
Colon, Recto y Ano

Enfermedades médico-quirúrgicas

Takeshi Takahashi



EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS

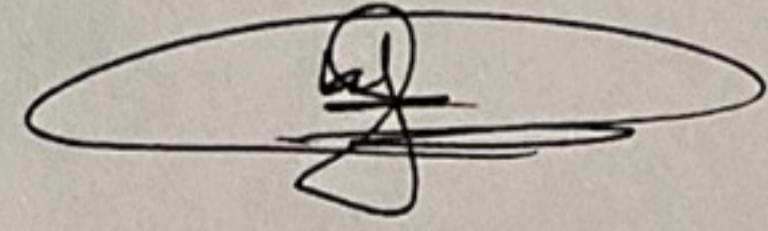
8. XI. 2002

Al Dr. Rafael Barreto

con afecto y agradecimiento

por su participación.

Colon,
Recto
y Ano



Enfermedades médico-quirúrgicas

Colon, Recto y Ano

Enfermedades médico-quirúrgicas

EDITOR

Dr. Takeshi Takahashi Monroy, FACS

Investigador y Cirujano Titular, Servicio de Cirugía Colorrectal,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán;
Investigador Nacional Nivel 1, Sistema Nacional de Investigadores;
Profesor Titular de Cirugía, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México.
México, D.F.



EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS

ADVERTENCIA

Antes de aplicar en la práctica clínica los conocimientos científicos vertidos en cualquier libro de medicina, debe valorarse su pertinencia debido a que los procedimientos médicos y las dosificaciones farmacológicas evolucionan constantemente. Es muy recomendable que todo facultativo consulte fuentes de información adicionales para tener la seguridad de que sus decisiones contengan siempre actualizaciones sobre cambios de dosis, contraindicaciones y supresiones o nuevas emisiones de fármacos. Por lo tanto, es el lector (no el autor ni el editor) el responsable tanto del uso de la información aquí publicada, como de los resultados que obtenga con ella.

COLON, RECTO Y ANO. Enfermedades médico-quirúrgicas

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio, sin autorización escrita de Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.

DERECHOS RESERVADOS © 2003, respecto a la primera edición en español por EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS, S.A. de C.V.
Tula núm. 59, Col. Condesa,
Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06140
México, D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana

ISBN 968-5610-01-0

1234567890
Impreso en México

0129876543
Printed in Mexico

Esta Obra se terminó de imprimir en Octubre de 2002 en Litográfica Roma Norte 27-A No. 5440 Int. 11 Col. Vallejo Lindavista México, D.F.

Se tiraron 2000 ejemplares

INTRODUCCION

El lugar de la colonoscopia en el diagnóstico de las enfermedades de colon y recto está muy bien establecido, y las implicaciones de este método se revisaron en capítulos previos. Sin embargo, la colonoscopia ha venido incursionado progresivamente en muchos aspectos de la terapéutica. El desarrollo de técnicas endoscópicas terapéuticas, como polipectomía, escleroterapia y ablación de cáncer, hizo posible el tratamiento de enfermedades que antes sólo se abordaban con cirugía.

Entre las principales indicaciones terapéuticas de la colonoscopia se encuentran polipectomía, tratamiento de hemorragia de colon, descompresión colónica, extracción de cuerpos extraños, tratamiento paliativo de neoplasias (ablación, colocación de prótesis).^{1,2} En este capítulo se consideran principalmente las tres primeras indicaciones.

POLIPECTOMIA

Generalidades

En el capítulo 70 se revisan los conceptos clínicos de los pólipos esporádicos de colon y recto. En esta sección se abordan exclusivamente las consideraciones del tratamiento endoscópico. Los pacientes que serán sometidos a un tratamiento de polipectomía mediante colonoscopia requieren una preparación adecuada, de preferencia con polietilenglicol.

Debe evitarse la preparación con manitol por el riesgo de explosión al emplear la unidad electroquirúrgica o láser. Muchos pólipos pueden extirparse mediante técnicas electroquirúrgicas. Siempre que sea posible, la eliminación total del pólipo es lo deseable. Los pólipos pequeños, de 0.5 cm o menos, se tratan con pinza de biopsia caliente. Muchas lesiones con pedículo se retiran mediante asa de diatermia. Las lesiones sésiles y semipediculadas mayores de 2 cm por lo general contienen un componente veloso, con alto potencial de malignidad. Si la resección completa y segura del pólipo no es posible por razones técnicas, la lesión se somete a biopsia y el paciente se remite a tratamiento quirúrgico primario.

En aquellos casos en que la lesión se extirpa totalmente, el seguimiento y control por endoscopia deben continuar por tres a seis meses para confirmar que la resección fue completa. El material resecado debe revisarse de manera acuciosa en el servicio de patología con el fin de evaluar las características histológicas de benignidad (adenomas) o malignidad (carcinoma superficial o invasor) de la pieza.

Técnica

Fundamentos

En realidad son pocos los requisitos de equipo para efectuar la resección de un pólipo, pero es deseable que el endoscopista se encuentre ampliamente familiarizado con la unidad electroquirúrgica y los accesorios a fin de que reconozca de manera sencilla y rápida cuándo el procedimiento se está haciendo en forma correcta y cuándo no.

