



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 8 - RESECCIÓN DE ADENOCARCINOMA SOBRE PÓLIPO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: FACTORES PREDICTORES DE RECIDIVA

Mourad El Fallous El Mraghid, Rocío Tejero Jurado, María Pleguezuelo Navarro, Francisco Javier Serrano Ruiz y Antonio José Hervás Molina

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

### Resumen

Los pólipos con histología de malignidad presentan con frecuencia un dilema de tratamiento. La estrategia de manejo óptima radica en evaluar el riesgo de enfermedad residual en la pared intestinal o diseminación linfática. Nuestro objetivo fue evaluar los factores predictores de recidiva o aparición de cáncer colorrectal (CCR) durante el seguimiento en una cohorte con adenocarcinoma sobre pólipos. Para ello, realizamos un estudio retrospectivo y unicéntrico de pacientes sometidos a colonoscopia con detección de pólipos con dicha histología durante los años 2007-2021 en nuestro centro. Se resecaron 403 pólipos con histología de malignidad. La mediana de seguimiento fue 62 meses. En la primera colonoscopia de revisión hubo recidiva de adenoma en un 14% de resecciones en fragmentos, frente a un 3% resecados en una pieza ( $p = 0,001$ ); al igual que en la segunda: 9,2% en fragmentados frente a 0,05% ( $p = 0,005$ ). La recidiva precoz se relacionó con la altura de infiltración (3,6% Haggitt 0 vs. 10% Haggitt 4;  $p = 0,035$ ) y con la resección fragmentada (8,57 vs. 2,1%;  $p = 0,001$ ); no encontrándose diferencias con el grado histológico o la localización. La recidiva tardía se relacionó con la resección incompleta (25 vs. 1,8%;  $p = 0,001$ ) y con el margen de resección profunda afecto o no valorable (4,5 vs. 0,064%;  $p = 0,035$ ). La aparición de CCR se relacionó con la altura de infiltración Haggitt 4 (12 vs. 0,8%;  $p = 0,02$ ), con el grado de diferenciación moderado (10 vs. 3%;  $p = 0,03$ ) y con el margen de resección profundo (1,74 vs. 8,5%;  $p = 0,02$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias con los antecedentes del paciente o familiares ni con la morfología del pólipos. En el análisis multivariante, mantuvieron la significación estadística en relación con la aparición de CCR el grado histológico y la resección completa en un único fragmento. En conclusión, la resección completa en un fragmento de adenocarcinoma sobre pólipos es la herramienta más útil para prevenir su recidiva o la futura aparición de CCR.

Total: 403 pólipos

<b>Sexo masculino</b>	66,5%				
<b>Edad media</b>	67 años (DE 22,06)				
<b>Antecedentes familiares 1º grado</b>	23%				
<b>Antecedentes personales pólipos</b>	11%				
<b>Pólipos por colonoscopia</b>	2,86 pólipos (DE 2,88)				
<b>Tamaño medio (adenocarcinoma sobre pólipos)</b>	22 mm (DE 13)				
<b>Grado de limpieza (Boston)</b>	7 (Q 6-8)				
<b>Localización</b>	Sigma: 62,8%				
<b>Morfología</b>	Pediculado: 60,5% Sésil: 14,2%				
<b>Resección completa</b>	96%				
<b>Resección completa en una pieza</b>	68,6%				
<b>Clasificación Haggitt</b>	Haggitt 0 38% Haggitt 1 27% Haggitt 2 10,5% Haggitt 3 4,5% Haggitt 4 20%				
<b>Grado histológico</b>	Bien diferenciados 76,6% Moderadamente diferenciados 22,6% Pobremente diferenciados 0,8%				
<b>Embolia vascular</b>	Ausencia 93,3% Embolia linfática 4,4% Embolia venosa 1,8%				
<b>Margen de resección profundo</b>	>1 mm 57,5% <1 mm 13,7% Afectado 11,5% No evaluable 17,3%				
<b>Altura infiltración submucosa</b>	<table border="1"> <tr> <td>Pólips sésiles</td> <td>&lt; 1 mm 25% 1-1,9 mm 8,3% ≥ 2 mm 16,7% No valorable 50%</td> </tr> <tr> <td>Pólips pediculados</td> <td>Haggitt 0, 1, 2, 3 con &lt; 3 mm 84,2% Haggitt 3 &gt; 3 mm 2,1% Haggitt 4 4,3% No valorable 4,5%</td> </tr> </table>	Pólips sésiles	< 1 mm 25% 1-1,9 mm 8,3% ≥ 2 mm 16,7% No valorable 50%	Pólips pediculados	Haggitt 0, 1, 2, 3 con < 3 mm 84,2% Haggitt 3 > 3 mm 2,1% Haggitt 4 4,3% No valorable 4,5%
Pólips sésiles	< 1 mm 25% 1-1,9 mm 8,3% ≥ 2 mm 16,7% No valorable 50%				
Pólips pediculados	Haggitt 0, 1, 2, 3 con < 3 mm 84,2% Haggitt 3 > 3 mm 2,1% Haggitt 4 4,3% No valorable 4,5%				
<b>Tratamiento</b>	Resección endoscópica 82% Cirugía 18%				
<b>Control endoscópico posterior</b>	Primera colonoscopia 4 meses (Q 2-6) 90% Segunda colonoscopia 10 meses (Q 6-13) 73% Tercera colonoscopia 13 meses (Q 12-24) 41,4%				
<b>Recidiva precoz</b>	(< 12 meses) 5%				
<b>Recidiva tardía</b>	(≥ 12 meses) 2,7%				
<b>Aparición CCR</b>	5%				