REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2019 · VOLUMEN 111
Suplemento 2· Págs.: 1-78

Factor de Impacto (2018):
JCR: 1,858 (Q4) / SJR: 0,52 (Q2)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)

Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

41 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Alicante, 14-16 de noviembre de 2019

ARÁN Ediciones, S.L.

code: READBN
ISSN: 1130-0108

P-040. ANÁLISIS DEL USO DE UNA SONDA ELECTROMAGNÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL. RESULTADOS PRELIMINARES

Maite Serrano Dueñas, Ana María Sobrino López, Fernando Ramírez Estesio, María Rodríguez González, Margarita Úbeda Muñoz, Bartolomé López Viedma, José Olmedo Camacho, Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón, Francisco Domper Bardají

Introducción: El diagnóstico endoscópico de adenomas colorrectales infiltrantes continúa siendo un reto.

Objetivos: Los objetivos del estudio fueron: describir las características endoscópicas de lesiones polipoideas colorrectales con diagnóstico de irresecabilidad, la relación del análisis histológico pre/posquirúrgico y ver la proporción de cirugías sobre lesiones sin invasión profunda.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes operados tras catalogar un pólipo colorrectal como irresecable endoscópicamente. Se clasificaron según la pieza quirúrgica en grupo A (displasia/infiltrante superficial) y B (infiltrante profundo o superior).

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, edad media 65 años, 52% varones. La distribución de las lesiones fue 40% izquierdo, 24% transversal, 36% derecho; tamaño medio 3,6 cm (+/-2,6); 32% de extensión lateral. Se informó: patrón de criptas (Kudo) en 26% de lesiones, non-lifting sign 6%, en 44% se comentó simplemente como “aspecto infiltrante” y en 24% no se describió ninguna de las anteriores (Tablas 1-3).

Conclusiones:

1. No hubo diferencias en la descripción endoscópica entre lesiones del grupo A y B.
2. La DAG fue el diagnóstico que menos se correlacionó con el resultado histológico definitivo, independientemente del número de biopsias tomadas.
3. En el 80% de casos se podría haber reevaluado la derivación a cirugía, considerando las alternativas terapéuticas endoscópicas actuales.

Tabla 1. Motivos de derivación a cirugía

	Grupo A	Grupo B
	n = 40	n = 10
Tamaño	5 (12,5)	0
Localización	4 (10)	0
Aspecto macroscópico sugestivo de malignidad	27 (67,5)	9 (90)
Recidiva polipectomía	1 (2,5)	1 (10)
Resultado histopatológico	3 (7,5)	3(30)

Tabla 2. Clasificación Kudo

	Grupo A	Grupo B
	n = 40	n = 10
Kudo > Vn	5 (12,5)	0
Kudo Vn	5 (12,5)	3 (30)

Tabla 3. Grado de displasia (media de 4 + 2 biopsias)

	Grupo A	Grupo B
	n = 38*	n = 10
Sin displasia	3 (7,5)	0
DBG	17 (42,5)	1 (10)
DAG	17 (42,5)	9 (90)
Carcinoma infiltrante superficial	1 (2,5)	0
*Dos lesiones no biopsiadas.		