

CASO CLÍNICO – VIDEOFORUM

MUCOSECTOMÍA DE PRECORTE DE LESIÓN GRANULAR HOMOGENEA EN CIEGO

HOMOGENEOUS GRANULAR LESION PRECUT MUCOSECTOMY IN THE CECUM

Gallego Rojo FJ, Gallardo Sánchez F, Reina Serrano S

Agencia Sanitaria Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Introducción

La técnica de resección mucosa simple con elevación submucosa y uso de asa caliente (REM) consigue extirpar en bloque la mayor parte de lesiones hasta los 20 mm de diámetro. No obstante, muchas lesiones \geq 20 mm e incluso aquellas de menor tamaño, pero que presentan dificultad en la elevación submucosa por presencia de fibrosis o ubicadas en localizaciones de acceso complejo, puede que no sean resecadas en bloque mediante REM. En un estudio japonés, la tasa de resección en bloque con REM para lesiones de 11 a 20 mm fue del 85 %. La mucosectomía en fragmentos es una alternativa a la REM clásica pero la tasa de recurrencia puede llegar al 20 %. La mucosectomía con inmersión en agua es una alternativa eficaz para resecar en bloque estas lesiones. No obstante, la mayor parte de los endoscopistas no están familiarizados aún con esta técnica y

el concepto de “hidrocolonoscopia” no es fácil de normalizar. La disección endoscópica submucosa (DSE) permite la resección en bloque de aquellas lesiones que no pueden resecarse con REM pero consume bastante tiempo y tiene una mayor tasa de complicaciones.

En la mucosectomía de precorte, un bisturí de disección (generalmente un hidrodiseccionador tipo flushknife o dualknife) o la punta de la propia asa de polipectomía (con una longitud aproximada sobre la vaina de plástico de 1.5- 2 mm) se utilizan para hacer una incisión circunferencial completa o incompleta antes de atrapar la lesión con el asa de polipectomía. La incisión debe ser lo suficientemente profunda como para evitar un margen histológico positivo (R1) y conseguir una resección con márgenes de seguridad (R0). La técnica de mucosectomía con precorte es diferente a la disección híbrida. En esta última se requiere un componente de disección del plano submucoso con el bisturí lo que conlleva un mayor riesgo de complicaciones, siendo técnicamente más exigente.

Los resultados de la mucosectomía de precorte son bastante buenos. Se consiguen tasas de resección en bloque $>$ 90 %. Está especialmente indicada en lesiones con un tamaño de 20 a 30 mm o incluso en lesiones de menor tamaño cuando la elevación submucosa es difícil por la presencia de fibrosis o invasión submucosa

CORRESPONDENCIA

Francisco J. Gallego Rojo
Agencia Sanitaria Hospital de Poniente
El Ejido. Almería.
fgallegorojo@gmail.com

Fecha de envío: 20/01/2020

Fecha de aceptación: 27/04/2021

superficial o bien si la lesión se encuentra ubicada en zonas de difícil maniobrabilidad y acceso (ciego, ángulos hepático y esplénico, etc). Además, permite la extirpación de la lesión en el mismo acto de la colonoscopia diagnóstica.

Caso Clínico

Se expone el caso de una lesión de 20 mm localizada en ciego con morfología IIa según la clasificación de París (extensión lateral, granular homogénea según la clasificación de Kudo; LST-G) que, debido a la localización, era difícil de atrapar en bloque con el asa de polipectomía (Figura 1). El aspecto macroscópico con cromoscopia BLI y LCI realizada con un colonoscopio de alta definición Fujifilm EC-760R-VL era de una lesión benigna con displasia de bajo grado. En este caso no se utilizó capuchón distal.

