



Terapéutica Endoscópica de Lesiones Esofágicas

LLORENS P., MD; ARANGO L.A., MD, SCC.

Palabras clave: Pólipo, Mucosectomía, Esófago.

Se presenta una pequeña revisión de la literatura sobre el tema de las polipectomías y la endoscopia terapéutica, precursoras de procedimientos mayores endoscópicos como son las mucosectomías.

Al final se muestra 1 caso clínico importante dentro de la endoscopia terapéutica esofágica, tratado por uno de los autores en la Clínica Cordillera de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

Es indudable que la endoscopia digestiva en su modalidad diagnóstica se ha convertido en el estándar para el acceso terapéutico formal de las enfermedades del tracto digestivo en toda su extensión y, como ha ocurrido en áreas de la radiología, la endoscopia también se ha tomado campos como los de la cirugía general al invadir el tracto digestivo con la intención de realizar función terapéutica.

En el año de 1970 Tsuneoka y Uchida, realizaron la primera polipectomía con asa fría, la cual fue exitosa (1). Con lo anterior, y demostrado por múltiples estudios que le siguieron, comprobó que los pólipos podrían ser extirpados sin necesidad de cirugía, siempre y cuando se siguieran unos principios básicos en el procedimiento. Así mismo, se estableció que las cirugías en determinados tumores polipoideos podría ser innecesaria y que la endoscopia en casos bien estudiados ofrecía la mejor posibilidad.

Desde este momento se abre un espacio gigante en el desarrollo del endoscopista y se inicia el tratamiento de lesiones

polipoideas gástricas no cancerosas por medio de la resección endoscópica.

Llorens y Navarrete, muestran en el año 1995 su experiencia en polipectomía gástrica, habiéndola realizado en 440 enfermos, comprobándose una gran correlación entre la opinión diagnóstica y los resultados de anatomía patológica, así como complicaciones que apenas ascienden al 1.02% (2 hemorragias y 1 perforación) (2).

Para el éxito de la técnica se deben tener en cuenta los siguientes principios:

1. Adiestramiento suficiente del operador
2. Selección adecuada del paciente y examen previo de éste (evaluación de riesgos)
3. En lo posible, tener una endoscopia previa y un diagnóstico histológico, derivado de la biopsia del pólipo.
4. Es opcional el uso o no de la sedación
5. Debe utilizarse en todos los casos, antibióticos profilácticos, que pueden ser cefalosporina de primera generación o ciprofloxacina (una sola dosis) (3).
6. La hospitalización queda a juicio del endoscopista. Realmente cuando el sistema empleado es de cauterio con asa térmica, la coagulación es tan perfecta que no se justifica la hospitalización, al contrario de lo que ocurre con otros métodos (4). En la actualidad este concepto se ha liberalizado un poco y con un adecuado servicio de medicina ambulatoria se puede estar pendiente de la evolución del enfermo por llamado telefónico o visita dirigida, lo que ahorra costos e incomodidad.
7. Control endoscópico de sitios sangrantes por medio de inyección de esclerosantes (5).

En general, para la terapéutica endoscópica debemos tener un adecuado diagnóstico fundamentado en gran parte en las características semiológicas de las lesiones.

Doctores: Pedro Llorens Sabate, Méd. Intern. Gastroenteról, Endoscop., Univ. de Chile, Clínica Cordillera, Santiago de Chile; Lázaro Antonio Arango Molano, Ciruj. Gral., Endoscop., Fac. de Ciencias para la Salud, Univ. de Caldas, Manizales, Colombia.

Estas lesiones fueron adecuadamente clasificadas por Yamada en 4 grados que se muestran en la Figura 1.

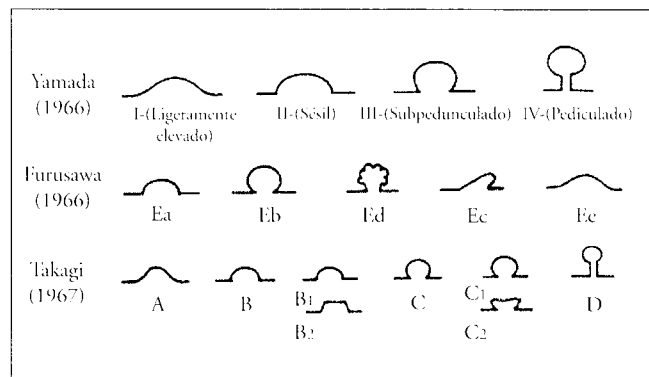


Figura 1. Clasificación de Yamada para las lesiones elevadas de todo el tracto gastrointestinal (Tomado de Llorens y Nakamura - Diagnóstico y tratamiento de las afecciones Gástricas - 1995).

