



P-166 - IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES DE DESARROLLO DE CÁNCER COLORRECTAL INCIDENTE EN EL SÍNDROME DE LYNCH

A. Sánchez¹, M. Navarro², L. Moreno¹, T. Ocaña¹, M. Pineda², F. Rodríguez-Moranta³, L. Rodríguez-Alonso³, A. Soriano³, T. Ramón y Cajal⁴, G. Llorca^{5,6}, C. Yagüe^{5,6}, M. Dolores Picó⁷, R. Jover⁷, A. Lopez-Fernández⁸, E. Martínez-Castro⁹, C. Álvarez¹⁰, X. Bessa¹⁰, L. Rivas¹¹, J. Cubiella¹¹, D. Rodríguez-Alcalde¹², A. Dacal¹³, M. Herraiz¹⁴, C. Garau¹⁵, L. Bujanda¹⁶, L. Cid¹⁷, C. Poves¹⁸, M. Garzon¹⁹, A. Pizarro¹⁹, I. Salces²⁰, M. Ponce²¹, M. Carrillo-Palau²², E. Aguirre²³, E. Saperas²⁴, A. Suárez²⁵, V. Piñol²⁶, R. Lleuger-Pujol²⁶, E. Martínez-Bauer²⁷, C. Romero⁶, A. Gisbert-Beamud⁴, G. Jung¹, S. Carballal¹, L. Rivero¹, M. Pellisé¹, J. Balmaña⁸, J. Brunet^{2,26}, A. Castells¹, G. Capellà², L. Moreira¹, M. Serra²⁸ y F. Balaguer¹

¹Hospital Clínic, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona. ²Institut Català d'Oncologia, Barcelona. ³Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁴Hospital de la Santa Creu i San Pau, Barcelona. ⁵Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ⁶Consorci Sanitari de Terrassa. ⁷Hospital General Universitario de Alicante. ⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ¹⁰Hospital del Mar, Barcelona. ¹¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ¹²Hospital Universitario de Móstoles. ¹³Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. ¹⁴Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona. ¹⁵Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹⁶Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ¹⁷Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁸Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹⁹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València. ²²Hospital Universitario de Canarias, Universidad de La Laguna, Tenerife. ²³Hospital Quirón, Zaragoza. ²⁴Hospital General de Catalunya, Barcelona. ²⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²⁶Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²⁷Hospital Parc Taulí, Sabadell. ²⁸Universitat de Barcelona Centre de Recerca en Economia i Salut, Cres-UPF, Barcelona.

Resumen

Introducción: La colonoscopia ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en pacientes con síndrome de Lynch (SL). Sin embargo, estudios recientes revelan una incidencia de CCR bajo seguimiento endoscópico de hasta el 40% a los 70 años.

Objetivos: Identificar factores clínicos, genéticos y endoscópicos que predigan el desarrollo de CCR bajo vigilancia endoscópica en SL.

Métodos: Estudio multicéntrico con recogida retrospectiva de datos demográficos, antecedentes familiares y personales de cáncer y protocolos de vigilancia en pacientes con SL (EPICOLON III). Se calculó de la incidencia acumulada de CCR en portadores sanos (sin CCR previo) bajo vigilancia endoscópica por gen y sexo. Se consideró fecha de inclusión la primera colonoscopia completa de cribado y se revisó el seguimiento endoscópico.

Resultados: entre 2015-2017 se incluyeron 1.108 casos de SL, 631 mujeres (56,9%), con una mediana de edad de 53 (DE = 15,4) años, y una mediana de seguimiento 50,85 (DE = 47,6) meses. Por gen se incluyeron: 448 (40,4%) MLH1, 372 (33,6%) MSH2, 197 (17,9%) MSH6, 68 (6,1%) PMS2 y 23 (2,1%) EPCAM. La prevalencia de CCR fue del 41,4% (n = 459). Se identificaron 666 portadores

sanos, seleccionando 538 con vigilancia endoscópica comprobada, diagnosticando 17 (3,1%) CCR durante el seguimiento (por gen: 7/192 MLH1, 9/192 MSH2, 1/113 MSH6, 0/37 PMS2 y 0/5 EPCAM). En 7/17 casos el seguimiento endoscópico fue inadecuado (4 por intervalos de vigilancia > 3 años y 3 por limpieza intestinal inadecuada) (figs.). La incidencia acumulada de CCR a los 70 años por gen fue: 13,8% MLH1 (IC95%: 5,9-10,4%), 18,5% MSH2 (IC95%: 8,8-36,4%) y 1% MSH6 (IC95%: 0,15-7,1%); y por sexo 16,7% (IC95%: 8-21,1%) en hombres y 8,7% (IC95%: 3,9-19%) en mujeres.

