

Disección endoscópica de la submucosa (DES) vs. disección endoscópica de espesor total (DET) para el tratamiento de cáncer de colon

Oscar V. Hernández-Mondragón* y Raúl A. Zamarripa-Mottú

Departamento de Endoscopia gastrointestinal, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México

Resumen

Existen 4 modalidades de tratamiento endoscópico para tratamiento de cáncer colorrectal: la resección endoscópica de la mucosa (REM) es eficaz pero limitada a la mucosa¹; la disección endoscópica de la submucosa (DES) y la disección endoscópica de espesor total (DET) son técnicas de resección endoscópica avanzadas que pueden tratar lesiones recurrentes post-REM (20%) o no candidatas a la misma², y, finalmente, la disección endoscópica híbrida (DEH) o una combinación de las 3 técnicas mencionadas previamente, permite tratar lesiones colorrectales más grandes, sin importar si existe fibrosis, no levantan, tumores subepiteliales, carcinomas tempranos o una localización difícil (ciego, colon derecho, cerca a un divertículo o al orificio apendicular)¹. Durante la DDW 2020 virtual se presentaron 14 trabajos relacionados, documentando los más relevantes.

Palabras clave: Disección endoscópica. Cáncer colorrectal.

DES en lesiones colorrectales

Stavropoulos S, et al: serie más grande de DES (8 años, n = 462: carcinoma 42, adenoma 420, biopsia previa 432 (94%), tatuaje 193 (42%) y REM / ablación previa 168 (36%), 26% en localización difícil: sigmoides 36 (8%), válvula ileocecal 25 (5%), orificio apendicular 8 (2%). Resección en bloque 96.5%, R0 91.3%, eventos adversos 2.4%: perforación tardía 1, hemorragia tardía 6, otros 2) y recurrencia 0.8% tras seguimiento a 1 año en 83%. Limitaciones: retrospectivo³.

Lacopini F et al: realizaron un ensayo clínico de DES para lesiones colorrectales >20 mm o sin levantamiento de localización difícil (línea dentada n = 50, pélvico rectal 92, invasión íleon terminal n = 27, ciego n = 67

y colon ascendente n = 118), con cicatriz en n = 53/354. Se reportó resección en bloque/ R0/ curativa/ Residual: línea dentada 82%/76%/66%/12% vs. pélvico rectal 89%/ 82% /82%/ 0% vs. invasión íleon terminal 88%/ 78% / 78%/ 7% vs. ciego 83%/ 83% /56.7%/ 3% vs. colon ascendente 90%/ 90%/ 85.5%/ 1%, p = 0.002 para residual, p> 0.05 para en bloque y R0). Limitaciones: No se especifica el seguimiento⁴.

Uchima H, et al: estudio prospectivo, multicéntrico donde evaluaron DES en pólipos malignos (n = 58, recto 21 (36%), sigmoides 10 (17%), colon descendente 8 (13.7%), flexura esplénica 2 (3.4%), colon transversal 4 (7%), flexura hepática 3 (5%), Colon ascendente 7 (12%), ciego 3 (5%) con fibrosis severa (F2) en 23

Correspondencia:

*Oscar V. Hernández-Mondragón
E-mail: mondragonmd@yahoo.co.uk

DOI: 10.24875/END.M20000197

Endoscopia. 2020;32(Supl 1):61-63
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

(39.66%) casos. Se reportó éxito técnico en 48, resección en bloque en 41 y de estos hubo margen vertical libre >1 mm en 78% (32/41), el tamaño medio de tejido resecado fue de 38.3 mm x 30.67 mm. La resección en bloque difiere acorde a la localización: Recto 96.3% vs. resto del colon 78.84%, $p = 0.029$. Eventos adversos en 18 (31%): hemorragia tardía 3 (5%), perforaciones intraprocedimiento 10 (17%) y tardías 2 (3.4%). Se requirió cirugía en 30 (51.7%): por histología 19 (63%), por DES abortada 10 (33%) y 1 por perforación tardía (3%) y de estas fue menor la necesidad de cirugía en recto $n = 8$ (38%) vs. resto de colon $n = 22$ (59%); $p = 0.029$. Limitantes: no especifican seguimiento⁵.

DET en lesiones colorrectales

Bazarbashi A, et al: revisión sistemática y metaanálisis, analizaron 18 estudios (8 prospectivos, 10 retrospectivos) con un total de 757 pacientes sometidos a DET demostrando su eficacia (éxito clínico en 89.52% [86.97%-91.62%, IC 95%, $I^2 = 0.00$], resección R0 en 79.61% [75.47%-83.2%, IC 95%, $I^2 = 20.52$]) y su seguridad (eventos adversos 11.97% [hemorragia 2.31%, perforación 20%, síndrome pospolipectomía 1.7%, apendicitis 0.8%, otros 3.1%], con recurrencia mayor a la observada con DES: 9.85% (7.26-13.23%, IC 95%, $I^2 = 0.00$)⁶.

