

## Conclusiones

Los probióticos se añaden en un 10% de los tratamientos erradicadores, siendo más frecuente en primera línea que en los tratamientos de rescate.

Su uso no se asocia a una disminución significativa de los efectos secundarios ni a un aumento del cumplimiento del tratamiento

## SESIÓN V

### CO-21. MEDICIÓN DE GLUCOSA TRAS PUNCIÓN DE LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PUERTA DEL MAR.

Alía Verdejo T, Hidalgo Blanco A, Bernal Torres Álvaro, Rendón Unceta Paloma, Macías Rodríguez MA

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

#### Introducción

1. Análisis descriptivo de las características morfológicas observadas mediante ecoendoscopia (USE) en las lesiones quísticas pancreáticas (LQP) en nuestro centro.
2. Medición de glucosa y CEA en LQP con características mucinosas y comparación de dichos resultados con los descritos en la bibliografía.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a USE diagnóstica de LQP entre abril 2022 y julio 2023. Se evaluaron datos demográficos y características morfológicas ecoendoscópicas. En los casos en los que se realizó punción se evaluaron niveles de glucosa y CEA intraquísticos.

Se realizó análisis descriptivo de la muestra expresándose las variables cualitativas en términos de porcentajes y las cuantitativas mediante parámetros de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica, cuartiles y rango intercuartil para los diagramas de cajas).

#### Resultados

Fueron recogidos 19 pacientes con LQP. De dichas lesiones, 16 presentaban características compatibles con lesiones mucinosas (82,21%) y 3 con lesiones serosas (17,78%). Las características morfológicas quedan recogidas en las **Figura 1**.

No se realizó punción sobre ninguna lesión característicamente serosa. En el caso de las LQP de

	MORFOLOGÍA		CONSISTENCIA		COMUNICACIÓN DPP	
MUCINOSOS	Unilocular	12 (75%)	Soldoquístico	7 (43.8%)	Si	6 (37.5%)
	Multilocular	4 (25%)	Anecoico	9 (56.3%)	No	9 (56.3%)
SEROSOS	Unilocular	0 (0%)	Soldoquístico	0 (0%)	Si	0 (0%)
	Multilocular	3 (100%)	Anecoico	3 (100%)	No	3 (100%)

Figura 1

Características morfológicas de las LQP. DPP: Ducto pancreático principal.

características mucinosas, se realizó punción diagnóstica en 15 (93,75%) de las cuales se obtuvieron mediciones de glucosa en 11 casos (73,33%) y de CEA en 13 casos (86,66%).

La glucosa media en líquido quístico fue de  $27,81 \pm 33,99$  mg/dl (**Figura 2**) y en el caso de CEA la media fue de  $207,66 \pm 284,08$  mg/dl (**Figura 3**).

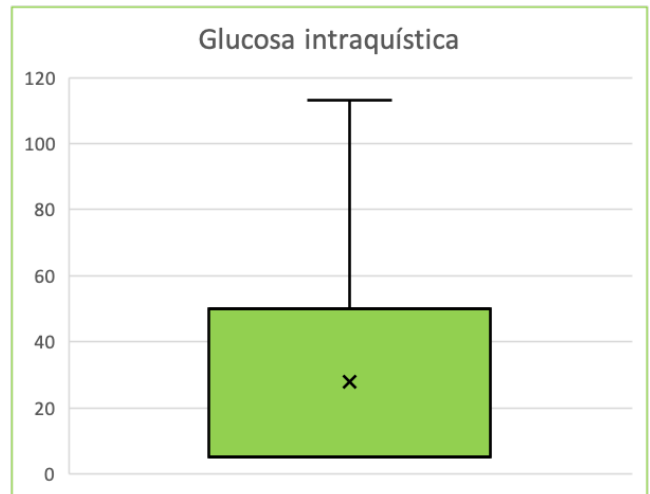


Figura 2

Representación en diagrama de cajas de los niveles intraquísticos de glucosa.

