

POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA CONVENCIONAL

CONVENTIONAL ENDOSCOPIC GASTRIC POLYPECTOMY

Bejarano García A, Maraver Zamora M, Casado Monge PG, Pallarés Manrique H

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción

Las últimas guías recomiendan la resección completa de los pólipos gástricos en el caso de pólipos fúndicos solitarios de más de 10mm, de pólipos hiperplásicos de más de 5mm, y de todos los pólipos adenomatosos¹⁻². Los pólipos gástricos (PG) son lesiones endoluminales que protruyen desde la mucosa y que suelen descubrirse incidentalmente en aproximadamente el 1-6% de las esofagogastroduodenoscopias (EGD)³. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y rara vez presentan complicaciones como sangrado o cuadro oclusivo.

CORRESPONDENCIA

Ana Bejarano García
Hospital Juan Ramón Jiménez
21005 Huelva
anabejarano.digestivo@gmail.com

Fecha de envío: 02/06/2020

Fecha de aceptación: 16/06/2021

Caso Clínico

La técnica elegida para la resección del pólipo está relacionada con la apariencia, la localización y tamaño del mismo. Los pólipos pueden describirse como pediculados, sésiles o planos. Para los pólipos sésiles milimétricos suele preferirse el uso del fórceps o pinzas de biopsia, y para los planos o de extensión lateral técnicas como la resección mucosa simple con asa caliente (REM), la mucossectomía con inmersión en agua (MIA) o la disección submucosa endoscópica (DSE). Sin embargo, parece bien establecido que en las lesiones pediculadas la polipectomía endoscópica convencional (PEC) es la técnica de elección por su facilidad técnica y baja tasa de complicaciones, consiguiendo extirpar en bloque lesiones de hasta 30 mms⁴. Un estudio americano reciente⁵, analizó el tipo de técnica endoscópica de resección preferida por los endoscopistas en función de localización, la morfología y el tamaño de la lesión, evidenciando que la PEC con asa de diatermia era la técnica más utilizada en pólipos pediculados, en aquellos > 10 mms y en localizaciones más distales (cuerpo-antro).

La polipectomía endoscópica convencional consiste en la extirpación por vía endoscópica de pólipos con la ayuda de corriente de electrocoagulación y utilizando generalmente, un asa de polipectomía. Las asas de polipectomías suelen ser de alambre de acero trenzado, de diferentes formas y tamaños, generalmente de un solo uso. El asa de polipectomía estándar tiene 6 cm de longitud de asa y 3 cm de ancho, pero también está disponible una de menor tamaño de 3 x 1.5 cm. El diámetro del alambre también es variable, si es más fino cortará el pólipo más rápidamente (precisando menos tiempo para realizar una coagulación adecuada) que un asa con un alambre más grueso. Antes de su utilización, siempre debemos comprobar la apertura y cierre correctos de la misma para evitar acontecimientos desagradables durante el procedimiento. Las asas tienen una funda aislante y permite un cierre gradual y controlado de la misma. Existen diferentes formas: ovales, redondas, hexagonales, en media luna, asimétricas y variantes especiales con púas (para aumentar la fijación al tejido, evitando su deslizamiento), rotatorias, combinadas con aguja de inyección, etc.⁶⁻⁷.

Necesitaremos también una unidad de electrocirugía que proporcione corriente eléctrica de alta frecuencia y de potencia regulable, tanto para corriente de coagulación (ondas de corriente con un patrón de interrupción), de corte (corriente continua) y mixta (combinando las dos formas). El sistema EndoCut (Erbe®), muy utilizado en la actualidad, controla de manera automatizada la coagulación en función de las características del tejido, que se van alternando con ciclos de corte. La liberación de la energía no debe interrumpirse una vez que la técnica ha comenzado, por lo que la presión que efectuamos en el pedal que controla la fuente de energía debe ser continua. La mayoría de los accesorios utilizados en el proceso son monopolares. El circuito eléctrico está formado por un electrodo activo de área muy reducida, constituido por el asa de polipectomía y otro indiferente de gran área, que es una placa metálica en contacto con la piel del paciente cercano a la localización donde se va a realizar el tratamiento (normalmente en la espalda, nalga o pierna⁸⁻⁹).

Ocasionalmente, en función del tamaño y localización del pólipo, podremos requerir el uso de una aguja de inyección (disponibles de 23G y dem25G) para utilizarla en la base del pólipo como profilaxis de hemorragia post-polipectomía gracias a la inyección de adrenalina diluída o para facilitar la resección al separar la lesión de la capa muscular/serosa, formando una “cama” de seguridad para disminuir el riesgo de perforación (algo más frecuentes en pólipos planos y sésiles, y no tanto en los pediculados salvo aquellos con grueso pedículo)¹⁰⁻¹¹. Para minimizar el riesgo de complicaciones no es infrecuente que también usemos endoloops (lazos de nailon (20 y 30 mm) desprendibles y de manejo similar a un asa de polipectomía) que utilizamos para que una vez enlazado el pólipo correctamente, se libere y quede anudado alrededor del pedículo o la base del pólipo realizando una esclerosis por compresión y evitando el riesgo de sangrado; Por este motivo también podemos recurrir a Hemo o Endoclips que son eficaces en el tratamiento de hemorragias y perforaciones al cerrar el vaso sangrante o pequeños defectos mucosos tras la resección.

