



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## IMPACTO DEL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CCR BASADO EN TSOH EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL PT1

M. Daca Álvarez<sup>1,2</sup>, D. Zaffalon<sup>1,3</sup>, I. Portillo<sup>4,5</sup>, L. Bujanda<sup>6,7</sup>, I. Gil-Lasa<sup>6</sup>, G. Ibañez Sanz<sup>8,9</sup>, A. Herreros de Tejada<sup>10</sup>, I. Salces<sup>11</sup>, L. Aguilera<sup>12</sup>, G. Casanova<sup>1</sup>, M. Ponce<sup>13</sup>, Á. Pizarro<sup>14</sup>, D. Barquero<sup>15</sup>, I. Puig<sup>16</sup>, P. Díez Redondo<sup>17</sup>, F. Martínez de Juan<sup>18</sup>, M. Jimeno<sup>19</sup>, M. Alburquerque<sup>20</sup>, S. Machlab<sup>21</sup>, Á. Ferrández<sup>22</sup>, B. Peñas<sup>23</sup>, Á. Díaz-González<sup>24</sup>, Ll. Sargatal<sup>3</sup>, R. Jover<sup>25</sup>, L. Hernández Villalba<sup>26</sup>, A. Pérez Pedrosa<sup>27</sup>, E. Musulen<sup>28,29</sup>, G. Hernández<sup>30</sup>, M. Trelles<sup>31</sup>, A. Ono<sup>32</sup>, J. López Vicente<sup>33</sup> y M. Pellisé<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. <sup>3</sup>Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>4</sup>Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. <sup>5</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces, Bizkaia. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Donostia. <sup>7</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, San Sebastián. <sup>8</sup>Hospital de Bellvitge, Barcelona. <sup>9</sup>ICO Institut Català d'Oncologia, Barcelona. <sup>10</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. <sup>11</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>12</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>13</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>14</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>15</sup>Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. <sup>16</sup>Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>17</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>18</sup>Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. <sup>19</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>20</sup>Hospital de Palamós. <sup>21</sup>Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. <sup>22</sup>Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. <sup>23</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>24</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>25</sup>Hospital General Universitario de 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-Grupo Quironsalud, Barcelona. <sup>29</sup>Institut de Recerca contra la Leucèmia Josep Carreras, Barcelona. <sup>30</sup>Hospital Universitario de Canarias. <sup>31</sup>Hospital de Inca. <sup>32</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>33</sup>Hospital Universitario de Móstoles.

## Resumen

**Introducción:** La implementación de programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) ha duplicado la incidencia de cáncer invasivo incipiente con invasión de la submucosa (pT1), originado sobre pólipos tratados endoscópicamente.

**Objetivos:** Comparar las características y el manejo de los CCRpT1 diagnosticados fuera y dentro del cribado poblacional de CCR con test de sangre oculta en heces.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico español (Consortio Epi T1) que incluye todos los casos de CCRpT1 diagnosticados entre 2007-2018 independientemente del tratamiento recibido. Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística binaria y de Cox.

**Resultados:** De un total de 3.649 pacientes, se incluyeron 3.163 para el análisis. 1.417 (45%) se diagnosticaron en el programa de cribado y 1.745 (55%) por fuera del programa. Las características basales de los pacientes, la colonoscopia y las lesiones fueron significativamente diferentes en la cohorte del cribado vs. el resto: varones (65 vs. 59%,  $p = 0,001$ ), edad del paciente ( $61,9 \pm 6,6$  vs.  $68,8 \pm 10,9$ ,  $p = 0,001$ ), comorbilidad (ASA I-II) (85 vs. 66%  $p < 0,001$ ), preparación intestinal adecuada (94 vs. 84%  $p < 0,001$ ), tasa de intubación cecal (97 vs. 91%  $p < 0,001$ ), tamaño de lesión

(21,2 ± 10,9 vs. 25,4 ± 14,1 p = 0,001) y ubicación distal del tumor (86 vs. 78% p < 0,001). El manejo de los CCRpT1 fue significativamente diferente en la cohorte de cribado frente al resto: tratamiento endoscópico primario (79 vs. 65%; p < 0,001), tratamiento quirúrgico secundario (39 vs. 44%; p = 0,04) y tratamiento endoscópico definitivo (48 vs. 37%; p < 0,001). El programa de cribado se asoció de forma independiente a mayor tratamiento endoscópico primario y definitivo (tabla). La supervivencia global fue del 93,3 vs. 80,3% mientras que la supervivencia por CCR fue de 98,5 vs. 97,2%.

Tabla . Factores asociados al tratamiento primario y definitivo del CCR pT1 (modelo de regresión logística multivariable)

			Tratamiento endoscópico primario		Tratamiento quirúrgico secundario		Tratamiento endoscópico definitivo	
			OR ajustado (IC 95%)	Valor p	OR ajustado (IC 95%)	Valor p	OR ajustado (IC 95%)	Valor p
<b>Indicación</b>	Programa de Cribado Poblacional de CCR	No	1	<0,001	1	0,32	1	0,03
		Si	1,6(1,25 to 2,07)		0,90(0,73 to 1,10)		1,23 (1,01 to 1,49)	
<b>Características del paciente</b>	Edad	< 65 años	1	0,05	1	0,001	1	0,008
		> 65 años	0,3(0,23 to 0,38)		0,70(0,57 to 0,85)		1,29 (1,07 to 1,57)	
	Sexo	Mujer	1	0,77	1	0,72	1	0,82
		Hombre	1,03(0,81 to 1,31)		0,96(0,78 to 1,17)		1,02(0,84 to 1,23)	
	Grado de Comorbilidad (ASA)	ASA HI	1	0,06	1	0,01	1	0,006
		ASA III-IV	1,29(0,98 to 1,70)		0,75 (0,59 to 0,95)		1,35( 1,08 to 1,68)	
<b>Características de la lesión</b>	Tamaño	< 20 mm	1	<0,001	1	<0,001	1	<0,001
		> 20 mm	0,3(0,23 to 0,38)		1,52(1,25 to 1,85)		0,48 (0,40 to 0,58)	
	Localización	Proximal al ángulo esplénico	1	<0,001	1	<0,001	1	<0,001
		Distal al ángulo esplénico	2,4(1,84 to 3,15)		0,50(0,36 to 0,69)		2,55(1,90 to 3,43)	
	Morfología	No pediculados	1	<0,001	1	<0,001	1	<0,001
		Pediculados	7,17(5,29 to 9,72)		0,38(0,31 to 0,47)		3,81( 3,18 to 4,56)	

**Conclusiones:** El CCRpT1 detectado en el contexto del programa de cribado poblacional se asocia a mayor resección endoscópica como tratamiento primario y definitivo sin repercusión en la supervivencia.