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-44. ESTUDIO HISTOLÓGICO Y DEL ARTEFACTO DE ELECTROCOAGULACIÓN DE *UNDERWATER* EMR FRENTE EMR TRADICIONAL EN LESIONES COLORRECTALES

Sánchez Alonso Alonso, Mónica¹; González López, Lucía¹; Serrano Dueñas, Maite¹; Sobrino López, Ana M.¹; López Viedma, Bartolomé¹; de la Santa Belda, Eva¹; Olivencia Palomar, Pilar¹; Cuatrecasas, Míriam²; Olmedo Camacho, José¹; Rodríguez Sánchez, Joaquín¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. ²Hospital Clínic. Barcelona

Introducción: El artefacto de electro coagulación en los especímenes de resección endoscópica, supone el principal factor limitante a la hora de realizar un diagnóstico histopatológico preciso. El efecto de disipación de calor que supone la inmersión en agua durante la realización de una resección endoscópica, podría mitigar los efectos de este daño térmico.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue comparar el artefacto de electrocoagulación producido sobre lesiones mayores de 15 mm resecadas en bloque con U-EMR y EMR.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se evaluaron especímenes de resección en bloque realizados con U-EMR y EMR. En todas las resecciones se utilizó la fuente ERBE vio200s (Endocut Q. Efecto 3; tiempo 1-intervalo 6). Las muestras fueron evaluadas por dos patólogos expertos conforme a una clasificación de daño térmico no validada de 0 a 3 puntos donde 0 es ausencia de daño térmico y 3 es daño térmico extremo (pieza no valorable). Se evaluaron los daños ocasionados tanto en los bordes de la pieza como en la arquitectura del pólipo. Así mismo, se evaluó de forma subjetiva la capacidad de extensión de la pieza por parte del endoscopista en sala al momento de realizar la resección.

Resultados: Se incluyeron un total de 40 resecciones (22 U-EMR y 18 EMR) sobre 31 pacientes (62% varones; 64 años). EMR mostró mayor profundidad de corte en la sm (3000 vs. 1861 micras). EMR ocasionó daño significativo o extremo en el 55,6% frente al 27,3% de las lesiones resecadas con U-EMR ($p = 0,06$). La arquitectura del pólipo se vio alterada en el 17% con EMR frente al 9% de las resecadas por U-EMR ($p = 0,47$).

Estas diferencias se acentuaron en el caso las lesiones serradas, que se artefactaron 100 % de los casos con EMR, frente a tan solo el 20% en caso de U-EMR ($p = 0,07$).

Conclusión: Los resultados preliminares obtenidos arrojan la conclusión de que U-EMR origina menor artefacto de electrocoagulación que EMR, especialmente en el subgrupo de lesiones serradas.