

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS DE DILATACIÓN DE ESTENOSIS

Endoscopic stenosis dilation techniques

Fernández Cano FM¹, Rosón Rodríguez PJ²

¹HOSPITAL COSTA DEL SOL. MÁLAGA.

²HOSPITAL QUIRÓN. MÁLAGA.

Introducción

Las técnicas de dilatación endoscópicas son una práctica frecuente en cualquier unidad de Endoscopia. Su objetivo es aumentar el calibre en una estenosis producida por cualquier motivo, péptica, quirúrgica, etc... bien en el tracto digestivo superior o en el inferior.

Caso

La dilatación endoscópica de las estenosis del tracto digestivo es el tratamiento de elección en estenosis orgánicas benignas, siempre que sean sintomáticas.

La única contraindicación absoluta para llevar a cabo una Dilatación Endoscópica es el caso de una perforación de víscera hueca.

El primer paso para enfrentarnos a una estenosis es conocer las características de la misma para plantear el mejor tratamiento. En primer lugar, nos apoyamos en la visión endoscópica de la estenosis y, en caso de que el endoscopio no consiga avanzar a través de la misma, es conveniente apoyarse en una prueba de imagen (tránsito EGD o Enema Opaco) para conocer la morfología, longitud, calibre y excentricidad de la

misma, así como la existencia o no de lesiones asociadas (Divertículos, hernia de hiato...).

En el tracto digestivo superior, la sensibilidad del tránsito baritado es mayor que la de la endoscopia para diagnosticar una estenosis esofágica (95% vs 58%)¹, por lo que ante un paciente con disfagia y gastroscopia normal, debemos realizar un esofagograma.

En las estenosis de aspecto benigno, distales (esofágicas o rectales), franqueables con el endoscopio, cortas y concéntricas, se acepta la realización de la dilatación en el mismo acto endoscópico.

Tipos de dilatadores

a) Tipo bujía:

a. Sobre guía

Olivas metálicas de Eder-Puestow
Bujías plásticas; Savary-Guilliard

b. Sin guía

Bujías de mercurio

c. Sobre el endoscopio (Con o sin guía)

Ovesco BougieCAP

CORRESPONDENCIA

Francisco Manuel Fernández Cano / xusqui@gmail.com

Hospital Costa del Sol - 29603. Marbella. Málaga

Fecha de envío: 02/02/2022 - Fecha de aceptación: 16/02/2022

b) Tipo balón. Con o sin guía

c) Mediante técnica de electroincisión (Needle knife / IT Knife)

Discusión

La principal ventaja de las bujías con guía es que, al pasar sobre guía, aun sin control endoscópico directo, disminuye el riesgo de perforación. De los distintos tipos de bujías, las más ampliamente utilizadas son las de Savary-Guiliard, fabricadas en polivinilo y de calibres progresivos de 5 a 20mm de diámetro.

Los balones dilatadores tienen mayor aceptación al ser más cómodos para el paciente, pues se introducen a través del canal de trabajo del endoscopio y no precisa pasar material repetidamente por la hipofaringe. Los balones pueden distenderse con agua, aire o con contraste yodado y los hay de diferente diámetro, hasta 20mm. Existen balones de mayor diámetro, que se introducen sobre guía y se distienden bajo control radiológico, utilizados fundamentalmente para achalasia.

Recientemente se ha descrito una técnica que parece mejorar la eficacia de la dilatación, especialmente en estenosis cortas y muy fibrosas como las anastomosis colo-rectales o los anillos de Schatzki. Consiste en utilizar un electrobisturí tipo needle-knife o IT-knife para realizar un corte radial en la estenosis. En manos expertas, con esta técnica se puede extirpar casi completamente la fibrosis que genera la estenosis. En cualquier caso, se recomienda realizar una técnica de dilatación con balón posterior. Se trata de una técnica muy segura pues al haber realizado cortes en la propia estenosis, es por éstos por donde va a desgarrarse, teniendo mucho más control sobre la dilatación.

La última incorporación al espectro de la dilatación son las Bujías Sobre el Endoscopio de Ovesco. Se colocan de manera similar a un capuchón por fuera del endoscopio. Son forma cónica y permiten la dilatación de una estenosis con sistema de bujías, pero con visión directa sobre la mucosa, lo que teóricamente permite un mayor control de la dilatación con menor riesgo de complicaciones.

