

***Jornadas Nacionales del Centenario de la Sociedad Argentina de
Pediatria – Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica***

***Procedimientos endoscópicos:
habilidades y técnica en
polipectomía***

Dr. Juan José Novoa

“Regla de las tres P”
Preparación del medico
Preparación del equipamiento
Preparación del paciente

Hospital del Niño Jesús – San Miguel de Tucumán

“Regla de las tres P”

1. Preparación del medico:

A. Conocer al paciente: Historia clínica (Antecedentes de Enfermedad colorrectal, diátesis familiar de Ca de colon, síndromes de poliposis, diátesis hemorrágicas).

Síndromes relacionados con pólipos y cáncer.

Síndromes de poliposis hereditarias.

- Poliposis adenomatosas.
- Poliposis adenomatosa familiar.
 - Síndrome de Gardner.
 - Síndrome de Turcot.

• Poliposis hamartomatosas.

- Síndrome de Peutz-Jeghers.
 - Poliposis juvenil.
 - Enfermedad de Cowden.
 - Neurofibromatosis.

Carcinoma hereditario de colon no asociado a poliposis.

- Tipo I (sd. de Lynch tipo I).
- Tipo II (sd. de Lynch tipo II).
- Sd. de Muir-Torre.

Síndrome de poliposis no hereditarias.

- Síndrome de Cronkhite-Canada.
 - Poliposis inflamatoria.
 - Poliposis linfoide benigna o maligna.
 - Pneumatosis cystoides intestinalis.

B. Estudios: laboratorio Coagulograma, ECG

C. Consentimiento informado.

D. Riesgos: Hemorragia, Perforación, Síndrome post polipectomía

Permiso para realizar procedimiento endoscópico

San Miguel de Tucumán

Fecha:

Autorizo:

1. Al Dr....., a realizar en:-----

Videocolonoscopía.

Aclarando que:

•El citado Dr. Me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento en términos fácilmente entendibles.

Pasar un tubo flexible con una luz y un sistema Óptico que permite ver por donde dicho instrumento se desplaza, o sea a través del ano, recto y todo el intestino grueso (colon), para evaluar la superficie, extirpación de polipos o tomar muestra de tejido si fuera necesario, para ser examinado posteriormente mediante microscopía por otro profesional.

•Se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento.

•Se me han explicado los métodos opcionales a esta práctica, para cumplir con los objetivos propuestos.

•Reconozco que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas pueden exigir procedimientos distintos o adicionales a los señalados en el párrafo 1. Por lo tanto autorizo y solicito que el médico, su ayudante o sus colaboradores, realicen los procedimientos que sean necesarios. Esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el médico al comenzar el procedimiento.

•Aclaro que no se me ha brindado garantía sobre los resultados que pudieran obtenerse.

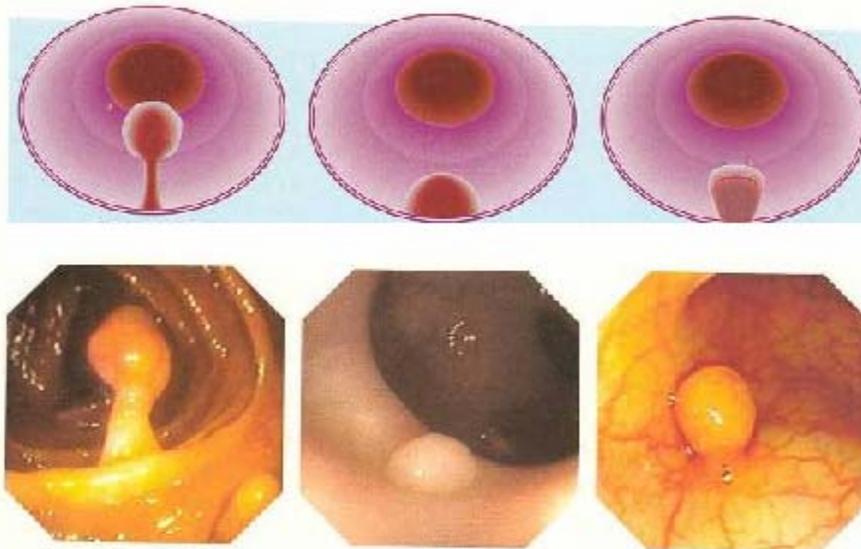
•Consiento que se administre anestesia por un anestesiólogo o bajo la dirección del mismo, y que dicho profesional utilice la el procedimiento anestésico y las drogas anestésicas que considere recomendables.

•Manifiesto que he leído, entendido y me ha sido explicado el contenido de cada párrafo.

