

## 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<sup>®</sup>), 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<sup>®</sup>), 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

## 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 sexos 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 estadificación 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

## ESTUDIO COMPARATIVO DE LA NEOPLASIA AVANZADA DE COLON EN LA POBLACION GENERAL Y EN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER 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.

**Material y métodos:** Se analizan los enfermos que acuden al Servicio de Endoscopias del Hospital de Fuenlabrada para la práctica de colonoscopia entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de Octubre del 2007. Se estudian los pacientes a los que se extirpan adenomas y se distribuyen según edades:  $\leq 40$ ; 41–50; 51–60; 61–70;  $> 71$  y según refieran antecedentes familiares de CCR: **grupo 1** o no: **grupo 2**. Se excluyen los enfermos diagnosticados previamente de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos o CCR o aquéllos con síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar. Se define neoplasia avanzada (NA) como los adenomas vellosos (AV), los adenomas de  $\geq 10$  mm, los adenomas con displasia de alto grado (DAG) y el cáncer intramucoso (CIM). El colon izquierdo se considera cuando se alcanza la flexura esplénica.

**Objetivos:** Comparar las características de los adenomas y las NA en ambos grupos y según intervalos de edad.

**Resultados:** El grupo 1 está formado por 123 pacientes (76 varones y 47 mujeres) y el grupo 2 por 298 (183 varones y 115 mujeres) con edad media de  $53.48 \pm 9.30$  y  $63.20 \pm 13.54$  ( $p < 0,001$ ) respectivamente. La tabla siguiente muestra los resultados endoscópicos por edades en los grupos 1 y 2.

	$\leq 40$ años	41–50	51–60	61–70	$> 70$	P
Total enfemos	11/11	36/42	49/83	21/60	6/102	$< 0,001$
Sexo (V/ M), grupo 1	6/5	23/13	33/16	12/9	2/4	NS
Sexo (V/ M), grupo 2	6/5	24/18	58/25	34/26	61/41	NS
Total adenomas	14/13	65/58	83/149	28/94	13/178	NS
A $< 10$ mm	9/9	*28/38	42/69	18/51	4/77	*0,01
A $\geq 10$ mm	2/3	12/11	17/30	5/16	*3/42	*0,09
A Tubular	10/10	*30/40	45/72	20/50	5/90	*0,04
AV	1/2	*10/2	9/19	2/14	**2/24	*0,01, **0,009
DAG	0	1/0	1/3	0/2	*1/5	* $< 0,001$
CIM	0	0	*2/0	0/1	0/6	*0,06
NA	2/3	14/12	18/33	5/20	3/46	NS
Total NA	3/4	19/15	23/38	6/24	*7/58	*0,002
Dcha, izda, ambas, grupo 1	2/0/0	11/1/2	14/4/0	3/2/0	2/0/0	NS
Dcha, izda, ambas, grupo 2	3/0/0	9/2/1	28/3/2	16/3/1	29/15/2	NS

En el grupo 1, 42 (34,14%) pacientes presentan NA frente a 114 (38,25%) en el grupo 2. Si diferenciamos los enfermos en relación a si tienen  $< 60$  o  $\geq 60$  años obtenemos los siguientes resultados: en el grupo 1, 81% de los pacientes con NA eran  $< 60$  años, frente a 42% en el grupo 2.

**Conclusiones:** Consideramos que no hay diferencias en cuanto al número de pacientes diagnosticados de NA en los grupos estudiados. Sin embargo, la NA se detecta a una edad más temprana en los pacientes con antecedentes familiares de CCR. Esto debe hacernos reflexionar sobre cómo conseguir una selección adecuada de los pacientes con antecedentes familiares a una edad temprana, a partir de los 40 años, para conseguir que el cribado resulte eficaz.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.113

## ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 TESTS DE SANGRE OCULTA EN HECES EN LA DETECCIÓN DE NEOPLASIA COLORRECTAL. TEST DEL GUAYACO Y TEST INMUNOLÓGICO CUANTITATIVO. RESULTADOS PRELIMINARES

X. Ariza-Solé<sup>a</sup>, F. Rodríguez-Moranta<sup>a</sup>, A. Berrozpe<sup>a</sup>, X. Vázquez<sup>a</sup>, G. Binefa<sup>b</sup>, M. Navarro<sup>b</sup>, E. Sánchez<sup>a</sup>, M. De la Hera<sup>a</sup>, C. Muñoz<sup>c</sup>, N. Gonzalo<sup>c</sup>, A. Clopés<sup>c</sup>, M. Peris<sup>b</sup>, J. Guardiola<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología Hospital Universitario de Bellvitge

<sup>b</sup>Servicio de Prevención y Control del Cáncer ICO

<sup>c</sup>Servicio de Farmacia Hospital Durán i Reynals

**Introducción:** La baja sensibilidad de los test de sangre oculta en heces (TSOH) basados en el guayaco, ha hecho desarrollar nuevos tests inmunológicos con una eficacia para detectar neoplasia avanzada (adenoma avanzado y cáncer colorrectal) todavía no bien establecida.

**Objetivo:** Determinar la sensibilidad y especificidad de un TSOH basado en el guayaco (TSOHg) de alta sensibilidad con un TSOH inmunológico cuantitativo (TSOHi) para detectar neoplasia avanzada.

**Material y métodos:** Población: individuos con una colonoscopia programada por cualquier motivo (cribado, vigilancia o síntomas). Se excluyeron los individuos con enfermedad inflamatoria intestinal conocida y los pacientes con antecedentes de CCR intervenido. En los días previos a la exploración, se completaron 3 TSOHg (Hema-Screen) y 2 TSOHi (OC Sensor, test positivo  $\geq 100$  ng/ml). Se calculó el tamaño de la muestra para demostrar la superioridad del TSOHi de un 15% de sensibilidad, con un tamaño final de 700 individuos.

**Resultados:** Se evalúan los resultados de los primeros 140 individuos. Al 66% se les realizó la colonoscopia por síntomas y al resto por riesgo familiar o personal de CCR. La colonoscopia detectó 16 individuos (11%) con una neoplasia avanzada (2 carcinomas infiltrantes y 14 adenomas avanzados). El resto de lesiones encontradas fueron: 20 individuos con adenomas no avanzados, 11 con pólipos no adenomatosos y 4 colitis inflamatorias. La colonoscopia fue normal en 88 (63%) individuos.

El porcentaje de tests positivos fue de 3,5% (5/140) y 16,5% (23/140) para el TSOHg y TSOHi respectivamente. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para detectar neoplasia avanzada fue de 12%, 97%, 40% y 89% para el TSOHg y de 62,5%, 89%, 60,8% y 81% para el TSOHi. En caso de considerar únicamente el primer test inmunológico, la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fue de 43,7%, 92%, 43,7% y 92,7% respectivamente.

**Conclusión:** El TSOHi es muy superior al TSOHg para detectar neoplasia avanzada, aunque el elevado número de falsos positivos podría limitar su uso.

La utilización de uno o dos TSOHi debería evaluarse en función de los recursos endoscópicos disponibles.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.114

## ESTUDIO DEL INTERVALO DIAGNÓSTICO DE LAS SUCEASIVAS GENERACIONES DE ADENOMAS METACRÓNICOS EN EL CARCINOMA DE COLON Y RECTO

A. Borda<sup>a</sup>, J.M. Martínez-Peñuela<sup>c</sup>, F. Borda<sup>b</sup>, M. Muñoz-Navas<sup>a</sup>, C. Carretero<sup>a</sup>, F.J. Jiménez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dpto. de Digestivo Clínica Universitaria de Navarra

<sup>b</sup>Sº. de Digestivo

<sup>c</sup>Anatomía Patológica del Hospital de Navarra, Pamplona, España