



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-243 - ADENOCARCINOMA SOBRE PÓLIPO COLORRECTAL. ¿CUÁNDO OPERAR? ¿CUÁNDO ESPERAR?: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rubio García, Juan Jesús; Hernández Bermejo, David; Velilla Vico, David; Fábregues Olea, Ana Isabel; Toboso Coll, José Ángel; Alenda González, Cristina; Romero Simó, Manuel; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: Hasta un 90% de cánceres colorrectales proceden de la malignización de pólipos adenomatosos, que invaden la submucosa (pT1) en un 12% de casos, existiendo enfermedad residual locorregional o a distancia hasta en un 10%. La cirugía en estos pacientes puede acarrear hasta un 14% de efectos adversos graves, generando controversia respecto al riesgo-beneficio de la resección quirúrgica.

Métodos: El objetivo del estudio fue determinar la tasa de enfermedad residual en la pieza quirúrgica, y comparar las características del grupo de pacientes p(T1) intervenidos con los no intervenidos, en base a los factores pronósticos con el objetivo de ajustar un manejo óptimo. Se revisaron todos los casos diagnosticados de adenocarcinoma sobre pólipo (tras colonoscopia) en nuestro hospital desde el 1-1-2012 al 31-12-2018, por dos patólogos especialistas en patología digestiva. Se excluyeron carcinomas *in situ* (Tis), displasias de alto grado, pólipos que solo se biopsiaron, síndromes familiares (Lynch, PCF) y enfermedad inflamatoria intestinal. De las bases de datos hospitalarias se obtuvieron las siguientes variables: edad, sexo, localización del pólipo, morfología del mismo (sésil o pediculado), tratamiento tras polipectomía (seguimiento, cirugía) y mortalidad por la neoplasia. Variables anatomopatológicas obtenidas tras la polipectomía: tamaño del pólipo, grado de diferenciación histológico, presencia de invasión linfovascular, margen en la polipectomía, *budding* (bajo, medio y alto), margen de crecimiento (expansivo o infiltrativo) y grado de fragmentación (en bloque, fragmentado). Variables de la pieza quirúrgica: carcinoma residual en la pieza, invasión linfovascular, número de ganglios totales y número de ganglios afectos.

Resultados: Estudiamos 75 pacientes (43 varones y 32 mujeres, media de edad 65,3 años). De ellos, 33 fueron intervenidos (44%) y 42 fueron seguidos. De los operados, se identificó enfermedad residual en 10 pacientes (30,3%). Los pacientes operados fueron más jóvenes y lógicamente, tuvieron más pólipos sésiles, más invasión linfovascular, menor margen de resección y mayor fragmentación con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de seguimiento. En el grupo quirúrgico, 2 pacientes fallecieron por la neoplasia (6,06%), mientras que en el grupo de seguimiento esto ocurrió en 1 caso (2,39%). En el grupo de operados 4 casos (12,12%) desarrollaron metástasis y en el de seguimiento ninguno.

Conclusiones: Intervenimos al 44% de los pacientes con adenocarcinoma sobre pólipo (pT1). Destaca una tasa en el rango alto de la normalidad de enfermedad residual en las piezas reseccionadas (30,3%). Podría interpretarse como que en nuestro centro hemos realizado una indicación más precisa de la cirugía. En nuestro centro indicamos la cirugía en base a factores considerados de riesgo alto para el desarrollo de

metástasis como son el bajo nivel de diferenciación, margen positivo (1 mm), resección fragmentada, presencia de invasión linfovascular y el tumor *budding* alto.