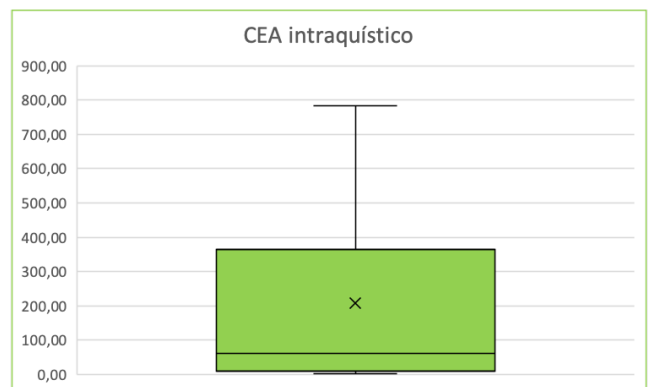


Figura 3

Representación en diagrama de cajas de los niveles intraquísticos de CEA.

Cabe destacar que en el caso de las mediciones de CEA se tuvieron que desechar dos niveles por encontrarse alejados de la media más allá de 3 desviaciones típicas, considerándose valores atípicos.

## Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio muestran una glucemia media en líquido quístico 192 mg/dl en el caso de las LQP con características mucinosas. Estos valores han sido tomados como puntos de corte en los estudios encontrados en la bibliografía para la distinción entre LQP de etiología mucinosa vs serosa.

Además, de acuerdo a lo recogido en los últimos estudios, se ha encontrado una mayor variabilidad en los niveles de CEA obtenidos en las muestras que en los obtenidos en la medición de glucosa.

Por todo ello y, si bien es cierto que nuestro estudio se ve limitado por el escaso número de pacientes recogidos, parece apoyar la utilidad de la medición de glucosa intraquística para la distinción de lesiones de origen mucinoso, y su probable superioridad frente al CEA.

## CO-22. UTILIDAD DE LA BIOPSIA RENAL TRANSYUGULAR EN LA EVALUACIÓN PRETRASPLANTE DE PACIENTES CON HEPATOPATÍA Y DATOS SIMULTÁNEOS DE ENFERMEDAD RENAL

Suárez Toribio A<sup>1</sup>, Agulleiro Beraza I<sup>1</sup>, Román García P<sup>2</sup>, Temprado Collado A<sup>3</sup>, Domínguez Borrero MF<sup>1</sup>, Nacarino Mejías V<sup>2</sup>, Sousa Martín JM<sup>1</sup>, Naranjo Arellano M<sup>3</sup>, Giráldez Gallego A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>2</sup>SERVICIO RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>3</sup>SERVICIO NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

## Introducción

Pretendimos analizar la utilidad de la biopsia renal transyugular (BRTY) en pacientes con hepatopatía, fundamentalmente dentro de la evaluación de su idoneidad como candidatos a trasplante hepático (TH) aislado o combinado con trasplante renal (THR).

## Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de nuestra serie de casos de pacientes hepatópatas con sospecha de enfermedad renal primaria simultánea, por la que se sometieron a una BRTY. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de la función renal y hepática, así como relacionadas con el procedimiento (tasa de éxito y complicaciones).

## Resultados

Entre enero de 2017 y junio de 2023, 26 pacientes con hepatopatía (edad media 55,8±9,3 años; 76,9% hombres) fueron sometidos a una BRTY. La principal causa fue el alcohol (42,3%), seguida de las etiologías viral y metabólica, ambas 19,2%. Un 61,5% tenía Diabetes mellitus. La mediana de filtrado glomerular era de 38(27-43) ml/min, un 57,7% presentaban hematuria significativa y la mediana de proteinuria era de 956(192-4575) mg/24h. El 92,3% de pacientes presentaba cirrosis hepática (MELD 16[13-20]; Child 8[6-9]), principalmente con hipertensión portal: varices esofagogástricas o ascitis (58,3%) y esplenomegalia (mediana del tamaño del bazo 16[15-18]). Se obtuvo éxito técnico de la biopsia en 23/26 casos (88,5%), y el 95% de estas muestras fueron representativas (22/23). El principal diagnóstico histológico fue de nefropatía diabética (31,8%) seguido de glomerulonefritis IgA (18,2%). Hubo cinco complicaciones relacionadas con la biopsia (19,2%). La BRTY permitió la toma de decisiones sobre la idoneidad del TH aislado o combinado en 13 pacientes (50%), siendo favorable en diez casos (76,9%). Durante el seguimiento (mediana 374[117-917] días), cinco pacientes se sometieron a doble trasplante hepatorenal, uno a trasplante hepático, ocho fallecieron y doce se encuentran vivos (uno de ellos en lista de THR).