Gen	Sexo	Edad CCR	TNM	Nº de colonoscopias previas al CCR	Edad 1ª colonoscopia	Seguimiento (meses)	Colonoscopia previa al CCR					
							Tiempo transcurrido (meses)	Completa	Limpieza adecuada	Resultado	Cromoendoscopia / Alta definición	
1	MLH1	Mujer	41	T1N0Mx	1	37	247,46	42	Si	Si	Normal	No
2	MSH2	Hombre	44	T1N0M0	12	20	297,86	13	Si	Si	Normal	No
3	MSH2	Hombre	55	T1N0Mx	7	43	140,32	12	Si	Si	Normal	No
4	MSH2	Hombre	51	T1N0M0	10	33	190,09	14	Si	Si	Pólipos	No
5	MSH2	Mujer	64	T1N0M0	3	61	32,56	12	Si	Si	Normal	Alta definición
6	MLH1	Mujer	64	T2N0M0	1	63	25,07	12	Si	Si	Pólipos	Desconocido
7	MLH1	Mujer	58	T3N0M0	2	49	230,77	12	Si	Si	Pólipos	No
8	MSH2	Hombre	59	T4N0M0	4	53	83,68	10	Si	No	Normal	No
9	MLH1	Mujer	52	T1N0M0	6	45	74,97	15	Si	Si	Normal	No
10	MLH1	Mujer	55	T1NxMx	5	49	154,12	12	Si	No	Normal	Desconocido
11	MLH1	Hombre	35	T1N1Mx	5	31	52,50	13	Si	Si	Normal	Si
12	MSH2	Hombre	44	T3N1M0	1	39	129,02	40	Si	Si	Normal	Desconocido
13	MLH1	Hombre	48	T3N2Mx	4	42	83,42	11	Si	No	Normal	No
14	MSH6	Hombre	35	T4N2M0	3	30	109,24	22	Si	Si	Normal	Desconocido
15	MLH1	Mujer	44	Desconocido	2	33	177,61	42	Si	Si	Normal	Desconocido
16	MSH2	Mujer	43	Desconocido	1	42	31,82	15	Si	Desconocido	Normal	Desconocido
17	MSH2	Hombre	61	Desconocido	2	59	85,42	42	Si	Si	Normal	No

Figure.1. Incidencia acumulada de CCR por gen

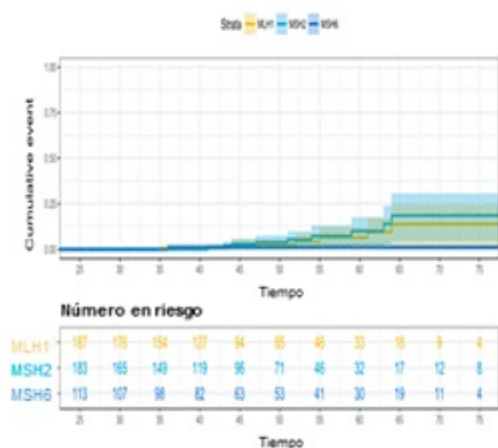
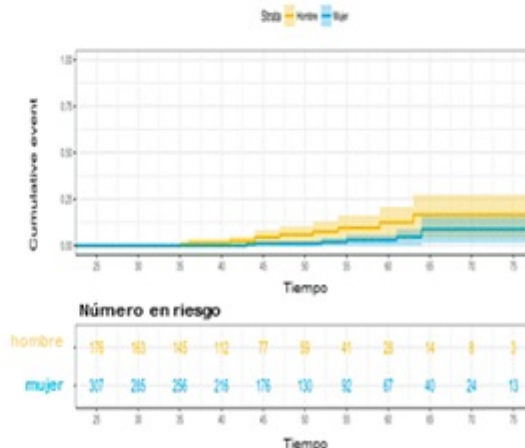


Figure.2. Incidencia acumulada de CCR por sexo



Conclusiones: La colonoscopia es altamente efectiva para la prevención del CCR en el SL. El cumplimiento de los estándares de calidad endoscópica es clave para su efectividad.