

CASO CLÍNICO – VIDEOFORUM

MUCOSECTOMÍA EN FRAGMENTOS (PEMR) DE UNA LESIÓN RECTAL DE 45 MM (LST-G NODULAR MIXTA)

FRAGMENT MUCOSECTOMY (PEMR) OF A 45 MM RECTAL LESION (MIXED NODULAR LST-G)

Guilarte López-Mañas J¹, Valverde López F², Fernández E³

¹Hospital Público Comarcal de Baza. Granada.

²Hospital La Merced (AGS OSUNA). Sevilla.

Introducción

Dentro de las técnicas de resección mucosa de las lesiones neoplásicas precoces del colon, una de las más utilizadas es la mucosectomía en fragmentos para aquellas lesiones > 20 mm (también denominada PEMR en inglés; “piece-meal endoscopic mucosal resection”). Se trata de una técnica relativamente sencilla, con una duración media del procedimiento inferior a la disección endoscópica submucosa (DSE), una curva de aprendizaje no demasiado larga y una tasa de complicaciones muy baja (< 3-5 %).

En la clasificación de las lesiones neoplásicas precoces del colon, se usan las clasificaciones de París y Japón. Alrededor de un 50 % de las lesiones resecaadas son del tipo no polipoide plano elevado (IIa) para la clasificación de París y más de un 66 % tienen morfología granular de extensión lateral para la clasificación de Japón (LST-G).

La frecuencia de carcinoma invasivo sobre las lesiones de extensión lateral es menor que para las lesiones polipoides de tamaño similar. En base a estos datos, se han propuesto algoritmos de tratamiento basados en los diferentes subtipos de lesiones acorde a las dos clasificaciones descritas. En esta línea, las lesiones con morfología IIa/LST-G, incluso con un tamaño superior a los 20 mm pueden ser resecaadas con seguridad mediante PEMR. En un estudio australiano se sugiere que la mayoría de las lesiones superficiales del colon se pueden resecaar mediante mucosectomía en bloque (EMR) o en fragmentos (PEMR), con una tasa de curación a los 18 meses del seguimiento > 98%. Si es importante reseñar que en las lesiones con morfología granular mixta (LST-GM), los grandes nódulos deben

CORRESPONDENCIA

Julio Guilarte López-Mañas
Hospital Público Comarcal de Baza
18800 Baza
jguilartel@gmail.com

Fecha de envío: 02/06/2021

Fecha de aceptación: 15/06/2021

ser resecados por separado ya que tienen un riesgo relativamente superior de invasión submucosa.

Vamos a mostrar la técnica de mucosectomía en fragmentos de una lesión de extensión lateral granular mixta de unos 45 mm en recto. En estas lesiones, la mucosectomía en fragmentos puede ser una buena alternativa a la disección, se completa en menor tiempo y el material necesario está disponible en cualquier Unidad de Endoscopia. Debemos hacer una técnica limpia para disminuir la posibilidad de recurrencia.

Hemos utilizado un colonoscopio Olympus H190, capuchón recto blando de Olympus, un asa monofilamento de 15 mm, pinza hemostática (coagrasper) y un electrobisturí Vio 300D configurado en endocutQ 4-1-6.

Caso Clínico

Se trata de un varón de 64 años derivado de la Consulta de Cirugía General para valorar “rescate endoscópico” tras ser remitido para intervención quirúrgica desde el Programa de Cribado Poblacional.

El primer paso es la valoración de la lesión, sus características, clasificación Paris-Japón, establecer tipo de extensión, patrón glandular y vascular, y los límites periféricos. Utilizaremos el mejor endoscopio disponible, preferiblemente de alta definición, con cromoendoscopia convencional o virtual y magnificación. Tras comprobar que la lesión puede ser resecada mediante mucosectomía en fragmentos, debemos establecer la estrategia para realizarlo. Habitualmente la dirección es ano-oral y si existe un nódulo prominente, realizaremos primero la resección del tejido circundante hasta aislar ese nódulo.

Aunque en el caso de la mucosectomía por fragmentos, la sustancia inyectada en la submucosa puede ser únicamente suero fisiológico, en el caso de grandes lesiones preferimos usar preparados de sustancias de alta viscosidad como Orise de Boston Scientific o Eleview de Fujifilm, que vienen preparadas con una pequeña cantidad de colorante. Los primeros 2 cc inyectados son únicamente de suero fisiológico, para evitar el daño de la muscular. Realizaremos la denominada inyección dinámica con retirada lenta de la aguja y, posteriormente, inyectaremos la sustancia de alta viscosidad seleccionada. Podemos ver en el video cómo el uso del capuchón ayuda a un enfrentamiento óptimo de la mucosa en este procedimiento. Habitualmente hacemos una inyección generosa de todo el margen anal de la lesión a resecar, no es necesario inyectar toda la lesión en este primer paso. Para realizar las siguientes inyecciones, siempre aprovecharemos el margen lateral de la inyección previa, con lo que tendremos garantizado que estamos inyectando en la submucosa.

Tras completar una generosa inyección inicial, reevaluamos la lesión e iniciamos la estrategia previamente planificada. Habitualmente elegiremos un borde para la primera resección. Existen diversas variedades de asa de polipectomía. Para la mucosectomía en fragmentos nosotros preferimos usar asas monofilamentos, con cierta rigidez y un tamaño pequeño, de 10 o 15mm. La técnica de atrapamiento es sencilla. Seleccionada la zona a resecar, de un tamaño adaptado al asa, realizaremos aspiración mientras vamos cerrándola. Cuando tenemos fijado el tejido a resecar, hacemos una pequeña

insuflación que permita distender ligeramente la lesión y pulsamos de forma continua el pedal de corte.

