

MINILAZO HEMOSTÁTICO DE POLIPECTOMÍA EN ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND

Oscar E. Frisancho*, Pedro Larrea*, Max Yoza y Maribel Benítez*.

RESUMEN

Presentamos la historia clínica de un paciente de 52 años, portador de Enfermedad de von Willebrand, hospitalizado por un cuadro de hemorragia digestiva baja, que cedió espontáneamente. En la colonoscopia se detectó en sigmoides una lesión elevada grande con pedículo grueso. Tres horas antes de la polipectomía se le transfundió 6 unidades de crioprecipitado, además recibió ácido tranexámico por vía oral.; por seguridad se decidió usar un minilazo (endo-loop) oval de nylon, que se ajustó en la base del pedículo, y por encima se realizó el corte con asa de alambre y equipo de electrocoagulación. La evolución fue buena, no presento ninguna complicación.

Palabras clave: polipectomía, pólipos grandes pedunculados, asa de nylon

SUMMARY

We report a 52 year-old man with von Willebrand disease and lower digestive hemorrhage secondary to large pedunculated polyp in the sigmoid colon. He gave tranexamic acid and transfusion of 6 units of cryoprecipitate three hours before the polypectomy. We used a detachable snare (nylon endo-loop) that allowed endoscopic ligation of the stalk of a large pedunculated polyp. A diathermic snare was then used to sever the stalk of the polyp above the tightened loop. No bleeding occurred during or after proceeding. The mini-detachable snare is a device that provides safe and effective hemostasis during removal of large polyps.

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

HISTORIA CLÍNICA

Se describe a un paciente de 52 años portador de Enfermedad de von willebrand (diagnosticado hace 24 años), que ingreso por evacuar sangre roja rutilante por espacio de dos días, y en quien se detectó a 20 cms del margen anal una lesión elevada de 20 x 15 mm, multilobulada, rojiza, con patrón vellosa, pedículo grueso, tipo Yamada IV.

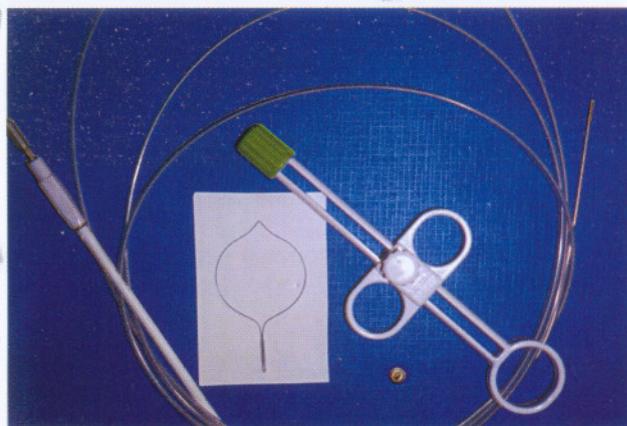
EXÁMENES AUXILIARES

Hb 12gr, Hto 36%, leucocitos 5960, VCM 78.3, plaquetas 231,000, grupo y Rh A-positivo, TP 11 seg, PTC 38 seg, glucosa 84, urea 29, Na 139, K 3.53, Factor VIII 50% (N:50-150), Factor von Willebrand 44% (N:50-150).

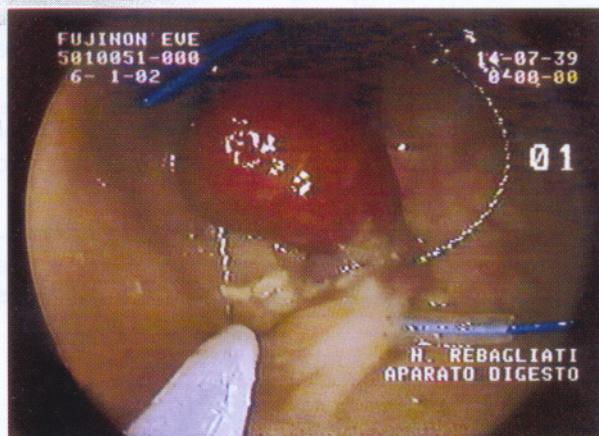
La endoscopia digestiva alta mostró signos de gastritis moderada, y pequeña lesión elevada Yamada II en antro (biopsia: Estómago grupo I y Helicobacter pylori negativo).

El paciente fue evaluado por Hematología que indicó transfusión de 6 unidades de crioprecipitado y Transamin oral 3 horas antes de la polipectomía.

El colonoscopio ingresó hasta el nivel de la lesión, y a través de el canal de biosia se desplazó un minilazo descartable de nylon (0.46 mm de grosor), con apertura oval de 56x35 mm (Endoloop MH-477, Olympus), ajustando el "nudo" a 3 mm de la base del pedículo del pólipo; por encima de éste, se realizó el corte de polipectomía con asa oval de alambre y equipo de electrocoagulación. Se extirpó completamente el pólipo.



Fotografía 1. Minilazo de nylon con apertura oval, con un sistema que le permite pasar a través del canal de biopsia del endoscopio.

