



## 47 - ADHESIÓN AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE DISPLASIA Y CÁNCER COLORRECTAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ESPAÑA: ESTUDIO COLABORATIVO DE AEG Y GETECCU

M.P. Ballester<sup>1</sup>, F. Mesonero<sup>2</sup>, P. Flórez-Diez<sup>3</sup>, C. Gómez<sup>1</sup>, E. Fuentes-Valenzuela<sup>4</sup>, N. Martín<sup>5</sup>, C. Senosiain<sup>2</sup>, M. Vela<sup>6</sup>, A. Fernández-Clotet<sup>7</sup>, P. Pérez-Galindo<sup>8</sup>, C. Rubín de Célix<sup>9</sup>, C. Calviño-Suárez<sup>10</sup>, R. Ferreiro-Iglesias<sup>10</sup>, B. Hermida<sup>11</sup>, R. Muñoz<sup>12</sup>, M. González-Vivo<sup>13</sup>, E. Brunet<sup>14</sup>, N. Jiménez<sup>15</sup>, B. Botella<sup>16</sup>, J. Yebra<sup>17</sup>, C. Suárez<sup>18</sup>, A. Bouhmidj<sup>19</sup>, R.M. Jurado<sup>19</sup>, A. López<sup>20</sup>, Á. Algarra<sup>20</sup>, P. Besó<sup>20</sup>, Á. Ponferrada<sup>21</sup>, R. Plaza<sup>21</sup>, C. Dueñas<sup>22</sup>, J.M. Benítez<sup>23</sup>, P. Soto<sup>23</sup>, E. Castillo<sup>24</sup>, E. Iyo<sup>25</sup>, J.A. Carbonell-Asíns<sup>26</sup>, B. Beltran<sup>27</sup> y M. Mínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Provincial de Pontevedra. <sup>9</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital de La Princesa, Madrid. <sup>10</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago. <sup>11</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. <sup>12</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital General de Alicante. <sup>13</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital del Mar, Barcelona. <sup>14</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Parc Taulí, Sabadell. <sup>15</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital General Universitario de Elche. <sup>16</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid. <sup>17</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario de Móstoles. <sup>18</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital La Paz, Madrid. <sup>19</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Santa Bárbara, Puertollano. <sup>20</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Doctor Peset, Valencia. <sup>21</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. <sup>22</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario de Cáceres. <sup>23</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>24</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Sant Jaume de Calella. <sup>25</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Comarcal de Inca. <sup>26</sup>Unidad de Bioinformática y bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia. <sup>27</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

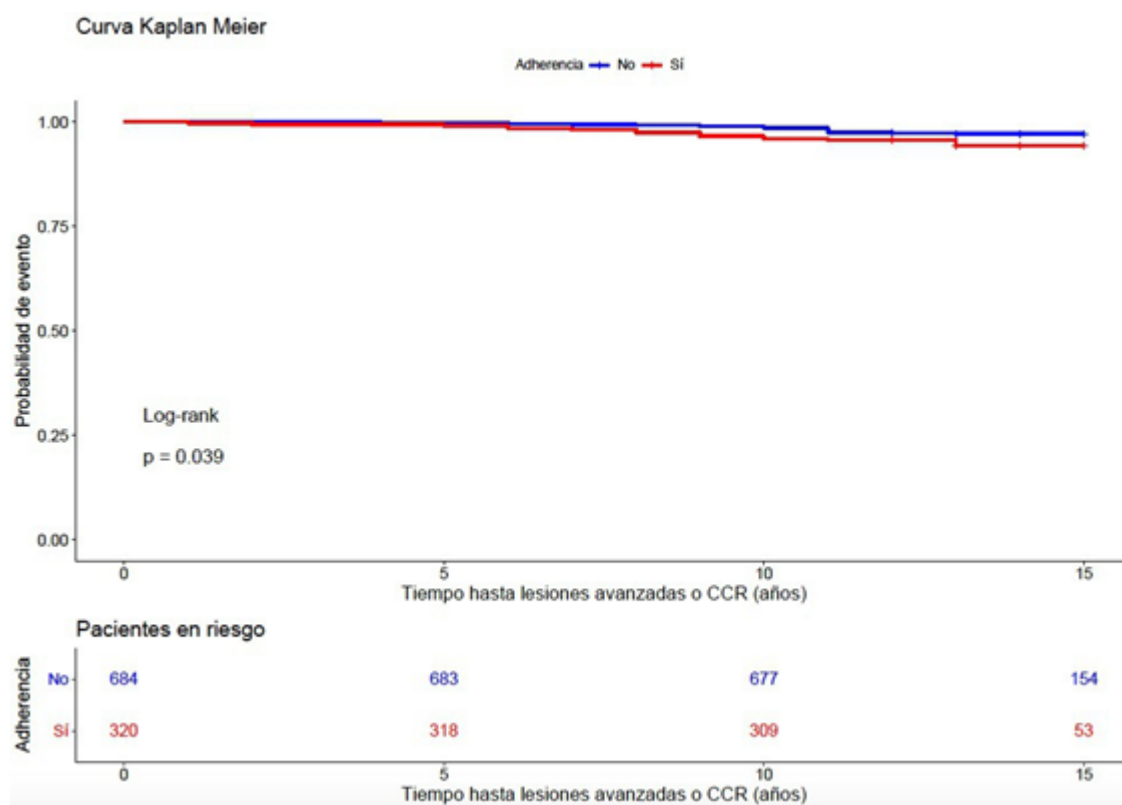
### Resumen

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de colon se asocia con un riesgo aumentado de cáncer colorrectal (CCR). Las guías actuales recomiendan vigilancia endoscópica; sin embargo, varios estudios muestran escaso cumplimiento. El objetivo principal fue analizar la adhesión a las guías de vigilancia endoscópica. El objetivo secundario fue evaluar la prevalencia y el tiempo hasta la detección de lesiones avanzadas o CCR.

**Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes con EII diagnosticados entre 2005-2008 y seguidos entre 2005-2020 con criterios de vigilancia endoscópica. Para evaluar la adhesión se utilizaron las guías ECCO 2013/2017. Se consideraron lesiones avanzadas las adenomatosas con > 25% de componente vellosa, > 1 cm o con displasia de alto grado o serradas > 1 cm o con cualquier grado de displasia. Para evaluar la relación entre la adhesión y la detección de lesiones avanzadas o

CCR se utilizó la regresión de Cox, el test de log-rank y Kaplan-Meier. Se consideraron significativos los p-valores < 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 1.004 pacientes de 25 centros, 52% hombres, con una mediana de 36 (26-47) años. El 87% realizaron vigilancia endoscópica. La no indicación por el médico (38%) y la actividad inflamatoria (37%) fueron las principales causas de no realización. La adhesión a la primera colonoscopia o al seguimiento posterior fue del 45% y 61%, con una adhesión total del 32%. La prevalencia de lesiones avanzadas o CCR fue del 4% con 7 casos de CCR. La adhesión se asoció con una mayor (HR: 1,97; IC: 1,02-3,79; p = 0,043) y más temprana detección de lesiones avanzadas o CCR desde el diagnóstico de la EII ( $13,04 \pm 1,7$  vs  $13,4 \pm 1,3$ ; p < 0,001) (fig. 1).



**Conclusiones:** La adhesión a las recomendaciones de la ECCO de vigilancia endoscópica es baja en España. La adhesión se relaciona con una mayor y más temprana detección de lesiones avanzadas o CCR.