REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

CO-14. APLICACIÓN EN NUESTRO CENTRO DE LA GUÍA CLÍNICA PARA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS DE COLON Y RECTO GSEED EN EL MANEJO DE ADENOCARCINOMA pT1

González-Cotorruelo González, Almudena; Mora Soler, Ana María; Prieto Bermejo, Ana Beatriz; Álvarez Delgado, Alberto; Jiménez Jurado, Andrea; García Prada, María; Marcos Martín, Ángel Francisco; Rodríguez López, Pelayo; del Carmen Martínez, Sofía; Rodríguez Pérez, Antonio

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Salamanca

Introducción: Actualmente, las guías clínicas establecen criterios de resección curativa en los adenocarcinomas sobre pólipo con infiltración submucosa (pT1). El manejo es variable y determinado por un equipo multidisciplinar

Material y método: Estudio descriptivo, prospectivo de lesiones colónicas resecadas endoscópicamente con afectación submucosa (pT1) entre enero 2015 y junio 2018.

Resultados: 138 pacientes, 96 hombres (69,6%) con edad media: $68,42 \pm 9,75$ años. La indicación de colonoscopia fue cribado poblacional en 68 (49,3%). 92 pacientes (66,6%) contaban con una SOH + con valor medio de $2116,14 \pm 1960,29$ ng/ml. La localización más frecuente fue sigma 80 (58%). El tamaño medio $22,36 \pm 11,54$ mm, y 75 (54%) fueron Paris 0-Ip. En 114 (82,6%) la polipectomía fue en bloque, y en 24 (17,4%) en fragmentos. Describimos 2 perforaciones (1,4%) controladas endoscópicamente y 17 hemorragias (12,31%) con necesidad de 2 hospitalizaciones. El tiempo medio de seguimiento fue de $20,96 \pm 10,76$ meses. Clasificamos en grupos de riesgo según GSEED de resección endoscópica: 67 (48.6%) de bajo riesgo, 22 (15,9%) riesgo intermedio, 39(28.3%) alto riesgo y 10 (7.2%) resección incompleta siendo candidatos directos a cirugía. Analizamos el subgrupo clasificado como riesgo medio-alto, tras comité multidisciplinar, 40 (65,57%) se incluyeron en vigilancia endoscópica y 19 (31,14%) fueron intervenidos. De los intervenidos, todos los ganglios fueron negativos, y en 5 (26,31%) la anatomía patológica de la pieza quirúrgica resultó positiva. Sin relación estadísticamente significativa con ninguno de los parámetros de

riesgo analizados (tumor budding, invasión linfovascular, nivel de diferenciación, resección en fragmentos o margen de resección). En el seguimiento endoscópico, 4 pacientes presentaron datos de recidiva, con adecuado manejo endoscópico.

Conclusiones: Las lesiones pT1 suponen un reto en el manejo terapéutico. En nuestra serie la decisión de vigilancia endoscópica parece adecuada, aunque sería necesario un mayor tiempo de seguimiento y analizar las características de los pacientes con lesión residual para un adecuado manejo posterior.