

CASO CLÍNICO – VIDEOFORUM

MUCOSECTOMÍA EN INMERSIÓN DE AGUA DE UNA LESIÓN IIA-LSTG HOMOGÉNEA DE 25 MM EN COLON TRANSVERSO

UNDERWATER MUCOSECTOMY OF A 25 MM IIA-LSTG HOMOGENEOUS LESSION AT THE TRANSVERSE COLON

Martín Guerrero JM, Ortiz Moyano C, Rodríguez Alonso C

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción

La resección de lesiones planas del colon de más de 20 mm, suponen un reto endoscópico y es fundamental una buena caracterización de dichas lesiones con técnicas avanzadas de imagen o cromoendoscopia para valorar que las lesiones que vayamos a tratar no tengan invasión submucosa profunda lo que invalidaría el tratamiento endoscópico¹. Se recomienda resección en bloque de lesiones de colon de menos de hasta 20 mm y en recto de hasta 25 mm, si bien según el patrón en cromoendoscopia o técnicas de endoscopia avanzada y la localización de las lesiones, sería correcto desde un punto de vista oncológico hacer resecciones fragmentadas de determinadas lesiones, como las lesiones de extensión lateral de patrón homogéneo, dada la baja probabilidad² de que tengan invasión submucosa profunda, que en concreto en este tipo de lesiones en colon derecho es inferior al 1%.

La mucosectomía tradicional supone la inyección de una sustancia en la submucosa con objeto de favorecer el atrapamiento de la lesión con asa de polipectomía y la separación de la mucosa con respecto a la capa muscular para disminuir la posibilidad de daño térmico durante la resección³. La mucosectomía en inmersión de agua (underwater mucosectomia, UM) tiene varias diferencias respecto a la mucosectomía tradicional, como es la no inyección de sustancias en la submucosa y la realización de la técnica en inmersión de agua lo que hace que la lesión flote en el agua, no se distiende por el aire o el CO₂ ni por la inyección submucosa, lo que permite atrapar mejor estas lesiones. También el daño térmico es menor al disipar el agua el calor generado durante por la fuede electroquirúrgica durante la resección⁴.

Caso Clínico

Se expone un caso de una paciente mujer de 73 años con una lesión de 25 mm localizada en colon transverso con morfología Iia, extensión lateral, granular homogénea según la clasificación de Kudo (LST-G), que debido a su extensión era difícil de tratar en bloque con el asa de polipectomía.(Video) El aspecto macroscópico con cromoendoscopia, I-Scan realizada con un colonoscopio de alta definición Pentax EC34-i10L, procesador EPKi-5000, era de lesión benigna con baja probabilidad de invasión profunda (Figura 1).

CORRESPONDENCIA

Juan Manuel Martín Guerrero
Hospital Universitario de Valme
41014 Sevilla
jornadasosuna@gmail.com

Fecha de envío: 20/01/2020

Fecha de aceptación: 27/04/2021

En este no se utilizó capuchón distal, ni marcaje previo de la lesión al estar en una zona con buena maniobrabilidad y visibilidad. No se inyecta ninguna solución submucosa. Se realiza la colonoscopia con bomba de CO2 y al llegar a la lesión se extrae el CO2 y se inunda la zona con bomba de agua OFF2 de Olympus. Mediante esta técnica la lesión flota y se abarca con un asa de polipectomía trenzada de 25 mm, de Olympus (Snaremaster) (Figura 2). Utilizamos electrobisturí ERBE 200S, endocut Q, efecto 2, duración 2, intervalo2. La lesión se reseca en varios fragmentos que se recuperan después con cesta de Roth. Se aprecia una escara sin sangrado al final del procedimiento (Figura 3). El análisis anatomopatológico fue de adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado con resección completa.



Figura 1

Lesión plana LSTG de 25 mm en colon transverso con patrón no invasivo en I-scan.

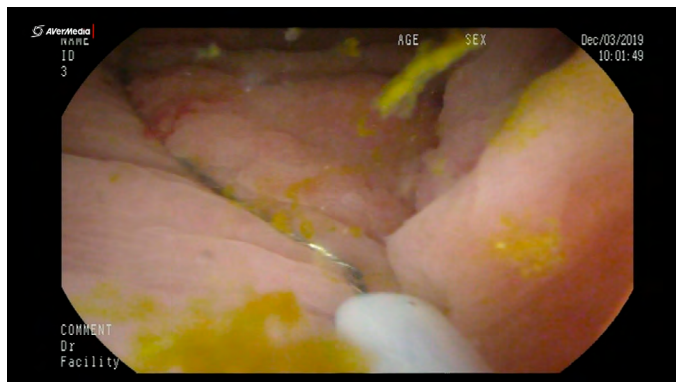


Figura 2

La lesión flota en el agua gracias al contenido graso de la submucosa, lo que facilita su atrapamiento con el asa sin tener que inyectar en submucosa.

