



Gastroenterología y Hepatología



Gastroenterología y Hepatología

Organización Científica del Congreso de la Unión de Asociaciones Científicas de Endoscopía y Cirugía del Tránsito y el Hígado

Volumen 42, Especial Congreso 2, Marzo 2019

XIII Reunión Nacional de la Asociación

Española de Gastroenterología

Madrid, 20-22 de marzo de 2019

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

69 - CROMOENDOSCOPIA DE SEGUIMIENTO DE LA DISPLASIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Villar Lucas, R. Quiñones Castro, D. Viso Vidal, R. Pérez Fernández, V. Cano López, R. González Núñez, L. Alcoba Vega, L. Vaquero Ayala y M. Sierra Ausín

Hospital de León.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presenta un mayor riesgo de cáncer colorrectal, siendo un grupo de riesgo, donde el seguimiento con cromoendoscopia detecta mayor número de lesiones displásicas, la mayor parte visible permitiendo su resección. Además ahorra costes evitando biopsias no dirigidas.

Métodos: Recogida retrospectiva de los pacientes que han presentado lesiones displásicas en las cromoendoscopias realizadas en nuestro centro desde enero 2013 a noviembre 2018. Se analizaron los datos demográficos, endoscópicos y clínicos en la cromoendoscopia basal y después en la primera cromoendoscopia de seguimiento.

Resultados: Se realizaron 320 cromoendoscopias, todas realizadas con índigo carmín al 0,2%. En estos pacientes las endoscopias previas fueron con luz blanca y toma aleatoria de biopsias. En la cromoendoscopia basal 41 pacientes presentaron lesiones displásicas. Un 84% tenían colitis ulcerosa y el 79% tenía una colitis extensa. El 75,7% eran varones y tenían una edad media de 58 años (23,8-77,4). La edad media de evolución de la EII fue de 16 años. El 17% estaba con tratamiento biológico, un 23,7% con inmunomoduladores y un 80% con salicilatos, a una dosis media de 2,33 g/d. Un 26,7% tenían antecedentes familiares de CCR. Un 30% tenían historia de displasia en las colonoscopias previas con luz blanca, resecada endoscópicamente y ninguna sobre lesión no visible. En la cromoendoscopia basal un 25% presentaban pseudopólipos. Se detectaron de media 2,89 lesiones displásicas con un tamaño medio de 8 mm, el 76,9% eran lesiones planas (0IIa o 0IIb de Paris) y el 72% en recto, sigma o colon izquierdo. El 86% se resecaron con asa fría o caliente. El 80% fueron displasia de bajo grado (DBG), 2 displasia alto grado (DAG), todas extirpadas endoscópicamente y hubo 1 adenocarcinoma que precisó colectomía. En la cromoendoscopia de revisión un 39% presentaba nuevamente lesiones displásicas, con una media de 3,25 lesiones, 10 mm de tamaño, 75% en recto, sigma y CI. El 53% fueron DBG y el 13,3% lesiones serradas con DBG. Aquellos con lesiones 0IIa en la cromoendoscopia basal presentaron mayor frecuencia lesiones displásicas en la de revisión frente a aquellos con lesiones 0IIs (78,6% vs 0%, p = 0,035). La limpieza intestinal también influyó en el número de lesiones detectadas, aquellos con Boston 8 en la cromoendoscopia basal, presentaban mayor número de lesiones en la de revisión (16 vs 8; p = 0,005).

Conclusiones: 1 de cada 3 pacientes que presenta displasia en la cromoendoscopia basal, ya tenía antecedentes de displasia en colonoscopias previas. La mayoría de las lesiones resecadas endoscópicamente fueron DBG. Un mayor número de lesiones en la cromoendoscopia inicial, la presencia de lesiones 0-IIa y un

Boston 8 predicen un mayor número de lesiones en la cromoendoscopia de revisión.