Llorens en su libro de afecciones gástricas hace mucho énfasis en el acceso correcto de las lesiones elevadas y propone evaluar en ellas varias cosas (4):

1. **Visión frontal.** Para ver regularidad o irregularidad en el contorno.
2. **Visión lateral.** Que señala la forma de implantación en la mucosa
3. **Tamaño.** En el cual se considera su diámetro máximo
4. **Regularidad** o irregularidad de la superficie
5. **Coloración**

Es lógico pensar que son más complejas de manejar y que tienen más riesgo de perforación las lesiones de base amplia o aquellas que tienen superficie irregular que sangra fácilmente. Así mismo, el riesgo de carcinoma es mayor en este tipo de lesiones, sobre todo en aquellas con subpedúnculo (4).

En la actualidad el tratamiento de las lesiones polipoideas se ha liberalizado mucho más y se pueden extirpar incluso aque-

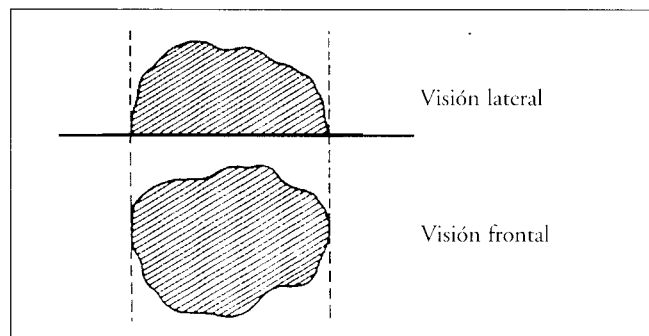


Figura 2. Visión frontal y lateral de las afecciones polipoideas. (Tomado de Llorens y Nakamura - Diagnóstico y tratamiento de las afecciones Gástricas - 1995).

llas en las que se sospeche un carcinoma del tipo temprano Ia (protruido), siempre y cuando se sigan los principios estándar de la polipectomía y se haga un estudio adecuado al espécimen evaluando su base, que si en la histología está positiva, debe indicar la cirugía.

Estos pacientes se deben seguir adecuadamente para descartar metástasis en el futuro.

Con base en la realización de la polipectomía se abrió paso la realización del manejo endoscópico de las lesiones submucosas gástricas, lo que generó mayor profundidad. Así mismo, se inició el tratamiento de pequeñas lesiones por medio de la inyección de solución salina por debajo de ellas, produciendo una elevación de la misma, ofreciéndose así la facilidad de extirparla endoscópicamente.

En la Figura 3 se muestra uno de los mecanismos empleados para el tratamiento de las lesiones submucosas, que también puede usarse para la extirpación de otras lesiones elevadas del tracto digestivo.

Con todo lo anterior la escuela japonesa inició el tratamiento de algunos carcinomas tempranos gástricos por medio de la llamada mucosectomía. Tada y cols. en el año 1984, describieron la técnica que se realiza por la inyección submucosa de 2 a 4 mL de solución salina, lo que eleva la lesión que en este momento se convierte en polipoidea y es tomada por una asa de alambre que se conecta a una corriente eléctrica de baja frecuencia y se reseca, siendo luego tomada por una pinza de tres patas o una canastilla de Dormia (6).

El espécimen obtenido debe ser enviado a patología. Este tipo de procedimientos se realiza más en lesiones elevadas o en lesiones planas o superficialmente deprimidas como el carcinoma temprano IIc. El tamaño de la lesión es importante y Tagaki propone que éste no sea mayor de 2 cm en lesiones que por su localización se sospeche sean diferenciadas o menor de 1 cm cuando se sospeche que sean indiferenciadas. (7). Dicha sospecha histológica se basa en lo descrito por Llorens y Nakamura (8).

