Artículo original

Resultados de las resecciones endoscópicas de lesiones colorrectales grandes

Results of endoscopic resections of large colorectal lesions

María Elena González Solares[1]*https://orcid.org/0000-0002-4952-4089
Yisell Yi Benero[1] https://orcid.org/0009-0006-2290-4651
Tania Hidalgo-Costa[1] https://orcid.org/0000-0002-6960-4836

[1]Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras." La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: megsol@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La resección endoscópica constituye una alternativa a la cirugía convencional con menor complicaciones y costo.

Objetivos: Exponer los resultados de la resección endoscópica en los enfermos con lesiones colorrectales grandes.

Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en pacientes con resección endoscópica de lesiones colorrectales. La muestra quedó constituida por 109 pacientes a los que se les realizó una resección endoscópica de lesiones colorrectales grandes en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras." en el período desde 2008 a 2018. Se cumplieron con los criterios de selección; se resumieron las variables cualitativas, a través de los números absolutos y porcentajes seleccionadas y para las variables cuantitativas, mediante el cálculo de la media y desviación estándar, si no se cumplía la normalidad de los datos (prueba de Kruskal Wallis), se empleó la mediana.

Resultados: Se realizó el seguimiento, según el tipo de lesión (benigna o maligna): a los 3 meses, en tres pacientes lesiones malignas, de 1 a 3 años (22 pacientes con

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

lesiones benignas con displasia de alto grado) y, cada 3 años, 84 pacientes (77,1 %), con lesiones benignas. De los 109 pacientes, a los que se les elaboró resecciones de pólipos grandes, se observó complicaciones en 7 (6,4 %) y recidiva en 2 de ellos con un 1,8 %, durante el seguimiento.

Conclusiones: La resección endoscópica de lesiones colorrectales grandes en la muestra estudiada fue satisfactoria en la mayoría de los casos, porque se logró una resección completa del pólipo, la mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones y recidiva.

Palabras clave: resecciones endoscópicas; pólipos grandes; lesiones colorrectales; complicaciones posresección endoscópica; recidiva tumoral posresección.

ABSTRACT

Introduction: Endoscopic resection constitutes an alternative to conventional surgery with fewer complications and cost.

Objective: To expose the results of endoscopic resection in patients with large colorectal lesions.

Mthods: Descriptive, longitudinal and prospective study in patients with endoscopic resection of colorectal lesions. The sample consisted of 109 patients who underwent endoscopic resection of large colorectal lesions at the Hermanos Ameijeiras Hospital in the period from 2008 to 2018 who met the selection criteria. Qualitative variables were summarized through the absolute numbers and selected percentages, and for quantitative variables by calculating the mean and standard deviation. If data normality was not met (Kruskal Wallis test), the median was used. English.

Results: Follow-up was carried out according to the type of lesion (benign or malignant): at three months in three patients with malignant lesions, from one to three years (22 patients with benign lesions with high-grade dysplasia) and every three years in 84 patients (77.1%) with benign lesions. Of the 109 patients who

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

underwent resection of large polyps, complications were observed in 7 (6.4%) and recurrence in two of them with 1.8% during follow-up.

Conclusions: Endoscopic resection of large colorectal lesions in the studied sample was satisfactory in most cases, because a complete resection of the polyp was achieved, most patients did not present complications or recurrence.

Keywords: Endoscopic Resections; Large Polyps; Colorectal Lesions; Posendoscopic Resection Complications; Posresection Tumor Recurrence.

Recibido: 01/04/2026

Aceptado: 16/10/2026

Introducción

Los pólipos del colon son considerados lesiones premalignas y su extracción resulta necesaria para disminuir la frecuencia de las neoplasias. La prevalencia en los países occidentales es elevada, donde presentan una distribución similar a la del cáncer colorrectal con el que guarda una estrecha relación. En Estados Unidos y Japón se registran las tasas de incidencia más elevadas del cáncer colorrectal.[1]

En estudio realizado en Cuba, se demostró que el *test* de sangre oculta en heces (SOH) prueba rápida para detectar sangre humana oculta en heces fecales (SUMASOHF), y constituye un método predictivo para la pesquisa de lesiones premalignas y malignas colorrectales en los pacientes atendidos en el primer nivel de atención y que su positividad justifica la indicación de la colonoscopia en la atención secundaria y terciaria de salud. Los adenomas, los cuales constituyen de 50 a 90 % de las lesiones premalignas, en un período de 5 a 10 años evolucionan a cáncer colorrectal.[2]