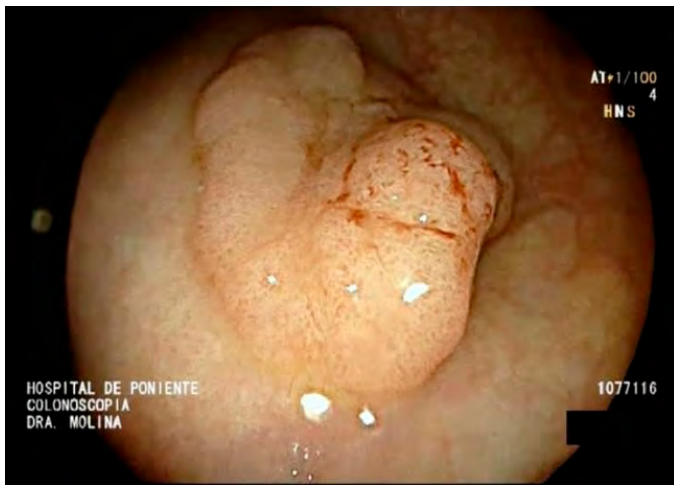


Figura 1
Imagen endoscópica: Lesión IIa/LST-GH de 20 mm en ciego.

En un primer paso se inyectó una sustancia que usamos en nuestro centro para elevar la submucosa (Demirex) con una mezcla de índigo carmín usando una aguja de inyección de 25 gauge (Interject, Boston Scientific). En este paso es importante usar sustancias viscosas que permitan crear un habón submucoso de gran tamaño y larga duración (Figura 2).

A continuación, se realizó una incisión circunferencial completa con la punta del asa de polipectomía fuera de la vaina unos 1.5-2 mm (Figura 3). El asa utilizada fue de tipo oval, trenzada, multifilamento (Captivator, Boston Scientific) (Figura 4). La configuración usada del electrobisturí ERBE VIO 300 D, fue para el corte y resección mucosa endocut Q, efecto 3, duración 2, intervalo 4. Se usaron estos parámetros ya que la hemorragia de la zona central es una complicación relativamente frecuente que se debe intentar evitar. De hecho, se produjo un sangrado discreto que se consiguió cesar colocando dos hemoclips (Resolution Clip 360º; Boston Scientific). La duración de la técnica fue de aproximadamente 15 minutos. (Figuras 5 y 6).

El estudio histológico reveló una resección R0 con histología de displasia de bajo grado.



Figura 2
Imagen endoscópica: Habón submucoso generoso realizado.

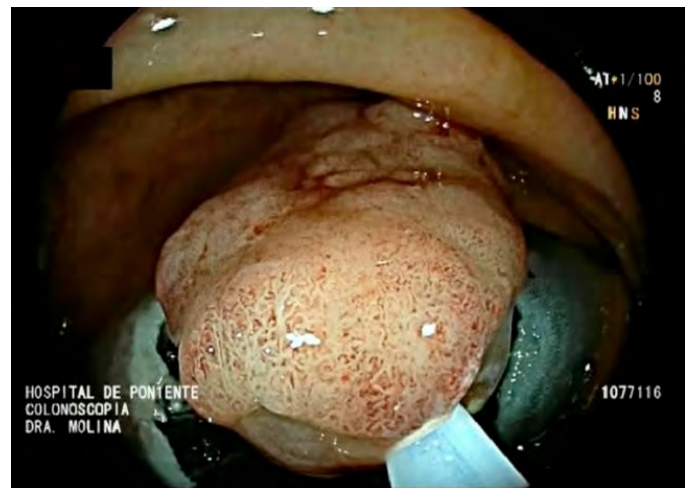


Figura 3
Imagen endoscópica: Incisión circunferencial completa con la punta del asa de polipectomía.

