



CARTA AL DIRECTOR

Rentabilidad terapéutica de la centralización de la evaluación y tratamiento de pólipos difíciles



Therapeutic profitability of centralising the evaluation and treatment of complex polyps

Sr. Director:

El cáncer colorrectal constituye el tumor maligno más frecuente en los países occidentales y la segunda causa de muerte por cáncer¹. Las estrategias preventivas se basan en la detección y resección endoscópica de la lesión precursora: el adenoma o la lesión serrada avanzada². Sin embargo, las lesiones de gran tamaño o complejas por su disposición pueden requerir un tratamiento quirúrgico³ con el riesgo de sobretratamiento asociado. En nuestro centro, nos planteamos que la evaluación centralizada de dichas lesiones (grabación en video en la colonoscopia diagnóstica y evaluación posterior en sesión conjunta por endoscopistas entrenados) junto con la creación de una agenda específica de terapéutica endoscópica con endoscopistas especializados podría mejorar el rendimiento terapéutico y reducir el número de cirugías. El objetivo de esta carta científica es presentar los resultados de esta iniciativa.

Recogimos datos de los 573 pacientes con pólipos complejos en el tracto gastrointestinal evaluados en sesiones conjuntas con endoscopistas especializados entre octubre del 2012 y septiembre del 2016. De cada paciente se registró las características de la lesión (morfología mediante clasificación de París y tamaño), su ubicación y la decisión tomada en la sesión. De las lesiones resecaadas, recogimos la técnica de resección, bien endoscópica (polipectomía, mucosectomía, disección submucosa) o quirúrgica (abierto, laparoscópica, resección transanal). En cuanto a las resecciones endoscópicas, registramos si la resección había sido completa y en un solo fragmento. Evaluamos, por otra parte, la indicación de las cirugías y el diagnóstico histológico final. En aquellos pacientes de los que disponíamos de seguimiento endoscópico recogimos si se detectó una recidiva, la histología de la lesión y el tratamiento realizado.

La edad media de los pacientes fue de $70,3 \pm 11$ años, siendo predominantemente varones (62,3%). Las lesiones evaluadas se localizaron en colon (477), gastroduodenal (49) y recto (47). El tamaño medio fue de $23,2 \pm 14$ mm y las

morfologías predominantes fueron sésiles (36,4%), pediculadas (31,6%) y planas (31,2%). En la sesión de evaluación, se propuso una resección endoscópica en 548 pacientes, cirugía en 22 y no intervención en 3 pacientes. De los pacientes remitidos a resección endoscópica se consiguió la resección endoscópica en 498 pacientes (65% de forma completa en un solo bloque, 30,5% completa pero fragmentada y 4,2% incompleta). La técnica de resección endoscópica más frecuente fue la polipectomía convencional (80,7%), seguida de la mucosectomía (18,9%) y la disección submucosa (0,4%). El 80,3% de las lesiones resecaadas fueron adenomas, el 8,6% lesiones serradas y en 37 (7,4%) se detectaron adenocarcinomas invasivos. Se detectaron complicaciones en 41 (8,2%) pacientes: 33 hemorragias, 3 perforaciones, 4 síndromes pospolipectomía y un hematoma esplénico. Durante el seguimiento de 275 pacientes, se detectaron 51 (18,5%) recidivas tratadas endoscópicamente en el 70,6% de los casos. La histología de la recidiva fue adenomatosa en 43 casos y adenocarcinoma invasivo en 2.

Finalmente, 83 pacientes fueron intervenidos: 63 pacientes por lesiones no resecaables endoscópicamente, 10 por adenocarcinomas invasivos, 9 por resecciones incompletas y una perforación. Los abordajes más utilizados fueron la colectomía abierta (47%), laparoscópica (37,3%) y la resección transanal (15%). La histología de las lesiones resecaadas fue benigna en 45 pacientes (adenoma 40, lesión serrada 2, no lesión 2) y maligna en 37. El 29,9% y el 12,0% de los pacientes intervenidos presentaron complicaciones leves y graves respectivamente, falleciendo 4 pacientes (4,8%).

Los datos descritos anteriormente indican que la evaluación centralizada de las lesiones «difíciles» junto con la creación de agendas de endoscopias terapéuticas con endoscopistas especializados pueden ser una estrategia para optimizar el tratamiento de las lesiones endoscópicas complejas: incrementando la tasa de resección endoscópica y reduciendo la necesidad de tratamiento quirúrgico. Esto es especialmente importante en el contexto de los programas poblacionales de cribado de cáncer colorrectal. De hecho, uno de los riesgos más relevantes asociados a la implantación de los mismos es el sobretratamiento de las lesiones benignas. Asimismo, la monitorización continuada de los resultados permite detectar las áreas de mejora. En este sentido, aunque esta estrategia implantada en nuestro ámbito permite tratar endoscópicamente el 87% de las lesiones evaluadas, el 55% de las lesiones que requirieron cirugía fueron lesiones benignas. No obstante,

hemos detectado una tasa inferior de complicaciones a las descritas en la literatura⁴ y un porcentaje de recurrencia similar a los observados en un metaanálisis publicado recientemente⁵.

Bibliografía

1. Albéniz Arbizu E, Pellisé Urquiza M. Guía clínica para resección endoscópica de pólipos de colon y recto. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva; 2017.
2. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med.* 1993;329:1977–81.
3. Holt BA, Bourke MJ. Wide field endoscopic resection for advanced colonic mucosal neoplasia: Current status and future directions. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10: 969–79.
4. Buchner AM, Guarner-Argente C, Ginsberg GG. Outcomes of EMR of defiant colorectal lesions directed to an endoscopy referral center. *Gastrointest Endosc.* 2012;76:255–63.
5. Belderbos TDG, Leenders M, Moons LMG, Siersema PD. Local recurrence after endoscopic mucosal resection of nonpedunculated colorectal lesions: Systematic review and meta-analysis. *Endoscopy.* 2014;46:388–402.

Belén Dobarro Castro^{a,b,c,*},
David Rafael Remedios Espino^{a,b,c},
Coral Tejido Sandoval^{a,b,c} y Joaquín Cubiella Fernández^{a,b,c}

^a Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Instituto de Investigación Biomédica Galicia Sur, Orense, España

^b Instituto de Investigación Biomédica Galicia Sur (IISGS), Vigo, Pontevedra, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas (CIBERehd), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belen.docas@gmail.com
(B. Dobarro Castro).