Cuando la lesión en fúndica no es adecuada para este tipo de tratamiento ya que puede ser el comienzo o la

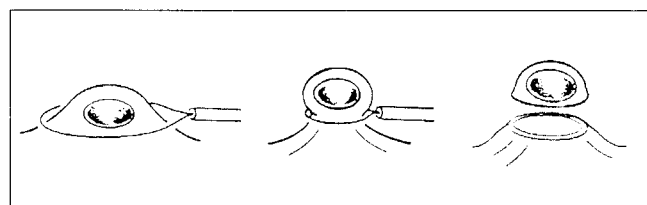


Figura 3. Modelo de realización de una polipectomía en una lesión submucosa. (Tomado de Llorens y Nakamura - Diagnóstico y tratamiento de las afecciones Gástricas).

manifestación de una neoplasia infiltrativa tipo linitis plástica (9).

El doctor Pedro Llorens nos envía el siguiente caso muy representativo de la técnica:

“Mucosectomía en lesiones esofágicas” (A propósito de 1 caso clínico)

En los últimos años el adelanto de la endoscopia digestiva ha sido extraordinario permitiendo el diagnóstico de las lesiones en etapas muy iniciales y con un alto grado de certeza. La posibilidad de tomar biopsias dirigidas durante la exploración endoscópica permite el correcto diagnóstico histológico prácticamente en todas las lesiones originadas en la mucosa y en muchas de las lesiones submucosas.

El conocimiento de la exacta naturaleza de la lesión constituye un elemento fundamental no tan solo para establecer su diagnóstico, sino también para conocer mejor su pronóstico y decidir el tipo de tratamiento.

Las características macroscópicas, el diámetro de la lesión y su tipo histológico son de especial relevancia para decidir la indicación de una eventual terapéutica endoscópica. Aunque en un inicio la ablación de algunas lesiones seleccionadas con este método se circunscribió a aquellos casos de edad muy avanzada con serias enfermedades intercurrentes, o bien, cuando el paciente se negaba a someterse a una cirugía convencional, hoy se ha constituido el método de elección en un gran número de lesiones bien seleccionadas.

Actualmente ya existe una experiencia importante y con indicaciones bien consolidadas de terapia endoscópica en la patología gástrica y de colon, pero hay menos casos comunicados en el cáncer incipiente del esófago y aun son más escasas en lesiones benignas de este órgano.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 42 años, funcionaria de un Hospital en Osorno, ciudad ubicada aproximadamente a 900 km de Santiago, nos fue enviada por su médico tratante con el diagnóstico de tumor del esófago, probablemente con lesión submucosa. La paciente no tenía disfagia, y fue explorada endoscópicamente en su sitio de trabajo por un leve malestar en el epigastrio, oportunidad en la que se encontró la lesión del esófago.

Realizamos endoscopia con biopsias reiterativas de su lesión esofágica. El informe histológico fue concordante con la posibilidad de leiomioma.

La paciente fue controlada a los 6 y 12 meses comprobándose aumento del tamaño de la lesión, y continuaba sintomática.

Se discutió el caso y se decidió realizar mucosectomía.

Aunque la indicación no era absoluta, la ubicación de la lesión y su aumento de tamaño hacían temer que en un futuro próximo estuviera dando alguna sintomatología y se saliera del alcance de la terapéutica endoscópica.

En el momento de la mucosectomía se observó una lesión elevada de tipo subpedunculada (Yamada III) de aproximadamente 15 mm de diámetro en el tercio medio del esófago (25 cm de la arcada dentaria) (Figura 4); se inyectaron 2 mL de suero fisiológico con adrenalina al 1x10.000 en el borde oral de la lesión (Figura 5); luego de la inyección, aquella se levanta fácilmente junto con la mucosa (Figura 6). Se hace una segunda inyección submucosa con la misma solución con lo cual la lesión se eleva fuertemente hacia la luz del esófago (Figura 7). En este momento se pueden observar claramente los bordes y límites de la lesión submucosa lo que facilitará su ablación endoscópica (Figura 8).

La lesión submucosa se atrapa fácilmente con el asa apoyada en su base y se procede a realizar la polipectomía con un solo corte y corriente mixta. El corte no deja sangrado alguno y la remoción ha sido completa (Figura 9).

