



169 - VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE LOS CCRPT1 EN ESPAÑA

Irina Sofia Luzko Scheid¹, Maria Daca-álvarez^{1,2}, Diana Zaffalon³, Angelo Brunori¹, Liseth Rivero^{1,2}, Karmele Saez de Gordo⁴, Miriam Cuatrecasas⁴, Oswaldo Ortiz^{1,2}, Ignasi Puig⁵ y María Pellisé Urquiza^{1,2,6}

¹Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. ²Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, Barcelona. ³Consorci Sanitari de Terrassa. ⁴Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínic de Barcelona. ⁵Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

Resumen

Introducción: En la práctica habitual existe variabilidad en los criterios de estratificación de riesgo, tratamiento y seguimiento de pacientes con carcinoma colorrectal (CCR)-pT1.

Objetivos: Conocer la práctica habitual en el manejo del CCRpT1 en España.

Métodos: En noviembre de 2022, se envió por email a través de los grupos de trabajo de la AEG y de la SEED y de los investigadores del consorcio EpiT1 a médicos de centros españoles implicados en el manejo de los CCRpT1 una encuesta en formato Google Forms. La encuesta contenía 35 preguntas describiendo datos del centro y de los protocolos de manejo y 5 escenarios clínicos. Las respuestas fueron analizadas con SPSS v.22 de IBM.

Resultados: 131 médicos (93% digestólogos) de 16 CCAA contestaron a la encuesta. El 65% trabajan en hospitales académicos o de primer nivel. En el 94% de los hospitales existe comité de CCR y en el 32% uno de pólipos colorrectales. En el 65,9% de los centros se realiza resección endoscópica transmural y 65,1% disección submucosa (DSE), en el 93% resección transanal mínimamente invasiva (TAMIS) y en 97,7% cirugía laparoscópica de forma habitual. En la casi totalidad de los centros se reportan los criterios histológicos de mal pronóstico de forma habitual. Existe importante variabilidad en el médico especialista que suele llevar los casos de CCRpT1 y las decisiones están condicionadas por el especialista y por el centro. Solo el 32% de los centros remitirían a cirugía oncológica un CCR-pT1 en sigma con factores de buen pronóstico e invasión de la submucosa profunda mientras que el resto harían protocolos de vigilancia muy variables. La indicación de cirugía es más común entre cirujanos (43%) que gastroenterólogos (27%). Solo el 53% de los centros remitía a cirugía oncológica un pT1-CCR de colon ascendente con factores de buen pronóstico y margen afecto, mientras que un 24% haría vigilancia de la cicatriz a corto plazo. La actitud ante un CCR-pT1 de sigma de alto riesgo con contraindicación quirúrgica el seguimiento es muy variable. Solo el 26% de las LST-G rectales mixtas > 4cm no sugestivas de invasión, serían tratadas con mucosectomía en fragmentos mientras que en un 31% serían tratadas con DSE y el 9% con TAMIS.

Conclusiones: Se identifica una amplia disponibilidad de técnicas endoscópicas y quirúrgicas

mínimamente invasivas y una capacidad óptima de diagnóstico histológico en nuestro medio. Especialmente en manos de gastroenterólogos, se observa una tendencia a tratamientos locales preservadores de órganos en situaciones aún no claramente establecidas. La variabilidad entre especialistas en el manejo de los escenarios clínicos pone de manifiesto la necesidad de una visión de proceso interdisciplinaria en el manejo de los CCRpT1.