 + EGGIM 0-1 [AUC 0.86 S: 90% E: 84% VPP: 64% VPN: 96% para OLGA II-IV; AUC 0.89 S: 96% E: 82% VPP: 59% VPN: 99% para OLGIM II-IV] y quienes cumplieron con esta condición correspondieron al 65.6% (n=84) del total de la cohorte. **Conclusión:** Las clasificaciones endoscópicas de KT y EGGIM combinadas presentan un elevado rendimiento discriminativo para detectar pacientes de bajo riesgo de CPMG en nuestra población. Su aplicación sistemática podría ayudar a descartar sujetos que no requieren biopsias gástricas de rutina debido a su bajo perfil de riesgo, lo que al representar una mayoría permitirían focalizar mejor los recursos dirigiéndolos hacia la población de mayor riesgo.

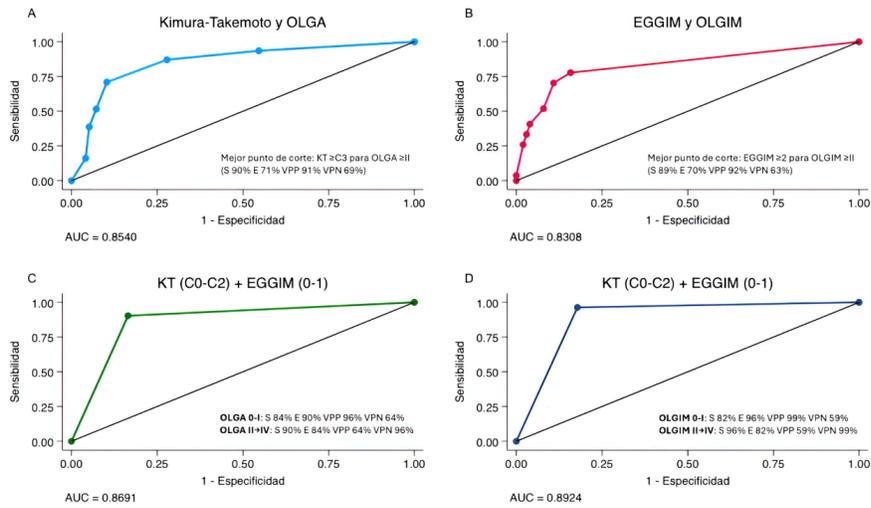


**Tabla 1.** Características de los pacientes, clasificaciones endoscópicas e histología

	<b>Total N=128</b>
<b>VARIABLES CLÍNICAS</b>	
Sexo, n (%)	
Femenino	93 (72.7)
Masculino	35 (27.3)
Edad	
Media ± DS	58.4 ± 13.4
Mediana (años)	59
17-39 años, n (%)	9 (7)
40-65 años, n (%)	76 (59.4)
>65 años, n (%)	43 (33.6)
Familiar cáncer gástrico primer grado, n (%)	19 (23)
Infección activa por <i>H. pylori</i> , n (%)	
Test de ureasa en mucosa gástrica	45 (35.1)
Tinción Giemsa (biopsia)	40 (31.2)
Gastritis autoinmune (biopsia), n (%)	14 (10.9)
<b>CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA</b>	
Kimura-Takemoto, n (%)	
C0	46 (35.9)
C1	28 (21.9)
C2	22 (17.2)
C3	9 (7)
O1	6 (4.7)
O2	8 (6.3)
O3	9 (7)
EGGIM, n (%)	
0	91 (71)
1	7 (5.5)
2	8 (6.3)
3	7 (5.5)
4	3 (2.3)
5	3 (2.3)
6	8 (6.3)
7	0 (0)
8	0 (0)
9	1 (0.8)
10	0 (0)
<b>HISTOLOGÍA</b>	
OLGA, n (%)	
0	76 (59.4)
I	21 (16.4)
II	17 (13.2)
III	7 (5.5)
IV	7 (5.5)
OLGIM, n (%)	
0	84 (65.6)
I	17 (13.3)
II	14 (10.9)
III	7 (5.5)
IV	6 (4.7)
Displasia, n (%)	
Bajo grado	2 (1.6)
Alto grado	0 (0)
Adenocarcinoma gástrico, n (%)	0 (0)

DS: desviación estándar; EGGIM: Endoscopic Grading of Gastric Intestinal Metaplasia; OLGA: Operative Link on Gastritis Assessment; OLGIM: Operative Link For Gastric Intestinal Metaplasia





**Figura 1.** Curvas ROC de rendimiento diagnóstico para las clasificaciones endoscópicas: KT respecto de OLGA (A), EGGIM respecto de OLGIM (B), combinación de KT y EGGIM de bajo riesgo respecto de OLGA (C) y combinación de KT y EGGIM de bajo riesgo respecto de OLGIM (D)

