

Experiencia en resección endoscópica de pólipos colorrectales grandes en un Hospital de Tercer Nivel

A. A. Molina-Villena, P. Gálvez-Castillejos, I. S. García-López, L. F. De Giau-Triulzi, J. I. Vinageras-Barroso

Servicio de Endoscopia, Hospital Español de México. Ciudad de México, México

Introducción

El carcinoma colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia maligna más frecuente a nivel mundial. Considerando que la carcinogénesis colónica sigue una vía de evolución gradual de adenoma a carcinoma, la detección temprana de los primeros y su resección permiten la reducción en la incidencia y mortalidad asociada al CCR. Previamente los pólipos grandes [definidos como mayores de 10mm si son sésiles (0-Is) o >20mm si son pediculados (0-1p)] se removían exclusivamente de manera quirúrgica; actualmente las técnicas endoscópicas avanzadas para su resección se usan ampliamente y han demostrado eficacia y seguridad adecuadas, con tasas de curación hasta del 90%, con una reducción en las complicaciones con respecto al método quirúrgico.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron los pacientes a los que se les realizó colonoscopia de escrutinio durante el periodo de enero del 2014 a mayo del 2019; se incluyeron los siguientes casos: pólipos sésiles >10mm (0-Is) o pediculados >20mm (0-1p), pólipos en localizaciones difíciles o casos con múltiples localizaciones con por lo menos uno con las características anteriores. Se valoraron las siguientes características: edad y género de los pacientes, localización de los pólipos, clasificación de Paris, tamaño en

milímetros, multiplicidad, reporte histopatológico, técnica utilizada en la resección, si la resección fue en pedazos (“piecemeal”) o en bloque, uso de terapia hemostática posterior (clips o argón plasma), complicaciones asociadas al procedimiento (hemorragia, perforación o síndrome post polipectomía), así como la recurrencia de adenomas registrada en nuestra base de datos hasta la fecha del 31 de mayo del 2019.

Resultados

Se incluyeron un total de 41 pacientes y 47 pólipos; 21 pacientes (51.21%) correspondieron a pacientes femeninos y la edad promedio de los pacientes fue de 69.8 años, con un rango de edad de 37 a 87 años. Del total de pacientes, 7 presentaron multiplicidad en localización de las lesiones, 3 casos con 2 pólipos mayores de 20mm, 3 con sólo uno y el resto menores de 5mm y 1 con 4 pólipos mayores de 20mm. La localización más frecuente de los pólipos registrados fue en colon izquierdo (22, 46.8%), seguido de colon derecho (10), recto (8), colon transversal (5) y ciego (2); la histopatología mayormente reportada fue de adenomas tubulares sin displasia de alto grado (20, 42.5%) y de adenomas túbulo-vellosos (19, 40.4%), encontrando 1 caso de carcinoma intramucoso (2.12%). En cuanto a las técnicas de resección utilizadas, 21 de los pólipos fueron resecados con asa caliente (44.6%) y 20 (42.5%) con técnica de resección endoscópica de

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000137

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):406-407

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

la mucosa (REM) y 6 con asa fría (12.7%); 43 pólipos (91.4%) fueron resecados en bloque y 4 (8.5%) en "piecemeal". En 20 (42.5%) casos se utilizó un método hemostático preventivo, en 9 se utilizó hemoclip, 9 argón plasma y en 2 ambos. Se presentaron 2 casos de complicaciones (4.2%), uno de hemorragia (2.1%) tratada mediante endoscopia en un caso de REM y uno de síndrome post-polipectomía (2.1%) con uso previo de argón plasma preventivo, sin ningún caso reportado de perforación. Hasta el momento de seguimiento ningún paciente ha presentado recurrencia de adenomas en las localizaciones previas.

Conclusiones

La resección endoscópica de pólipos grandes en nuestro hospital demostró ser segura y efectiva, con una tasa de complicaciones del 4.2%, concordante con lo reportado en la literatura (0.4%-3.8% para sangrado y para perforación 0.7%-3.7%). En ninguno de estos casos se requirió tratamiento quirúrgico. Así mismo, además del uso de REM, el uso de otras técnicas como asa fría y asa caliente, demostraron ser eficaces y seguras en este tipo de lesiones en nuestros pacientes.