A continuación, repetimos el mismo procedimiento en todo el margen anal de la lesión para crear lo que podemos llamar un “frente de resección”. Este frente de resección facilitará el apoyo del extremo proximal del lazo del asa en la submucosa expuesta para intentar evitar dejar puentes o pequeñas zonas de lesión no resecadas.

Continuamos con la polipectomía fragmentada de los márgenes de la lesión. Según la estrategia adoptada previamente, resecamos los márgenes y vamos aislando el nódulo de mayor tamaño.

Aislado el nódulo, inyectamos nuevamente en la submucosa para asegurarnos la protección muscular, enlazamos toda la lesión y la resecamos.

Continuamos avanzando en la resección. Nuevas inyecciones en la submucosa y resección de los fragmentos. Apertura del asa, flexión hacia abajo de la punta del endoscopio buscando el apoyo del asa en la submucosa mientras aspiramos. Atrapada la zona a resecar, una pequeña insuflación y pulsamos el pedal.

Durante la polipectomía se pueden producir pequeños sangrados. En muchas ocasiones podremos controlarlos con la aplicación de una pequeña corriente de coagulación con la punta del asa. Nosotros preferimos usar la pinza de hemostasia, en este caso un coagrasper, por su facilidad de uso y eficacia. La técnica es la misma que usamos en la disección. Identificar con claridad el punto sangrante ayudándonos del capuchón y del jet de agua. Cuando lo hemos localizado lo atrapamos con la pinza y verificamos que lo está completamente lavando nuevamente la zona para comprobar que no sangra. En ese momento aplicamos la corriente de coagulación. En el caso del coagrasper, soft coag, efecto 5 y potencia de 60 a 100 watos.

Con la misma técnica completamos la polipectomía en el extremo oral tras inyectar una cantidad extra del preparado expansor en la submucosa. Tras resecar toda la lesión, revisamos la escara para identificar vasos que puedan producir un sangrado diferido, aplicando sobre ellos coagulación con la pinza de hemostasia.



Figura 1

Lesión LST-GM rectal 45 mm.

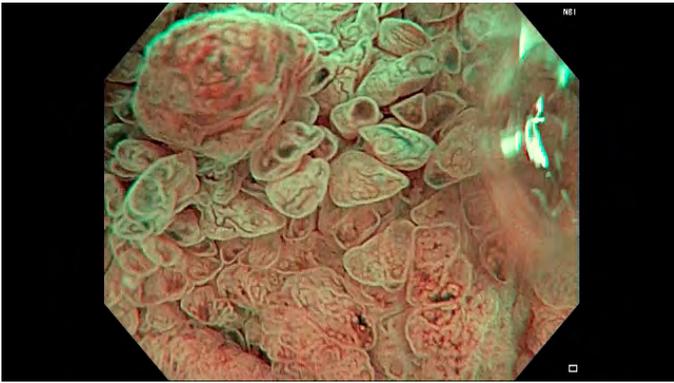


Figura 2
Patrón de criptas con MO.

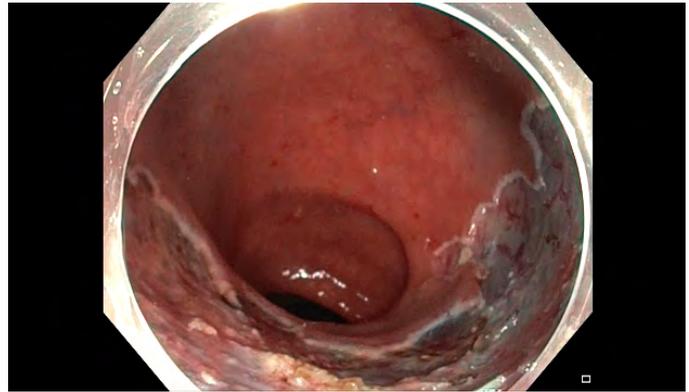


Figura 5
Escara tras mucosectomía.

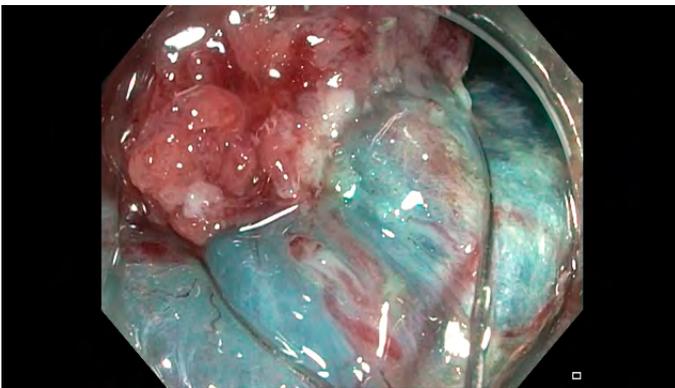


Figura 3
Resección de un fragmento.



Figura 4
Sangrado arterial.

3. 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.

4. 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.

5. Tanaka S, Kashida H, Saito Y, et al. JGES guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. *Dig Endosc* 2015;27:417-34

6. 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

7. 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.

8. 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>

Bibliografía

1. Walsh RM, Ackroyd FW, Shellito PC. Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps. *Gastrointest Endosc* 1992;38:303-9.
2. 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.