



## 160 - ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER RECTAL PT1-CONSORCIO EPIT1

Maria Daca-Alvarez<sup>1,2</sup>, Cristina Manzotti<sup>1</sup>, Diana Zaffalon<sup>3</sup>, Isabel Portillo<sup>4</sup>, Luis Bujanda<sup>5</sup>, Gemma Ibañez-Sanz<sup>6,7</sup>, Alberto Herreros De Tejada<sup>8</sup>, Inmaculada Salces<sup>9</sup>, Lara Aguilera<sup>10</sup>, Irina S Luzko Scheid<sup>1</sup>, Marta Ponce<sup>11</sup>, Angeles Pizarro<sup>12</sup>, David Barquero<sup>13</sup>, Ignasi Puig<sup>14</sup>, Pilar Diez-Redondo<sup>15</sup>, Fernando Martínez de Juan<sup>16</sup>, Victor Jair Morales Alvarado<sup>17</sup>, Marco Alburquerque<sup>18</sup>, Salvador Machlab<sup>19</sup>, Angel Ferrandez<sup>20</sup>, Beatriz Peñas<sup>21</sup>, Alvaro Diaz-González<sup>22</sup>, Lluïsa Sargatal<sup>3</sup>, Rodrigo Jover<sup>23</sup>, Luis Hernández<sup>24</sup>, Alberto Pérez Pedrosa<sup>25</sup>, Eva Musulen<sup>26</sup>, Goretti Hernández<sup>27</sup>, Marita Trelles<sup>28</sup>, Akiko Ono<sup>29</sup>, Jorge López Vicente<sup>30</sup> y Maria Pellisé Urquiza<sup>1,2,31</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, Barcelona. <sup>3</sup>Consorti Sanitari de Terrassa. <sup>4</sup>Osakidetza Barakaldo País Vasco. <sup>5</sup>Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. <sup>6</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>7</sup>ICO Institut Català d'Oncologia, Barcelona. <sup>8</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>9</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>10</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>11</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>12</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>13</sup>Hospital de Sant Joan Despí. <sup>14</sup>Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>15</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>16</sup>Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. <sup>17</sup>Hospital General de Granollers. <sup>18</sup>Hospital de Palamós. <sup>19</sup>Consortio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell. <sup>20</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>21</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>22</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>23</sup>Hospital General Universitari d'Alacant. <sup>24</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>25</sup>Complejo Hospitalario de Ourense. <sup>26</sup>Hospital Universitari General de Catalunya, Barcelona. <sup>27</sup>Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. <sup>28</sup>Hospital Comarcal d'Inca. <sup>29</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>30</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>31</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

## Resumen

### **Póster con relevancia para la práctica clínica**

**Introducción:** El tratamiento del cáncer rectal es diferente al de colon, y el tratamiento quirúrgico presenta mayores complicaciones y un mayor impacto en la calidad de vida. El tratamiento del cáncer rectal depende de la estadificación, y el pT1 rectal puede recibir tratamiento local, por lo que las decisiones terapéuticas se orientan a la preservación del órgano. La ecoendoscopia (USE) o la resonancia magnética nuclear (RMN) se utilizan normalmente para la estadificación locorregional. Sin embargo, no existen protocolos de estadificación bien establecidos para el cáncer de recto T1.

**Objetivos:** Describir el uso de la estadificación locorregional y analizar su desempeño en una cohorte de CCR pt1.

**Métodos:** Estudio de cohortes de base poblacional, multicéntrico español (Consortio EpiT1), que incluye 33 centros de 12 comunidades diferentes. Se incluyeron todos los casos de CCR pT1 diagnosticados entre 2007-2018, independientemente del tratamiento recibido. Se recopiló información sobre la demografía de los pacientes, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento, las complicaciones y la histología pT1, así como un seguimiento mínimo de 2 años. El análisis

multivariado se realizó mediante logística binaria.

**Resultados:** De 3.161 pacientes de la cohorte EpiT1, se incluyeron para el análisis 681 pacientes con cáncer de recto pT1 con información completa sobre la estadificación. 424/681 (62,3%) fueron estadificados: 234 (55,2%) solo con RMN, 131 (30,9%) RMN y USE, 59 (13,9%) solo USE. Las características asociadas de forma independiente a la estadificación (RMN y/o USE) fueron: localización en recto inferior/medio vs. superior (69,1 vs. 30,9%; OR 2,8 [1,7-4,5]), sospecha de invasión en la colonoscopia basal (64,8 vs. 35,2%; OR 2,6 [1,6-4,2]), histología de alto riesgo vs. bajo riesgo (69,5 vs. 30,5%; OR 2,4 [1,3-4,2]), manejo del paciente por otro especialista (cirujano, oncólogo, MDT) vs. gastroenterólogo (82,7% frente a 17,3%; OR 2,2 [1,3-3,7]). La estadificación T fue correcta con RMN en 54/191 (28,3%) y con USE en 69/117 (59%) y considerando la estadificación por RMN o USE, el 67,1% de los pacientes estaban sobreestadificados para la T. Para la estadificación N considerando RM o USE la sensibilidad y especificidad fueron 15,4% y 82,6%, respectivamente.

**Conclusiones:** Las técnicas de imagen para la estadificación locorregional tienen un rendimiento limitado y debe tenerse en cuenta a la hora de elegir la estrategia terapéutica del cáncer rectal T1. Para la estadificación T, teniendo en cuenta la alta tasa de sobreestadificación, parece razonable un enfoque escalonado utilizando la histopatología de una resección local en bloque como primer paso. Para la estadificación N, se debe realizar un gran esfuerzo para aumentar el rendimiento de las pruebas de estadificación en la práctica clínica.