



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 26 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA EN LESIONES CÓLICAS COMPLEJAS

R. Muñoz González<sup>1</sup>, J. Escobar Ortiz<sup>2</sup>, E. Fernández Velado<sup>1</sup>, J.F. Prieto Aparicio<sup>1</sup>, E. Resina Sierra<sup>1</sup>, A. Ezquerro Durán<sup>1</sup>, C. Gómez Labrador<sup>1</sup>, C. Santander<sup>3</sup> y P. Miranda García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid.

### Resumen

**Introducción:** En la resección mucosa endoscópica (RME), una puntuación elevada en el sistema de gradación de dificultad "SMSA" (size, morphology, site, access) se ha asociado con más eventos adversos (EA), resección incompleta y recurrencia por parte de los grupos líderes. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de la RME para las lesiones con puntuaciones elevadas de SMSA y comparar nuestros resultados con los reportados por un grupo líder.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron las lesiones con puntuación SMSA  $\geq 9$  puntos (nivel  $\geq 3$ ) remitidas a un endoscopista experto por considerarse resecciones técnicamente complejas. Se recogieron características de los pacientes, de las lesiones y los EA. El seguimiento endoscópico se realizó a los 6 meses. Comparamos nuestros resultados con los del grupo de Sídney para los niveles SMSA 3 y 4 (Sidhu et al. Endoscopy. 2018;50(7):684-69).

**Resultados:** Se incluyeron 91 lesiones complejas (agosto 2018-febrero 2021). La mediana del tamaño fue 30 mm (RIC 20-35). El 92% fueron lesiones de extensión lateral (Lateral Spreading Tumor, LST), más frecuente de tipo no granular plano elevado (33%). En su mayoría se localizaban en colon derecho (59%), el 39% con maniobrabilidad dificultosa. En 3 casos (3%) no se completó la resección por sospecha de infiltración submucosa profunda o imposibilidad técnica (non-lifting sobre enfermedad inflamatoria intestinal). El 86% fueron resecciones en fragmentos. El 12% de los pacientes recibían terapia antitrombótica y el 25% anticoagulantes. El análisis histológico reveló lesiones adenomatosas en el 80%, adenocarcinoma en el 16% y lesión serrada sésil en el 4%. Dos pacientes tenían invasión submucosa profunda. Se produjo hemorragia post-REM en el 7%, mientras que perforación que requirió manejo quirúrgico apareció en el 2,3%. Por último, un 1% presentó síndrome pospolipectomía. Durante el seguimiento (N = 58), el 19% de los pacientes tuvieron recurrencia, la gran mayoría tratados endoscópicamente (91%). Al comparar nuestros resultados, nuestra eficacia fue similar a la descrita por el grupo de Sídney: recurrencia del 19% frente al 9-23% para SMSA 3 y 4, respectivamente. Sin embargo, nuestras tasas de EA fueron ligeramente superiores: sangrado 7% vs 4-7% para SMSA 3 y 4, respectivamente; perforación 2,3% vs 0,3-0,6% para SMSA 3 y 4, respectivamente.

**Conclusiones:** La RME para lesiones complejas fue tan eficaz en nuestra serie como la descrita por los grupos referentes a nivel mundial. Sin embargo, las tasas de EA, especialmente de perforación, fueron ligeramente superiores.