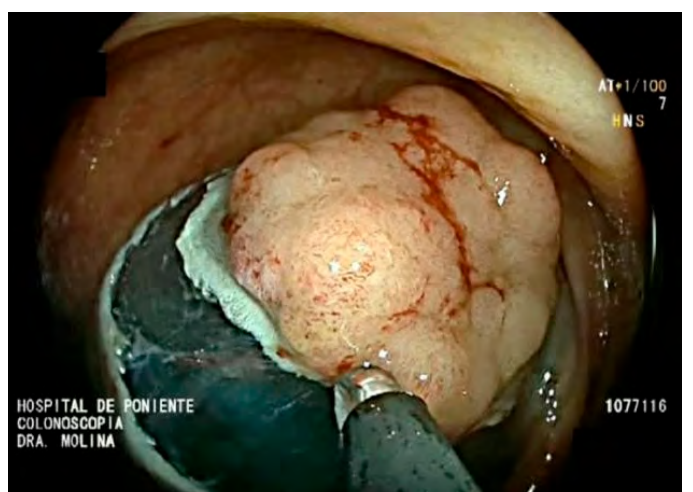


Figura 4
Imagen endoscópica: Resección con asa de la lesión tras la incisión.



Figura 5

Imagen endoscópica: Escara tras la resección.

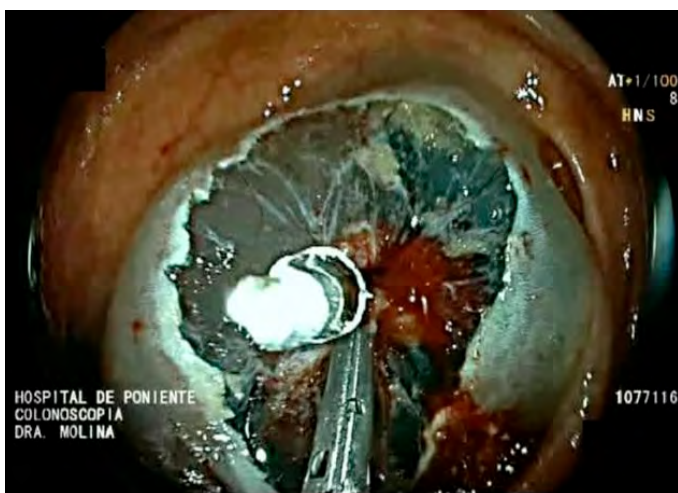


Figura 6

Imagen endoscópica: Hemostasia de sangrado central con dos hemoclips.



Acceso al vídeo

Mucosectomía de precorte de lesión cecal de 20mm en ciego.

Conclusión

Como conclusión, la mucosectomía con precorte es una técnica eficaz para la resección en bloque de lesiones mucosas precoces del colon con un tamaño de 20 a 30 mm o incluso menor, pero con dificultad para la REM. Se puede hacer con la misma asa de polipectomía (es una técnica muy barata), relativamente sencilla y consume poco tiempo.

Bibliografía

- Walsh RM, Ackroyd FW, Shellito PC. Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps. *Gastrointest Endosc* 1992;38:303-9.
- Yoshida N, Naito Y, Inada Y, et al. Multicenter study of endoscopic mucosal resection using 0.13% hyaluronic acid solution of colorectal polyps less than 20 mm in size. *Int J Colorectal Dis* 2013;28:985-91.
- Terasaki M, Tanaka S, Oka S, et al. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for laterally spreading tumors larger than 20 mm. *J Gastroenterol Hepatol* 2012;27:734-40.
- Saito Y, Uraoka T, Yamaguchi Y, et al. A prospective, multicenter study of 1111 colorectal endoscopic submucosal dissections (with video). *Gastrointest Endosc* 2010;72:1217-25.
- Tanaka S, Kashida H, Saito Y, et al. JGES guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. *Dig Endosc* 2015;27:417-34.
- Toyonaga T, Man-I M, Morita Y, et al. Endoscopic submucosal dissection (ESD) versus simplified/hybrid ESD. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2014;24:191-9
- Sakamoto T, Matsuda T, Nakajima T, et al. Efficacy of endoscopic mucosal resection with circumferential incision for patients with large colorectal tumors. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10: 22-6.
- Parra-Blanco A, Rodríguez JI, Rodrigo L. Hybrid ESD of an early rectal carcinoma (LST-nongranular type). *VideoGIE* 2013;1:367-9of *Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline*. *Endoscopy*. 2017;49:270–97. 2019;157(2):451-461. e2. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.04.005>.