Resulta posible reducir la mortalidad por esta causa, mediante el diagnóstico temprano, con la exéresis de lesiones premalignas y la prevención de la progresión.[3]

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Es por ello que la resección endoscópica de las lesiones constituye una excelente alternativa a la cirugía convencional con menor complicaciones, mortalidad (1,1 % para hemorragia) y costo. Del 0,8 % al 5,2 % de los pólipos son mayores de dos cm, lo cual aumenta el riesgo de malignidad asociada. La resección endoscópica de lesiones mayores de dos cm, se asocian con mayor riesgo de complicaciones, con resección incompleta y se requiere más recursos y tiempo en comparación con la polipectomía de lesiones más pequeñas.[4]

Los hallazgos en las colonoscopias realizadas de la población adulta, muestran que los pólipos adenomatosos son la primera causa de progresión a neoplasia colorrectal y la resección de estas lesiones disminuye el riesgo para el desarrollo de cáncer de colon y recto. Al resecar las lesiones grandes, se evita una intervención quirúrgica mayor, con más complicación y mortalidad.

Como problema científico, se desconoce los resultados de las resecciones endoscópicas que se realizan de las lesiones colorrectales grandes en pacientes atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras." la evolución, la histología de las lesiones, la recidiva, las complicaciones, la mortalidad y cuáles pueden ser resecadas por esta vía sin necesidad de tratamiento quirúrgico convencional.

Por esta razón, el objetivo de la investigación fue exponer los resultados de la resección endoscópica en los enfermos con lesiones colorrectales grandes.

Métodos

El tipo de estudio utilizado fue descriptivo, longitudinal y prospectivo, durante un período de enero de 2008 a enero de 2018, en el Servicio de Coloproctología del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, a todos los pacientes con resección endoscópica de lesiones colorrectales grandes.

Con los siguientes criterios de selección de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con informes de colonoscopia y estudios anatomopatológicos completos, y la resección endoscópica completa de las lesiones.

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

En el caso de los criterios de exclusión fueron: pacientes de otros centros a los que se les resecó lesiones grandes; pacientes que no presentaron un seguimiento endoscópico tras una resección de lesiones grandes. Y criterio de salida, se emplearon aquellos con las complicaciones no relacionadas con el proceder y el resultado del estudio histológico (tumores malignos infiltrantes).

La muestra quedó constituida por 109 pacientes a los que se les realizó una resección endoscópica de lesiones colorrectales grandes, en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras." en el período de 2008 a 2018, y que cumplieron con los criterios de selección.

Se confeccionó una planilla de recolección de datos donde se plasmaron las características demográficas, los resultados anatomopatológicos, las complicaciones posresección, el tratamiento quirúrgico, las complicaciones posquirúrgicas y el seguimiento endoscópico.

El seguimiento endoscópico se realizó a los 3 meses, de 1-2 años y, a los 3 años, en relación con la endoscopia anterior; en las siguientes, se determinó la presencia de recidiva tumoral.

Para el procesamiento de los datos, se utilizó una base de datos en Excel con el empleo del sistema computarizado SPSS 20.0.

Para cumplimentar los objetivos propuestos, se resumieron las variables cualitativas a través de los números absolutos y porcentajes seleccionadas y para las variables cuantitativas, mediante el cálculo de la media y desviación estándar, si no se cumplía la normalidad de los datos (prueba de Kruskal Wallis) se empleó la mediana.

Para evaluar la asociación entre la localización, el tamaño de las lesiones y el tipo de lesión respecto a la presencia de complicaciones posresección endoscópica, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson (X2).

En todas las pruebas de hipótesis se manejó un nivel de significación α = 0,05. La información se presentó en tablas estadísticas y gráficos que, junto con la redacción del informe final, se realizó mediante el editor de texto Word y Excel para Windows XP.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

La definición y la operacionalización de las variables se realizó de la siguiente forma:

– Variables generales, independientes:

- Edad: variable cuantitativa continua, que expresa los años cumplidos. Como indicadores la media y la desviación estándar. Se dividió en tres grupos atarios: 18 a 40 años, 41 a 60 años y más de 60 años.
- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, según el sexo biológico (masculino o femenino). Como indicador el porcentaje.
- Antecedentes personales de lesiones colorrectales: variable cualitativa nominal dicotómica: Sí (antecedentes de cáncer colorrectal, pólipos) o No (en el otro caso). Como indicador el porcentaje.

