

## EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICO ES MÁS COSTE-EFECTIVO QUE EL GUAYACO. COMPARACIÓN ENTRE DOS PROGRAMAS DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

R. Jover<sup>a</sup>, F.L. Carballo<sup>b</sup>, M. Ponce<sup>c</sup>, F. Pérez-Riquelme<sup>d</sup>, D. Salas<sup>e</sup>, J. Cruzado-Quevedo<sup>d</sup>, T. Sala<sup>c</sup>, E. Torrella<sup>f</sup>, P. Zapater<sup>a</sup>,

Grupo de Cribado de Cáncer Colorrectal de la Región de Murcia, Grupo de Cribado de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Alicante

<sup>b</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia

<sup>c</sup>Hospital La Fe de Valencia

<sup>d</sup>Departamento de Salud Pública Región de Murcia

<sup>e</sup>Departamento de Salud Pública Generalitat Valenciana

<sup>f</sup>Hospital Morales Meseguer de Murcia

El test de sangre oculta en heces (TSOH) seguido de colonoscopia en casos positivos es la estrategia de elección para el cribado poblacional del cáncer colorrectal (CCR) en la mayoría de países europeos. Estudios recientes han mostrado la superioridad del TSOH inmunológico frente al test clásico de guayaco. Nuestro objetivo es comparar dos programas de cribado poblacional de CCR que han utilizado TSOH inmunológico y guayaco respectivamente.

**Métodos:** Se han comparado los resultados de la primera ronda de los programas de cribado de la Región de Murcia y de la Comunidad Valenciana. El programa de cribado de CCR de la Región de Murcia incluyó a 35.741 personas, utilizando modelo de invitación postal, para la realización de TSOH inmunológico (FOB-GOLD®), con 2 muestras y un punto de corte de 100 ng/mL. El programa de la Comunidad Valenciana invitó a una población de 98,569 personas, con un modelo de invitación postal similar, utilizando un TSOH bioquímico basado en la reacción del guayaco (Hemoccult®), con 2 muestras de 3 deposiciones consecutivas.

**Resultados:** El programa basado en el TSOH inmunológico consiguió una mayor tasa de adherencia (42,3% vs 35,6%;  $p = 0,00001$ ), una mayor tasa de positividad (9,5% vs 1,6%;  $p = 0,00001$ ), una mejor tasa de detección de adenoma de alto riesgo o CCR (34,17% vs 5,35%;  $p > 0,00001$ ), con un valor predictivo positivo (VPP) similar (35,8% vs 35,9%;  $p < 0,05$ ). No hubieron diferencias en los indicadores de calidad de la colonoscopia (Tasa de intubación cecal 92,0% vs 88,1%;  $p < 0,05$ ). El coste del programa basado en TSOH inmunológico fue mayor, con un incremento de 310€ por persona cribada. Sin embargo, las estimaciones de la efectividad incremental son mejores para el programa basado en TSOH inmunológico, con una ganancia de 12 adenomas de alto riesgo o CCR más detectados por cada 1.000 participantes. El coste-efectividad fue claramente superior en el programa basado en TSOH inmunológico (3,282€/adenoma de alto riesgo o CCR detectado vs 4,130€/adenoma de alto riesgo o CCR detectado).

**Conclusión:** Con el uso de una estrategia de invitación similar en dos poblaciones de estructura social muy semejante, un programa de cribado poblacional de CCR basado en TSOH inmunológico consigue una mejor adherencia, mayor tasa de positividad y una mejor tasa de detección de lesiones significativas sin que haya diferencias en el VPP de ambos TSOH. Pese a un mayor coste por persona cribada, el coste-efectividad del programa basado en TSOH inmunológico es claramente superior.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.111](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.111)

## ESTADIO TNM PATOLÓGICO EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER COLORRECTAL: EL VIAJE A NINGUNA PARTE

A. Soriano-Izquierdo, F. Rodríguez-Moranta, J.M. Botargues, M. Peñalva, A. Berrozpe, M. de la Hera, E. Sánchez, J. Guardiola, en representación de la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal del Hospital Universitario de Bellvitge- Hospital Duran i Reynals

Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda neoplasia más frecuente en ambos性 en los países occidentales y constituye la segunda causa de muerte por cáncer en España.

**Hipótesis:** El aumento de los recursos sanitarios debería haber conducido a una mejora en el diagnóstico precoz de los pacientes con CCR y, consecuentemente, intervenirlos en fases más precoces de su enfermedad.

**Objetivo:** Analizar si se han producido cambios en la estadiificación patológica de los pacientes intervenidos por CCR en los últimos 20 años.

**Métodos:** Se han evaluado 2948 pacientes con CCR operados en nuestra Unidad entre los años 1989 y 2008. Esta población ha sido dividida en 2 grupos de 1474 pacientes, antes (grupo antiguo) y después (grupo moderno) de junio de 2000. La comparación de las variables cualitativas se ha realizado mediante el cálculo de la chi-cuadrado.

**Resultados:** El 62% eran hombres. El 35% de los pacientes tenía cáncer de recto, 10% eran tumores de alto grado y 13% fueron operados de urgencia. La distribución por estadios TNM patológicos (pTNM) fue: estadio 0 el 3%, estadio I el 13%, estadio II el 31%, estadio III el 31% y estadio IV el 18%. Los pacientes del grupo “moderno” presentaron un pTNM más avanzado que los pacientes del grupo “antiguo” (estadios 0-I-II: 44,3% vs. 54,5% y estadios III-IV: 55,7% vs. 45,5%;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes intervenidos por CCR en los últimos años presentan un estadio pTNM más avanzado. Es fundamental la puesta en marcha de políticas públicas sanitarias encaminadas al diagnóstico precoz de esta neoplasia.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.112](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.112)

## ESTUDIO COMPARATIVO DE LA NEOPLASIA AVANZADA DE COLON EN LA POBLACION GENERAL Y EN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL SEGUN INTERVALOS DE EDAD

M.E. Tomás Moros<sup>a</sup>, F. García Durán<sup>a</sup>, J.A. Carneros Martín<sup>a</sup>, S. Sánchez Prudencio<sup>a</sup>, J.C. Villa Poza<sup>a</sup>, C. Ciriza de los Ríos<sup>b</sup>, J.L. Rodríguez Agulló<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital de Fuenlabrada, Madrid

<sup>b</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital 12 de Octubre, Madrid

**Introducción:** Los familiares de pacientes diagnosticados de CCR presentan un riesgo aumentado para esta neoplasia. En estos pacientes la colonoscopia debiera practicarse a partir de los 40 años.