

EXTRACCIÓN DE PÓLIPOS PEDICULADOS GRANDES UTILIZANDO UNA ASA DE NYLON PARA LA PREVENCIÓN DEL SANGRADO POST-POLIPECTOMÍA

Max Yoza*, Marcelo Averbach**, Paulo Correa**, Renato Hassegawa**, Raúl Cutait**, Kiyoshi Hashiba**.

RESUMEN

La complicación más frecuente de la extracción endoscópica de pólipos es la hemorragia luego del procedimiento. El riesgo es mayor cuando se trata de pólipos pediculados grandes. Existe controversia en cuanto a la magnitud de este riesgo en diversos estudios. Existe consenso que en pacientes con coagulopatía, o en uso de AINES, aspirina o anticoagulantes sería necesario realizar algún procedimiento preventivo. El objetivo es describir una nueva técnica para disminuir el riesgo de esta complicación utilizando una asa de nylon artesanal previa a la polipectomía convencional. Este procedimiento se realizó en catorce pacientes con pólipos pediculados grandes de 3.2 cm de diámetro en promedio. Se logró enlazar todos los pólipos, no hubo ninguna complicación secundaria al procedimiento y no hubo ningún caso de sangrado inmediato o tardío. Se compara las ventajas de esta técnica con las descritas anteriormente con éxito. **CONCLUSION:** El uso de esta asa de nylon como método para prevenir el sangrado post-polipectomía es efectivo, sin riesgos adicionales para el paciente, de fácil uso y bajo costo.

Palabras clave: polipectomía, pólipos grandes pediculados, asa de nylon, sangrado post-polipectomía

SUMMARY

The most common complication of the endoscopic extraction of pedunculated polyps is the post-procedure bleeding. The risk is greater in large pedunculated polyps. There is controversy about the risk's amount in the published reports. There is consensus that in patients with coagulopathy or in use of NSAIDS, aspirin or warfarin is necessary the use of a preventive hemostatic method. The aim is to describe a new technique for lowering the risk of this complication using a home-made nylon loop before a conventional polypectomy. This procedure was used in 14 patients with large pedunculated polyps, with 3.2 cm of mean diameter. It was possible to snare all the polyps, there were not complications with the use of the nylon loop and there weren't immediate or delayed bleeding. The advantages of this technique are discussing, comparing with other preventive hemostatic techniques. **CONCLUSIONS:** The use of this nylon loop in order to prevent post-polypectomy bleeding is effective, without additional risks, easy to use and low cost.

Key words: Polypectomy, large pedunculated polyps, nylon snare, post-polypectomy bleeding.

* Departamento del Aparato Digestivo. HNERM

** Servicio de Endoscopia Hospital Sírio-Libanés. Sao Paulo.

INTRODUCCIÓN

La polipectomía en el colon es un procedimiento seguro con raras complicaciones⁽¹⁾. La más frecuente es la hemorragia post-polipectomía con una incidencia reportada de 0.5% a 2.24%⁽²⁻⁸⁾. El riesgo es mayor cuando se trata de pólipos grandes con pedículos gruesos.^(3,9-11)

Se han desarrollado diversos métodos para tratar de prevenir el riesgo de sangrado: cambio del tipo de corriente⁽⁹⁾, inyección de adrenalina⁽⁸⁾, inyección de esclerosante⁽⁸⁾, polipectomía complementado con Endoclip^R^(12,13) y el uso de Endoloop^R^(14,15).

Ninguno de estos métodos se ha convertido en el de elección y el endoscopista tiene que escoger que método utilizar de acuerdo al tipo de paciente, la posición y el tamaño del pólipo y la disponibilidad de aditamentos endoscópicos. El objetivo de este trabajo es describir una técnica alternativa, segura y asequible para la prevención del sangrado en las polipectomías de pólipos pediculados grandes.

MATERIAL Y MÉTODO

El aditamento consiste en una asa de cuerda de nylon de 0.37 pulgadas hecha con un nudo de Roeder (Fig. 1) y un brazo largo que pasa a través de una cánula de metal de acero inoxidable. La forma oval de la asa es hecha con un pliegue en el extremo distal de la asa. El diámetro interno de la cánula de metal es más pequeño que el nudo para permitir deslizar el nudo y ajustarlo al pedículo. La cuerda de metal esta parcialmente seccionada ara permitir la ruptura del nylon (Fig. 2).