– Variables de evaluación de resultados:

- Localización de la lesión resecada: variable cualitativa nominal politómica, en relación con la localización en el colon (derecho, transverso, izquierdo, sigmoides) y recto. Como indicador el porcentaje
- Tamaño de la lesión resecada: variable cuantitativa continua, en relación con el tamaño macroscópico de la lesión en centímetros (2-3; 3,1-4; > 4). Como indicador el porcentaje
- Estudio anatomopatológico de la lesión: variable cualitativa nominal politómica, en relación con las características histológicas (hiperplásico, tubular, túbulo velloso, velloso, aserrado, adenocarcinoma, otros). Como indicador el porcentaje
- Grado de diferenciación de la lesión: variable cualitativa nominal politómica, según el estudio histológico (displasia de bajo grado, displasia de alto grado, adenocarcinoma bien diferenciado, adenocarcinoma moderadamente diferenciado, adenocarcinoma pobremente diferenciado, adenocarcinoma indiferenciado). Como indicador el porcentaje
- Tipo de lesión: variable cualitativa nominal politómica, según las características endoscópicas (lesión sésil, pediculada, con crecimiento de extensión lateral). Como indicador el porcentaje
- Complicaciones posresección: variable cualitativa nominal dicotómica, en relación con las complicaciones que se presentaron posteriores a la

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

realización del proceder endoscópico (sangrado, perforación). Como indicador el porcentaje

- Recidiva de la lesión: variable cualitativa nominal dicotómica, en relación con la aparición de una lesión en el sitio donde se realizó la resección anterior (sí, no). Como indicador el porcentaje
- Evaluación posresección: variable cualitativa nominal dicotómica (variable principal de respuesta), satisfactoria (resección completa del pólipo, no complicaciones, no recidiva del pólipo en el seguimiento endoscópico) o no satisfactoria (en el otro caso)

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el consejo científico del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras.". La investigación se realizó conforme a los principios de la ética médica, a las normas comprendidas en la Declaración de Helsinki.[5] Se mantuvo en todo momento el anonimato y confidencialidad de los datos, se realizó consentimiento para participar en la investigación.

Resultados

De los 109 pacientes con lesiones colorrectales grandes que se les realizó la colonoscopia, predominó el grupo de edades mayores de 60 años (55,0 %) y el sexo femenino (32,1 %). Se observó que el 50,5 % no presentaron antecedentes de enfermedades del colon; mientras que el 38,5 % mostró como antecedente los pólipos colorrectales. El colon sigmoides resultó la localización, donde se encontraron la mayor cantidad de lesiones con 26,6 % y las más frecuentes constituyeron las de 2,0-3,0 cm (17,4 %).

Según los estudios endoscópicos realizados, la lesión que se observó con mayor frecuencia correspondió con las pediculadas con base estrecha (no ancho) (50,5 %) y las sésiles con 28,4 %. La lesión histológica más frecuente fue la tubular (42,2 %), seguida por las lesiones túbulo vellosas con 28,4 %.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

El grado de atipia celular que agrupó el mayor número de casos correspondió con las lesiones de bajo grado con 66,1 %.

Del total de 109 pacientes que se les realizó las resecciones endoscópicas, en 102 pacientes no se presentaron complicaciones. Las complicaciones se presentaron en siete de ellos (6,4 %); con mayor número de ellas en los pacientes con lesiones de extensión lateral (tres pacientes para el 2,8 %) y el colon sigmoides, y en caso del colon derecho fueron las localizaciones con mayor número de complicaciones (tabla 1).

