



## O-29 - VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE LA CLASIFICACIÓN NICE PARA PREDECIR INVASIÓN PROFUNDA DE LA SUBMUCOSA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

I. Puig<sup>1</sup>, M. López-Cerón<sup>2</sup>, A. Arnau<sup>1</sup>, Ò. Rosiñol<sup>1</sup>, M. Cuatrecasas<sup>2</sup>, A. Herreros-de-Tejada<sup>3</sup>, M. Serra-Burriel<sup>4</sup>, Á. Ferrández<sup>5</sup>, Ó. Nogales<sup>6</sup>, F. Vida<sup>1</sup>, L. de Castro<sup>7</sup>, J. López-Vicente<sup>8</sup>, P. Vega<sup>9</sup>, M.A. Álvarez-González<sup>10</sup>, J. González-Santiago<sup>11</sup>, M. Hernández-Conde<sup>3</sup>, P. Díez-Redondo<sup>12</sup>, L. Rivero Sánchez<sup>2</sup>, A. Gimeno-García<sup>13</sup>, A. Burgos<sup>14</sup>, J. García-Alonso<sup>15</sup>, M. Bustamante<sup>16</sup>, E. Martínez-Bauer<sup>17</sup>, B. Peñas<sup>18</sup>, G. Muñoz<sup>5</sup>, I. Peligros<sup>6</sup>, A. Tardío Baiges<sup>7</sup>, L. Elbouayadl<sup>8</sup>, N. Carames<sup>9</sup>, M. Iglesias<sup>10</sup>, S. del Carmen<sup>11</sup>, C. González-Lois<sup>3</sup>, H. Núñez<sup>12</sup>, S. García Hernández<sup>13</sup>, L. Guerra Pastrian<sup>14</sup>, M. López Carreira<sup>15</sup>, Á. Casalots<sup>17</sup>, A. Camino<sup>18</sup>, M. Solano<sup>5</sup>, M. López-Ibáñez<sup>6</sup>, J. Llaó<sup>1</sup>, P. Estévez<sup>7</sup>, D. Rodríguez-Alcalde<sup>8</sup>, S. Soto<sup>9</sup>, M. Pantaleón<sup>10</sup>, A. Álvarez<sup>11</sup>, T. Zamora Martínez<sup>12</sup>, J.M. Pascual<sup>14</sup>, J. Ducóns<sup>5</sup>, J. García Lledó<sup>6</sup>, F. Porta<sup>1</sup>, V. Hernández<sup>7</sup>, J. Cubiella<sup>9</sup>, F. Riu<sup>10</sup>, M.Á. Simon<sup>5</sup>, D. Martínez<sup>7</sup>, A. Seoane<sup>10</sup>, F. Gomollón<sup>5</sup>, L. Cid<sup>7</sup>, C. Sostres<sup>5</sup>, F. Domínguez<sup>7</sup> y M. Pellisé<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>2</sup>Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. <sup>4</sup>Center for the Prevention and Diagnosis for Research in Health and Economics, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona. <sup>5</sup>Hospital Clínic Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>6</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>7</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>8</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>9</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>10</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>11</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, IBSAL. <sup>12</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>13</sup>Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>14</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>15</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. <sup>16</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>17</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. <sup>18</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

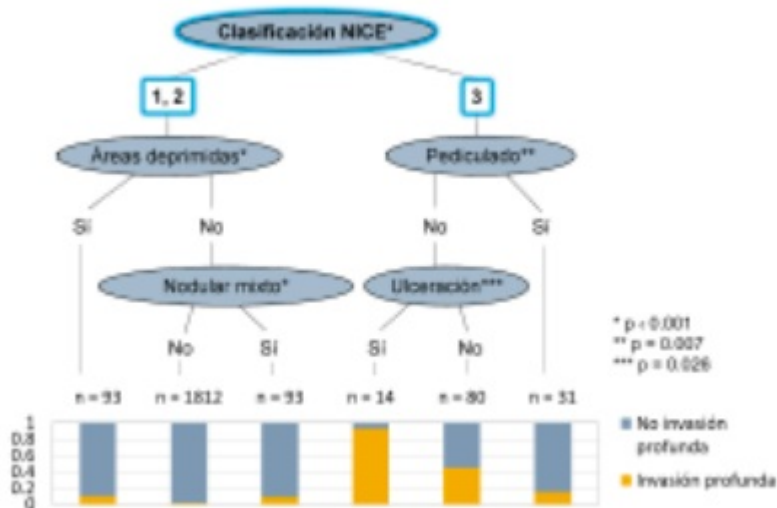
**Introducción:** Se ha propuesto que las lesiones T1 colorrectales con invasión profunda de la submucosa (> 1.000 µm) (SMd) deberían ser operadas, ya que el riesgo de metástasis ganglionares y de complicaciones del tratamiento endoscópico está aumentando. La clasificación NICE ha sido diseñada para predecir SMd con NBI, pero solo ha sido validada con imágenes.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio fue evaluar la validez diagnóstica de la clasificación NICE para predecir SMd. El objetivo secundario fue determinar la mejor forma de predecir SMd, teniendo en cuenta tanto la clasificación NICE como las características de los pacientes, las lesiones y los endoscopios utilizados.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional de validez diagnóstica realizado por 58 endoscopistas de 17 hospitales en la práctica clínica habitual. Se incluyeron todas las lesiones consecutivas > 1 cm evaluadas con NBI. La variable principal fue invasión profunda según la clasificación NICE (test) y según la histología (gold standard). Se calcularon los parámetros de validez diagnóstica y un árbol de inferencia condicional.

**Resultados:** Se incluyeron 2.123 lesiones en el análisis (1.634 pacientes). La prevalencia de SMd fue del 4,2%. La validez diagnóstica (IC95%) de la categoría NICE 3 para predecir SMd fue: S =

58,4% (47,5-68,8); E = 96,4% (95.5-97.2); área ROC = 0,77 (0,72-0,83); VPP = 41,6% (32,9-50,8); VPN = 98,1% (97,5-98,7); LR+ = 16,3 (12,2-21,7); y LR- = 0,43 (0,34-0,55). El árbol de inferencia condicional incluyendo todas las variables mostró que la clasificación NICE fue el mejor predictor de SMd ( $p < 0,001$ ) (fig.).



**Conclusiones:** La validez diagnóstica del diagnóstico óptico es limitada. Aun así, la clasificación NICE es la mejor herramienta conocida para predecir SMd, incluso sin magnificación y en manos no expertas. Ésta se puede mejorar teniendo en cuenta ciertas morfologías y signos endoscópicos clásicos de malignidad.