Una vez resecado el pólipo mediante PEC, precisaremos recogerlo para su estudio histológico. Para ello podremos contar con diferentes accesorios: Aquellos que se introducen a través del canal de trabajo y se extraen junto al endoscopio (por ejemplo, la misma asa de polipectomía utilizada en el procedimiento, pinzas tipo trípode, cestas de Dormia o cestas de Roth de diferentes tamaños), salvo en caso de pequeños pólipos que pueden ser aspirados a través del canal de aspiración y recuperarse en un recipiente recogedor de pólipos que se coloca inmediatamente antes del frasco aspirador.

Con toda esta información, se expone el caso de un paciente varón de 27 años al que se le realiza una EGD (Gastroscopio Pentax de la serie 90K) en el contexto del estudio de anemia de perfil ferropénico. En la EGD se visualiza un pólipo pediculado de unos 18 mm de diámetro, de superficie lisa y ápice ligeramente erosionado (Figura 1). Al tratarse de una lesión >10mm, de aspecto adenomatoso y erosionada, podría ser la potencial causa de un sangrado crónico y se decide su resección endoscópica mediante polipectomía convencional. Para ello, se utiliza inyector de 23G para la administrar en la base del pedículo 3-4 cc de adrenalina diluída 1:100000 (Figura 2). Posteriormente introducimos asa de polipectomía oval y trenzada de 30mm que abrimos y deslizamos sobre la cabeza del pólipo atrapar el pedículo (Figura 3). Se procede a la resección utilizando fuente de electrocoagulación ERBE ICC 200 en modo Endocut (efecto 3). Una vez resecada la lesión, valoramos la escara (Figura 4) y se opta por colocación de Endoclip hemostático de 11mm para minimizar riesgo de sangrado diferido (Figuras 5 y 6). Como último paso, se recupera el pólipo utilizando cesta de Roth de 30 mm (Figura 7).

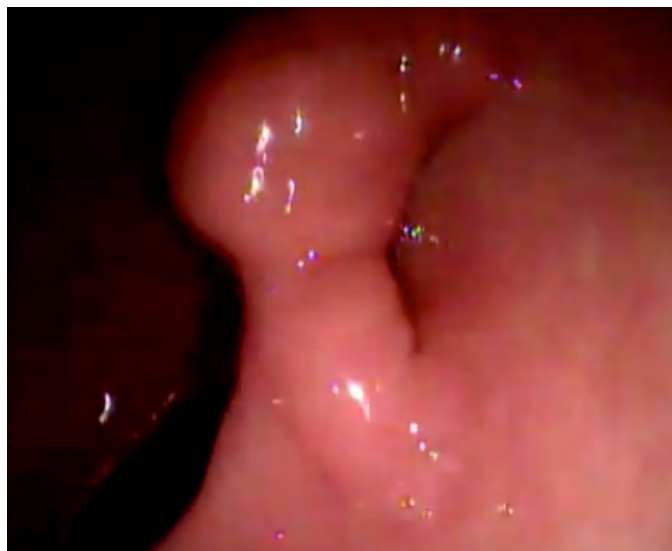


Figura 1

Imagen endoscópica: Lesión Pediculada de 18mm.



Figura 2

Imagen endoscópica: Inyección de adrenalina diluída en pedículo.



Figura 4

Imagen endoscópica: Escara post-polipectomía.



Figura 3

Imagen endoscópica: Resección con asa de polipectomía englobando pedículo.

Como conclusión, la polipectomía endoscópica convencional es una técnica barata, rápida, segura y eficaz, siendo la técnica de elección en el caso de lesiones pediculadas gástricas.

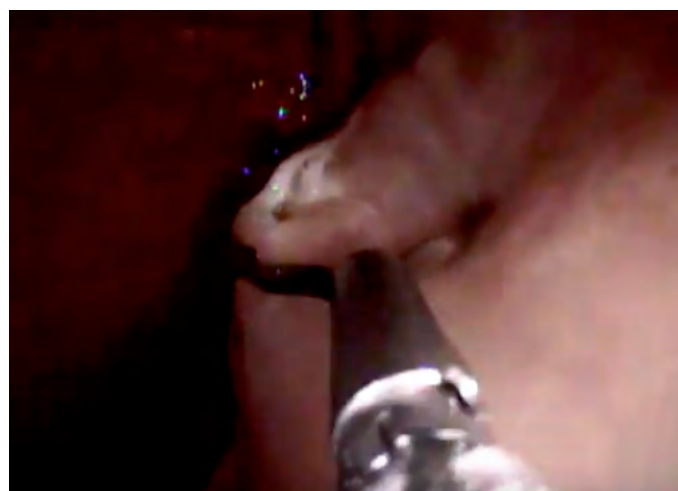


Figura 5

Imagen endoscópica: Colocación Endoclip hemostático.