Tabla 1 - Relación entre las características endoscópicas de las lesiones y las complicaciones posresección

Características endoscópicas de las lesiones		Complicaciones posresección		Total
		No	Sí	
Sésil	n	29	2	31
	%	26,6	1,8	28,4
Pediculado	n	64	2	66
	%	58,8	1,8	60,6
Extensión lateral	n	9	**3**	12
	%	8,2	2,8	11
Total	n	102	7	109
	%	93,6	6,4	100

Los pacientes que presentaron más complicaciones fueron aquellos cuyas lesiones midieron 3,1-4cm (con una mediana de 4). Se demostró la relación entre el tamaño de la lesión y las complicaciones posresección, como se observa en la tabla 2, donde en los no complicados la mediana resultó de 2,5 y en los que se complicaron fue de 4, con p = 0,003.

Tabla 2. Relación entre tamaño de la lesión y complicaciones posresección

Complicaciones posresección	n	Tamaño		*p*
		Mediana	Rango intercuartil	
No	102	2,5	1,1	0,003
Sí	7	4,0	1,1	

Nota: Chi-cuadrado de Pearson (X^2) X^2: p=0,003.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

El 93,6 % de los 109 pacientes no presentaron complicaciones; el 4,6 % presentó sangrado posresección y el 1,8 % por perforación. De los 7 complicados, mostraron sangrado 5 pacientes (71,4 %) y por perforación 2 (28,6 %) (tabla 3)

Tabla 3 - Pacientes según la complicación posresección

Complicación posresección	Pacientes complicados	
	n	%
Perforación	2	28,6
Sangrado	5	71,4
Total	7	100

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras.".

Se realizó el seguimiento endoscópico a los tres meses en tres pacientes (2,8 %) con lesiones malignas; de uno a tres años en 22 pacientes con lesiones con displasia de alto grado (20,2 %) y se siguieron, cada tres años, 84 pacientes (77,1 %), con lesiones benignas (tablas 4 y 5).

Tabla 4 - Pacientes según el periodo de seguimiento endoscópico

Período de seguimiento	Pacientes	
	n	%
3 meses	3	2,8
1-3 años	22	20,2
3 años	84	77,1
Total	109	100,0

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras."

Tabla 5. Pacientes según presencia de recidiva de las lesiones resecadas

Presencia Recidiva	Pacientes	
	n	%
No	107	98,2
Sí	2	1,8
Total	109	100,0

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras."

De los 109 pacientes a los que se les realizó resecciones de pólipos grandes se observó recidiva en dos de ellos con 1,8 % durante el seguimiento.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Discusión

Las resecciones endoscópicas de lesiones grandes evitan una intervención quirúrgica que presenta mayores complicaciones y mortalidad.

Un desafío técnico y oncológico se muestra en los pólipos difíciles, donde se extendieron los límites y los avances continúan. La prevalencia de pólipos mayores de 2 cm de diámetro se estima en 0,8 a 5,2 % en pacientes a los que se les realiza colonoscopia.[6]

Se puede definir como pólipo difícil o pólipo grande, pólipo de base ancha, pólipo con base dificultosa de visualizar, los ubicados en segmentos colónicos tortuosos, en pliegues mucosos, pólipos irresecables, debido a la dificultad para mantener una posición estable durante la intervención o pólipos con elevado riesgo.[7]

Barros y *Marc*,[8] en el 2021, realizaron un estudio retrospectivo en pacientes con lesiones ≥ 10 mm, resecadas entre marzo de 2013 y marzo de 2018, y encontraron que la polipectomía con asa fría, sin inyección submucosa, pareció ser segura y eficaz para la resección de adenomas sésiles serrados y pólipos ≥ 10 mm.

Ortigão J y otros,[9] en el 2021, en una revisión realizada con el objetivo de comparar los resultados de la resección endoscópica, en frío y en caliente, y proporcionar consejos y trucos técnicos para optimizar la polipectomía con asa fría, demostraron que las tasas de complicaciones de la polipectomía con asa fría de pólipos mayores de 10 mm fueron cercanas a cero, las tasas de recurrencia variaron entre el 5 y el 18 % y las tasas de recurrencia más bajas se encontraron en las lesiones serradas (< 8 %).