¿Qué dilatador elegir?

A pesar de ser una técnica antigua, existen muy pocos estudios comparativos entre los dilatadores de bujías y los balones, y no existen comparaciones con las técnicas de electroincisión.

El uso de bujías SIN GUÍA está contraindicado en estenosis complejas, si bien esto podría cambiar con las nuevas bujías que permiten visión directa, aunque se precisan estudios a este respecto. Se aconseja utilizar unos u otros dispositivos en función de la experiencia del endoscopista.

En general se prefiere el uso de bujías en estenosis largas, como en las secundarias a esofagitis cáustica o

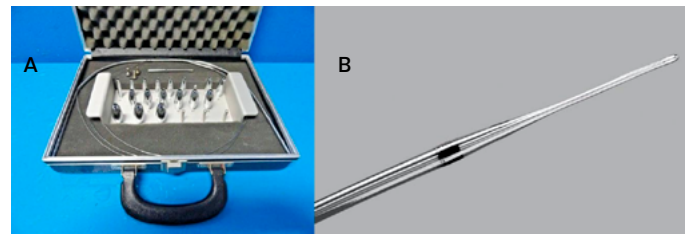


FIGURA 1

A) BUJÍAS DE EDER-PUESTOW. B) BUJÍA DE SAVARY-GUILLIARD.

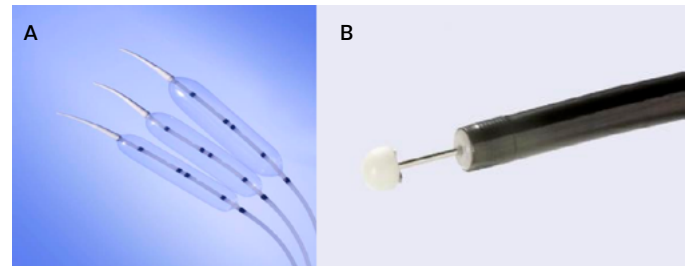


FIGURA 2

A) BALONES DILATADORES. B) IT-KNIFE.

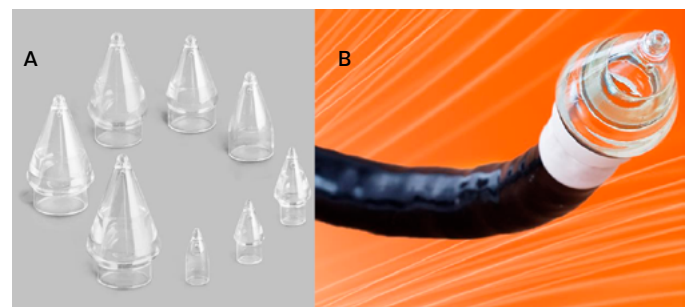


FIGURA 3

A) OVESCO. B) BOUGIECAP.

colitis isquémica. Se recomienda comenzar la técnica con un dilatador 1-2mm mayor que el calibre estimado de la luz de la estenosis². El tamaño máximo dependerá de la complejidad de la estenosis.

En los anillos de Schatzki y las estenosis sobre anastomosis, se prefiere utilizar técnicas de electroincisión y posterior dilatación hasta 16-20mm con balón³.

Las estenosis malignas tienen un elevado riesgo de perforación, por lo que está contraindicado el uso de dilatadores de gran calibre, aunque las prótesis actuales, en general, no precisan de dilatación previa de la estenosis.

El número de sesiones requeridas para conseguir una dilatación adecuada va a depender de la etiología, que va a condicionar la complejidad de la estenosis.

El intervalo entre sesiones se establece entre 2 y 4 semanas.



Bibliografía

1. Marks RD, Richter JE. Peptic strictures of the esophagus. *Am J Gastroenterol*, 88 (1993), pp. 1160-73
2. Boyce HW. Dilation of difficult benign esophageal strictures. *Am J Gastroenterol*, 100 (2005), pp. 744-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.41477.x>
3. Jalil S, Castell DO. Schatzki's ring: a benign cause of dysphagia in adults. *J Clin Gastroenterol*, 35 (2002), pp. 295-8