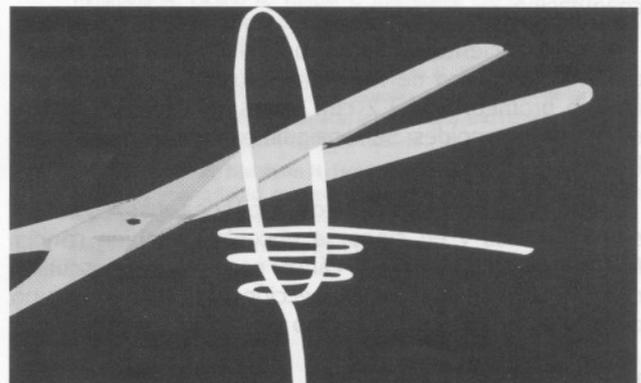


Fig. 1. Asa de nylon hecha con nudo de Roeder

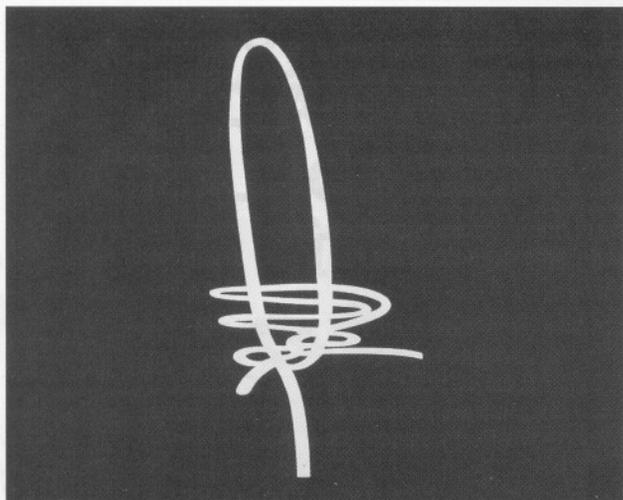


Fig. 2. Corte parcial del asa de nylon

El aditamento se pasa a través del canal de biopsia. Luego el pólipo es enlazado (Fig. 3) y a nivel del pedículo se cierra el asa jalando el brazo externo de la asa. (Fig. 4). Hay un cambio de color en el pólipo de rosado a violeta debido a la isquemia. Con una tracción adicional se rompe la cuerda de nylon a nivel de la sección parcial, dejando el asa en el pólipo. Es posible también cortar la cuerda con una tijera endoscópica. Luego de esto se realiza una polipectomía convencional, teniendo cuidado que el asa de polipectomía se ubique distal al asa de nylon en el pedículo (Fig. 5,6).

Este método se utilizó en 14 pacientes consecutivos con pólipos pediculados grandes en el Hospital Sírio-Libanés de Sao Paulo, Brasil.

Se definió pólipo pediculado grande a los mayores de 2cm. Sangrado inmediato se definió a cualquier sangrado durante el procedimiento o inmediatamente después de este que requirió de tratamiento endoscópico. Y sangrado tardío a cualquier sangrado evidente producido a este nivel en el seguimiento por un mes.

RESULTADOS

Catorce pacientes fueron sometidos a colonoscopia electiva. Cinco eran de sexo masculino (35.7%) y nueve (64.3%) de sexo femenino. Las edades estaban en el rango de 38 a 72 años, con una edad media de 54 años. Ningún paciente en esta serie estaba tomando aspirina, anti-inflamatorios no esteroideos o anticoagulantes. Ninguno de estos pacientes tenían problemas de coagulación.

Cada paciente tenía un pólipo pediculado grande único. El diámetro de los pólipos fue de 2.5 a 4.5 cm, con un promedio de 3.2 cm. Todos estaban localizados en el colon sigmoideos. Se consiguió colocar el asa en todos los pólipos.

En el estudio anatomopatológico todos ellos resultaron ser adenomas y en cinco se encontró también cáncer focal. En uno de los casos el cáncer penetraba la muscularis mucosae y fue enviado a resección quirúrgica. Ninguno de los pacientes tuvo sangrado inmediato o tardío.

DISCUSIÓN

La hemorragia es una complicación de la polipectomía

que puede producirse durante el procedimiento o horas o días después de este. La incidencia varía mucho en diversos estudios.

Binmoller⁽¹¹⁾ reportó 12 (24%) sangrados post-polipectomía en pólipos mayores de 3 cm de un total de 49 polipectomías. La incidencia es mayor que otros reportes. Nivatvongs⁽¹⁰⁾ reportó 5 sangrados severos en 1093 polipectomías de pólipos mayores de 1.5 cm, Rosen⁽¹⁰⁾ 8 casos en 4721 polipectomías en pólipos mayores de 1.5cm, Van Gossum 10 casos en 921 pólipos mayores de 1 cm y Bedogni⁽¹⁶⁾ solo reportó 6 casos. La mayor incidencia reportada por Binmoller puede ser explicada porque él reportó su experiencia en pólipos más grandes. Es importante señalar que el estudio de Binmoller fue diseñado especialmente para este tipo de pólipos en cuanto que el resto de estudios fue para todo tipo de pólipos.