Srinivasan y *Desai*,[10] en el 2021, realizaron una búsqueda de estudios que compararon tasas de resección con pinzas de biopsia jumbo y polipectomía con asa fría para pólipos diminutos (≤ 5 mm), debido a que los pólipos colorrectales diminutos se detectan cada vez más y no está claro si las pinzas de biopsia jumbo tienen una eficacia comparable a la de la polipectomía con asa fría para el tratamiento de estas lesiones. En esta revisión se evidenció que la resección con

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

pinzas de biopsia jumbo y polipectomía con asa fría no son estadísticamente diferentes en la remoción completa de pólipos diminutos, aunque se necesita una evaluación endoscópica cuidadosa para asegurar la remoción completa de todo el tejido de los pólipos.

En 2023, autores[12,13] en Estados Unidos revisaron varias bases de datos en Clarivate, Filadelfia, Pensilvania, para identificar ensayos controlados, aleatorizados, que compararan la polipectomía con asa fría y caliente para la resección de pólipos diminutos. Se incluyeron nueve estudios con 1 037 pacientes. La tasa de resección completa de todos los pólipos diminutos fue significativamente más alta en el grupo de la polipectomía con asa fría.

Ito y otros,[14] en una investigación evidenciaron la no inferioridad de la polipectomía con asa fría con respecto a la polipectomía con asa caliente en relación con los eventos adversos. La tasa de eventos adversos rresultó de 0,6 % para la polipectomía con asa fría y de 0 % para la polipectomía con asa caliente.

La resección de pólipos con asa fría resultó una técnica segura, que disminuyó el número de complicaciones, relacionadas con la polipectomía, aunque no está exenta de ellas. La *Revista de endoscopía quirúrgica* de Corea publicó un ensayo multicéntrico aleatorizado,[15] en el cual se evaluó la eficacia y la seguridad de la REM fría en comparación con la polipectomía con asa fría para pólipos colorrectales pequeños. En este estudio la tasa de eventos adversos por polipectomía fue mínima, ningún paciente presentó sangrado masivo o perforación.

En un ensayo aleatorizado multicéntrico, entre agosto de 2015 y enero de 2020, se reportó que de 318 pólipos extirpados por polipectomía con asa fría y 283 pólipos extirpados por polipectomía con asa caliente, 280 (98,9 %) y 309 (97,2 %) fueron resecados de forma completa, respectivamente.[16] La base de la prevención del cáncer colorrectal (CCR) resultó la polipectomía, al interrumpir la secuencia adenoma-carcinoma.

Las técnicas de polipectomía de asa fría son técnicas validadas para la resección de pólipos colorrectales pequeños.[17]

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Para la polipectomía, se recomienda que se utilicen tecnologías de microprocesador automatizado, que permitan el corte de tejido controlado al proporcionar una combinación adecuada de corrientes de corte y coagulación. Esto proporciona suficiente corriente de coagulación para maximizar el efecto hemostático y minimizar el riesgo de perforación.[18]

Existen datos limitados que comparan las funciones de los diferentes tipos de asas. Se recomienda que los médicos utilicen asas con las que estén familiarizados y cuyas características de rendimiento sean conocidas. El tamaño de las asas debe seleccionarse de forma adecuada, según el tamaño y la morfología del pólipo. Las asas son de diferentes formas (circular, ovalada, hexagonal), pero no se ha demostrado un beneficio claro de una forma sobre la otra.[19]

Los resultados del estudio realizado coinciden con los de *Más* y *Piñol*,[1] en que la edad es considerada un factor de riesgo para padecer de las lesiones de colon. Se basan en la teoría de que la mayoría resultan de la acumulación de alteraciones en el epitelio colónico y este proceso requiere algunos años, por lo normal décadas.

Mientras que *Alarini* y otros,[20] plantearon en estudios similares, que la localización más frecuente de los pólipos resultó en el colon izquierdo (38,5 %), seguido por el recto (32,5 %), el colon derecho (15,5 %) y el colon transverso (13,3 %). La localización en sigmoides fue la que predominó en la investigación, realizada en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras.", a diferencia de *Arias* y otros,[21] que realizaron la resección endoscópica de 34 lesiones polipoideas, con predominio de estas en colon ascendente (10; 29,4 %), seguidas por sigmoides (9; 26,4 %) y colon transverso (6; 17,6 %).

