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-24. SCORE SMSA EN DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA COLORRECTAL (DSE-CR): UTILIDAD EN PLANIFICACIÓN DE RECURSOS Y ASOCIACIÓN CON RESULTADOS CLÍNICOS

Marín Gabriel, José Carlos¹; Herreros de Tejada Echanojáuregui, Alberto²; Ramos Zabala, Felipe³; Múgica Aguinaga, Fernando⁴; Rosón Rodríguez, Pedro J.⁵; de la Peña García, Joaquín⁶; Albéniz Arbizu, Eduardo⁷; Rodríguez Sánchez, Joaquín⁸; Amorós Tenorio, Ana⁹; Sánchez Yagüe, Andrés¹⁰

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid. ³Hospital Universitario HM Montepríncipe. Boadilla del Monte, Madrid. ⁴Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ⁵Hospital Quirónsalud. Málaga. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ⁸Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. ⁹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ¹⁰Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción: El índice SMSA (*size, morphology, site, access*) ha demostrado su asociación con el éxito técnico y el riesgo de complicaciones y recidivas tras la RME.

Objetivos: Evaluar si SMSA se asocia con los resultados clínicos.

Material y métodos: Se analizaron 449 DSE-CR entre enero 2016 y junio 2018 en 18 centros del G-SEED de Resección Endoscópica. Resultados clínicos evaluados: duración, resección final fragmentada, tratamientos abortados y complicaciones.

Resultados: En 30 (6,7%) el procedimiento duró > 240 min. Hubo 6 abortadas (1,3%), 70 fragmentadas (15,6%), 68 perforaciones intraprocedimiento (15,1%), 10 diferidas (2,2%) y 26 sangrados diferidos (5,8%). El SMSA se correlacionó con la duración del procedimiento (Rho Spearman = 0,28; $p < 0,0001$). Se observaron diferencias en duración entre SMSA2/SMSA4 y SMSA3/SMSA4, pero no SMSA2/SMSA 3. Se detectaron diferencias en resecciones fragmentadas (SMSA2: 29% vs. SMSA3: 10% vs. SMSA4: 17,6%; $p = 0,01$) y abortadas (SMSA2: 6,3% vs. SMSA3: 1,3% vs. SMSA4: 0,8%; $p = 0,04$). En fragmentadas SMSA2 vs. SMSA3/4: 29% vs. 14,8%; OR = 2,4; IC95%: 1,04-

5,4; $p = 0,04$. En abortadas: SMSA2 vs. SMSA3/4: 6,3% vs. 1%; OR = 6,9; IC95%: 1,2-39,1; $p = 0,01$. Hubo tendencia a la significación estadística para perforaciones intraprocedimiento (SMSA2: 3,1% vs. SMSA3: 18,4% vs. SMSA4: 14,8%; $p = 0,09$), con SMSA2 vs. SMSA3/4: 3,1% vs. 16,1%; OR = 5,9; IC95%: 0,8-44,3; $p = 0,07$. Cuando se comparó la complejidad de las lesiones por centros se observó que los hospitales con < 50 casos realizados incluían mayor porcentaje de lesiones SMSA2 (13,7% vs. 3,5%; OR = 4,4; IC95%: 2,0 – 9,5; $p < 0,0001$). Por el contrario, los centros con ≥ 50 procedimientos realizados incluyeron más SMSA4 (63,5% vs. 50,3%; OR = 1,7; IC95%: 1,2 – 2,5; $p = 0,006$).

Conclusiones: El SMSA no predice, en nuestra serie de DSE-CR, resultados clínicamente significativos en términos de duración del procedimiento, resecciones fragmentadas o complicaciones.