Conclusión

La mucosectomía underwater es una técnica que permite resección mucosa de lesiones en el tubo digestivo aprovechando la flotabilidad de estas lesiones debido al contenido en grasa de la submucosa. En esta técnica no se inyecta soluciones en la submucosa y generalmente se aconseja hacer un marcaje del perímetro de las lesiones a tratar porque cuando se está bajo agua se pierde algo las

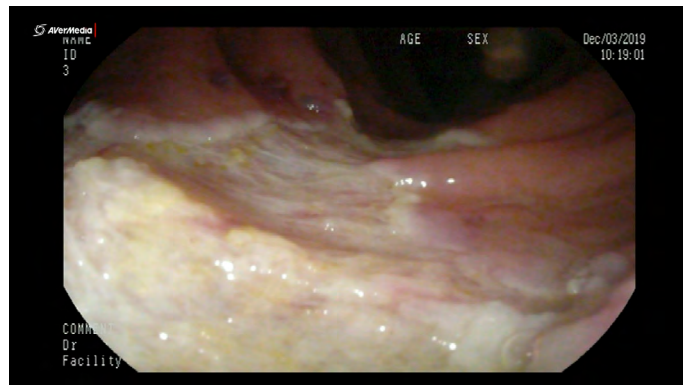


Figura 3

La escara que se produce tras la resección con la mucosectomía en inmersión de agua es menor que en la mucosectomía tradicional por el efecto disipatorio de la corriente en el agua.



Acceso al vídeo

Mucosectomía en Inmersión de agua de una lesión Ila-LSTG homogénea de 25 mm en colon transverso.

referencias por el efecto lupa del agua. Se debe extraer el aire de la insuflación o el CO₂ si se ha utilizado e irrigar con agua hasta sumergir por completo el área donde se encuentra la lesión a tratar. Tampoco se utiliza espasmolíticos, es más se aprovecha el peristaltismo del tubo digestivo para que la lesión entre mejor en el asa de polipectomía abierta. El uso de capuchones aunque no es fundamental también puede ayudar a la resección gracias a que se aumenta el efecto de succión como cuando se utilizan las bandas elásticas en el tratamiento de las varices esofágicas⁵. Se aconseja asimismo utilizar asas con cierta rigidez, preferentemente trenzada. En cuanto al tipo de corriente Binmoeller que publico la primera serie, utiliza corte puro, autocut efecto 5, 80W con vio300D, mientras otros autores utilizan Drycut efecto 5, 60 W. Esta técnica se ha utilizado con buenos resultados en lesiones difíciles de tratar como adenomas serrados, localizaciones en válvula ileocecal, lesiones con afectación o alrededor del orificio apendicular o en recurrencias post resección previa. En comparación con la resección mucosa tradicional se consiguen más resección en bloque, menos recurrencias de las lesiones tratadas⁶, En un metaanálisis reciente sobre resultados de esta técnica se destaca un porcentaje de resección completa del 96.36 % con resección en bloque en el 57.07 %, recurrencias del 8,82 % aunque en la serie inicial de Binmoeller solo tuvieron un 1,9% de recurrencias, y no se han reportado casos de perforación⁷.

Bibliografía

1. Monika Ferlitsch A, Moss A, Hassan C, Bhandari P, Dumonceau J-M, Paspatis G, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2017;49:270–97.
2. Klein A, Bourke MJ. Advanced polypectomy and resection techniques. Vol. 25, *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*. 2015.
3. Bogie RMM, Veldman MHJ, Snijders LARS, Winkens B, Kaltenbach T, Masclee AAM, et al. Endoscopic subtypes of colorectal laterally spreading tumors (LSTs) and the risk of submucosal invasion: A meta-analysis. *Endoscopy*. 2018;50(3):263–82.
4. Binmoeller KF, Weilert F, Shah J, Bhat Y, Kane S. “Underwater” EMR without submucosal injection for large sessile colorectal polyps (with video). *Gastrointest Endosc* [Internet]. 2012 May 1 [cited 2020 Jan 22];75(5):1086–91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016510711025752>.
5. Nett A, Binmoeller K. Underwater Endoscopic Mucosal Resection. 2019 [cited 2020 Jan 27]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.giec.2019.05.004>.
6. Yamashina T, Uedo N, Akasaka T, Iwatsubo T, Nakatani Y, Akamatsu T, et al. Comparison of Underwater vs Conventional Endoscopic Mucosal Resection of Intermediate-Size Colorectal Polyps. *Gastroenterology* [Internet]. 2019;157(2):451-461.e2. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.04.005>.
7. Spadaccini M, Fuccio L, Lamonaca L, Frazzoni L, Maselli R, Di Leo M, et al. Underwater EMR for colorectal lesions: a systematic review with meta-analysis (with video). *Gastrointest Endosc* [Internet]. 2019;89(6):1109-1116.e4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.10.023>.