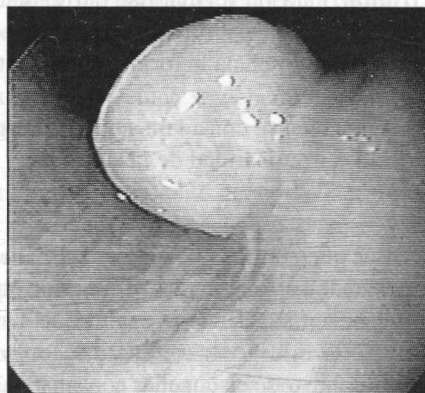


Figura 4. Lesión elevada subpedunculada, YAMADA III, 15 mm de diámetro, localizada en el tercio medio del esófago.



Figura 5. Inyección de 2 mL de suero fisiológico más adrenalina al 1/10.000 en el borde oral de la lesión.

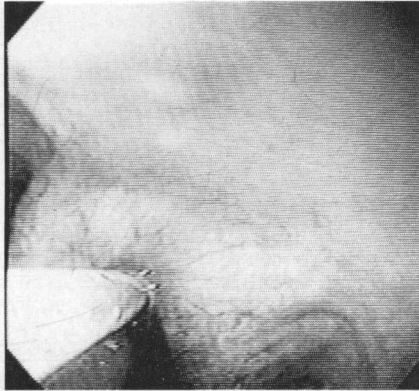


Figura 6. Elevación de la lesión y su mucosa luego de infiltrar con suero fisiológico, más adrenalina al 1/10.000.

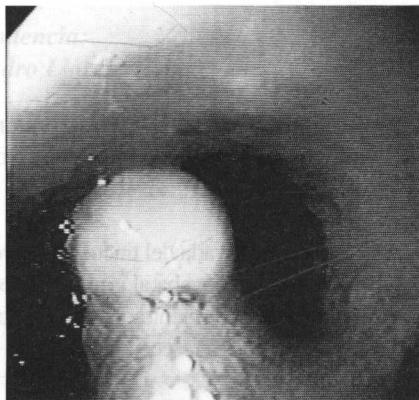


Figura 7. Mayor elevación de la lesión hacia la luz esofágica luego de una segunda infiltración.

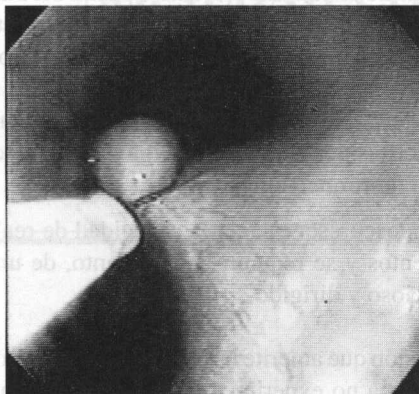


Figura 8. Visualización clara de los bordes y límites de la lesión submucosa, la cual facilita su ablación endoscópica.

Se recupera el tejido resecado mediante una pinza de trípode (Figura 10).

Al retirar el instrumento de la lesión firmemente tomada con la pinza trípode, se aprovecha para revisar si hay o no sangrado en el sitio (Figura 11).

Ya recuperado el material de la mucosectomía se analiza y se mide antes de ser enviado para estudio anatomopatológico (Figura 12). Como la preparación de la formalina produce retracción del tejido, es muy importante que el endoscopista extienda al máximo el material resecado sobre un corcho y luego lo fije con alfileres, tratando de no desgarrar los bordes. Esto debe constituir una rutina en estos procedimientos (Figura 13).

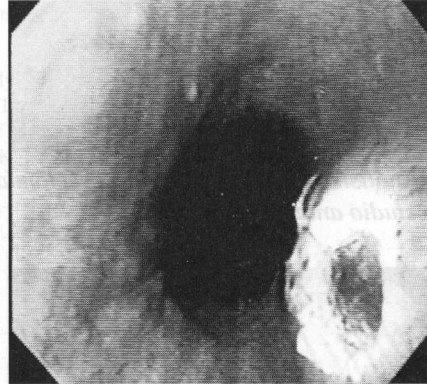


Figura 9. Luego de atrapar la lesión con el asa apoyada en su base, se realiza la polipectomía con un solo corte y corriente mixta. No queda sangrado y la remoción es completa.

