



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

A. Sánchez<sup>1</sup>, M. Navarro<sup>2</sup>, L. Moreno<sup>1</sup>, T. Ocaña<sup>1</sup>, M. Pineda<sup>2</sup>, F. Rodríguez-Moranta<sup>3</sup>, L. Rodríguez-Alonso<sup>3</sup>, A. Soriano<sup>3</sup>, T. Ramón y Cajal<sup>4</sup>, G. Llorca<sup>5,6</sup>, C. Yagüe<sup>5,6</sup>, M. Dolores Picó<sup>7</sup>, R. Jover<sup>7</sup>, A. Lopez-Fernández<sup>8</sup>, E. Martínez-Castro<sup>9</sup>, C. Álvarez<sup>10</sup>, X. Bessa<sup>10</sup>, L. Rivas<sup>11</sup>, J. Cubiella<sup>11</sup>, D. Rodríguez-Alcalde<sup>12</sup>, A. Dacal<sup>13</sup>, M. Herraiz<sup>14</sup>, C. Garau<sup>15</sup>, L. Bujanda<sup>16</sup>, L. Cid<sup>17</sup>, C. Poves<sup>18</sup>, M. Garzon<sup>19</sup>, A. Pizarro<sup>19</sup>, I. Salces<sup>20</sup>, M. Ponce<sup>21</sup>, M. Carrillo-Palau<sup>22</sup>, E. Aguirre<sup>23</sup>, E. Saperas<sup>24</sup>, A. Suárez<sup>25</sup>, V. Piñol<sup>26</sup>, R. Lleuger-Pujol<sup>26</sup>, E. Martínez-Bauer<sup>27</sup>, C. Romero<sup>6</sup>, A. Gisbert-Beamud<sup>4</sup>, G. Jung<sup>1</sup>, S. Carballal<sup>1</sup>, L. Rivero<sup>1</sup>, M. Pellisé<sup>1</sup>, J. Balmaña<sup>8</sup>, J. Brunet<sup>2,26</sup>, A. Castells<sup>1</sup>, G. Capellà<sup>2</sup>, L. Moreira<sup>1</sup>, M. Serra<sup>28</sup> y F. Balaguer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona. <sup>2</sup>Institut Català d'Oncologia, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. <sup>4</sup>Hospital de la Santa Creu i San Pau, Barcelona. <sup>5</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. <sup>6</sup>Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>7</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>8</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>9</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>10</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>11</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>12</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>13</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. <sup>14</sup>Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona. <sup>15</sup>Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca. <sup>16</sup>Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. <sup>17</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. <sup>18</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>19</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>20</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>21</sup>Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València. <sup>22</sup>Hospital Universitario de Canarias, Universidad de La Laguna, Tenerife. <sup>23</sup>Hospital Quirón, Zaragoza. <sup>24</sup>Hospital General de Catalunya, Barcelona. <sup>25</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>26</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>27</sup>Hospital Parc Taulí, Sabadell. <sup>28</sup>Universitat 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	46	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

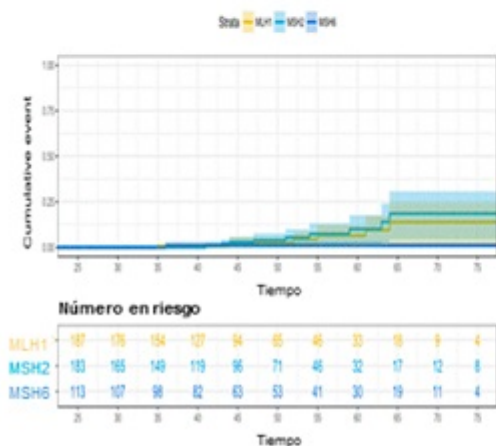
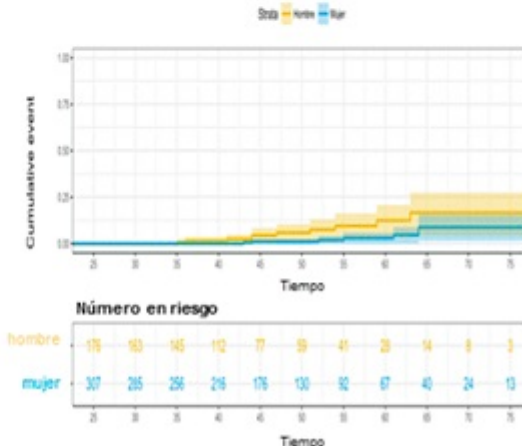


Figure.2. Incidencia acumulada de CCR por sexo



**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.