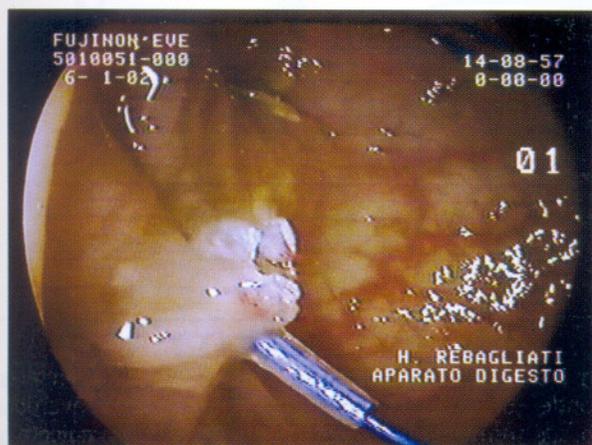


Fotografía 2a) Asa de polipectomía enlazando el pedículo por encima del minilazo de nylon.

El estudio anatomopatológico de la lesión mostró un adenoma tubular con signos de displasia de bajo grado.

En el control, pasados 90 días, no ha presentado ningún tipo de complicación.

* Departamento del Aparato Digestivo, Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins"- EsSALUD, Lima-Peru



Fotografía 2b) Escara reciente de polipectomía; observar por debajo el minilazo de nylon.



Fotografía 2c) Pólipo extirpado con pedículo grueso.

COMENTARIO

El sangrado es la principal complicación de la polipectomía endoscópica, y está relacionado con el grosor del pedículo del pólipo, o al área de implantación de una lesión elevada sésil (1).

Los procedimientos endoscópicos en pacientes con dolencias hematológicas tienen un alto riesgo de sangrar (2).

En esta oportunidad tuvimos que actuar en un paciente con Enfermedad de von Willebrand, con un pólipo grande, con antecedente de sangrado reciente, y con pedículo grueso.

La enfermedad de von Willebrand es un frecuente desorden autonómico dominante, de variable penetrancia y expresividad, caracterizado por la deficiencia cuantitativa o el defecto estructural de una glicoproteína multifuncional que participa activamente en la hemostasia primaria (adhesión plaquetaria al subendotelio) y como portador del factor VIII al sitio de la lesión (3-5).

Era necesario corregir el defecto hematológico, por eso transfundimos 4 horas antes del procedimiento 6 unidades de crioprecipitado, y para más seguridad usamos una miniasa de nylon como seguro, debajo del área de corte.

Estas miniasas de nylon no son conductibles eléctricamente, pueden usarse en diferentes procedimientos endoscópicos, incluso se ha reportado su uso en el tratamiento de várices esofágicas o gástricas (6-11).

Tienen un sistema que permite pasar a través del canal de biopsia, y a través de un mando proximal se puede movilizar una banda de silicona, que permite abrir, cerrar, ajustar o liberar el asa de nylon en el tracto gastrointestinal; éstas, al igual que las bandas elásticas ligadas, permanecen fijas varios días, antes de desprenderse espontáneamente (7-8).

Reportamos el presente caso, por ser de utilidad en pacientes con dolencias hematológicas, que potencialmente pueden presentar sangrados severos después de procedimientos endoscópicos terapéuticos.

Oscar E. Frisancho
ofrive@hotmail.com
Calle 28 #126 Urb. Corpac, San Isidro
Lima 27 - Perú

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hachisu TA. A new detachable snare for hemostasis in the removal of large polyps or other elevated lesions. *Surg Endosc* 1991; 5:70-74.
- 2.- Yoshida T, Hayashi N, Suzumi S, Miyazaki S, Terai S, Itoh T, et al. Endoscopic ligation of gastric varices using a detachable snare. *Endoscopy* 1994; 26:502-505.
- 3.- Keeney SM, Cumming AM. The molecular biology of von Willebrand disease. *Clin Lab Haematol* 2001; 23:209-230
- 4.- Batlle J, Noya MS, Giangrande P, Lopez-Fernandez MF. Advances in the therapy of von Willebrand disease. *Haemophilia* 2002; 8:301-307.
- 5.- Castaman G, Rodeghiero F. Current management of von Willebrand disease. *Drugs* 1995; 50:602-614.
- 6.- Sung JJY, Chung SCJ. The use of a detachable mini-loop for the treatment of esophageal varices. *Gastrointestinal Endoscopy* 1998; 47:178-181.
- 7.- Lishi H, Tatsuta M, Narahara H, Iseki K, Sakai N. Endoscopic resection of large pedunculated colorectal polyps using a detachable snare. *Gastrointestinal Endoscopy* 1996, 44:594-597.
- 8.- Hepworth CC, Burnham WR, Swain CP. Development and application of endoloops for the treatment of bleeding esophageal varices. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 50:677-681.
- 9.- Shim CS, Cho JY, Park YJ, et al. Mini-detachable snare ligation for the treatment of esophageal varices. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999;50:673-676.
- 10.- Yoza M, Averbach M, Correa P, Hasegawa R, Cutait R y Hashiba K. Extracción de pólipos pediculados grandes utilizando una asa de nylon para la prevención del sangrado post-polipectomía. *Enfermedades del Aparato Digestivo* 2002; 5:5-7.
- 11.- Rey JF, Var SL, Marek T. Endo-loop in the prevention of the post-polypectomy bleeding: preliminary results. *Gastrointest Endosc* 1997;46:387-389.