REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

P-008. ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA DE ESÓFAGO DE BARRETT EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS PRELIMINAR. ¿HEMOS DE TOMAR MEDIDAS?

Herrera Fajes, José Luis; Ortega Lobete, Olga; Bighelli, Federico; Diéguez Montes, Lucía; Nogales Rincón, Óscar; Martos Vizcaíno, Esperanza; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; Aranda Hernández, Javier

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es una condición premaligna con riesgo de progresión a displasia y adenocarcinoma esofágico. Su diagnóstico implica: 1. la presencia de metaplasia intestinal (MI) y 2. La presencia de un segmento metaplásico de longitud ≥ 1 cm. Tiene consecuencias clínicas y personales/psicológicas para los pacientes. No existen estudios que analicen cuantas endoscopias con este diagnóstico/indicación realmente cumplen los criterios diagnósticos.

Objetivos: Comprobar la adecuación diagnóstica en pacientes etiquetados o seguidos como EB. Estudiar qué factores llevaron a tipificar erróneamente, valorar el reporte adecuado de parámetros.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en un centro de tercer nivel (HGU-Gregorio Marañón) de pacientes con endoscopias realizadas entre diciembre de 2013 y mayo de 2018. Se realizó una búsqueda en ENDOBASE de todos los pacientes con la palabra Barrett incluida en el motivo de petición, diagnóstico o en la descripción de la endoscopia. Se agregaron procedimientos anteriores o posteriores al período estudio (ENDOBASE, HCE) en nuestros pacientes de existir y estar disponibles. Se analizaron diferentes parámetros endoscópicos y anatomopatológicos.

Resultados: Se incluyeron un total de 712 pacientes y 1178 endoscopias. Un 63,2% de nuestra cohorte (745/1178) no presentaba un verdadero EB, un 30,2% (356/1178) si y un 6,5% (77/1178) no estaba adecuadamente reportado. Un 58,9% (694/1178) no presentaba MI y un 29,9% (352/1178) presentaba segmento columnar < 1 cm. La palabra Barrett se utilizó en el diagnóstico del informe de un 90,5% (1066/1178). El

67,1% de procedimientos fueron indicados por Gastroenterólogos. No se reportó adecuadamente la longitud de los segmentos C y M en un 8,9% y 12,2%.

Conclusiones: El EB presenta un elevado sobrediagnóstico en nuestro medio, en su mayor parte por la no presencia de MI. Son necesarios más estudios a este respecto y determinar la necesidad de globalizar estrategias de revisión de concienciación criterios y concienciación.