

REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2019 · VOLUMEN 111
Suplemento 2· Págs.: 1-78

Factor de Impacto (2018):
JCR: 1,858 (Q4) / SJR: 0,52 (Q2)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)

Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)



41 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Alicante, 14-16 de noviembre de 2019

ARÁN Ediciones, S.L.

code: READBN
ISSN: 1130-0108

P-089. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE LESIONES PAPILARES EN CENTRO TERCIARIO: PAPILECTOMÍA ENDOSCÓPICA O AMPULECTOMÍA QUIRÚGICA

Francesc Bas-Cutrina, Sílvia Salord Vila, Josefina López Domínguez, Juli Busquets Barenys, Claudia F. Consiglieri Alvarado, Núria Peláez Serra, Lluís Secanella Medayo, Teresa Serrano Piñol, Joan Fabregat Prous, Joan B. Gornals Soler

Introducción: Las lesiones premalignas ampulares pueden ser resecadas mediante papilectomía endoscópica o ampulectomía quirúrgica, dependiendo de sus características.

Objetivo: Revisión retrospectiva de las lesiones premalignas ampulares resecadas por ambas técnicas, en centro terciario referente.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico. Hasta el año 2011 las lesiones premalignas ampulares en nuestro centro eran resecadas mediante ampulectomía quirúrgica, con márgenes libres según biopsia peroperatoria. Des de 2011 la papilectomía endoscópica fue considerada como una opción más de extirpación de este tipo de lesiones. Decisión individualizada según comité multidisciplinar hepato-bilio-pancreático.

Resultados: En total, 56 resecciones de lesiones premalignas ampulares: 16 papilectomías endoscópicas y 40 ampulectomías quirúrgicas. Tamaño medio lesional: 17-mm (DS +/-8,9). Estancia media hospitalaria posprocedimiento: 4,4 días (DS +/-6,6) en el grupo endoscópico, 12,7 días (DS +/-10,9) en el grupo quirúrgico ($p > 0,05$). Técnica de papilectomía endoscópica: resección en bloque en el 56% de los casos ($n = 9$), tipo *piecemeal* en el 44% ($n = 7$); colocación de prótesis pancreática en el 56% ($n = 9$) y biliar en el 44% ($n = 7$). Acontecimientos adversos: 25% (4/16) después de la resección endoscópica y 33% (13/40) después de la cirugía ($p > 0,05$). Resultados anatomopatológicos: 25 casos de adenoma ampular con displasia de bajo grado, 8 con displasia de alto grado, 7 carcinomas *in-situ*, 7 adenocarcinomas, 4 tumores neuroendocrinos y 5 resecciones de lesiones no premalignas. Recurrencia/persistencia de la lesión: 12 pacientes; 46% ($n = 6$) en el grupo endoscópico, 16% ($n = 6$) en el grupo quirúrgico. Tiempo de recurrencia: 7,3 meses en el grupo endoscópico, 32 meses en el quirúrgico ($p > 0,05$). Seguimiento medio: 80-meses (DS +/-68).

Conclusiones: La opción endoscópica (papilectomía) en el tratamiento de lesiones ampulares asocia una estancia menor hospitalaria, pero mayor tasa de recurrencia y similar tasa de complicaciones, respecto a la opción quirúrgica (ampulectomía).