



Gastroenterología y Hepatología

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



IMPACTO DEL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CCR BASADO EN TSOH EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL pT1

M. Dacá Álvarez^{1,2}, D. Zaffalon^{1,3}, I. Portillo^{4,5}, L. Bujanda^{6,7}, I. Gil-Lasa⁶, G. Ibañez Sanz^{8,9}, A. Herreros de Tejada¹⁰, I. Salces¹¹, L. Aguilera¹², G. Casanova¹, M. Ponce¹³, Á. Pizarro¹⁴, D. Barquero¹⁵, I. Puig¹⁶, P. Díez Redondo¹⁷, F. Martínez de Juan¹⁸, M. Jimeno¹⁹, M. Albuquerque²⁰, S. Machlab²¹, Á. Ferrández²², B. Peñas²³, Á. Díaz-González²⁴, Ll. Sargatal³, R. Jover²⁵, L. Hernández Villalba²⁶, A. Pérez Pedrosa²⁷, E. Musulen^{28,29}, G. Hernández³⁰, M. Trelles³¹, A. Ono³², J. López Vicente³³ y M. Pellisé^{1,2}

¹Hospital Clínic de Barcelona. ²Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ³Consorci Sanitari de Terrassa. ⁴Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. ⁵Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces, Bizkaia. ⁶Hospital Universitario de Donostia. ⁷Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, San Sebastián. ⁸Hospital de Bellvitge, Barcelona. ⁹ICO Institut Català d'Oncologia, Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ¹¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹²Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ¹³Hospital Clínico de Valencia. ¹⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ¹⁵Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ¹⁶Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ¹⁷Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ¹⁸Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. ¹⁹Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ²⁰Hospital de Palamós. ²¹Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ²²Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. ²³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ²⁵Hospital General Universitario de Alicante. ²⁶Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. ²⁷Complejo Hospitalario de Ourense. ²⁸Hospital Universitari General de Catalunya-Grupo Quironsalud, Barcelona. ²⁹Institut de Recerca contra la Leucèmia Josep Carreras, Barcelona. ³⁰Hospital Universitario de Canarias. ³¹Hospital de Inca. ³²Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³³Hospital Universitario de Móstoles.

Resumen

Introducción: La implementación de programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) ha duplicado la incidencia de cáncer invasivo incipiente con invasión de la submucosa (pT1), originado sobre pólipos tratados endoscópicamente.

Objetivos: Comparar las características y el manejo de los CCRpT1 diagnosticados fuera y dentro del cribado poblacional de CCR con test de sangre oculta en heces.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico español (Consortio Epi T1) que incluye todos los casos de CCRpT1 diagnosticados entre 2007-2018 independientemente del tratamiento recibido. Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística binaria y de Cox.

Resultados: De un total de 3.649 pacientes, se incluyeron 3.163 para el análisis. 1.417 (45%) se diagnosticaron en el programa de cribado y 1.745 (55%) por fuera del programa. Las características basales de los pacientes, la colonoscopia y las lesiones fueron significativamente diferentes en la cohorte del cribado vs. el resto: varones (65 vs. 59%, $p = 0,001$), edad del paciente ($61,9 \pm 6,6$ vs. $68,8 \pm 10,9$, $p = 0,001$), comorbilidad (ASA I-II) (85 vs. 66% $p < 0,001$), preparación intestinal adecuada (94 vs. 84% $p < 0,001$), tasa de intubación cecal (97 vs. 91% $p < 0,001$), tamaño de lesión

(21,2 ± 10,9 vs. 25,4 ± 14,1 p = 0,001) y ubicación distal del tumor (86 vs. 78% p < 0,001). El manejo de los CCRpT1 fue significativamente diferente en la cohorte de cribado frente al resto: tratamiento endoscópico primario (79 vs. 65%; p < 0,001), tratamiento quirúrgico secundario (39 vs. 44%; p = 0,04) y tratamiento endoscópico definitivo (48 vs. 37%; p < 0,001). El programa de cribado se asoció de forma independiente a mayor tratamiento endoscópico primario y definitivo (tabla). La supervivencia global fue del 93,3 vs. 80,3% mientras que la supervivencia por CCR fue de 98,5 vs. 97,2%.

Tabla . Factores asociados al tratamiento primario y definitivo del CCR pT1 (modelo de regresión logística multivariable)

			Tratamiento endoscópico primario		Tratamiento quirúrgico secundario		Tratamiento endoscópico definitivo	
			OR ajustado (IC 95%)	Valor p	OR ajustado (IC 95%)	Valor p	OR ajustado (IC 95%)	Valor p
Indicación	Programa de Cribado Poblacional de CCR	No	1	<0,001	1	0,32	1	0,03
		Si	1,6(1,25 to 2,07)		0,90(0,73 to 1,10)		1,23 (1,01 to 1,49)	
Características del paciente	Edad	< 65 años	1	0,05	1	0,001	1	0,008
		> 65 años	0,3(0,23 to 0,38)		0,70(0,57 to 0,85)		1,29 (1,07 to 1,57)	
	Sexo	Mujer	1	0,77	1	0,72	1	0,82
		Hombre	1,03(0,81 to 1,31)		0,96(0,78 to 1,17)		1,02(0,84 to 1,23)	
	Grado de Comorbilidad (ASA)	ASA HI	1	0,06	1	0,01	1	0,006
		ASA III-IV	1,29(0,98 to 1,70)		0,75 (0,59 to 0,95)		1,35(1,08 to 1,68)	
Características de la lesión	Tamaño	< 20 mm	1	<0,001	1	<0,001	1	<0,001
		> 20 mm	0,3(0,23 to 0,38)		1,52(1,25 to 1,85)		0,48 (0,40 to 0,58)	
	Localización	Proximal al ángulo esplénico	1	<0,001	1	<0,001	1	<0,001
		Distal al ángulo esplénico	2,4(1,84 to 3,15)		0,50(0,36 to 0,69)		2,55(1,90 to 3,43)	
	Morfología	No pediculados	1	<0,001	1	<0,001	1	<0,001
		Pediculados	7,17(5,29 to 9,72)		0,38(0,31 to 0,47)		3,81(3,18 to 4,56)	

Conclusiones: El CCRpT1 detectado en el contexto del programa de cribado poblacional se asocia a mayor resección endoscópica como tratamiento primario y definitivo sin repercusión en la supervivencia.