



P-1 - IMPACTO DEL VOLUMEN ANUAL DE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN LESIONES RECTALES: ANÁLISIS DEL REGISTRO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL CR-ESD

Aitor Lanas-Gimeno¹, José Carlos Marín², Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón², Alberto Herreros de Tejada³, Felipe Ramos-Zabala⁴, Eduardo Albéniz-Arbizu⁵, Álvaro Terán-Lantarón⁶, Hugo Uchima-Koecklin⁷, Enrique Rodríguez de Santiago⁸, José Santiago-García³, Diego de Frutos⁹, Gloria Fernández-Esparrach¹⁰, Pedro de María¹¹, José Díaz Tasende² y Grupo de interés en DSE¹²

¹Aparato Digestivo, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Universitario Majadahonda, Madrid. ⁴Hospital HM Montepríncipe, Madrid. ⁵Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ⁷Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁸Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁹Hospital Universitario Majadahonda. ¹⁰Hospital Clínic, Barcelona. ¹¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹²Grupo de trabajo de resección GSEED.

Resumen

Objetivos: La Sociedad Europea de Endoscopia (ESGE) recomienda realizar más de 25 disecciones submucosas endoscópicas (DSE) al año por operador para mantener la excelencia. Este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto del volumen anual de procedimientos por centro en los resultados de las lesiones rectales en las que se realizan DSE en centros españoles.

Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva a pacientes consecutivos en un registro multicéntrico español de DSE entre enero de 2016 y septiembre de 2024. Los hospitales se clasificaron en tres grupos según el volumen anual de casos: más de 25 DSE al año, entre 15 y 25 al año, y menos de 15 DSE al año. Se analizaron los resultados entre estos grupos y además, se realizó un análisis multivariante para identificar factores predictores de resecciones no curativas.

Resultados: La base de datos española de DSE del Grupo de Trabajo de Resección Endoscópica GSEED incluye 3.073 registros en todas las localizaciones anatómicas. Para este análisis, se seleccionaron únicamente los casos de recto. Se incluyeron un total de 686 lesiones rectales referidas para DSE, todas realizadas por miembros del grupo de interés en DSE del grupo GSEED. Tres centros realizaron más de 25 DSE al año; cinco centros realizaron entre 15 y 25 casos al año; y 27 centros realizaron menos de 15 DSE al año. La tasa global de resección en bloque fue del 88,1%, con resección R0 lograda en el 73% de los casos, y el 68,1% de los casos cumplieron criterios de curación endoscópica. La tasa de conversión a resección híbrida o resección mucosa endoscópica fragmentada fue del 11% con hasta un 3% de procedimientos que fueron abortados por dificultades técnicas. En cuanto a complicaciones se observó sangrado diferido en el 9,1% de los pacientes y perforación intraprocedimiento en el 7,1% de los casos. En el análisis de resultados globales según el volumen anual de casos (> 25 casos/año, 15-25 casos/año y < 15 casos/año) se objetivó lo siguiente: las tasas de resección en bloque fueron del 93,9%, 88,5% y 82%, respectivamente ($p < 0,001$); las tasas de resección R0 fueron del 79%, 68,5% y 69,6%, respectivamente ($p = 0,034$); las tasas de resección curativa fueron del 74,4%, 63,6% y 65,2%, respectivamente ($p = 0,028$); y las tasas de conversión a EMR híbrida o fragmentada fueron del 5,3%, 10,6% y 16,7%, respectivamente ($p = 0,02$). En el análisis

multivariante, la presencia de patrón Kudo V (OR 3,42; IC95% 1,94-5,4; $p < 0,01$) y la presencia de fibrosis (OR 1,9; IC95% 1,51-2,39; $p < 0,001$) fueron predictores para resecciones no curativas. Realizar más de 25 DSE al año no logro demostrar ser un factor protector contra resecciones no curativas (OR 0,76; IC95% 0,5-1,16; $p = 0,21$).

Conclusiones: En este registro, los predictores de resecciones no curativas parecen estar más relacionados con las características de las lesiones, como la presencia de fibrosis o un patrón Kudo V, en lugar del volumen de casos por centro que realizan más de 25 casos al año.