Meier B, et al: ensayo clínico multicéntrico, evaluando DET en el tratamiento de lesiones colorectales complejas, pretratadas o en localización difícil $n = 1,178$ (colon 880 (75%): ciego 21%, colon ascendente 21%, colon transverso 12%, colon descendente 6%, sigmoides 15% y recto 298 (25%); lesiones pretratadas 637 (54%)). Indicaciones: Adenoma sin levantamiento 57%, carcinoma temprano 18%, localización difícil 8.5%, tumor subepitelial 7%, DET diagnóstica 1.5%, otros 8%. Encontraron resección de espesor total global 90% (colon 92%, recto 84%), resección R0 en 80% (colon 79%, recto 82%), tiempo de procedimiento global 35 (2-203) min, colon 40 (3-203) min, recto 25 (2-120) min, hubo problemas técnicos en 154 (13%): relacionados a asa 37, aplicación de clip 5 y otros en 112 (la mayoría relacionados con la movilización tisular) y eventos adversos en 138 (11.7%): hemorragia 83 (7%), perforación 29 (2.5%), inflamación/infección 15 (12.7%) y otros 11 (0.93%); de los cuales 24 (2%) ameritaron tratamiento quirúrgico. Recurrencia 9.4% tras seguimiento de 22 (1-202) semanas en 92% (1088/1178), con endoscopia de seguimiento en 63% (685/1088). Limitaciones: seguimiento irregular¹.

DES vs. DET para lesiones colorrectales

Suchanek S, et al: ensayo clínico bicéntrico, DET vs. DES para neoplasias colorrectales <3cm con riesgo alto de resección incompleta ($n = 35$: DET 19 vs DES 16). Indicaciones: tumores T1 46%, adenomas sin levantamiento 29%, neoplasia residual local 23%. La mayoría Ila + Ilc DET 26% vs. DET 50%. Histología: 14 lesiones benignas, 21 lesiones malignas: Cis $n = 7$, T1 = 12, T2 = 2), reportando éxito técnico DET 90% vs. DES 94%, $p = 0.999$; R0: DET 90% vs. DES 81%, $p = 0.785$; resección curativa DET 46% vs. DES 60%, $p = 0.670$. Eventos adversos DET 0 vs. DES 11%: tratamiento endoscópico 2/4, quirúrgico 2/4, $p < 0.05$). Limitaciones: no se realizó seguimiento⁷.

Disección endoscópica híbrida (DEH) para tratamiento de lesiones colorrectales

McCarty T, et al: revisión sistemática y metaanálisis de DES + REM para tratamiento de lesiones colorrectales (16 estudios: 2 ensayos clínicos, 4 prospectivos, 10 retrospectivos, $n = 751$), reportando éxito técnico en 81.63% (72.07-88.44, IC 95%, $I^2 = 83.36$), R0 73.14% (59.24-83.61, IC 95%, $I^2 = 88.36$), tamaño de resección 28.97 mm \pm 10.55 mm, tiempo 48.88 mm \pm 22.37 mm, eventos adversos 7.74% (hemorragia tardía 4.31%, perforación 4.68%), necesidad de cirugía 3.64% (1.76%-7.37%, $I^2 = 15.52$) y recurrencia de 4.52% ((1.40-13.65, IC 95%, $I^2 = 76.81$). Limitaciones: No seguimiento⁸.

Yuen W, et al: retrospectivo unicéntrico, DET vs. REM + DET para tratar lesiones acorde a Paris en 62 pacientes (H 37, M 25, DET $n = 33$: Is 10, Ila 7, Ila + Ilc 5, Ilb 3, Ilb + Ilc 3, Ilb + Ilc 3, Ilc 3, NC 2 vs. REM + DET $n = 29$: Is 5, Ip 1, Ila 5, Ila + Ilc 7, Ilb 9, Ilb + Ilc 2). Resultados: DET vs. REM/ DET: éxito técnico 31/33 (94%) vs. 24/29 (83%) ($p > 0.5$); R0 30/31 (97%) vs. 23/24 (96%), $p > 0.5$; y eventos adversos: DET 2/33 vs. REM + DES 0; $p > 0.05$); diámetro de resección: DET 19 mm (7 mm-40 mms) vs. REM + DET 36 mm (15 mm-60 mm; $p < 0.01$). Limitaciones: retrospectivo⁹.