## Conclusiones

La BRTY es una herramienta útil que permite tomar decisiones adecuadas, muchas veces vinculantes, sobre la idoneidad del TH(R).

## CO-23. MODELO CRÓNICO OPTIMIZADO DE ENFERMEDAD DE CROHN EN RATONES BALB/C: POLIFENOLES PROCEDENTES DE ARISTOTELIA CHILENSIS (ACH) PROVOCAN CAMBIOS CLÍNICOS Y MICROSCÓPICOS DEL TEJIDO INTESTINAL.

García García MD<sup>1</sup>, Ortiz-Cerda T<sup>2</sup>, Merinero M<sup>3</sup>, Macías-García L<sup>3</sup>, Kangzhe X<sup>2</sup>, Argüelles Árias F<sup>1</sup>, De-Miguel Rodríguez M<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>2</sup>SCHOOL OF MEDICAL SCIENCES, FACULTY OF MEDICINE AND HEALTH. CHARLES PERKINS CENTRE, THE UNIVERSITY OF SYDNEY, SYDNEY. <sup>3</sup>DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA. <sup>4</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

## Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por una respuesta inmune aberrante que resulta en una distorsión arquitectural y necrosis del tejido intestinal. Previamente hemos demostrado que el extracto del fruto *Aristotelia chilensis* (Ach), presenta significativos efectos antiinflamatorios y antioxidantes en un modelo agudo de

EC. El objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo animal crónico y conocer la capacidad de Ach para mejorar la respuesta clínica y aliviar el daño intestinal.

## Material y métodos

El modelo crónico de EC (Figura 1) se llevó a cabo utilizando ratones macho BALB/C de 12 semanas mediante la administración intracolónica de ácido trinitrobenzenosulfónico (TNBS) en dosis crecientes (0.75, 1.25 y 2.50mg/ratón) (Figura 2) con previa sensibilización tópica (100µl TNBS y/o EtOH 50%) (Figura 3). Se dividieron en 5 grupos (n=20): (a) control negativo (EtOH50%), (b) control positivo (EtOH 50%+TNBS), (c) 5-ASA (TNBS + 350mg/Kg/día 5-ASA), (d) Ach (TNBS + 50mg/Kg), (e) Ach + 5-ASA (TNBS+ Ach 50mg/Kg + 5-ASA 350mg/Kg/día). Los tratamientos fueron administrados mediante vía oral, utilizando crema de cacahuete (vía fisiológica y segura, previo entrenamiento durante 1 semana). Se realizó un seguimiento diario de la respuesta clínica al tratamiento mediante Índice de Actividad de Enfermedad (DAI). Al finalizar el experimento, los ratones fueron sacrificados y las muestras de colon fueron teñidas con H-E y analizadas mediante score histopatológico.

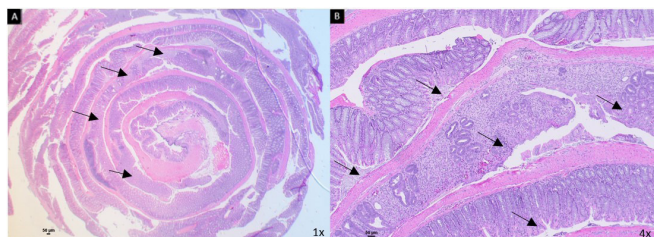


Figura 1

Estudio histopatológico de colon enfermo (modelo crónico EC). A. Focos de distorsión arquitectural parcheado (flechas negras). B. Necrosis intestinal en epitelio y criptas (flechas negras).

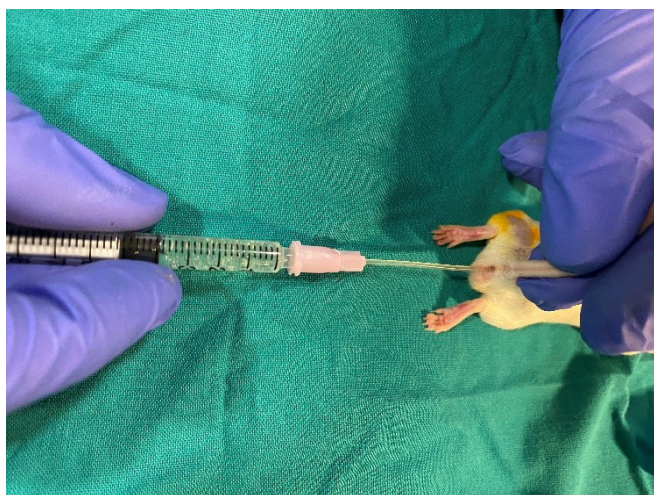


Figura 2

Administración intracolónica de TNBS, tratamiento inductor de la enfermedad.

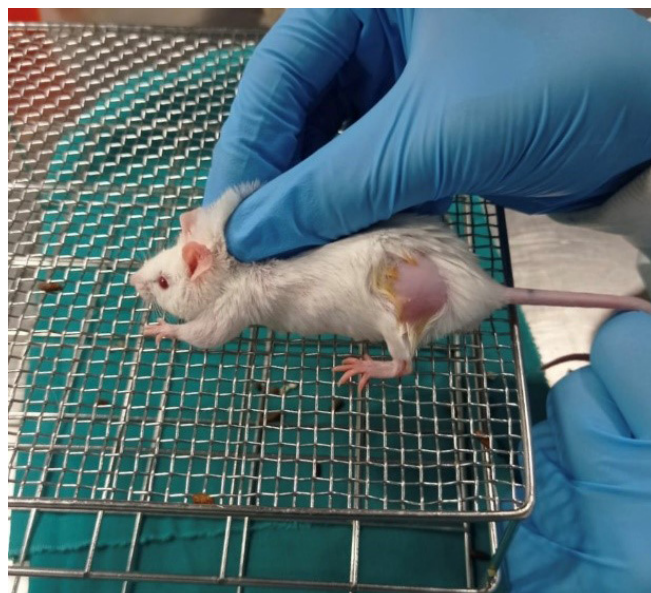


Figura 3

Proceso de sensibilización. Administración cutánea de TNBS 1 semana antes de la inducción de la enfermedad.

## Resultados

Nuestros resultados mostraron que tras la inducción con TNBS, los ratones incrementan significativamente el score DAI comparado con el grupo control (p-valor 0.0370). Tras la administración de los diversos tratamientos, se observó una importante reducción del score DAI, siendo estadísticamente significativo el tratamiento con Ach (p-valor 0.0007) (Figura 4A). En cuanto al análisis histopatológico, todos los grupos tratados consiguieron una reducción del % de necrosis con respecto al control (Figura 4B), aunque sin significancia estadística. En la figura 5 ilustramos las diferencias histopatológicas de cada grupo de tratamiento.

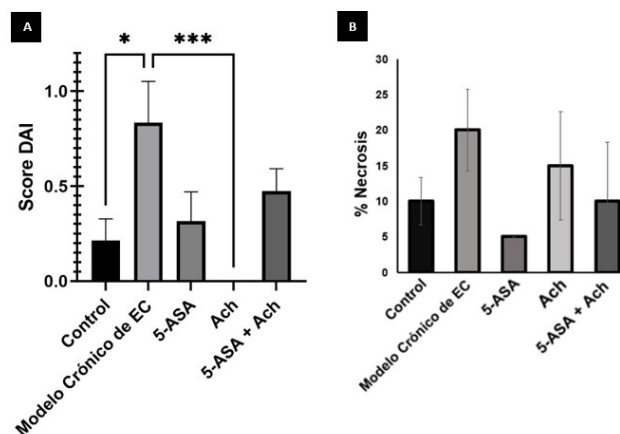


Figura 4

A. Score DAI de los grupos experimentales. B. Porcentaje de necrosis de los grupos experimentales.

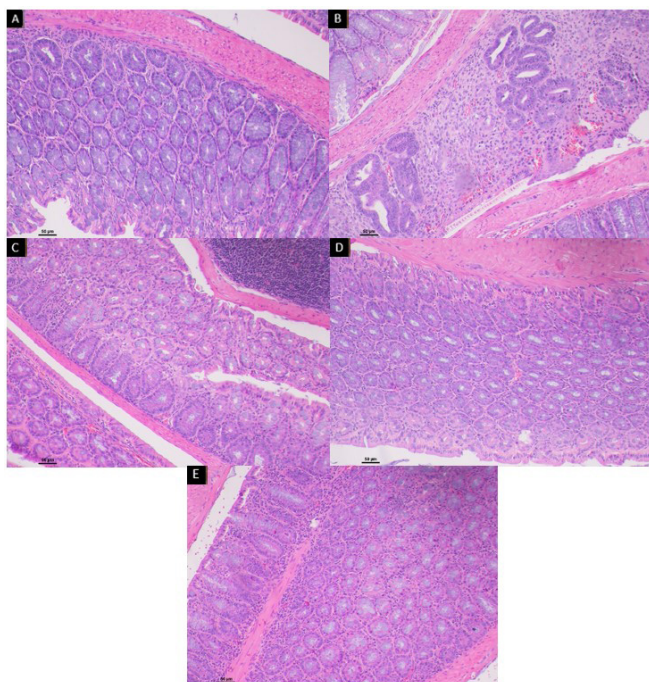


Figura 5

A, C, D y E muestran arquitectura intestinal conservada. B muestra pérdida del epitelio glandular (\*), focos de necrosis (flecha continua) e infiltrado inflamatorio mixto (flecha discontinua).

## Conclusiones

La optimización de un modelo crónico de EC permite evaluar daño intestinal (necrosis y distorsión arquitectural) y respuesta a nuevos tratamientos. En este estudio piloto, hemos demostrado que Ach puede mejorar el desarrollo clínico de la enfermedad y reducir la necrosis histológica. Futuros estudios con mayor tamaño muestral y poder estadístico son necesarios para validar esta tendencia y considerar el uso de polifenoles como un posible tratamiento en la EII.

## CO-24. OPTIMIZACION DE LA DOSIS DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LOS TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE PRIMERA Y SEGUNDA LINEA FRENTE A HELICOBACTER PYLORI: RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI (HP-EUREG)

Keco-Huerga A<sup>1</sup>, Castro-Fernández M<sup>1</sup>, Pabón-Carrasco M<sup>1</sup>, Pérez-Aisa A<sup>2</sup>, Lucendo AJ<sup>3</sup>, Lanas A<sup>4</sup>, Martínez-Dominguez SJ<sup>4</sup>, Alfaro-Almajano E<sup>4</sup>, Rodrigo L<sup>5</sup>, Bujanda L<sup>6</sup>, Huguet JM<sup>7</sup>, Fernández-Salazar L<sup>8</sup>, Alcaide N<sup>8</sup>, Velayos B<sup>8</sup>, Barrio J<sup>9</sup>, Perona M<sup>10</sup>, Nuñez O<sup>11</sup>, Gómez-Rodríguez BJ<sup>12</sup>, Ledro-Cano D<sup>12</sup>, Domínguez-Cajal M<sup>13</sup>, Almela P<sup>14</sup>, Gómez-Camarero J<sup>15</sup>, Cano-Catalá A<sup>16</sup>, Moreira L<sup>17</sup>, Parra-Pineda P<sup>18</sup>, Nyssen OP<sup>18</sup>, Gisbert JP<sup>18</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

<sup>3</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO, TOMELLOSO. <sup>4</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, ZARAGOZA.

<sup>5</sup>UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO. <sup>6</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA, DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN. <sup>7</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA. <sup>8</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, VALLADOLID.

<sup>9</sup>UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA, VALLADOLID. <sup>10</sup>UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA), MARBELLA <sup>11</sup>UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL LA MORALEJA, MADRID. <sup>12</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>13</sup>UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE, HUESCA.

<sup>14</sup>SERVICIO MEDICINA DIGESTIVA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN, CASTELLÓN DE LA PLANA/CASTELLÓDELAPLANA. <sup>15</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS, BURGOS.

<sup>16</sup>GRUPO INVESTIGACIÓN. CENTRE HOSPITALARI, MANRESA

<sup>17</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA. <sup>18</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID.

## Introducción

Las dosis altas de inhibidores de la bomba de protones (IBP) incrementan la efectividad de la triple terapia clásica y probablemente también, aunque no está bien establecido, de las cuádruples terapias actualmente recomendadas. Se objetiva evaluar el papel de los IBP, a distintas dosis, en la efectividad de los tratamientos erradicadores de *H. pylori* más frecuentes de primera y segunda línea en Europa.

## Material y métodos

Registro europeo prospectivo, multicéntrico, no intervencionista del manejo de la infección por *H. pylori* (HpEuReg). Se analizaron todos los tratamientos que incluían un IBP desde 2013 a 2021. La dosis de IBP (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol o esomeprazol) se clasificó según potencia antisecretora en: alta (54-128 mg equivalentes de omeprazol [OE]), estándar (33-40 mg OE) y baja (4,5-27 mg OE) administradas 12 horas (Tabla 1). El análisis se realizó por intención-de-tratar modificado incluyendo los países con > 1.000 casos. Los datos se sometieron a revisión de calidad.

## Resultados

Se evaluaron 36.579 casos (80% del total) de España, Rusia, Italia, Eslovenia y Lituania. En primera línea se obtuvo una efectividad óptima (~90%) con todas las terapias de 10 o

14 días con dosis altas de IBP y con la cuádruple secuencial y cuádruples con bismuto de 10 días, y con la cuádruple concomitante de 14 días con dosis estándar. En segunda línea se obtuvo una efectividad óptima con dosis altas de IBP con la triple terapia con levofloxacin y amoxicilina de 14 días y con la cuádruple clásica con bismuto de 10 y 14 días, en este último caso también con dosis estándar. Ninguna terapia de 7 días logró tasas de curación óptimas (Tabla 2).

Efectividad primera línea tratamiento Según duración y dosis de IBP n/N (%)- mITT					
		Baja	Estándar	Alta	p-valor
<b>10 días</b> N: 12214 (55.3%)	Triple IBP-C+M/A	1277/1634 (78)	1088/1261 (86)	417/486 (90)	0.0001
	Cuádruple secuencial IBP-C+A+M	981/1112 (88)	48/51 (94)	603/647 (93)	0.002
	Cuádruple concomitante IBP-C+A+M	1262/1437 (88)	507/580 (87)	440/476 (92)	0.013
	Cuádruple con bismuto IBP-C+A+B	200/233 (86)	213/235 (91)	93/101 (93)	0.137
	Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B	1533/1683 (91)	865/917 (94)	1300/1371 (95)	0.0001
<b>14 días</b> N: 7782 (35.2%)	Triple IBP-C+M/A	426/528 (81)	758/850 (89)	1273/1391 (92)	0.0001
	Cuádruple concomitante IBP-C+A+M	597/702 (85)	385/429 (90)	1573/1685 (93)	0.0001
	Cuádruple con bismuto IBP-C+A+B	165/180 (92)	797/859 (93)	969/1067 (91)	0.299
	Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B	18/20 (90)	55/59 (93)	11/12 (92)	0.893
	Efectividad segunda línea tratamiento Según duración y dosis de IBP n/N (%)- mITT				
<b>10 días</b> N: 2.203 (54.9%)	Triple IBP-L+A	366/497 (84)	199/256 (78)	178/213 (84)	0.015
	Cuádruple concomitante IBP-C+A+M	58/79 (73)	15/18 (83)	54/69 (78)	0.605
	Cuádruple con bismuto IBP-L+A+B	12/14 (86)	7/9 (78)	3/3 (100)	0.643
	Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B	404/467 (87)	169/191 (89)	357/387 (92)	0.028
	<b>14 días</b> N: 1288 (38.1%)	Triple IBP-L+A	45/57 (79)	35/43 (81)	318/341 (93)
Cuádruple concomitante IBP-C+A+M		36/54 (67)	46/51 (90)	73/83 (88)	0.001
Cuádruple con bismuto IBP-L+A+B		36/50 (72)	43/49 (88)	416/462 (82)	0.001
Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B		14/19 (74)	43/45 (96)	33/34 (97)	0.005