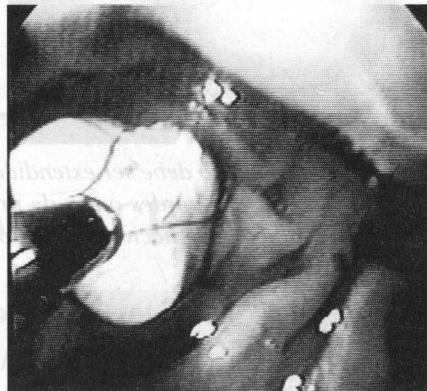


Figura 10. Extracción del tejido resecado mediante pinza de trípode.

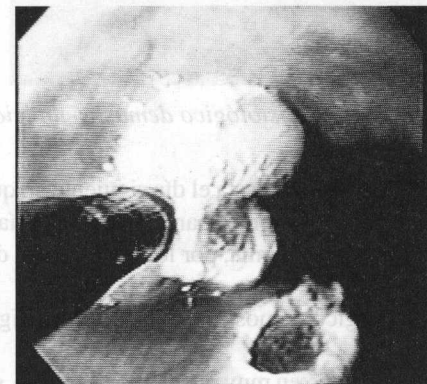


Figura 11. Mientras se retira la pinza trípode con la lesión, se aprovecha para revisar que no exista sangrado en el sitio.

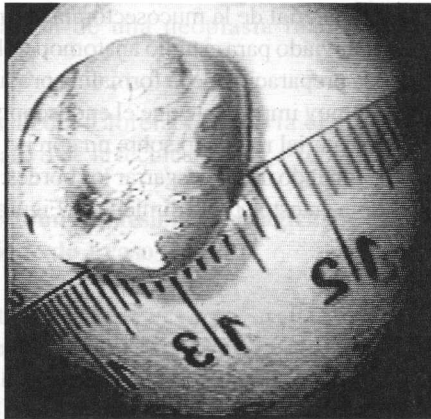


Figura 12. Análisis y medición de la mucosectomía antes de enviarse a estudio anatómo-patológico.

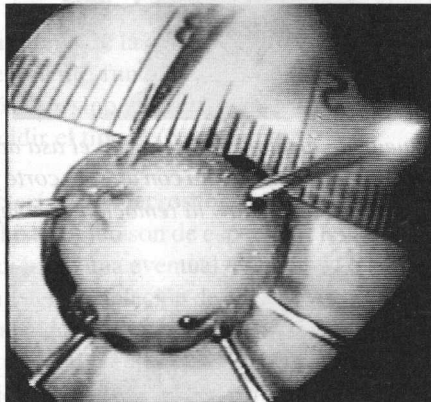


Figura 13. El material extraído debe ser extendido y fijado con alfileres sin desgarrar sus bordes antes de prepararse con formol, pues este produce retracción del tejido.

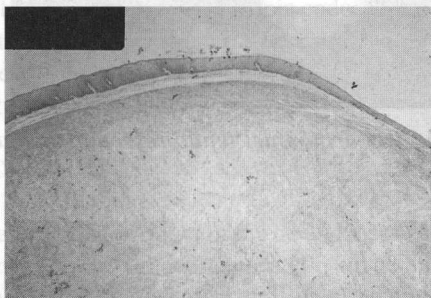


Figura 14. El estudio histológico demostró un leiomioma.

La paciente se hospitalizó hasta el día siguiente en que se controló endoscópicamente comprobando que no existía sangrado en el sitio de la mucosectomía, por lo que fue dada de alta.

El estudio histológico demostró un leiomioma (Figura 14).

La paciente evolucionó en muy buenas condiciones, sin molestias, y se controló 1 mes más tarde comprobando epitelización casi completa del sitio de la mucosectomía (Figura 15).

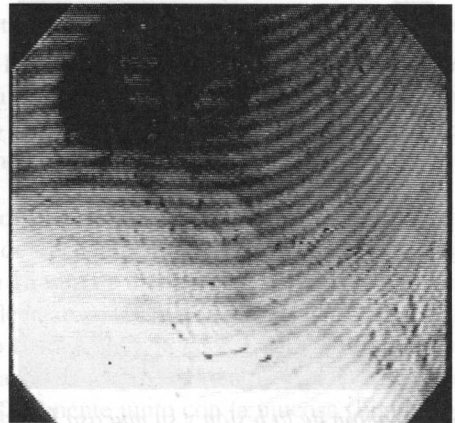


Figura 15. Control endoscópico al mes de la mucosectomía que evidencia epitelización casi completa del sitio de resección.