Esta información difusa hace que muchos gastroenterólogos creen que la incidencia de la hemorragia pos-polipectomía sea baja y por lo tanto que no es necesario realizar un procedimiento preventivo adicional. Otros somos de la opinión que el riesgo de sangrado es mayor en los pólipos más grandes y que es importante realizar un procedimiento preventivo. Debido a esta controversia el procedimiento preventivo tiene que ser efectivo y sobretodo sin complicaciones, porque el riesgo del procedimiento no puede ser mayor que el riesgo de que suceda la complicación. El procedimiento además tiene que ser de bajo costo.

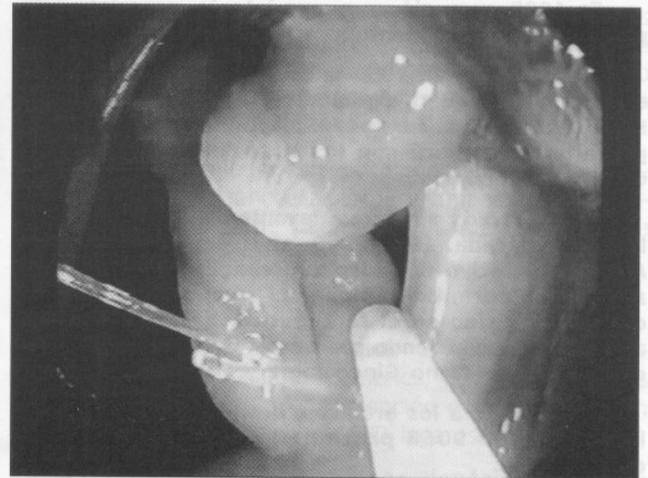
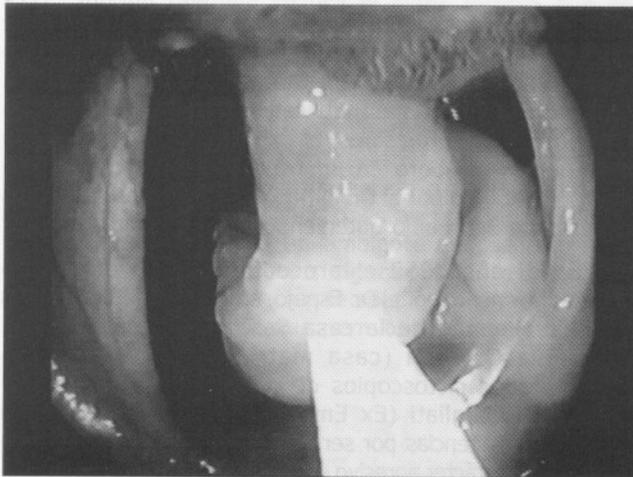
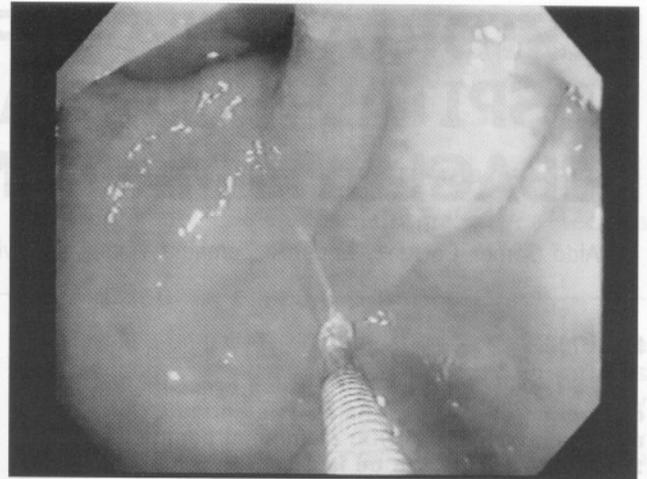
Existe mayor consenso que en los pacientes con coagulopatía o en uso de aspirina, anti-inflamatorios no esteroideos o corticoides se deba utilizar un método que disminuya el riesgo de sangrado.

Los diversos métodos para la prevención de sangrado descritos hasta la actualidad tienen diversos problemas. La elección entre corriente de corte o coagulación solo afecta el momento que ocurre el sangrado, pero no su incidencia⁽⁹⁾. La inyección de adrenalina con o sin esclerosante es el método más usado, pero la adrenalina sola no previene el sangrado tardío y el uso de esclerosante aumenta el riesgo de perforación⁽⁸⁾. El uso del Endoclip^R es una buena alternativa, pero posicionar el clip puede ser dificultoso y puede tomar mucho tiempo y existe el riesgo potencial de perforación si es que el asa de polipectomía toca el clip durante la aplicación de corriente^(12,13). El uso del Endoloop^R ha sido utilizado con éxito y sin complicaciones^(14,17). Las desventajas son que en muchos casos es imposible posicionar el Endoloop^R debido al tamaño del pólipo⁽¹⁵⁾ y que eleva considerablemente el costo del procedimiento.