Brogyuk N, et al: retrospectivo, unicéntrico, DES vs DES + REM (5 años, $n = 42$: H 27, recto $n = 37$, colon = 5, edad media 65 años). Tipo de lesión: planas 15 (36%), polipoideas 27 (64%), tamaño 31 mm (10-80 mm), adenomas 17 (40.5%) adenomas con displasia alto grado 12 (28.5%), cáncer con invasión >sm1 7 (16.6%), Cis 3 (7.1%), cáncer T2 2 (4.7%). DES vs. DES + REM: Resección en bloque 28/29 (95.6%) vs. 7/13 (53.8%), $p > 0.5$. R0 25 (86.7%) vs. 7 (53.8%) $p > 0.5$; eventos adversos: Perforación 19/42 (45%), 15

tratadas con clips. 1 con OVESCO™, 1 quirúrgicamente y 1 con cefalosporinas y hemorragia 1, tratada con termocoagulación. Endoscopia de seguimiento 28/42 (66.6%) con resultados negativos. Limitaciones: retrospectivo y seguimiento irregular¹⁰.

Conclusiones

- DES es eficaz y segura para lesiones colorrectales planas, elevadas o de extensión lateral, inclusive >20 mm, de localización difícil y previamente tratadas, con baja tasa de recurrencia.
- Las lesiones de localización difícil tratadas con DES ameritan seguimiento endoscópico más estrecho (menor tasa de resección en bloque y mayor tasa de recurrencia local) respecto a las de otras localizaciones.
- DES es más eficaz en pólipos malignos de recto y sigmoides que del resto del colon.
- DET se reserva para lesiones no tratables por REM o DES, con equiparable tasa de éxito clínico y eventos adversos. La limitación de DET es el tamaño de la lesión (generalmente <20 mm).
- Las lesiones colorrectales más grandes y complejas pudieran ser tratados con DEH: una combinación de DES o DET para el componente invasor o sin levantamiento y REM o DES para el componente de extensión lateral. Se requieren estudios prospectivos que analicen esta modalidad terapéutica.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Bibliografía

1. Meier-Benjamin, Schmidt Arthur, Küllmer Armin et al: Efficacy and safety of Endoscopic Full-Thickness Resection with the FTRD in the colorectum: evaluation of a large PMCF Analysis. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster 874-2020.
2. Ghersi Stefania, Gazzola Alesia, Landi Stefano et al: Advanced endoscopic resection techniques for local recurrent colorectal adenomas: A single center prospective study. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Mo1699-2020.
3. Stravopoulos Stravos N., Zhang Xiaocen, Ly Erin K, et al: Endoscopic submucosal dissection for colorectal cancer and adenoma: A large single-operator cohort from the USA with long-term follow-up. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Mo1750-2020.
4. Lacopini Federico, Grossi Cristina, Lucidi Cristina et al: Long-term outcomes of colorectal endoscopic submucosal dissection in difficult locations: Dentate line, ileocecal valve and cecum. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Mo1753-2020.
5. Uchima Hugo, Herreros de Tejeda Alberto, Ramos-Zavala Felipe et al: Endoscopic submucosal dissection for colorectal (CR-ESD) malignant polyps. Results of a prospective multicenter western cohort. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster 361-2020.
6. Bazarbashi Ahmad Najdat, McCarty Thomas R., Dolan Russel D. et al: Endoscopic full-thickness resection of colorectal lesions: A systematic review and meta-analysis. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Mo1714-2020.
7. Suchanek Stepan, Falt Premysi, Ngo Ondrej et al: Endoscopic full-thickness resection vs. endoscopic submucosal dissection in colorectal neoplasia therapy- Bicentric prospective randomized study. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Mo1630-2020.
8. McCarty Thomas R., Bazarbashi Ahmad Najdat, Thompson Christopher C., Aihara Hiroyuki: Hybrid endoscopic submucosal dissection for treatment of colorectal lesions: A systematic review and meta-analysis. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Mo1758-2020.
9. Yuen William, Mahadev SriHari, Yuen Poi Yu Sofia et al: Hybrid technique using endoscopic mucosal resection and endoscopic full-thickness resection for large colorectal lesions: Initial north american experience. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Sa2022-2020.
10. Brogyuk Nagyija, Ngo Ondrej, Zavoral Miroslav, Suchanek Stepan: Effectiveness of endoscopic submucosal dissection alone and in combination with endoscopic mucosal resection (Hybrid technique) in colorectal neoplasia therapy. Presentado en cartel virtual durante la DDW; 2020 Mayo 2-5. ePoster Mo1684-2020.