



## PRONÓSTICO DE LOS CCRPT1 DE BAJO RIESGO RESECADOS LOCALMENTE EN BLOQUE Y EN FRAGMENTOS - ESTUDIO COMPARATIVO CON DOS COHORTES INTERNACIONALES: CONSORCIO EPIT1 Y DUTCH PT1CRC STUDY GROUP

*Maria Daca-álvarez<sup>1,2</sup>, Kim M. Gijsbers<sup>3,4</sup>, Diana Zaffalon<sup>5</sup>, Isabel Portillo, Luis Bujanda<sup>7</sup>, Gemma Ibañez-Sanz<sup>8,9</sup>, Alberto Herreros de Tejada<sup>10</sup>, Inmaculada Salces<sup>11</sup>, Lara Aguilera<sup>12</sup>, Irina S. Luzko Shceid<sup>13</sup>, Marta Ponce<sup>14</sup>, Ángeles Pizarro<sup>14</sup>, David Barquero<sup>15</sup>, Ignasi Puig<sup>16</sup>, Pilar Diez-Redondo<sup>17</sup>, Fernando Martínez de Juan<sup>18</sup>, Victor Jair Morales Alvarado<sup>19</sup>, Marco Albuquerque<sup>20</sup>, Salvador Machlab<sup>21</sup>, Ángel Ferrández<sup>22</sup>, Beatriz Peñas<sup>23</sup>, Alvaro Diaz-González<sup>24</sup>, Lluïsa Sargatal<sup>5</sup>, Rodrigo Jover<sup>25</sup>, Luis Hernández<sup>26</sup>, Alberto Pérez Pedrosa<sup>27</sup>, Eva Musulen<sup>28</sup>, Goretti Hernández<sup>29</sup>, Marita G. Trelles<sup>30</sup>, Akiko Ono<sup>31</sup>, Jorge López Vicente<sup>32</sup>, Leon M.G. Moons<sup>3</sup> y Maria Pellise<sup>33,34,35</sup>*

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, Barcelona. <sup>3</sup>Department of Gastroenterology, University Medical Center Utrecht, Países Bajos. <sup>4</sup>Department of Gastroenterology, Deventer Hospital, Deventer, Países Bajos. <sup>5</sup>Consorti Sanitari de Terrassa. <sup>6</sup>Osakidetza Barakaldo, País Vasco. <sup>7</sup>Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. <sup>8</sup>ICO Institut Català d'Oncologia, Barcelona. <sup>9</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>10</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. <sup>11</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>12</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>13</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>14</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>15</sup>Hospital de Sant Joan Despí. <sup>16</sup>Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>17</sup>Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid. <sup>18</sup>Fundacion Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. <sup>19</sup>Hospital General de Granollers. <sup>20</sup>Hospital de Palamós. <sup>21</sup>Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell. <sup>22</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>23</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>24</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>25</sup>Hospital General Universitari d'Alacant, Alicante. <sup>26</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>27</sup>Complejo Hospitalario de Ourense. <sup>28</sup>Hospital Universitari General de Catalunya, Barcelona. <sup>29</sup>Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. <sup>30</sup>Hospital Comarcal d'Inca. <sup>31</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>32</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>33</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>34</sup>Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, Barcelona. <sup>35</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

## Resumen

**Introducción:** El tratamiento de elección de los cánceres colorrectales pT1 de bajo riesgo es local, siempre y cuando la resección haya sido en bloque y con márgenes libres. Existe controversia sobre el manejo de los CCRT1 de bajo riesgo resecados en fragmentos.

**Objetivos:** Evaluar la tasa de cirugía de rescate y supervivencia de los CCR PT1 de bajo riesgo resecados de forma local en bloque y fragmentada.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes de dos cohortes multicéntricas europeas de CCRpT1 (Consortio EpiT1 y Dutch pT1CRC study group). Los criterios de exclusión fueron tratamiento primario quirúrgico, resección local incompleta, falta de información sobre la histología, ausencia de seguimiento mínimo de 2 años, presencia de algún criterio histológico de mal

pronóstico (mal diferenciado, invasión linfovascular). Las variables finales fueron tasa de cirugía de rescate, y supervivencia libre de enfermedad. Se realizó análisis ajustado mediante regresión logística binaria.

**Resultados:** Se incluyeron 3.918 pacientes con CCRpT1: 822 (21%) resecados en fragmentos y 3.096 (79%) resecados en bloque. Las características basales de los pacientes fueron similares en ambos grupos: edad media  $66,88 \pm 9,7$  vs.  $66,59 \pm 9,4$  ( $p = 0,46$ ); mujeres 38,6 vs. 37,7% ( $p = 0,66$ ); comorbilidades (ASA I-II), 80,0 vs. 80,7% ( $p = 0,63$ ), respectivamente. Las lesiones resecadas en fragmentos fueron más grandes ( $28,0 \pm 13,2$  vs.  $18,9 \pm 10,3$ ,  $p < 0,00$ ), de localización más proximal (49,9 vs. 67,2%,  $p < 0,00$ ) y presentaron más márgenes afectos o no evaluables (60,9 vs. 15,1%  $p < 0,00$ ) que las resecadas en bloque. En el análisis ajustado, los CCR PT1 resecados en fragmentos a pesar de ser sometidos más frecuentemente a cirugía oncológica de rescate (46,6 vs. 23,6%,  $p < 0,00$ ), tuvieron peor supervivencia libre de enfermedad a los 5 años (94,6 vs. 97,4%,  $p = 0,004$ ) que los CCRpT1 resecados en bloque.

**Conclusiones:** La resección fragmentada comporta mayor tasa de cirugía oncológica de rescate y recurrencia en probable relación a la mala calidad del espécimen histológico y la consecuente infravaloración de los criterios de mal pronóstico. Este dato debe tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones terapéuticas en los CCRpT1 de bajo riesgo.