



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

DISECCIÓN SUBMUCOSA COLORRECTAL (DSE-CR) EN LESIONES CON DISPLASIA DE BAJO GRADO: ¿SON ASUMIBLES LOS EVENTOS ADVERSOS?

J.C. Marín-Gabriel¹, A. Herreros de Tejada², F. Ramos-Zabala³, E. Albéniz-Arbizu⁴, Á. Terán-Lantarón⁵, P.J. Rosón-Rodríguez⁶, A. Amorós-Tenorio⁷, D. García-Romero⁷, J. Rodríguez-Sánchez¹, H. Uchima-Koecklin⁸, J. Santiago-García⁹, A. Sánchez-Yagüe¹⁰, G. Fernández-Esparrach¹¹, Ó. Nogales-Rincón¹², C. Guarner-Argente¹³, P. de María¹⁴, C. Dolz-Abadía¹⁵, E. Rodríguez de Santiago¹⁶, A. del Pozo-García¹, A. Álvarez-Delgado¹⁷, H. Cortés-Pérez¹⁸ y R. Durán-Bermejo¹⁹

¹Servicio de Medicina Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid. ³Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario HM Montepríncipe, Boadilla del Monte. ⁴Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁵Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ⁶Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Quirón, Málaga. ⁷Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria, Tenerife. ⁸Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid. ¹⁰Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. ¹¹Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Clínic, Barcelona. ¹²Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹³Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁴Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹⁵Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹⁶Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ¹⁷Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Complejo Universitario de Salamanca. ¹⁸Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital de Urduliz. ¹⁹Servicio de Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE) ha publicado recientemente un currículo para el entrenamiento en DSE en Europa. Sin embargo, no se han dado recomendaciones en cuanto al porcentaje máximo de lesiones con histología Viena < 3 ($V < 3$) en las que se considere aceptable realizar esta técnica. Esta medida de calidad parece relevante porque cuando la alternativa terapéutica endoscópica es la RME, el porcentaje de complicaciones es escaso, independientemente de la histología: perforaciones: 1-2% y necesidad de cirugía: 0,1%, según estudios publicados recientemente.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva en un registro multicéntrico nacional los pacientes sometidos a DSE-CR entre enero de 2016 y agosto de 2019.

Resultados: Se incluyeron 896 lesiones en las que se realizó una DSE por miembros del Grupo de Interés en DSE del GSEED-Resección Endoscópica. Se llevó a cabo al menos 1 DSE-CR en 25 hospitales. En 7 centros se cumplió el estándar ESGE de realizar > 25 casos/año. En 505 casos (56,3%) la histología fue $V < 3$. En comparación con lesiones histológicamente más avanzadas, las V

< 3 eras más pequeñas (mediana: 35 mm vs 40 mm; $p < 0,0001$) y tenían menos fibrosis grave (20,2% vs 26%; $p = 0,04$). La accesibilidad a la lesión se consideró más difícil en las lesiones $V < 3$ (47,7% vs 40,9%; $p = 0,04$). La morfología LSL-G homogéneo y LSL-NG FE type fue más frecuente en lesiones $V < 3$ (14,3% vs 9%; $p = 0,01$ y 38,6% vs 16,4%; $p < 0,0001$, respectivamente). Cuando se compararon las lesiones $V < 3$ con el resto, el porcentaje de perforaciones intraprocedimiento y diferidas fue similar (15,4 vs 14,1%; $p = 0,5$ y 2,2% vs 2,6%; $p = 0,7$). No hubo diferencias en la necesidad de cirugía por perforación entre los 2 grupos (2% vs 2%; $p = 0,94$). Cuando se comparó la necesidad de cirugía por perforación entre los hospitales con mayor volumen de casos (> 25 /año) y el resto (2,8% vs 1,9%; $p = 0,49$) tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En nuestra serie multicéntrica, $> 50\%$ de las DSE-CR fueron $V < 3$. En comparación con las cifras publicadas para RME, el porcentaje de perforación intraprocedimiento resultó al menos 7 veces superior y la necesidad de cirugía por este motivo se multiplicó por 20.