Para efectuar el procedimiento puede utilizarse cualquier unidad electroquirúrgica con circuito aislado. En el caso de los endoscopios flexibles, la unidad se utiliza con impulsos eléctricos de bajo voltaje. Muchos endoscopistas expertos consideran el uso de coagulación en forma única como la forma más segura y predecible en cuanto a sus resultados. En lo que respecta al asa de polipectomía, existen en el mercado muchos modelos de asa. Es importante que el endoscopista en capacitación se familiarice con un tipo de asa, si bien algunos prefieren usar una larga de diatermia en el caso de pólipos mayores de 3 cm, una miniasa en el caso de pólipos más pequeños, y asas especiales con picos para pólipos sin pedículo (semipediculados o sésiles y en técnica de mucossectomía). Como en cualquier procedimiento terapéutico, antes de comenzar, es forzoso vigilar distintos aspectos, según se explica a continuación.

1. Utilizar un asa comercial de polipectomía de calidad reconocida.
2. Marcar el mango del asa en el punto exacto de cierre hacia la punta del asa. Este punto de seguridad parece trivial, pero es de vital importancia al efectuar el procedimiento, debido a que permite al asistente detener la acción del asa antes de que el alambre cierre demasiado dentro del tubo, de modo que evita el peligro latente de que un cuello pequeño sea decapitado en "frío", sin una electrocoagulación adecuada. Además, advierte al operador si el tallo es mayor de lo que aparenta cuando la cabeza del pólipo ha sido atrapada.
3. Por seguridad, es deseable que exista un correcto desplazamiento de la guía de alambre para abrir y cerrar el asa. Una guía que se encuentre doblada o dañada podría representar un riesgo en el momento mismo de atrapar y cortar el pólipo.
4. Es importante recordar que el grosor del asa de alambre influye en la rapidez de corte y coagulación. Muchas asas se fabrican con alambre grueso porque así se logra una mayor superficie de contacto, lo cual representa un riesgo menor de decapitar en forma accidental el pólipo.

procedimientos. En fecha reciente se introdujeron las férulas endoscópicas para el tratamiento paliativo de pacientes con obstrucción colónica maligna o benigna (Crohn),¹⁵⁻¹⁷ extracción de cuerpos extraños o resolución de cuadros de vólvulos sigmoideos.¹⁸

REFERENCIAS

1. Smith CD, Fink AS, Van Stiegmann G, Easter DW. Therapeutic colonoscopy, complications of colonoscopy. *En: Scott-Conner CEH (ed.). The ASGE manual: fundamentals of laparoscopy and GI endoscopy*, 1st ed. New York: Springer, 1999;565-576.
2. Nagasako K. Colonoscopic interpretation, 1st ed. Tokyo: Igaku-Shoin, 1998.
3. Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed type of early colorectal cancer. *Endoscopy* 1993;25:455-461.
4. Adachi M, Muto T, Okinaga K. Clinicopathologic features of the flat adenoma. *Dis Col Rec* 1991;34:981-986.
5. Kudo S, Hayashi S, Miura K. Endoscopic diagnosis and treatment of flat and depressed-type early colonic cancers. I to Cho (Stomach and Intestine) 1989;24:317-330.
6. Ridell RH. Flat adenomas and carcinomas: seeing the invisible? (Editorial). *Gastrointest Endosc* 1992;38:721-3.
7. Mion F, Desseigne F, Napoleon B, Berger F, Lambert R. Failure of endoscopic detection of a de novo carcinoma of the colon in a patient with adenomatous polyps. *Gastrointest Endosc* 1992;38:703-6.
8. Gordon PH, Nivatvongs S (eds.). Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus, 2nd ed. St. Louis (MO): Quality Medical Publishing, 1999.
9. Prakash C, Chokshi H, Aliperti C. Endoscopic management of acute diverticular bleeding (abstract). *Am J Gastroenterol* 1997;92:1663.
10. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacks TO. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000;342(2):78-82.
11. Trudel J, Fazio V, Sivak M. Colonoscopic diagnosis and treatment of arteriovenous malformations in chronic lower gastrointestinal bleeding. Clinical accuracy and efficacy. *Dis Col Rec* 1988;31:107-110.
12. Bode WE, Beart RW Jr, Spencer RJ, et al. Colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): report of 22 cases and review of the literature. *Am J Surg* 1984;147:243-5.
13. Nakhgevany KB. Colonoscopic decompression of the colon in patients with Ogilvie's syndrome. *Am J Surg* 1984;148:317-20.
14. Nano D, Prindiville T, Pauly M, et al. Colonoscopic therapy of acute pseudo-obstruction of the colon. *Am J Gastroenterol* 1987;82:145-8.
15. Tamim WZ, Ghellai A, Counihan TC, Swanson RS, Colby JM, Sweeney WB. Experience with endoluminal colonic wall stents for the management of large bowel obstruction for benign and malignant disease. *Arch Surg* 2000;135:434-8.
16. Mainar A, Ariza MAG, Tejero E, et al. Acute colorectal obstruction: treatment with self-expandable metallic stents before scheduled surgery—results of a multi-center study. *Radiology* 1999;210:65-9.
17. Davidson R, Sweeney WB. Edoluminal stenting for benign colonic obstruction. *Surg Endosc* 1998;12:353-4.
18. Brothers TE, Strodel WE, Eckhauser FE. Endoscopy in colonic volvulus. *Ann Surg* 1987;206:1-4.