



EFICACIA ONCOLÓGICA DE LA DSE EN CÁNCER COLORRECTAL PRECOZ

Diego de Frutos Rosa¹, José Santiago García¹, Fátima Valentín Gómez¹, Antonio Miguel Martins da Pinto¹, Elena Santos Pérez¹, Esther Blázquez¹, Begoña Molinero¹, Ana Isabel Cabrero¹ y Alberto Herreros de Tejada^{1,2,3}

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ²Hospital Universitario La Luz, Madrid. ³Hospital MD Anderson Cancer Center Madrid.

Resumen

Introducción: La DSE se ha establecido como alternativa de tratamiento del adenocarcinoma colorrectal precoz (ACCRP), sin embargo, la presencia de factores histológicos de mal pronóstico (FHMP) limita su eficacia desde el punto de vista oncológico llevando a recomendar tratamientos complementarios. La última evidencia científica disponible sugiere que la invasión submucosa profunda (ISP) no puede seguir siendo considerada un factor independiente de mal pronóstico. Además, recientes guías clínicas cuestionan la necesidad de un margen > 1 mm para considerar el borde de resección libre. A la vista de esto, podrían definirse unos criterios expandidos de curación siempre que el borde de resección esté libre de tumor, independientemente de la distancia al mismo y al margen del grado de invasión en la capa submucosa.

Objetivos: Primario: evaluar la proporción de resecciones curativas tras DSE en ACCRP según guías clínicas vigentes. Secundarios: Analizar la prevalencia de FHMP y su asociación con riesgo de metástasis ganglionar en piezas quirúrgicas. Analizar la potencial reducción de indicación de cirugía aplicando criterios expandidos de curación.

Métodos: Análisis de un registro prospectivo de DSE colorrectal realizadas en 3 centros entre enero 2012 y mayo 2023. La asociación entre los FHMP y la afectación ganglionar se determina con análisis de regresión logística uni y multivariable.

Resultados: Se incluyen 672 DSE colorrectales. 83 (12,4%) presentaban adenocarcinoma. Según guías clínicas vigentes, la proporción de resección curativa fue del 19,3%. Se recomendó cirugía complementaria en 50 casos. Finalmente 32 se operaron. No se observó tumor residual en ninguna pieza quirúrgica. Se identificó afectación ganglionar en 4 casos (12,5%), todos ellos con > 1 FHMP. Hubo una muerte en relación con complicaciones postquirúrgicas. La prevalencia de FHMP fue: margen profundo afecto 62,7%, ISP 58,7%, alto grado 32%, invasión linfovascular 20%, *budding* intermedio/alto 12%. Solo la invasión linfovascular alcanzó significación estadística en el análisis univariado como factor predictor de metástasis linfática (OR 10,4). De las DSE no curativas, 5 (8,5%) fueron clasificadas como margen vertical afecto por encontrarse este a < 1 mm del borde quirúrgico, mientras que 19 (32,2%) presentaban ISP. Considerando los criterios expandidos de curación (bajo grado, sin invasión linfovascular, *budding* tumoral ausente o bajo y margen libre de tumor independientemente de la distancia al mismo) la proporción de DSE curativa sería del 40%, habiendo podido evitar la recomendación de cirugía complementaria en 12 casos (20%).

Conclusiones: Los criterios actuales de curación endoscópica tras DSE en ACCRP son muy estrictos, limitando su eficacia oncológica. La baja tasa de afectación ganglionar sugiere que los beneficios podrían no superar la morbilidad asociada a la cirugía en muchos casos. Se necesitan estudios más amplios para evaluar la eficacia real de los criterios de curación endoscópica en ACCRP.