Firma del padre o tutor

E. Conocimiento de la técnica:

Tipos de pólipos según su pedículo



Histología

Pólipos adenomatosos o neoplásicos

Tubulares

Tubulo vellosos

Veloso

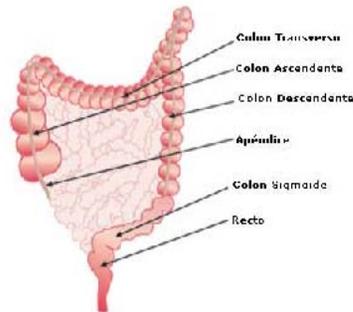
Pólipos hiperplásicos

Hamartomas

Pseudopólipos

Endoscopia

- La colonoscopia completa
- Describir número de pólipos, localización, forma, tamaño, aspecto de la mucosa y características del tejido circundante



Frecuencias aproximadas de poliposis en la infancia:

Se localizan 82% en rectosigmoides, 12% en colon descendente, 6% en colon transverso. El tipo histológico: tipo retención (80 por ciento) el resto pueden ser hamartomas o hiperplásicos. El tamaño de los pólipos tienen una media de 1.4 cm (promedio 0.4 a 4.0)

Indicaciones

Resección de pólipos rectocolónicos benignos
Resección pólipos malignos (sin evidencia de cáncer invasor)
Carcinoma in situ
Carcinoma intramucoso.

Finalidad

Diagnóstica: permite el estudio histológico de la totalidad del pólipo.
Terapéutica: permite la extirpación de todo el pólipo, evita una cirugía

baja morbimortalidad, mejor relación costo-beneficio

Profiláctica: lesiones que libradas a su historia natural pueden evolucionar hacia cáncer

Contraindicaciones

Inadecuada preparación del colon
Coagulopatías
Falta de consentimiento del paciente

Presencia de marcapaso incompatible con la corriente utilizada (voltaje de alta frecuencia)

Lesiones muy voluminosas, sospechosas o poco accesibles al endoscopio

- pólipos sésiles mayores de 10 mm en la cual no se pueda fabricar con facilidad un pedículo artificial por tracción.
- pólipos pediculados mayores de 30mm de diámetro, cuyo pedículo tenga un grosor mayor a 5 mm.
- presencia de úlceras, cambios de color en la mucosa, o fijación a planos profundos, hablan a favor de degeneración maligna.

Polipectomía endoscópica

“La mejor biopsia de un pólipo es la polipectomía completa, incluyendo su pedículo”

Todos los pólipos recto-colónicos deben ser resecados siempre que:

su tamaño

ubicación

y morfología

lo permitan

Polipectomia

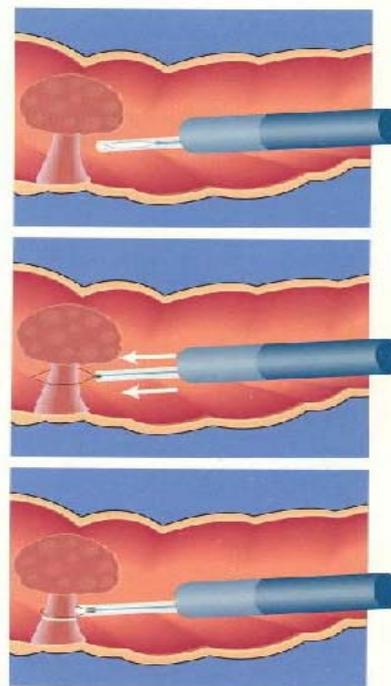


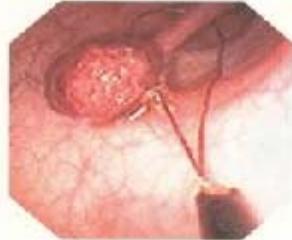
Dr.Novoa

Asas

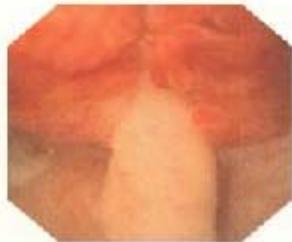
Antes de utilizar un asa determinada, debemos comprobar que la apertura y el cierre de la misma sean correctos.