CONCLUSIONES

Cuanto más avanzada la medicina, más se pretende que el manejo de los enfermos sea mejor y por lo tanto lo más conservador posible.

Veinte años atrás una lesión elevada del tracto digestivo que planteara alguna duda diagnóstica, llevaba al grupo médico tratante a realizar por lo general un procedimiento quirúrgico, por medio de una laparotomía con la respectiva resección del tumor.

En la actualidad con los instrumentos disponibles se puede realizar la terapéutica endoscópica de estas lesiones, con márgenes de seguridad tan grandes que se han convertido en los de elección para el tratamiento de las lesiones elevadas o planas del tracto digestivo, que llenen los requisitos de ser pequeñas y de estar en sitios de fácil acceso, no importando si éstas son malignas o benignas.

La sola sospecha de un cáncer avanzado en cualquiera de las formas descritas por Bormann, obliga a la realización de un tratamiento quirúrgico agresivo.

No todo endoscopista está en la capacidad de realizar estos procedimientos y se requiere, por lo tanto, de un adiestramiento juicioso y dirigido.

Ante una lesión que amerite la polipectomía o mucosectomía, el endoscopista no experimentado o que no cuente con los equipos necesarios, debe remitir su enfermo a un centro de experiencia en el nivel más alto.

ABSTRACT

We present a brief review of the literature on polypectomies and therapeutic endoscopy, which were the precursors of current major endoscopic procedures, such a mucosectomy. Finally, we report a clinical case of therapeutic endoscopy of the esophagus managed by one the authors at Clínica Cordillera in Santiago, Chile.

REFERENCIAS

1. Tsuneoka K: Diagnosis of early Gastric cancer by Fiberscope. In: Murakami T: Early Gastric cancer. Japanese Ed. Cancer Ass. University of Tokyo Press. 1971
2. Llorens P, Navarrete C: Terapéutica Endoscópica. En: Llorens P, Nakamura K: Diagnóstico y tratamiento de las afecciones gástricas. 3ra ed. Santiago de Chile: JICA; 1995. p. 437-47
3. Escallón y cols: Antibióticos profilácticos. En: Escallón y cols. Herida e Infección Quirúrgica- Felac. 1ra. ed. Santa Fe de Bogotá: Legis; 1999. p.291-304
4. Llorens P: Lesiones elevadas. En: Llorens P, Nakamura K: Diagnóstico y tratamiento de las afecciones gástricas, 3ra ed. Santiago de Chile: JICA; 1995. p. 369-85
5. Demling L, Rosch W: Operative Endoskopie. Bericht Uber ein Wissenschaftliches Symposium unter der leitung Von Prof. Dr. med.L.Demling Earlengen, 4-5 mai 1979 Acron verlag.
6. Tada M, et al: Treatment of Early Gastric Cancer Using Strip Biopsy a New Technique for jumbo Biopsy, Recents Topics of Digestive Endoscopy Ed. By Takemodo, Kawai K, Excerta Medica. Tokio: 1987. p. 137
7. Takagi K, Iwakiri K, Takenaga S: Surgical Treatment of early Gatric Cancers. Stomach and Intestine. Vol 28 No. 3, 1993
8. Nakamura K: Histogénesis del c=Elcer Gástrico y su aplicación clínico patológica. En: Llorens P, Nakamura K: Diagnóstico y tratamiento de las afecciones gástricas, 3ra. ed. Santiago de Chile: JICA; 1995. p. 161-214
9. Llorens P: Terapéutica Endoscópica del Cáncer Gástrico incipiente. En: Llorens P, Nakamura K: Diagnóstico y tratamiento de las afecciones gástricas, 3ra. ed. Santiago de Chile: JICA; 1995. p. 123-7.

Correspondencia:

Doctor **Pedro Llorens Sabate**, *Clínica Cordillera. Santiago de Chile.*

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA

Home page: www.encolombia.com/sccirug.htm

Revista: www.encolombia.com/rcirugia.htm