



Gastroenterología y Hepatología



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

P-154 - PREDICCIÓN DE NEOPLASIA COLÓNICA AVANZADA EN PACIENTES SINTOMÁTICOS DENTRO DEL CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER COLORRECTAL MEDIANTE UN SCORE BASADO EN EL TEST INMUNOLÓGICO FECAL (ESTUDIO COLONOTIF)

F. Fernández-Bañares¹, R. Clèries², J. Boadas³, J. Ribes², J.C. Oliva², A. Alsius⁴, X. Sanz², E. Martínez-Bauer⁵, S. Galter³, M. Pujals¹, M. Pujol⁵, P. del Pozo³ y R. Campo⁵

¹Servicio de Digestivo, Hospital Universitari Mutua Terrassa, CIBERehd, Terrassa. ²Plan Director de Oncología, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. ³Servicio de Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa. ⁴CATLAB, Viladecavalls. ⁵Servicio de Digestivo, Hospital Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: El circuito de diagnóstico rápido (CDR) para detectar pacientes con cáncer colorrectal (CCR) basado en síntomas de alto riesgo, se asocia a baja sensibilidad y especificidad.

Objetivos: Derivar un score predictivo de neoplasia colónica avanzada (NCA) en pacientes sintomáticos con indicación de colonoscopia CDR.

Métodos: Se han valorado todos los pacientes derivados para colonoscopia con indicación de CDR en los 3 centros participantes. En los pacientes incluidos se realizó: TIF (3 muestras; iFOB Linear, Leti) considerando positivo > 49 ?g/L (4 ?g Hb/g heces); una encuesta presencial para registrar variables clínicas de interés. Se consideró NCA como CCR y adenoma avanzado (AA) (> 1 cm o displasia de alto grado o componente vellosos). Se calculó un tamaño de muestra mínimo de 600 individuos para cada una de las fases del estudio: Fase 1 (cohorte de derivación) y Fase 2 (cohorte de validación). Se ha trabajado con la variable MaxTIF que corresponde al máximo TIF de las 3 muestras de cada individuo. Se utilizó un análisis de regresión logística Bayesiana para derivar un score predictivo de NCA.

Resultados: Se incluyen 1.495 pacientes (Fase 1 + 2). Se encontraron diferencias entre la cohorte de derivación y la de validación en las variables relacionadas con el TIF (en la Fase 2 hubo 3 CCR con TIF negativo), pero no en el resto de variables del estudio. Las variables predictoras ajustadas por edad y TIF (MaxTIF y número de muestras positivas) en la Fase 1 fueron: colonoscopia previa (5 años últimos) y tabaquismo (no, ex/activo). Ningún síntoma clínico fue predictor significativo después de ajustar por edad y TIF. Con estas variables (edad, TIF, colonoscopia previa, tabaquismo) se deriva un resultado predictivo de AA/CCR (-4 a 24 puntos). Aplicado a la Fase 2: los pacientes con un Score > 20 tienen una probabilidad de AA/CCR del 66%, mientras que en aquellos con un Score ? 10, la probabilidad es del 10%. Priorizando los pacientes con Score > 10 se derivan un 49,4% de los pacientes para colonoscopia CDR, diagnosticando el 98,3% de los CCR y un 77% del AA.

Conclusiones: Se ha derivado y validado un sistema de puntuación para priorizar las colonoscopias CDR en función del riesgo, que ha mostrado ser eficiente, sencillo y robusto.

Beca Marató TV3 (785/U/2013).