



## P-15 - EXPERIENCIA INICIAL EN DISECCIÓN SUBMUCOSA CON DOS DISPOSITIVOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Elisa Camacho Losantos<sup>1,2</sup>, Claudia Cepero Pérez<sup>1,2</sup>, Michelle Bautista Henríquez<sup>1,2</sup>, Juan Ignacio Tellechea Tanco<sup>1,2</sup>, Belén Ballesté Peris<sup>1,2</sup>, Albert Pardo Balteiro<sup>1,2</sup> y Joan Carles Quer Boniquet<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili (ISPP), Tarragona.

### Resumen

**Introducción:** La resección endoscópica de lesiones superficiales del tubo digestivo ha evolucionado en los últimos años. La disección submucosa endoscópica (DSE) permite la resección de lesiones de mayor tamaño en bloque, disminuyendo el riesgo de recurrencia local.

**Objetivos:** Análisis descriptivo de los primeros 10 casos de disección submucosa con dos dispositivos diferentes.

**Métodos:** De enero a septiembre de 2023 se recogieron todos los casos de DSE realizados por dos endoscopistas con experiencia similar en técnicas avanzadas, pero con entrenamiento inicial en DSE con dispositivos diferentes: uno con bisturí bipolar (Speedboat, Creo Medical) y el otro con bisturí monopolar (Olympus). Analizamos morfología de la lesión, resección completa en bloque, tiempo de procedimiento, análisis histopatológico, necesidad de rescate quirúrgico y complicaciones.

**Resultados:** En total se realizaron 10 procedimientos, 5 con cada dispositivo. Todas las lesiones se localizaron en recto, con un tamaño medio de 26,5 mm. Seis lesiones eran de extensión lateral (LST) y las restantes sésiles. La duración media del procedimiento fue de 180 min. En 7 casos se realizó resección en bloque y en los otros 3 fue necesario cambiar a resección híbrida (2 con IT Knife y 1 con Speedboat) dando como resultado una resección fragmentada. Los 3 primeros casos se realizaron con asistencia de un experto. En el estudio histopatológico 3 de las lesiones fueron adenomas, uno de ellos con displasia de alto grado; 4 lesiones serradas, una de ellas con displasia y 2 adenocarcinomas (ADC), uno *in situ* y un pT1. Todas las lesiones presentaron márgenes libres, excepto el ADC pT1 que presentaba márgenes afectos y precisó rescate quirúrgico. No hubo complicaciones inmediatas ni tardías en ninguno de los pacientes. Se realizó revisión endoscópica en 5 casos (a los 4-6 meses) sin evidencia de recidiva.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia inicial, a pesar de una casuística baja, ambos dispositivos fueron equiparables en eficacia y seguridad. La tutorización por parte de un experto en los primeros casos es fundamental para instaurar esta técnica.