



160 - ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER RECTAL PT1-CONSORCIO EPIT1

Maria Daca-Alvarez^{1,2}, Cristina Manzotti¹, Diana Zaffalon³, Isabel Portillo⁴, Luis Bujanda⁵, Gemma Ibañez-Sanz^{6,7}, Alberto Herreros De Tejada⁸, Inmaculada Salces⁹, Lara Aguilera¹⁰, Irina S Luzko Scheid¹, Marta Ponce¹¹, Angeles Pizarro¹², David Barquero¹³, Ignasi Puig¹⁴, Pilar Diez-Redondo¹⁵, Fernando Martínez de Juan¹⁶, Victor Jair Morales Alvarado¹⁷, Marco Alburquerque¹⁸, Salvador Machlab¹⁹, Angel Ferrandez²⁰, Beatriz Peñas²¹, Alvaro Diaz-González²², Lluïsa Sargatal³, Rodrigo Jover²³, Luis Hernández²⁴, Alberto Pérez Pedrosa²⁵, Eva Musulen²⁶, Goretti Hernández²⁷, Marita Trelles²⁸, Akiko Ono²⁹, Jorge López Vicente³⁰ y Maria Pellisé Urquiza^{1,2,31}

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

Resumen

Póster con relevancia para la práctica clínica

Introducción: El tratamiento del cáncer rectal es diferente al de colon, y el tratamiento quirúrgico presenta mayores complicaciones y un mayor impacto en la calidad de vida. El tratamiento del cáncer rectal depende de la estadificación, y el pT1 rectal puede recibir tratamiento local, por lo que las decisiones terapéuticas se orientan a la preservación del órgano. La ecoendoscopia (USE) o la resonancia magnética nuclear (RMN) se utilizan normalmente para la estadificación locorregional. Sin embargo, no existen protocolos de estadificación bien establecidos para el cáncer de recto T1.

Objetivos: Describir el uso de la estadificación locorregional y analizar su desempeño en una cohorte de CCR pt1.

Métodos: Estudio de cohortes de base poblacional, multicéntrico español (Consortio EpiT1), que incluye 33 centros de 12 comunidades diferentes. Se incluyeron todos los casos de CCR pT1 diagnosticados entre 2007-2018, independientemente del tratamiento recibido. Se recopiló información sobre la demografía de los pacientes, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento, las complicaciones y la histología pT1, así como un seguimiento mínimo de 2 años. El análisis

multivariado se realizó mediante logística binaria.

Resultados: De 3.161 pacientes de la cohorte EpiT1, se incluyeron para el análisis 681 pacientes con cáncer de recto pT1 con información completa sobre la estadificación. 424/681 (62,3%) fueron estadificados: 234 (55,2%) solo con RMN, 131 (30,9%) RMN y USE, 59 (13,9%) solo USE. Las características asociadas de forma independiente a la estadificación (RMN y/o USE) fueron: localización en recto inferior/medio vs. superior (69,1 vs. 30,9%; OR 2,8 [1,7-4,5]), sospecha de invasión en la colonoscopia basal (64,8 vs. 35,2%; OR 2,6 [1,6-4,2]), histología de alto riesgo vs. bajo riesgo (69,5 vs. 30,5%; OR 2,4 [1,3-4,2]), manejo del paciente por otro especialista (cirujano, oncólogo, MDT) vs. gastroenterólogo (82,7% frente a 17,3%; OR 2,2 [1,3-3,7]). La estadificación T fue correcta con RMN en 54/191 (28,3%) y con USE en 69/117 (59%) y considerando la estadificación por RMN o USE, el 67,1% de los pacientes estaban sobreestadificados para la T. Para la estadificación N considerando RM o USE la sensibilidad y especificidad fueron 15,4% y 82,6%, respectivamente.

Conclusiones: Las técnicas de imagen para la estadificación locorregional tienen un rendimiento limitado y debe tenerse en cuenta a la hora de elegir la estrategia terapéutica del cáncer rectal T1. Para la estadificación T, teniendo en cuenta la alta tasa de sobreestadificación, parece razonable un enfoque escalonado utilizando la histopatología de una resección local en bloque como primer paso. Para la estadificación N, se debe realizar un gran esfuerzo para aumentar el rendimiento de las pruebas de estadificación en la práctica clínica.