

## #7 - ALTO VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON LUZ BLANCA PARA CONDICIONES PRE-NEOPLÁSICAS GÁSTRICAS DE ALTO RIESGO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-007>

Sebastian Alejandro Valladares Arellano<sup>1</sup>, Paulina Javiera Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Paulina Sofia Barrios Roccatagliata<sup>1</sup>, Daniela Catalina Ahumada Millar<sup>1</sup>, Carolina Andrea Pizarro Jofré<sup>1</sup>, Pamela Verónica Yaquich Saud<sup>1</sup>, Macarena Andrea Klein Sandoval<sup>1</sup>, Claudio Orlando Toro Dubó<sup>1</sup>, Ximena Del Carmen Morales Ortega<sup>1</sup>, Andrés Marcelo Rodríguez Schneider<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** El cáncer gástrico es una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial siendo Chile un país de alta incidencia. La detección de condiciones pre-neoplásicas (CPNs) y la erradicación de *Helicobacter Pylori* (HP) son determinantes para su prevención. La endoscopia digestiva alta (EDA) es una herramienta crucial para el diagnóstico de las CPNs y la infección por HP. **Objetivos:** Evaluar la capacidad diagnóstica de la EDA con luz blanca al sospechar AG y/o MI para detectar CPNs de alto riesgo (OLGA/OLGIM III-IV), determinar la prevalencia de HP mediante histología y evaluar el rendimiento del test de ureasa (TU). **Método:** Se incluyeron todos los pacientes sometidos a EDA diagnóstica en el Hospital San Juan de Dios entre noviembre de 2021 y octubre de 2023 con biopsias por Sydney. Se excluyeron casos sin información adecuada. La población final se dividió en dos grupos: con y sin sospecha endoscópica de AG/MI. La infección por HP se determinó mediante histología con tinción de Giemsa. El rendimiento del TU fue evaluado versus histología como Gold Standard. **Resultados:** Revisamos 4875 protocolos endoscópicos siendo incluidos 338 pacientes. De ellos 118 no tenían sospecha endoscópica de AG y/o MI y 222 sí. Del total de la muestra 212 pacientes tenían TU informados para comparar contra histología. La media de edad fue 60.5±10.8 años, siendo 68.1% de sexo femenino. Un 11.9% tuvo una CPN de alto riesgo siendo estos pacientes de mayor edad 60±10.9 vs 63.8±9.7 (P=0.03). La prevalencia de HP en la muestra es de 33.9% sin diferencias significativas entre grupos de riesgo. El TU mostró una sensibilidad (S) del 64% y especificidad (E) del 83.2%, siendo mejor la S en pacientes sin CPNs. El rendimiento endoscópico para el diagnóstico de CPNs de alto riesgo arrojó una S de 90% y E de 38.1%. El valor predictivo positivo fue del 18.0% (IC95% 13.2%-23.7%). El valor predictivo negativo (VPN) fue 96.6% (IC95% 91.4%- 99.1%). El likelihood ratio positivo fue de 1.47 (IC95% 1.29 - 1.67). El likelihood ratio negativo fue de 0.24 (IC95% 0.09-0.61). El odds ratio diagnóstico fue de 6.15 (IC95% 2.2-16.9). **Discusión:** La prevalencia de HP es similar a estudios recientes en el país. El rendimiento sub-óptimo del TU es preocupante, existen múltiples factores incluidos la presencia de CPNs que limitan su eficacia. Destaca la alta S y VPN de la EDA con luz blanca para descartar CPNs de alto riesgo, esta podría estar influida por la experiencia del operador, los equipos utilizados y por la alta prevalencia de CPNs en la muestra. **Conclusión:** La prevalencia de HP en esta población al igual que en otros estudios ha disminuido y se acerca a países desarrollados. Se debe estudiar las causas del mal rendimiento del TU y reforzar los protocolos para su uso. La EDA con luz blanca tiene una alta S y VPN para CPNs de alto riesgo, es importante considerar esto al confeccionar protocolos de screening.