El aditamento que reportamos fue utilizado primero para el tratamiento de várices esofágicas⁽¹⁸⁾ y adaptado luego para su uso en pólipos. La asa de nylon tiene las mismas ventajas que el Endoloop^R (seguridad y efectividad). Además, según el tamaño del pólipo, el diámetro de esta asa puede variar y es de mucho menor costo.

CONCLUSIÓN

El uso de esta asa de nylon como método para prevenir el sangrado post-polipectomía es efectivo, sin riesgos adicionales para el paciente, de fácil uso y bajo costo.



Extracción de Pólipos Pediculados Grandes utilizando una asa de Nylon para la Prevención del Sangrado Post-Polipectomía

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosen L, Bub DS, Reed JF III, Nastasee AS. Hemorrhage following colonoscopic polypectomy. *Dis Colon Rectum* 1993;36:1126-1131.
2. Rogers BHG, Silvis SE, Nebel QT, Sugawa C, Mandelstam P. Complications of flexible fiberoptic colonoscopy and polypectomy. *Gastrointest Endosc* 1975;22:73-7.
3. Nivatvongs S. Complications in colonoscopic polypectomy: na experience with 1555 polypectomies. *Dis Colon Rectum* 1986;29:825-30.
4. Macrae FA, Tan KG, Williams CB. Towards safer colonoscopy: a report on the complications of 5000 diagnostic or therapeutic colonoscopies. *Gut* 1983;24:376-83.
5. Fruhmorgen P, Demling L. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy in the Federal Republic of Germany. Results of an inquiry. *Endoscopy* 1979;2:146-50.
6. Webb WA, McDaniel L, Jones L. Experience with 1000 colonoscopic polypectomies. *Ann Surg* 1985;201:626-32.
7. Rex DK, Lewis BS, Wayne JD. Colonoscopy and endoscopic therapy for delayed postpolypectomy hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 1992;38:127-9.
8. Singaram C, Torbey CF, Jacoby RF. Delayed postpolypectomy bleeding. *Am J Gastroenterol* 1995;90:146-7.
9. Van Gossum A, Cozzoli A, Adler M, Taton G, Cremer M. Colonoscopic sanre polypectomy: analysis of 1485 resections comparing two types of current. *Gastrointest Endosc* 1992;38:472-5.
10. Rosen L, Bub DS, Reed JF, Nastasee AS. Hemorrhage following colonoscopic polypectomy. *Dis Colon Rectum* 1993;36:1126-31.
11. Binmoeller K, Bohnacker S, Seifert H, Thonke F, Valdeyar H, Soehendra N. Endoscopic snare excision of «giant» colorectal polyps. *Gastrointest Endosc* 1996;43:183-8.
12. Cipolletta L, Blanco M.A., Rotondano G, Catalano M, Prisco A, Simone T. Endoclip-assisted resection of large pedunculated colon polyps. *Gastrointest Endosc* 1999;50(3):405-7.
13. Iida Y, Miura S, Munemoto Y, Kasahara Y, Asada Y, Toya D, Fujisawa M. Endoscopic resection of large colorectal polyps using a clipping method. *Dis Colon Rectum* 1994;37:179-80.
14. Rey JF, Var SL, Marek T. Endo-loop in the prevention of the post-polypectomy bleeding: preliminary results. *Gastrointest Endosc* 1997;46(4):387-9.
15. Matsushita M, Hajiro K, Takakuwa H, Kusumi F, Maruo T, Ohana M, Tominaga M, Okano A, Yunoki Y. Ineffective use of a detachable snare for colonoscopic polypectomy of large polyps. *Gastrointest Endosc* 1998;47(6):496-9.
16. Bedogni G, Bertoni G, Ricci E, Conigliaro R, Pedrazzoli C, Rossi G, Meinero M, Gardini G, Contini S. Colonoscopic excision of large and giant colorectal polyps. Technical implications and results over eight years. *Dis Colon Rectum* 1986;29:831-5.
17. Iishi H, Tatsuta M, Narahara H, Iseki K, Sakai N. Endoscopic resection of large pedunculated colorectal polyps using a detachable snare. *Gastrointest Endosc* 1996;44:594-7.
18. Hashiba, Kiyoshi. Comunicación personal.