Según *Alarini* y otros,[20] en un estudio realizado, encontraron que el 60,7 % midieron menos 0,5 cm, 25,8 % tenían un tamaño entre 0,6 a 1,0 cm, y 13,4 % midieron más de 1,0 cm. De los 850 pólipos analizados histológicamente, 55,2 % eran tubulares, 21,9 % hiperplásicos, 17,1 % aserrados, 5,4 % túbulos vellosos y 0,5 % eran adenomas vellosos. De estos, se observó una displasia de bajo grado, en 87,5 % de los pólipos; 10,4 % presentaron alto grado de displasia y en 2,1 % se diagnosticó

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

adenocarcinoma. De forma general, los resultados de la investigación realizada son similares a los de estos autores, donde predominaron los adenomas tubulares de bajo grado.

En la bibliografía revisada,[22,23,24] se describe que los pólipos benignos más frecuentes son los adenomas tubulares, que representan del 65 al 80 % de todos los pólipos resecados y que el grado de atipia celular varía con los pólipos; de forma general, la atipia es menor en los adenomas tubulares en comparación con la encontrada en los vellosos. Los resultados encontrados en el estudio se corresponden con los hallazgos descritos por estos autores.

Según *Arias* y otros,[21] de 34 pólipos resecados, 26 (76,5 %) eran lesiones adenomatosas de bajo grado: 14 (41,1 %) adenomas tubulares, 7 (20,5 %) vellosos y 5 (14,7 %) túbulos vellosos. Continúan en orden de frecuencia, las lesiones hiperplásicas (5; 14,7 %) y los adenocarcinomas (3; 8,8 %).

En varios estudios, se ha identificado la localización de las lesiones como un factor de riesgo para la realización de la resección mucosa endoscópica incompletas o con mayor riesgo de recurrencia. De esta forma, la localización en colon derecho, se ha identificado como factor de riesgo. El motivo parece estar en relación con la mayor dificultad para la transmisión de los movimientos del endoscopio en los segmentos más proximales del colon, así como a la presencia de pliegues semilunares más marcados que pueden dificultar la correcta visualización de lesiones que se encuentren en la cara cecal del pliegue. Esta localización también constituye un factor de riesgo también para las complicaciones debido a que el grosor de la pared intestinal es menor y el uso de la electrocoagulación se transmite con mayor facilidad a través de la pared.[25,26,27,28]

En el estudio realizado en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" las complicaciones y la recidiva no fueron frecuentes, lo que demuestra la seguridad de las resecciones endoscópicas de lesiones grandes.

Suraj y *Abdelwahab*,[29] en el 2021, realizaron una revisión retrospectiva, entre 2015 y 2019, para identificar los factores de riesgo, asociados con la recurrencia del adenoma, después de la resección endoscópica de la mucosa con asa fría de

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

pólipos ≥ 20 mm y encontraron que, aunque la REM con asa fría es una alternativa viable a la polipectomía con asa caliente para la resección de pólipos no pediculados ≥ 20 mm, y los endoscopistas también deben considerar cuidadosamente los factores asociados con una mayor tasa de recurrencia de adenomas al utilizar esta técnica.

A manera de conclusión la resección endoscópica de lesiones colorrectales grandes en la muestra estudiada fue satisfactoria en la mayoría de los casos, porque se logró una resección completa del pólipo y, la generalidad de los pacientes no presentó complicaciones y recidiva.

Referencias bibliográficas

1. Más J, Piñol F. Pólipos colónicos y poliposis gastrointestinal. En: Gastroenterología y hepatología clínica. ECIMED. 2014 [acceso 05/01/2026];(V):1490-519. Disponible en: https://bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia_hepatologia _ tomo5/cap_130.pdf

2. Castellanos M, Piñol F, Maceira L. *Test* para el diagnóstico precoz de lesiones premalignas de colon. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2022 [acceso 05/01/2026];38(3). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000300010&lng=es

3. Jiménez-López M, García-Romero C, Rojas-Illanes M, Martínez-Ordaz J. Prevalence and Risk Factors for Premalignant Lesions in Patients Younger than 55 Years Old Founded on Colonoscopy on A Tertiary Center. Cir. Cir. 2018;86(3):215-19. DOI: https//doi.org/10.24875/CIRU.M18000034

4. Overhiser A, Rex D. Work and Resources Needed for Endoscopic Resection of Large Sessile Colorectal Polyps. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5(9):1076-9. DOI: https//doi.org/10.1016/j.cgh.2007.04.022

