

dante tratamiento endoscópico, requiriendo solamente un caso tratamiento quirúrgico. Dos perforaciones se detectaron durante el procedimiento, pudiéndose manejar una de ellas de forma endoscópica. En un 77,7% (59/76) de las endoscopias de seguimiento no se detectó recidiva endoscópica.

Conclusiones: La mucosectomía endoscópica podría considerarse como una alternativa segura y efectiva en el abordaje de pólipos complejos.

P-054. CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE LOS PÓLIPOS BENIGNOS TRATADOS MEDIANTE COLECTOMÍA

Cristina Rubín de Célix, Eukene Rojo Aldama, Micaela Riat-Castro, Raquel Muñoz, Laura Guberna, José Andrés Moreno, Cecilio Santander, Pablo Miranda García

DOI: 10.17235/reed.supl2vol111.1242/2019 • <https://doi.org/10.17235/reed.supl2vol111.1242/2019>

Introducción: En los últimos años ha habido grandes avances en la resección endoscópica de pólipos complejos. Sin embargo, se desconoce si estos avances han reducido el número de colectomías.

Objetivos: a) Evaluar la frecuencia de derivación a cirugía de pólipos benignos y su evolución en los últimos cinco años; y b) describir las características endoscópicas e histológicas de los pólipos benignos intervenidos.

Material y método: Estudio retrospectivo entre 2014-2018 de los pacientes de un hospital terciario sometidos a una colectomía por un pólipo benigno (incluido T1 de bajo riesgo) considerado no resecable endoscópicamente. Se revisaron en la historia clínica informatizada todas las colectomías realizadas.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes: 53% varones, edad media 70 años. Se remitieron a cirugía una media del 0,52% (0,37%-0,65%) de las colonoscopias por considerarse pólipos no resecables, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los cinco años incluidos. El 72% de las lesiones se localizaron en colon derecho: ciego (22%), ángulo hepático (19%) y válvula ileocecal (11%). La mayoría fueron LST-granulares (22%) y París 0-IIb (11%), con un tamaño medio de 31 mm. Los criterios de irresecabilidad endoscópica fueron: sospecha de infiltración profunda (50%), tamaño (42%) y localización de la lesión (32%), realizándose un intento de resección endoscópica en el 27%. Se tomaron biopsias en el 83% y se marcó la lesión en el 56%. Solo el 10% se remitieron a un endoscopista experto. Los hallazgos histológicos más frecuentes en la pieza quirúrgica fueron: adenoma tubulovelloso (30%), adenocarcinoma *in situ* (24%) y adenocarcinoma con infiltración superficial (19%), la mayoría con displasia de alto grado.

Conclusiones: La mayoría de los pólipos benignos operados fueron lesiones planas en colon derecho. En la mitad de los casos la indicación fue una sobreestimación del grado de infiltración profunda. No se redujo la frecuencia de colectomías por pólipos benignos en cinco años.

P-055. RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS DE DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA: DIFERENCIAS EN LA CURVA DE APRENDIZAJE

Álvaro Terán Lantarón, Joaquín de la Peña García, María Morís Felgueroso, Pedro Luis Fernández Gil, Marta Pascual Mato, Carmen del Pozo Calzada, Juan Carlos Rodríguez Duque, Coral Rivas Rivas, Francisco Javier Jiménez Pérez, Javier Crespo García

DOI: 10.17235/reed.supl2vol111.1243/2019 • <https://doi.org/10.17235/reed.supl2vol111.1243/2019>

Introducción: La disección endoscópica submucosa (DES) es una técnica habitual para la resección endoscópica de neoplasias superficiales del aparato digestivo, con una curva de aprendizaje prolongada y compleja.

Objetivo: Conocer los resultados de la técnica en nuestro centro y analizar las diferencias entre 2 endoscopistas con diferente curva de aprendizaje.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los casos tratados mediante DES en nuestro centro. Se recogieron de la lesión, de la técnica y de los resultados posteriores, comparando los resultados entre localizaciones anatómicas y endoscopistas. El endoscopista 1 inició la técnica tras 60 casos en modelo animal, incluyendo un curso tutelado. El endoscopista 2 realizó 100 casos en modelo animal, incluyendo tres cursos, una breve estancia en Japón y recibió supervisión en casos iniciales.

Resultados: Se recogieron 116 lesiones tratadas mediante DES entre 2006 y 2018, realizadas por 2 endoscopistas (68% y 32%, respectivamente). Edad media: 67 años (42-93 años), 60% varones. Tamaño medio: 31,75 ± 14,63 mm (10-90 mm). *Localización:* 75,9% colorrectales, 16,4% estómago, 6% esófago y 1,7% duodeno. *Complicaciones mayores:* 30,1% (10,3% hemorragia y 19,8% perforación), con resolución endoscópica en 100% y 69,6%, respectivamente. *Curación endoscópica:* 76,7% (20% tras un segundo tratamiento endoscópico). *Necesidad de cirugía:* 23,3% (anatomía patológica no curable endoscópicamente: 11, lesión residual no rescatable endoscópicamente: 5, perforación: 7). La presencia de neoplasia invasiva (esófago-estómago vs. colon), y resección en bloque y perforación, entre endoscopistas, presentaron diferencias significativas. Se aprecia una tendencia hacia una mayor resolución endoscópica de perforaciones según el número de casos realizados.

Conclusiones:

1. Los resultados globales muestran dificultad en la resección en bloque, especialmente colorrectal, y una tasa de perforación demasiado elevada.
2. La mayoría de las complicaciones mayores pueden resolverse endoscópicamente.
3. Los mejores resultados del endoscopista 2 pueden explicarse por un entrenamiento previo mejor diseñado.

P-056. RESULTADOS DE VÍAS RÁPIDAS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA

Alejandro Ledo Rodríguez, Santiago Pérez Cachafeiro, José Luis Ulla Rocha, Ismael Said Criado, Marta Ocampo Fontangordo, Juan Turnes Vázquez, Modesto Martínez Pillado

DOI: 10.17235/reed.supl2vol111.1244/2019 • <https://doi.org/10.17235/reed.supl2vol111.1244/2019>

Introducción: Las vías clínicas se aplican con objeto de reducir la variabilidad y mejorar la eficiencia en el proceso asistencial. España ha introducido en sus centros vías rápidas orientadas al diagnóstico (VRD) del cáncer colorrectal (CCR) como estrategia preventiva y de mejora asistencial.

Objetivo: Valorar la eficiencia de las VRD en España.

Material y métodos: Realizamos una revisión sistemática. Diseñamos una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos CriticalPathways [Mesh] AND ColorectalNeoplasms [Mesh] en los últimos diez años. Esta búsqueda restrictiva fue completada por otra mediante texto libre (circuito, diagnóstico rápido, cáncer colorrectal) en PubMed, Google Scholar y TESEO. También revisamos las referencias de los protocolos de VRD de los hospitales gallegos. Se decidió incluir todo documento con datos numéricos del funcionamiento de VRD en España. Como criterios de exclusión se usaron: a) no estar referido a España; b) no ser referente a VRD; y c) no tratar de CCR.

Resultados: Se encontraron 11 trabajos que cumplían criterios de inclusión y se mostraron los resultados de las variables analizadas en forma de tabla. Los resultados fueron dispares. En varios de los trabajos se encontró un bajo porcentaje de cánceres diagnosticados por esta vía de derivación (de hasta solo el 10,3%), bajo cumplimiento de criterios de derivación y baja tasa de detección de CCR (de hasta solo el 7,6%).

Conclusión: La evidencia disponible demuestra que las VDR para CCR mejoran el proceso diagnóstico, pero no han demostrado su eficiencia en la mejora de la supervivencia, entre otras cosas por la falta de homogeneidad y monitorización. Estas carencias conducen a resultados dispares en los trabajos españoles publicados en cuanto a tasa de detección de CCR y derivaciones adecuadas, con porcentajes bajos en muchos de los casos, haciendo necesario optimizar las VRD existentes y buscar nuevas formas para mejorar su eficiencia.

