

#102 - Evaluación de la resecabilidad de neoplasias epiteliales incipientes gástricas mediante disección endoscópica submucosa

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-102>

Gonzalo Latorre Selvat¹, Felipe Silva Peña¹, Francisca Martínez Venezian¹, Pilar Alvarado Vasquez¹, Josefina Dávila Wenk¹, Antonio Pausin Muñoz², Antonio Mercandino Sepúlveda³, Javiera Torres Montes¹, Juan Carlos Roa Strauch¹, Andrés Donoso Durante¹

¹Pontificia Universidad Católica de Chile, ²Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés de Illapel, ³Hospital Carlos Cisternas.

Introducción: La disección submucosa endoscópica (ESD) se ha convertido en la terapia de elección para las neoplasias gástricas incipientes. El control de los márgenes horizontales y verticales ha permitido la resección en bloque de lesiones extensas del estómago y reducir la recidiva local. Una evaluación anatomopatológica cuidadosa de la pieza extendida permite establecer los criterios de una resección curativa con baja probabilidad de diseminación linfática (DL). **Objetivo:** Evaluar la resecabilidad de neoplasias incipientes gástricas mediante disección endoscópica submucosa e identificar factores relacionados con el compromiso submucoso (pT1b) y la DL. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a ESD por una neoplasia epitelial gástrica, incluyendo displasia de bajo (DBG) y alto grado (DAG) y adenocarcinoma, entre 2012-2024. La técnica de la ESD se describe brevemente en la Figura 1. Las piezas de resección fueron extendidas y analizadas por dos patólogos expertos (Figura 2). Se recolectaron variables demográficas, endoscópicas e histopatológicas. Se definió como resección en bloque la resección en una pieza completa, resección curativa según los criterios eCura y recidiva como recurrencia de tejido neoplásico en el control endoscópico (>3 meses). (ID Comité de Ética: 220601004). **Resultados:** Se incluyeron 117 pacientes (edad media: 68±8.7 años; 45% mujeres). Las lesiones se localizaron en el 30% (n=35) en la región antro-pilórica, 68% (n=80) en cuerpo y 1.7% (n=2) en cardias. El tamaño mediano de las lesiones fue 15 mm (IQR 10-20). La morfología más frecuente fueron lesiones planas deprimidas (0-IIc) en el 27% (n=31), plano-elevada con depresión (0-IIa+c) 24% (n=28), plano elevadas (0-IIa) 24% (n=28) y sésiles (0-Is) 10% (n=12). El 68% (n=79) de las lesiones correspondieron a adenocarcinomas (76% T1a y 24% T1b), 21% (n=25) DAG y 11% (n=13) DBG. La principal variable asociada al compromiso submucoso (T1b) fue un componente deprimido (IIc) (Odds Ratio: 3.1; IC95%:1.1-9.0). Un 38% (n=18) de las lesiones donde la biopsia por pinza mostró DBG o DAG, la biopsia de la resección mostró adenocarcinoma. Se logró una resección en bloque del 96% (n=112) de las lesiones (4 resecciones frustras por motivos técnicos), con criterios de resección curativa en el 88% (n=103) de los casos. Se realizó una gastrectomía como tratamiento definitivo en 12 de las 14 resecciones no curativas, identificando DL en 2 casos (14%). Las principales complicaciones fueron sangrado tardío (4.3%; n=5), perforación (4.3%; n=5) y estenosis (1.7%; n=2). Se observó un 3% (n=3) de recidiva local (mediana 11 meses) y no se observaron muertes relacionadas a CG, con una mediana de seguimiento de 56 meses (IQR 29-81). **Conclusión:** La ESD es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de neoplasias gástricas incipientes y los criterios propuestos para la evaluación de una resección curativa permiten identificar el riesgo de diseminación linfática. El elevado aumento del grado histológico al analizar la pieza de resección respecto de la biopsia con pinza refuerza la necesidad de apoyar las decisiones terapéuticas en la evaluación endoscópica e histológica de las neoplasias gástricas incipientes.