5. Asociación Médica Mundial. Unidad de ética: Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

seres humanos.AMM; 2017 [acceso 16/2/26]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post7declaracion-de-helsinki-de-laamn-principioseticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos

6. Doniec J, Löhnert M, Schniewind B, Bokelmann F, Kremer B, Grimm H. Endoscopic Removal of Large Colorectal Polyps: Prevention of Unnecessary Surgery? Dis Colon Rectum. 2003;46(3):340-8. DOI: https//doi.org/10.1007/s10350-004-6553-x

7. Tanaka S, Haruma K, Oka S, Takahashi R, Kunihiro M, Kitadai Y, *et al*. Clinicopathologic Features and Endoscopic Treatment of Superficially Spreading Colorectal Neoplasms Larger Than 20 Mm. Gastrointest Endosc. 2001;54(1):62-6. DOI: https//doi.org/10.1067/mge.2001.115729

8. Barros R, Marc J. Cold Snare Polypectomy without Submucosal Injection: Safety and Efficacy in 615 Large Serrated Lesions. Endosc. Int. Open. 2021;9(9):1421-26. DOI: https//doi.org/10.1055/a-1517-4054

9. Ortigão R, Weigt J, Afifi A, Libânio D. Cold *Versus* Hot Polypectomy/Endoscopic Mucosal Resection-A Review of Current Evidence. United European Gastroenterol J. 2021;9(8):938-46. DOI: https//doi.org/10.1002/ueg2.12130

10. Srinivasan S, Desai M. Is Jumbo Biopsy Forceps Comparable to Cold Snare for Diminutive Colorectal Polyps?-A Meta-Analysis. Endosc. Int. Open. 2021;9(1):9-13. DOI: https//doi.org/10.1055/a-1293-6965

11. Kamal F, Ali Khan M, Lee Smith W, Sharma S, Acharya A, Farooq U, *et al*. Cold Snare *versus* Cold Forceps Polypectomy for Endoscopic Resection of Diminutive Polyps: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: a Systematic Review and Meta-Analysis. Gastrointest. Endosc. 2023;98(1):7-18. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gie.2023.03.00824

12. Winston K, Maulahela H, Edward D, Tjoa K, Jonlean R. A Comparative Analysis of the Efficacy and Safety of Hot Snare Polypectomy and Cold Snare Polypectomy for Removing Small Colorectal Polyps: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureu. 2023;15(5):e38713. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.38713

13. Landaeta J, Díaz C, Armas V. Lesiones diminutas-pequeñas de colon: técnica de elevación de la mucosa con irrigación forzada con bomba de agua para

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

evidenciar resección completa de lesiones con pinza de biopsia. Gen. 2021 [acceso: 25/07/2022]; 75(1):13-8. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-350320210001 00013&lng=es

14. Ito T, Takahashi K, Tanabe H, Sato K, Goto M, Sato T, *et al*. Safety and Efficacy of Cold Snare Polypectomy for Small Colorectal Polyps: A Prospective Randomized Control Trial and One-Year Follow-Up Study. Medicine. 2021;100(23):e26296. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000026296

15. Kim M, Na S, Kim J, Choi H, Kim D, Ji J, *et al*. Polipectomía de asa fría versus resección endoscópica fría de la mucosa para pólipos colorrectales pequeños: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico. Surg Endosc. 2023;37(5):3789-95. DOI: https://doi.org/10.1007/s00464-023-09875-1

16. Pedersen I, Rawa A, Calderwood A, Brix L, Grode L, Botteri E, *et al*. Complete Polyp Resection with Cold Snare *versus* Hot Snare Polypectomy for Polyps of 4-9 Mm: A Randomized Controlled Trial. Endoscopy. 2022;54(10):961–9. DOI: https://doi.org/10.1055/a-1734-7952

17. Landaeta J, Díaz C, Armas V, Peña L. Polipectomía con técnica de asa fría: asa convencional versus asa fría para pólipos colorrectales no mayor de 10 mm. Revista GEN. 2022 [acceso 15/03/2023];75(4):174-80. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gen/article/view/23537

18. Kamal F, Ali M, Lee W, Sharma S, Acharya A, Farooq U, *et al*. Cold Snare *versus* Cold Forceps Polypectomy for Endoscopic Resection of Diminutive Polyps: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: a Systematic Review and Meta-Analysis. Gastrointest. Endosc. 2023;98(1):7-18. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gie.2023.03.00824