P-057. EXPERIENCIA INICIAL DE LA DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN LA RESECCIÓN DE LESIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Irene García de la Filia Molina, Carolina González Olivares, Rubén Sánchez Aldehuelo, Alexandre Figueroa Tubio, Beatriz Peñas García, Enrique Rodríguez de Santiago, Sofía Parejo Carbonell, Enrique Vázquez Sequeiros, Agustín Albillos

DOI: 10.17235/reed.supl2vol111.1245/2019 • <https://doi.org/10.17235/reed.supl2vol111.1245/2019>

Introducción: La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica en expansión para la resección en bloque de lesiones gastrointestinales.

Objetivo: Valorar la experiencia inicial con DSE en el Hospital Universitario Ramón y Cajal

Material y método: Estudio observacional prospectivo unicéntrico de los casos de DSE (Dual Knife®) realizados entre

febrero-julio de 2019. Se analizó: éxito técnico, tasa de resección R0 y tasa de complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 16 casos de DSE (71 años, IQR 65-75; 10/16 varones; comorbilidad ASA 2: 10/16, ASA 3: 6/16); uno esofágico, 5 gástricos, 5 colónicos y 5 rectales; tamaño 22 cm, IQR: 14.8-32.5. El procedimiento se realizó bajo intubación orotraqueal en 11/16 (68.75%) (y en todos los casos de DSE del tracto digestivo superior) y sedación profunda en 5/16 (31.25%). Se empleó técnica convencional en 15/16 y tunelización en 1/16. Se realizó tratamiento profiláctico de los vasos en 12/16 (75%) y cierre de la escara (completo mediante clips) en 5/16 (31.3%). La duración del procedimiento fue de 180 (IQR 135-252) minutos. Se consiguió resección exitosa en 15/16 (93.8%), sin poder completarse en un paciente por invasión profunda. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 (IQR 1-3) días. La histología fue de DBG en 4/13, DAG en 6/13 y adenocarcinoma en 3/13. Se reportaron 4 casos de perforación inmediata en colon (25%), tratados mediante colocación de clips intraprocedimiento (sin prolongar la hospitalización); y un caso de hemorragia diferida a los 9 días en recto (6.25%), controlada endoscópicamente. La tasa de resección RO fue del 85% (11/13 pacientes).

Conclusiones:

1. La implementación simultánea de DSE en tracto digestivo superior e inferior es posible con alta tasa de éxito.
2. Aunque la DSE colónica presentó una tasa de perforación del 25%, en todos los casos se resolvió endoscópicamente sin impacto clínico.

P-058. SEGURIDAD DE SEDACIÓN PROFUNDA CON PROPOFOL EN PACIENTES ASA III

Lucía Medina Prado, Juan Francisco Martínez Sempere, Luis Compañy Catalá, Francisco Ruiz Gómez, José Ramón Aparicio Tormo, Juan Antonio Casellas Valde

DOI: 10.17235/reed.supl2vol111.1246/2019 • <https://doi.org/10.17235/reed.supl2vol111.1246/2019>

Introducción: La sedación profunda en procedimientos endoscópicos no complejos controlada por el propio endoscopista es segura en pacientes con riesgo anestésico bajo. Sin embargo, existe escasa evidencia en pacientes con riesgo anestésico intermedio (ASA III).

Objetivos: Evaluar la seguridad de la sedación profunda con propofol controlada por el equipo habitual de endoscopias (médico, enfermera, auxiliar) en pacientes ambulatorios ASA III sometidos a exploraciones no complejas. Analizar los factores de riesgo para la aparición de complicaciones durante la sedación profunda en estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional de cohortes. Se incluyen pacientes consecutivos sometidos a exploraciones no complejas ambulatorias (gastroscopia, colonoscopia, ecoendoscopia no terapéutica) en los que la sedación profunda es administrada por el equipo de endoscopia. Los pacientes se dividen en grupo 1 (ASA = III) y grupo 2 (ASA ≥ III).

Resultados: Incluimos 562 pacientes, 80 (14,2%) grupo 1. Las complicaciones relativas a la sedación fueron más