



PREDICCIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS ADVERSOS EN DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA COLORRECTAL (DSE-CR): SCORE SMSA VS SCORE EXPERIENCIA-LESIÓN

J.C. Marín-Gabriel^{1,2}, A. Herreros de Tejada^{3,4}, F. Múgica-Aguinaga⁵, F. Ramos-Zabala⁶, E. Albéniz-Arbizu⁷, P.J. Rosón-Rodríguez⁸, J. de la Peña-García⁹, A. Amorós-Tenorio¹⁰, D. García Romero¹⁰, Á. Terán Lantarón⁹, J. Rodríguez-Sánchez¹¹, A. Sánchez-Yagüe¹², H. Uchima^{13,14}, G. Fernández-Esparrach¹⁵, C. Dolz-Abadía¹⁶, Ó. Nogales-Rincón¹⁷, A. Álvarez-Delgado¹⁸, H. Cortés-Pérez^{19,20}, R. Durán-Bermejo²¹, A.J. del Pozo-García¹, J. Santiago-García³ y J. Díaz-Tasende^{1,2}

¹Servicio de Medicina de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Consulta de Alto Riesgo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid. ³Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Consulta de Alto Riesgo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. ⁴Servicio de Aparato Digestivo, MD Anderson Cancer Center, Madrid. ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ⁶Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario HM Montepíncipe, Boadilla del Monte. ⁷Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Complejo Universitario de Navarra, Pamplona. ⁸Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Quirón Salud Málaga. ⁹Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ¹⁰Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ¹¹Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹²Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. ¹³Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. ¹⁴Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Centro Médico Teknon, Barcelona. ¹⁵Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Clínic, Barcelona. ¹⁶Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma. ¹⁷Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹⁸Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Complejo Universitario de Salamanca. ¹⁹Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital de Urduliz. ²⁰Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital San Juan de Dios, Santurce. ²¹Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Clínica ServiDigest, Barcelona.

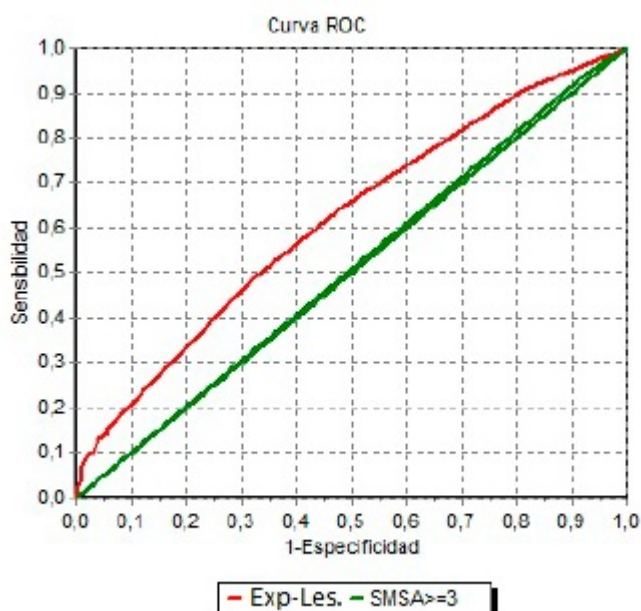
Resumen

Objetivos: Desarrollar un modelo preoperatorio que mejore la capacidad del score SMSA para predecir resultados clínicos adversos en DSE-CR: duración del procedimiento > 240 min, porcentaje de resecciones fragmentadas, procedimientos abortados y complicaciones (intraprocedimiento así como perforación y sangrado diferido).

Métodos: Se recogieron prospectivamente los datos de las lesiones incluidas en el registro de DSE-CR entre enero de 2016 y octubre de 2018. Los procedimientos los realizaron miembros del Grupo de Interés de DSE del G-SEED de resección endoscópica. Se incluyeron 630 DSEs de 19 centros. Finalmente se analizaron 585 casos (92,8%) en los que se disponía de todos los datos en las variables de interés. La capacidad de los 2 scores para discriminar entre los casos que desarrollaron

resultados adversos y aquellos que no lo hicieron se evaluó con el área bajo la curva ROC (AUROC).

Resultados: Globalmente, 221 casos presentaron alguno de los eventos adversos predefinidos. El AUROC para un SMSA ≥ 3 fue 0,51 (IC95%: 0,46-0,55). Puesto que este score no presentaba capacidad para discriminar los eventos desfavorables, se desarrolló un modelo de regresión logística alternativo. En él se incluyeron variables asociadas con los eventos adversos a predecir, detectadas en el análisis univariante. Una de ellas se relacionaba con la experiencia del equipo que realizaba el procedimiento (n° de DSEs realizadas < 10 : OR = 4,5 (IC95%: 1,5-13,2; $p = 0,007$). El resto fueron variables relacionadas con la lesión: mala maniobrabilidad, OR = 1,6 (IC95%: 1,1-2,2; $p = 0,007$), tamaño > 30 mm, OR = 1,5 (IC95%: 1,01-2,2; $p = 0,02$), LST-G mixto con un nódulo > 10 mm, OR = 2,8 (IC95%: 1,1-7,1; $p = 0,03$) e intento previo de resección con aplicación previa de diatermia, OR = 2,2 (IC95%: 1,06-4,6; $p = 0,03$). La fórmula para el cálculo final del score fue: $1 \times$ tamaño > 30 mm (0 = no; 1 = sí) + $1 \times$ maniobrabilidad (0 = buena; 1 = mala) + $2 \times$ diatermia previa (0 = no; 1 = sí) + $2 \times$ LST-G mixto con nódulo > 10 mm (0 = no; 1 = sí) + $3 \times$ experiencia < 10 casos (0 = no; 1 = sí). El AUROC de este modelo multivariante fue 0,61 (IC95%: 0,57-0,66). La diferencia entre ambas AUROCs fue estadísticamente significativa ($p < 0,00001$).



Conclusiones: El score SMSA no fue útil para predecir eventos clínicos adversos en DSE-CR. Un nuevo score, basado en un modelo de regresión logística (score Experiencia-Lesión), mostró mejor capacidad discriminativa para predecir estos sucesos desfavorables.