19. Winston K, Maulahela H, Edward D, Tjoa K, Jonlean R. A Comparative Analysis of the Efficacy and Safety of Hot Snare Polypectomy and Cold Snare Polypectomy for Removing Small Colorectal Polyps: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 2023;15(5):e38713. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.3871325

20. Alarini S, Bortoli V, Wassano N, Pukanski M, Maggi D, Bertollo L. Correlation Between Location, Size and Histologic Type of Colorectal Polyps at the Presence of

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Dysplasia and Adenocarcinoma. Rev. bras Coloproct., 2011[acceso 9/04/2024];31(3): 241-7. Disponible en: https://www.scielo.br/j/jcol/a/c9F7SFBC6PJDZHSGKTkc43M/?format=pdf&lang=en

21. Arias G, Martínez L, Brizuela R, Rodríguez W. Resección endoscópica con asa fría de lesiones polipoideas de colon. Rev. Haban. Cienc. Méd. 2024 [acceso 06/01/2026];23:e5559. Disponible en: https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5559

22. Velasco Y, Martínez M, Ramos R, García M, Molina J, Jaramillo G, *et al*. Resección de pólipos colónicos menores a 10 milímetros: experiencia en un Hospital de Tercer Nivel. Endoscopía. 2020 [acceso: 19/10/2022];32(2):76-84. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832020000600076&lng=es

23. Fuccio L, Hassan C, Ponchon T, Mandolesi D, Farioli A, Cucchetti A, *et al*. Clinical Outcomes after Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Gastrointest. Endosc. 2017;86(1):74-86. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gie.2017.02.024

24. Jaramillo T, González M, Llovera J, Tamargo T. Endoscopía evolutiva en pacientes operados de cáncer colorrectal y cumplimiento según las guías de seguimiento. Acta médica. 2024 [acceso 18/02/2026];25:e510. Disponible en: https://revactamedica.sld.cu

25. Jayanna M, Burgess N, Singh R, Hourigan L, Brown G, Zanati S, *et al*. Cost Analysis of Endoscopic Mucosal Resection *vs.* Surgery for Large Laterally Spreading Colorectal Lesions. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(2):271-8.e1-2. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.08. 037

26. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen B, Bhandari P, Bisschops R, Bourke M, *et al*. Endoscopic Submucosal Dissection for Superficial Gastrointestinal Lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline-Update 2022. Endoscopy. 2022;54(6):591-622. DOI: https://doi.org/10.1055/a-1811-7025

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

27. Tanaka S, Kashida H, Saito Y, Yahagi N, Yamano H, Saito S, *et al*. JGES Guidelines for Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection/Endoscopic Mucosal Resection. Dig Endosc. 2015;27(4):417-34. DOI: https://doi.org/10.1111/den.12456

28. Holmes I, Friedland S. Endoscopic Mucosal Resection *versus* Endoscopic Submucosal Dissection for Large Polyps: A Western Colonoscopist's View. Clin Endosc. 2016;49(5):454-6. DOI: https://doi.org/10.5946/ce.2016.077

29. Suraj J, Abdelwahab A. Risk Factors Associated with Adenoma Recurrence Following Cold Snare Endoscopic Mucosal Resection of Polyps ≥ 20 mm: A Retrospective Chart Review. Endosc. Int. Open. 2021;9(6):867-73. DOI: https://doi.org/10.1055/a-1399-8398

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: María Elena González Solares y Yisell Yi Benero.

Curación de datos: María Elena González Solares y Yisell Yi Benero.

Investigación: María Elena González Solares y Yisell Yi Benero.

Metodología: María Elena González Solares, Yisell Yi Benero y Tania Hidalgo-Costa.

Administración del proyecto: María Elena González Solares yYisell Yi Benero.

Recursos: María Elena González Solares y Yisell Yi Benero.

Supervisión: María Elena González Solares y Tania Hidalgo-Costa.

Validación: María Elena González Solares yTania Hidalgo-Costa.

Visualización: María Elena González Solares, Yisell Yi Benero y Tania Hidalgo-Costa.

Redacción: María Elena González Solares y Yisell Yi Benero.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES