



## P-137 - SOBRETATAMIENTO EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL. COMPARACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ENDOSCÓPICO DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS BENIGNOS

Noelia Sala-Miquel, Lucía Medina-Prado, Carolina Mangas-Sanjuán, Sandra Baile-Maxía, Enrique Álvarez, Francisco-Antonio Ruiz-Gómez, Eva Serrano, Enrique Santana, Pedro Zapater y Rodrigo Jover

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

### Resumen

#### **Póster con relevancia para la práctica clínica**

**Introducción:** La mayoría de lesiones premalignas detectadas en la colonoscopia se tratan endoscópicamente, pero un número creciente clasificadas como complejas se someten a tratamiento quirúrgico, conduciendo a un sobretratamiento.

**Objetivos:** Describir las complicaciones graves según la clasificación AGREE (grupo endoscópico) y Clavien-Dindo (grupo quirúrgico) y comparar las tasas de complicaciones graves, estancia hospitalaria y mortalidad en el grupo de tratamiento quirúrgico vs. Endoscópico. Describir las características de las lesiones complejas benignas tratadas por vía endoscópica y quirúrgica, y determinar la prevalencia de recidiva precoz y tardía dentro del grupo de tratamiento endoscópico.

**Métodos:** Estudio unicéntrico de casos y controles. Se incluyeron lesiones colónicas benignas tratadas quirúrgicamente entre 2004-2021 y se compararon con una cohorte control de lesiones complejas (SMSA  $\geq$  3) tratadas endoscópicamente entre 2018-2022. Se incluyó un caso por cada control apareado por sexo, edad ( $\pm$  1 año), nivel SMSA y tamaño. Se definieron las complicaciones graves quirúrgicas: dehiscencia de sutura, infecciones y colecciones, ostomía, eventración/evisceración o íleo paralítico; y endoscópicas: hemorragia con ingreso o perforación. Se describieron utilizando la clasificación AGREE (grupo endoscópico) y Clavien-Dindo (grupo quirúrgico).

**Resultados:** Se incluyeron 196 paciente con lesiones benignas, 98 en cada uno de los grupos, siendo la mayoría adenomas (88,8%). En el grupo endoscópico, con una edad media de 67,5 años ( $\pm$  9,7), el 53,1% de las lesiones eran planas (0-IIa), con un tamaño medio de 40 ( $\pm$  17,3) mm. En el grupo quirúrgico, la edad media fue 66,8 años ( $\pm$  11,4), el 41,8% eran sésiles (0-Is), con un tamaño medio de 41 ( $\pm$  17,0) mm. No existían diferencias entre grupos en el nivel de dificultad estimado según el sistema "SMSA". Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo de tratamiento quirúrgico, OR = 4,90 (IC95% 2,58-9,26). La necesidad de reintervención (34,7 vs. 1,0%) y la estancia media (10 frente a 0 días) también fueron mayores en el grupo quirúrgico frente al endoscópico ( $p < 0,001$ ). Tres (3,1%) pacientes del grupo quirúrgico y uno (1,0%) del grupo

endoscópico fallecieron ( $p = 0,19$ ) por complicaciones del procedimiento. Se detectaron 12 casos de recidiva, 8 casos en la primera revisión (66,6%) y 4 casos en la segunda.

**Conclusiones:** El tratamiento endoscópico de las lesiones colónicas benignas complejas (SMSA  $\geq 3$ ) se asocia a menor número complicaciones, necesidad de reintervención quirúrgica y menor estancia hospitalaria en comparación con la cirugía. La prevalencia de recidiva de lesiones colónicas extirpadas por vía endoscópica es baja y la mayoría se detectan en la primera colonoscopia de revisión.