A: amoxicilina; B: bismuto; C: claritromicina; L: levofloxacin; M: metronidazol; T: tetraciclina; mITT: intención de tratamiento modificado; IBP: inhibidor bomba de protones; N: Total tratados; n: Total curados; Dosis baja IBP - 4.5 a 27 mg equivalentes de omeprazol; Dosis estándar IBP - 32 a 40 mg equivalentes de omeprazol; Dosis alta IBP - 54 a 128 mg equivalentes de omeprazol, todos ellos, dos veces al día.

Tabla 1

Relativa potencia de los inhibidores de la bomba de protones.

	Dosis baja (mg)	Dosis estándar (mg)	Dosis alta (mg)
	4.5-27 mg OE	32-40 mg OE	54-128 mg OE
Omeprazol	20	40	80
Lansoprazol	30	45	80
Pantoprazol	80	160	240
Rabeprazol	10	20	40
Esomeprazol	10	20	40

OE: omeprazol equivalentes; b.i.d: dos veces al día.

Tabla 2

Efectividad de las primeras y segundas líneas de tratamiento de la infección por H. pylori según duración y dosis de IBP.

## Conclusiones

En primera línea de tratamiento son aconsejables dosis altas de IBP en la cuádruple terapia concomitante, mientras que son suficientes dosis bajas en la cuádruple terapia con metronidazol-tetraciclina-bismuto. En segunda línea son aconsejables dosis altas de IBP en la triple terapia con levofloxacin y amoxicilina de 14 días, siendo suficientes dosis estándar en la cuádruple con metronidazol-tetraciclina-bismuto.

## CO-25. VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS SEGÚN EL RIESGO HISTOLÓGICO EN LOS TUMORES COLORRECTALES PT1

Rodríguez Gallardo M<sup>1</sup>, González Antuña J<sup>1</sup>, Sánchez Arenas R<sup>1</sup>, Machuca Aguado J<sup>2</sup>, Muñoz García-Borrueal M<sup>1</sup>, Caunedo Álvarez Á

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>2</sup>SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

## Introducción

El programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR) y el avance de la endoscopia terapéutica en los últimos años ha incrementado el diagnóstico precoz de CCR, siendo cada vez más frecuentes los tumores pT1. Nuestros objetivos son describir los factores que determinaron el tratamiento de los CCR-pT1 al diagnóstico y analizar el cumplimiento de las recomendaciones de las guías actuales respecto al riesgo histológico.

## Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los CCR-pT1 registrados en la base de datos de anatomía patológica desde enero 2018 a diciembre 2022. Analizamos variables

	Alto riesgo (≥1 criterio)
Grado histológico	Alto o indiferenciado
Invasión linfovascular	Presente
Budding tumoral	Presente
Margen de resección	No respetado
Invasión submucosa profunda	Presente

Factores de alto riesgo histológico.