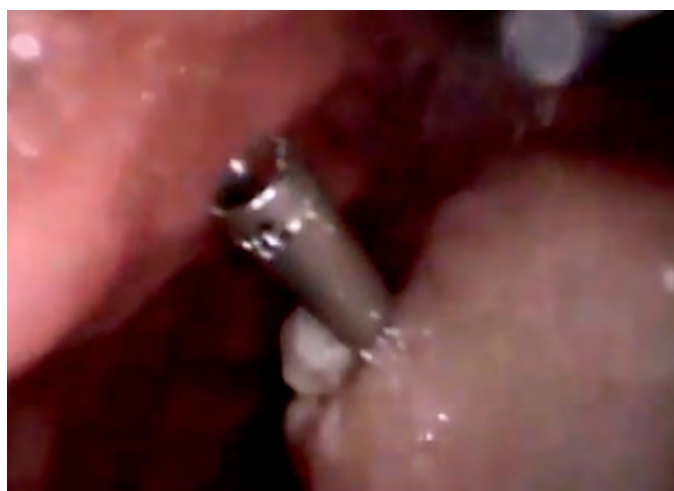


Figura 6

Imagen endoscópica: Endoclip colocado.

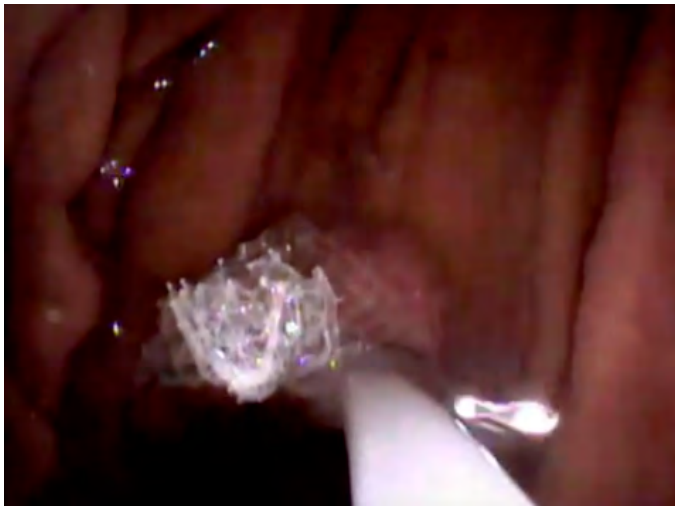


Figura 7

Imagen endoscópica: Recuperación con cesta de Roth.



Bibliografía

1. Evans JA, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. *Gastrointest Endosc* 2015;82:1–8.
2. Sharaf RN, Shergill AK, Odze RD, et al. . Endoscopic mucosal tissue sampling. *Gastrointest Endosc* 2013;78:216–24. 10.1016/j.gie.2013.04.167
3. Islam RS, Patel NC, Lam-Himlin D, et al. Gastric polyps: a review of clinical, endoscopic, and histopathologic features and management decisions. *Gastroenterol Hepatol* 2013;9:640–51.
4. American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) CRC. Code Sheet 2016 Escophagoscopy. 2016.
5. Juan E Corral, Tara Keihanian, Liege I Diaz, Douglas R Morgan, and Daniel A Sussman. Management patterns of gastric polyps in the United States. *Frontline Gastroenterol*. 2019 Jan; 10(1): 16–23.
6. Classen M, Tytgat G, Lightdale C, editors. Therapeutic Procedures: Polypectomy. In: *Gastroenterological Endoscopy*. 2nd ed. 9. Stuttgart: Thieme; 2010.
7. Carpenter S, Petersen B, Chuttani R, Croffie J, DiSario J, Liu J, et al. ASGE technology status evaluation report. Polypectomy devices. *Gastrointest Endosc*. 2007; 65: 741-5.
8. ASGE Technology Committee, Tokar JL, Barth BA, Banerjee S, Chauhan SS, Gottlieb KT, et al. Electrosurgical generators. *Gastrointest Endosc*. 2013; 78: 197-208
9. Morris ML, Tucker RD, Baron TH, Song LM. Electrosurgery in Gastrointest Endoscopy: Principles to Practice. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104: 1563-74.
10. Dobrowolski S, Dobosz M, Babicki A, Dymecki D, Hac S. Prophylactic submucosal saline-adrenaline injection in colonoscopic polypectomy: prospective randomized study. *Surg Endosc*. 2004; 18: 990-3.
11. Feitoza AB, Gostout CJ, Burgart LJ, Burkert A, Herman LJ, Rajan E. Hydroxypropyl methycellulose: a better submucosal fluid cushion for endoscopic mucosal resection. *Gastrointest Endosc*. 2003; 57: 41-7