



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 pólipo. 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 pólipo. 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 pólipo es la herramienta más útil para prevenir su recidiva o la futura aparición de CCR.

Total: 403 pólipos			
Sexo masculino		66,5%	
Edad media		67 años (DE 22,06)	
Antecedentes familiares 1º grado		23%	
Antecedentes personales pólipos		11%	
Pólipos por colonoscopia		2,86 pólipos (DE 2,88)	
Tamaño medio (adenocarcinoma sobre pólipo)		22 mm (DE 13)	
Grado de limpieza (Boston)		7 (Q 6-8)	
Localización		Sigma: 62,8%	
Morfología		Pediculado: 60,5%	
		Sésil: 14,2%	
Resección completa		96%	
Resección completa en una pieza		68,6%	
Clasificación Haggitt	Haggitt 0		38%
	Haggitt 1		27%
	Haggitt 2		10,5%
	Haggitt 3		4,5%
	Haggitt 4		20%
Grado histológico	Bien diferenciados		76,6%
	Moderadamente diferenciados		22,6%
	Pobremente diferenciados		0,8%
Embolia vascular	Ausencia		93,3%
	Embolia linfática		4,4%
	Embolia venosa		1,8%
Margen de resección profundo	>1 mm		57,5%
	<1 mm		13,7%
	Afectado		11,5%
	No evaluable		17,3%
Altura infiltración submucosa	Pólipos sésiles	< 1 mm	25%
		1-1,9 mm	8,3%
		≥ 2 mm	16,7%
		No valorable	50%
	Pólipos 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%	
Tratamiento	Resección endoscópica	82%	
	Cirugía	18%	
Control endoscópico posterior	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%
Recidiva precoz	(< 12 meses)	5%	
Recidiva tardía	(≥ 12 meses)	2,7%	
Aparición CCR		5%	