Tabla 1

demográficas, endoscópicas e histológicas. Las lesiones se clasificaron en alto riesgo ( $\leq 1$  criterio: poco diferenciada o indiferenciada, invasión linfovascular, budding, invasión submucosa profunda (ISP) o margen de resección no respetado) y bajo riesgo.

### Resultados

Se incluyeron 161 CCR-pT1, 53 fueron resecados endoscópicamente. De este grupo, el 64,2% (n=34), fueron varones con edad media de 64±10 años. El 28,3% (n=15) fueron colonoscopias del cribado poblacional. El 58,5% (n=31) eran lesiones pediculadas y el 88,6% (n=47) estaban localizadas en colon izquierdo. La resección fue en bloque en el 75,5% (n=40) de los casos. 17 cumplían al menos un criterio de alto riesgo, siendo la ISP el único criterio en 12. Tras decisión en comité multidisciplinar se remitieron 7 a cirugía (4 con ISP) y 2 a tratamiento con TAMIS. Se observó extensión linfática en uno de los pacientes operados. Los otros 8 pacientes se siguieron de forma conservadora hasta 2022 sin signos de recidiva.

	Cirugía tras REM N=20	Seguimiento tras REM N=29	P
Varón	12 (60%)	19 (65,5%)	
Edad	62±12,43	66,26±8,31	
Pólipos pediculados	12 (60%)	19 (65,5%)	
Colon izquierdo	17 (85%)	26 (89,7%)	
Tamaño pólipo (mm)	28,25±17	23,63±6	
REM en bloque	11 (55%)	25 (86,2%)	
Alto grado diferenciación	12 (60%)	20 (68%)	
Sin invasión de márgenes	14 (70%)	27 (93,1%)	0,035
Sin invasión linfovascular	18 (90%)	26 (89,7%)	
Invasión SM profunda	6 (54,5%)	6 (20,7%)	0,015
N+	1 (0,05%)	0	
Meses seguimiento (mediana)	6	15	

Tabla 2

Características de los pacientes según actitud tras resección endoscópica mucosa (REM) sin reflejar a los pacientes que se han realizado TAMIS.

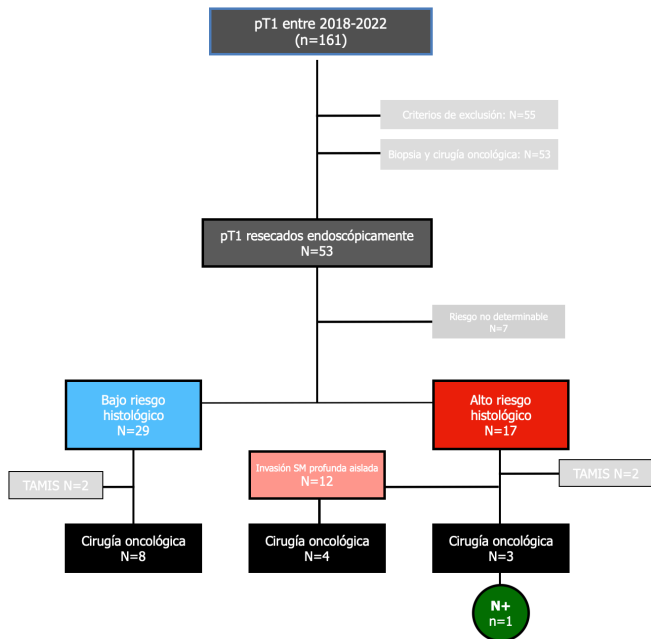


Figura 1

Diagrama flowchart del estudio.

### Conclusiones

En nuestra serie, la mayoría de los CCR-pT1 tratados endoscópicamente eran de bajo riesgo. Aquellos de alto riesgo en los que se decidió seguimiento tras resección endoscópica no presentaron recidiva ni metástasis ganglionar durante el seguimiento. La ISP como único criterio de alto riesgo podría ser insuficiente para una indicación de cirugía complementaria tras la resección endoscópica.