



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

179 - EFECTO DE LA PANDEMIA SOBRE LAS NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS POR CRIBADO POBLACIONAL DE CCR

C. Diéguez Castillo, S. Hallouch Toutouh, I. Moreno Moraleda y Á. Hernández Martínez

Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: El objetivo del cribado poblacional de CCR de cáncer colorrectal es reducir la incidencia y mortalidad mediante la detección y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer en estadios iniciales. Por ello nos planteamos valorar el efecto de la pandemia sobre los casos de neoplasias diagnosticadas mediante el programa de cribado poblacional.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 231 individuos de 50-70 años sin antecedentes familiares, que se realizaron colonoscopia por presentar test de sangre oculta en heces positivo. Dichas endoscopias se realizaron en agenda de cribado en el Hospital Torrecárdenas en el primer semestre de 2019 y 2020. Se registraron las variables: sexo, edad, detección de pólipos, neoplasias y lesiones no resecables endoscópicamente, tiempo TSOH-colonoscopia y tiempo colonoscopia-cirugía, tipo de cirugía, estadiaje y tratamiento oncológico.

Resultados: La edad media fue 61,1 años, siendo el 57,1% varones. Durante el 1^{er} semestre de 2019 se realizó colonoscopia a 184 sujetos frente a 47 en el semestre de 2020. La tasa de detección de pólipos fue similar, 73,4% (2019) y 68,1% (2020). En 2019 se detectaron 19 CCR o lesiones que precisaron cirugía, frente 6 en 2020. El tiempo medio entre la realización TSOH y la colonoscopia fue de 59,3 días en 2019 y de 49,7 días en 2020 para los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico. En cuanto al tiempo medio de la colonoscopia a la cirugía fue de 145,4 días en 2019 y 62,2 días en 2020. En la tabla se resume el estadiaje y tratamiento recibido, precisando tratamiento oncológico el 47,4% de los casos en 2019 frente a un 16,7% en 2020.

Diagnóstico histológico	Estadiaje	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento oncológico
1º semestre 2019			
ADC recto inferior	pT1N0M0	Parks >> Amputación	No
ATV con DAG rectal	T1-2N0M0 >> pT0N0M0	TAMIS	No
AT con DBG + SS (ángulo esplénico)	pT0N0M0	Hemicolectomía izquierda	No
ADC recto inferior	T2N0M0 >> pT3N1cM1	TEM >> Resección anterior baja + Termoablación mttx hepática	RT + QT neoadyuvante + QT adyuvante
pT1 (Haggitt 1) > 5 cm rectal	pT1N0M0 >> pT0N0M0	TEM	No
AT con DBG	pT0N0M0	Hemicolectomía derecha	No
ADC recto (a 8 cm margen anal)	T3N1M0 >> pT2N0M0	Resección anterior baja/ultrabaja	RT + QT neoadyuvante
Pólipo rectal (ADC sobre ATV con DAG con infiltración submucosa)	T2/T3aN1M0 >> pT1N1M0 >> pT3N1AM0	TEM >> Amputación	QT adyuvante
ADC sigma estenosante	T3N1-2M0 >> pT3N0M0	Sigmoidectomía laparoscópica	No
Pólipo anal (inflamatorio cloacogénico)	T0N0M0	Cirugía endoanal	No
ADC intramucoso	T0N0M0 >> pTisN0M0	Hemicolectomía derecha	No
ADC sigma	T4N2M0	Hemicolectomía izquierda	QT adyuvante
ADC recto	T2N1M0 >> pT3N0M0	Resección anterior baja	RT + QT neoadyuvante + QT adyuvante
Adenoma tubular con DAG en ciego	pT0N0M0	Hemicolectomía derecha	No
ATV con DBG (Ciego)	pT0N0M0	Hemicolectomía derecha	No
ADC recto superior	T3N2M0	Resección anterior recto	QT adyuvante
ADC recto	T2N0M0 >> pT3bN0M0	Resección anterior	QT (rechaza RT)
ADC unión rectosigma	T2N0M0 >>pT3N2M0	Resección anterior	QT adyuvante
ADC recto	T3bN1M0 >> pT2N1M0	Amputación	RT + QT neoadyuvante + QT adyuvante

Conclusiones: La pandemia ha supuesto una disminución del tiempo para el diagnóstico y sobre todo para recibir tratamiento quirúrgico con menor necesidad de tratamiento oncológico justificado por la priorización de la patología oncológica frente a otras patologías demorables.