



PRONÓSTICO DE LOS CCRPT1 DE BAJO RIESGO RESECADOS LOCALMENTE EN BLOQUE Y EN FRAGMENTOS - ESTUDIO COMPARATIVO CON DOS COHORTES INTERNACIONALES: CONSORCIO EPIT1 Y DUTCH PT1CRC STUDY GROUP

Maria Daca-álvarez^{1,2}, Kim M. Gijssbers^{3,4}, Diana Zaffalon⁵, Isabel Portillo, Luis Bujanda⁷, Gemma Ibañez-Sanz^{8,9}, Alberto Herreros de Tejada¹⁰, Inmaculada Salces¹¹, Lara Aguilera¹², Irina S. Luzko Shceid¹³, Marta Ponce¹⁴, Ángeles Pizarro¹⁴, David Barquero¹⁵, Ignasi Puig¹⁶, Pilar Diez-Redondo¹⁷, Fernando Martínez de Juan¹⁸, Victor Jair Morales Alvarado¹⁹, Marco Albuquerque²⁰, Salvador Machlab²¹, Ángel Ferrández²², Beatriz Peñas²³, Alvaro Diaz-González²⁴, Lluïsa Sargatal⁵, Rodrigo Jover²⁵, Luis Hernández²⁶, Alberto Pérez Pedrosa²⁷, Eva Musulen²⁸, Goretti Hernández²⁹, Marita G. Trelles³⁰, Akiko Ono³¹, Jorge López Vicente³², Leon M.G. Moons³ y Maria Pellise^{33,34,35}

¹Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. ²Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, Barcelona. ³Department of Gastroenterology, University Medical Center Utrecht, Países Bajos. ⁴Department of Gastroenterology, Deventer Hospital, Deventer, Países Bajos. ⁵Consorti Sanitari de Terrassa. ⁶Osakidetza Barakaldo, País Vasco. ⁷Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. ⁸ICO Institut Català d'Oncologia, Barcelona. ⁹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁰Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. ¹¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ¹³Hospital Clínico de Valencia. ¹⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ¹⁵Hospital de Sant Joan Despí. ¹⁶Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ¹⁷Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid. ¹⁸Fundacion Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. ¹⁹Hospital General de Granollers. ²⁰Hospital de Palamós. ²¹Consortio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell. ²²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²³Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ²⁵Hospital General Universitari d'Alacant, Alicante. ²⁶Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. ²⁷Complejo Hospitalario de Ourense. ²⁸Hospital Universitari General de Catalunya, Barcelona. ²⁹Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ³⁰Hospital Comarcal d'Inca. ³¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³²Hospital Universitario de Móstoles. ³³Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. ³⁴Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, Barcelona. ³⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

Resumen

Introducción: El tratamiento de elección de los cánceres colorrectales pT1 de bajo riesgo es local, siempre y cuando la resección haya sido en bloque y con márgenes libres. Existe controversia sobre el manejo de los CCRT1 de bajo riesgo resecados en fragmentos.

Objetivos: Evaluar la tasa de cirugía de rescate y supervivencia de los CCR PT1 de bajo riesgo resecados de forma local en bloque y fragmentada.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes de dos cohortes multicéntricas europeas de CCRpT1 (Consortio EpiT1 y Dutch pT1CRC study group). Los criterios de exclusión fueron tratamiento primario quirúrgico, resección local incompleta, falta de información sobre la histología, ausencia de seguimiento mínimo de 2 años, presencia de algún criterio histológico de mal

pronóstico (mal diferenciado, invasión linfovascular). Las variables finales fueron tasa de cirugía de rescate, y supervivencia libre de enfermedad. Se realizó análisis ajustado mediante regresión logística binaria.

Resultados: Se incluyeron 3.918 pacientes con CCRpT1: 822 (21%) resecados en fragmentos y 3.096 (79%) resecados en bloque. Las características basales de los pacientes fueron similares en ambos grupos: edad media $66,88 \pm 9,7$ vs. $66,59 \pm 9,4$ ($p = 0,46$); mujeres 38,6 vs. 37,7% ($p = 0,66$); comorbilidades (ASA I-II), 80,0 vs. 80,7% ($p = 0,63$), respectivamente. Las lesiones resecadas en fragmentos fueron más grandes ($28,0 \pm 13,2$ vs. $18,9 \pm 10,3$, $p < 0,00$), de localización más proximal (49,9 vs. 67,2%, $p < 0,00$) y presentaron más márgenes afectos o no evaluables (60,9 vs. 15,1% $p < 0,00$) que las resecadas en bloque. En el análisis ajustado, los CCR PT1 resecados en fragmentos a pesar de ser sometidos más frecuentemente a cirugía oncológica de rescate (46,6 vs. 23,6%, $p < 0,00$), tuvieron peor supervivencia libre de enfermedad a los 5 años (94,6 vs. 97,4%, $p = 0,004$) que los CCRpT1 resecados en bloque.

Conclusiones: La resección fragmentada comporta mayor tasa de cirugía oncológica de rescate y recurrencia en probable relación a la mala calidad del espécimen histológico y la consecuente infravaloración de los criterios de mal pronóstico. Este dato debe tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones terapéuticas en los CCRpT1 de bajo riesgo.