Característica	Sin CPN (n=93)	CPN de Bajo Riesgo (n=201)	CPN Alto Riesgo (n=44)	Total (n=338)	Valor p
Media de Edad (DE)	58.7±12.5	60.7±10.0	63.8±9.7	60.5±10.8	0.03 <sup>1</sup>
Sexo femenino (n, %)	65 (69.9%)	138 (68.7%)	27 (61.4%)	230 (68.1%)	0.58 <sup>2</sup>
Comuna de Residencia (n, %)					
Pudahuel	24 (26.4%)	49 (25.8%)	10 (24.4%)	83 (25.8%)	
Lo Prado	16 (17.6%)	30 (15.8%)	4 (9.8%)	50 (15.5%)	
Quinta Normal	5 (5.5%)	26 (13.7%)	2 (4.9%)	33 (10.3%)	0.11 <sup>2</sup>
Peñaflor	10 (11.0%)	9 (4.7%)	2 (4.9%)	21 (6.5%)	
Padre Hurtado	5 (5.5%)	7 (3.7%)	5 (12.2%)	17 (5.3%)	
Otras Comunas	31 (34.0%)	69 (36.3%)	18 (43.9%)	118 (36.7%)	
<i>Condiciones pre neoplásicas sospechadas en Endoscopia Digestiva Alta</i>					
Atrofia Antral (n, %)	42 (45.2%)	117 (58.2%)	28 (63.6%)	187 (55.3%)	0.06 <sup>2</sup>
Atrofia Corporal (n, %)	18 (19.3%)	66 (32.8%)	27 (61.4%)	111 (32.8%)	<0.001 <sup>2</sup>
Atrofia Angular (n, %)	8 (8.6%)	39 (19.4%)	16 (36.4%)	63 (18.6%)	0.001 <sup>2</sup>
Metaplasia Antral (n, %)	3 (3.2%)	44 (21.9%)	15 (34.1%)	62 (18.3%)	<0.01 <sup>2</sup>
Metaplasia Corporal (n, %)	1 (1.1%)	9 (4.5%)	7 (15.9%)	17 (5.0%)	<0.001 <sup>2</sup>
Metaplasia Angular (n, %)	0 (0.0%)	8 (4.0%)	4 (9.1%)	12 (3.6%)	<0.02 <sup>2</sup>
HP en Giemsa (n, %)	34 (37%)	65 (32.5%)	15 (34.1%)	15 (34.1%)	0.74 <sup>2</sup>

**Tabla 1.** Características de los Pacientes. Sin condición de riesgo: OLGA/OLGIM 0. Condición de Bajo Riesgo: OLGA/OLGIM I-II. Condición de Alto Riesgo: OLGA/OLGIM III-IV. HP: Helicobacter Pylori 1 análisis de Varianza 2 Prueba Exacta de Fisher DE: Desviación Estándar



Característica	Total (n=338)
Sensibilidad (IC95%)	90.9% (78.3%-97.5%)
Especificidad (IC95%)	38.1% (32.5%-43.9%)
Valor Predictivo Positivo (IC95%)	18.0% (13.2%-23.7%)
Valor Predictivo Negativo (IC95%)	96.6% (91.4%-99.1%)
Likelihood Ratio Positivo (IC95%)	1.47 (1.29-1.67)
Likelihood Ratio Negativo (IC95%)	0.24 (0.09-0.61)
Odds Ratio Diagnóstico (IC95%)	6.15 (2.2-16.9)
Índice de Youden (IC95%)	0.29 (0.21-0.37)
Número Necesario a Diagnosticar (NND) (IC95%)	3.5 (2.1-4.8)

Tabla 2. Capacidad Diagnóstica del Endoscopista al sospechar atrofia y/o metaplasia en relación a detección de condiciones preneoplásicas de Alto Riesgo (OLGA/OLGIM III-IV)

