



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 173 - SOBRETATAMIENTO EN LESIONES NO MALIGNAS DETECTADAS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL: ANÁLISIS TRANSVERSAL

J. Cubiella<sup>1,2,3</sup>, A. González<sup>4</sup>, R. Almazán<sup>5</sup>, E. Rodríguez-Camacho<sup>5</sup>, R. Zubizarreta<sup>5</sup> e I. Peña-Rey Lorenzo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Ourense. <sup>5</sup>Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela.

### Resumen

**Introducción:** Aunque los programas de detección del cáncer colorrectal (CCR) reducen la incidencia y la mortalidad por CCR, someten a riesgos en sujetos sanos. No existe suficiente información sobre el sobretatamiento y sobrediagnóstico en el cribado del CCR. El objetivo de este estudio es describir las tasas de cirugía en pacientes con lesiones no malignas detectadas dentro de la primera ronda de un programa de cribado de CCR basado en el test inmunológico de sangre oculta en heces y los factores asociados.

**Métodos:** Incluimos en este análisis a todos los pacientes con lesiones no malignas detectadas entre mayo de 2013 y junio de 2019 en el programa poblacional de cribado de CCR de Galicia. Calculamos la tasa de cirugía según las variables demográficas, la clasificación de riesgo de la guía europea de cribado, los endoscopistas clasificados en cuartiles de la tasa de detección de adenomas (TDA) y el nivel de complejidad del hospital. Determinamos qué variables se asociaron de forma independiente con la tasa de cirugía en una regresión logística multivariable y expresamos la asociación como Odds Ratio y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** Incluimos en el análisis a 15707 pacientes con adenomas de riesgo alto (19,3%), intermedio (25,1%) bajo (21,7%) y colonoscopia normal (27,8%). Requirieron cirugía 162 pacientes (10,3%, IC95% 8,7-11,9), debido a complicaciones de la colonoscopia (0,2%, IC95% 0,005-0,5) y resección de lesiones colorrectales benignas (10,0%, IC95% 8,5-11,6). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 6 días, el 17,3% de los pacientes desarrollaron complicaciones menores, el 7,4% complicaciones mayores y una muerte. Después del alta, se desarrollaron complicaciones en el 18,4% de los pacientes. En las lesiones benignas se realizó inicialmente una resección endoscópica en el 25,4% y en la resección quirúrgica se detectó lesión residual en el 89,9%. Las variables asociadas de forma independiente con la cirugía en el análisis multivariable fueron la edad ( $\geq 60$  años: 1,57, IC95% 1,11-2,23), sexo (mujer: 2,10, IC95% 1,52-2,91), clasificación de la guía europea (alto riesgo: 67,94, IC95% 24,87-185,59; riesgo intermedio: 5,63, IC95% 1,89-16,80; bajo riesgo: 1,43, IC95% 0,36-5,75), la TDA del endoscopista (Q4: 0,44, IC95% 0,28-0,68; Q3: 0,44, IC95%: 0,27-0,71; Q2: 0,71, IC95% 0,44 -1,14) y el hospital (tercer nivel: 0,54, IC95%: 0,38-0,79).

**Conclusiones:** En un programa de cribado de CCR, la tasa de cirugía y las complicaciones

asociadas en pacientes con lesiones no malignas son aceptables y están relacionadas con la edad, el sexo, los hallazgos endoscópicos, la TDA del endoscopista y la complejidad del hospital.