- Debe procurarse una buena visión del pólipo y su pedículo
- Posicionarlo adecuadamente
- Momento de realizar la polipectomía





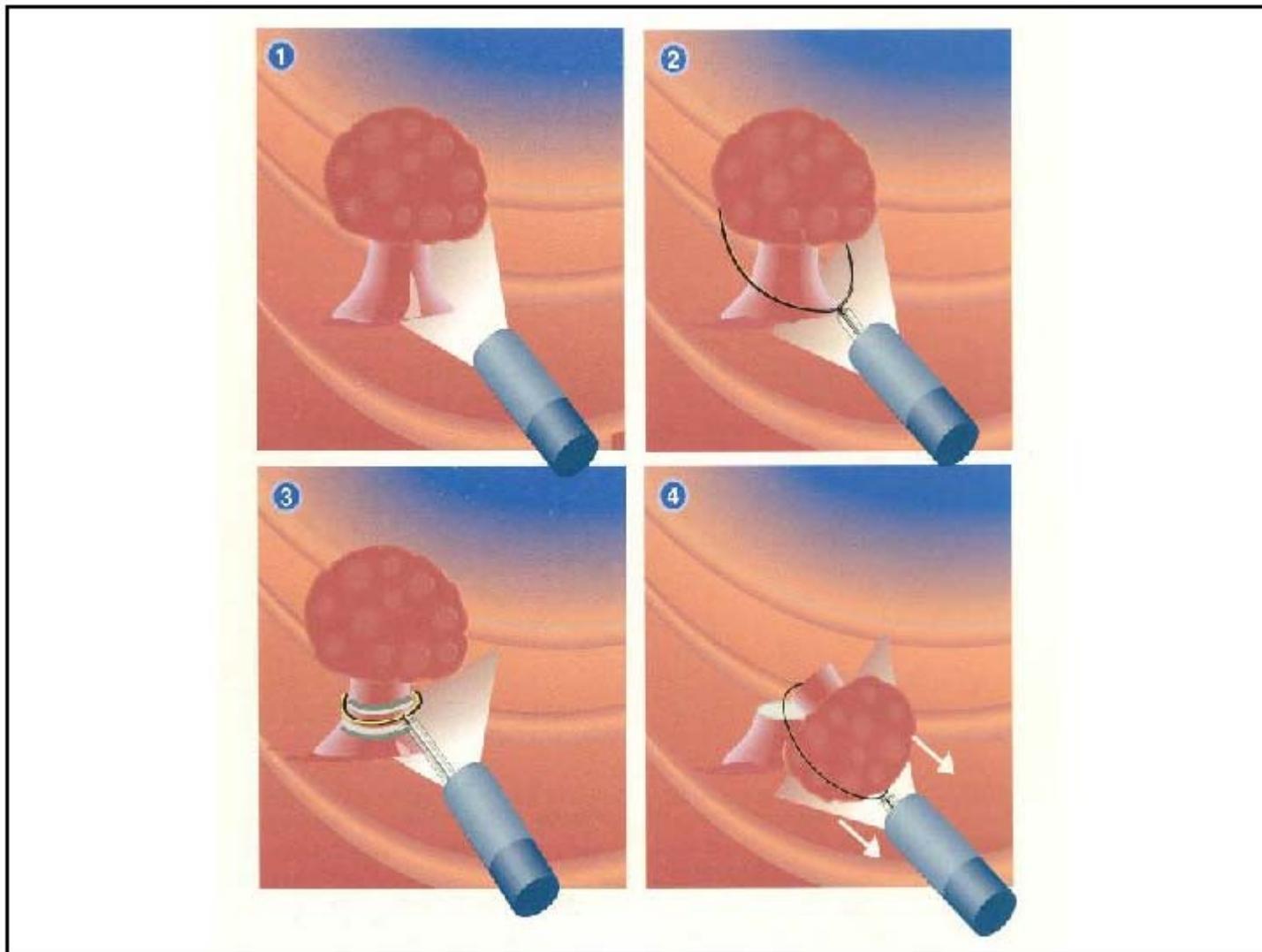
Asegurarse que el lazo del ansa rodee solo el pedículo del pólipo, para luego cerrarla

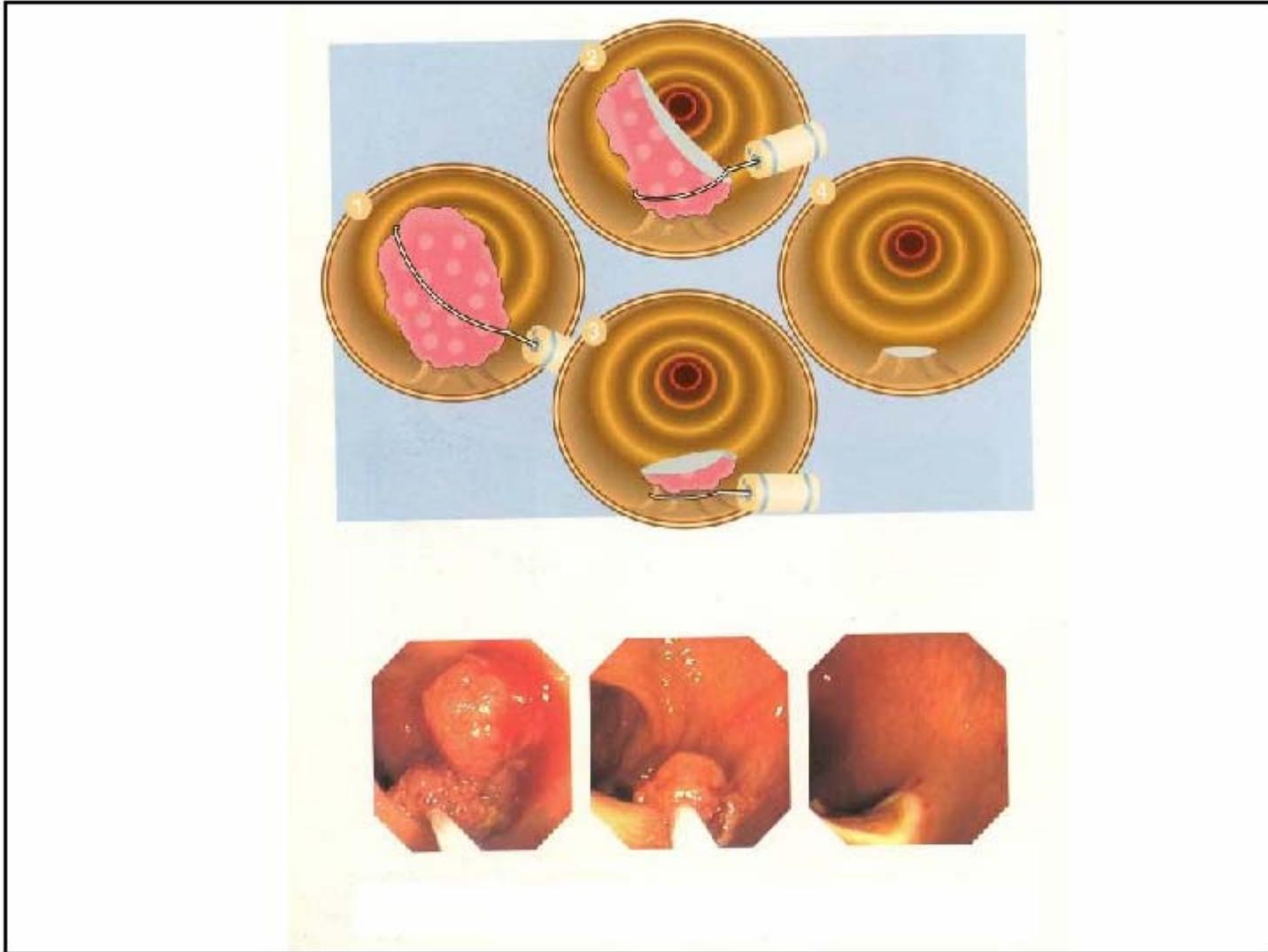


En los pólipos pediculados el ansa siempre deberá cerrarse lo mas próximo a la cabeza del pólipo y lo mas alejado de la pared del colon



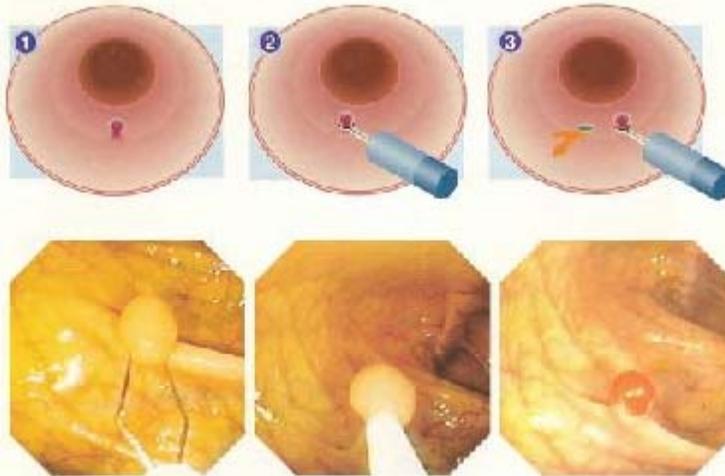
Los pedículos muchas veces traducen mas una tracción de la pared del colon que un verdadero pedículo, por ello el riesgo de perforación si no nos alejamos de la pared.







La sección de pequeños pólipos es conveniente hacerla con ansa fría (sin usar diatermia). Por el riesgo de perforación y por la alteración histológica del pólipo, lo que dificulta su posterior estudio anatómico patológico



Complicaciones de la polipectomía colónica

- Hemorragia
- Perforación
- Síndrome post polipectomía

2. Preparación del equipamiento



Dr. Juan J. Novoa

ANSAS

Ansas de polipectomía

- Baby oval
- Stándar oval
- Jumbo oval
- Standard hexagonal
- Jumbo hexagonal
- Jumbo Crescent



Baby oval



Stándar oval



Jumbo oval



Standard hexagonal

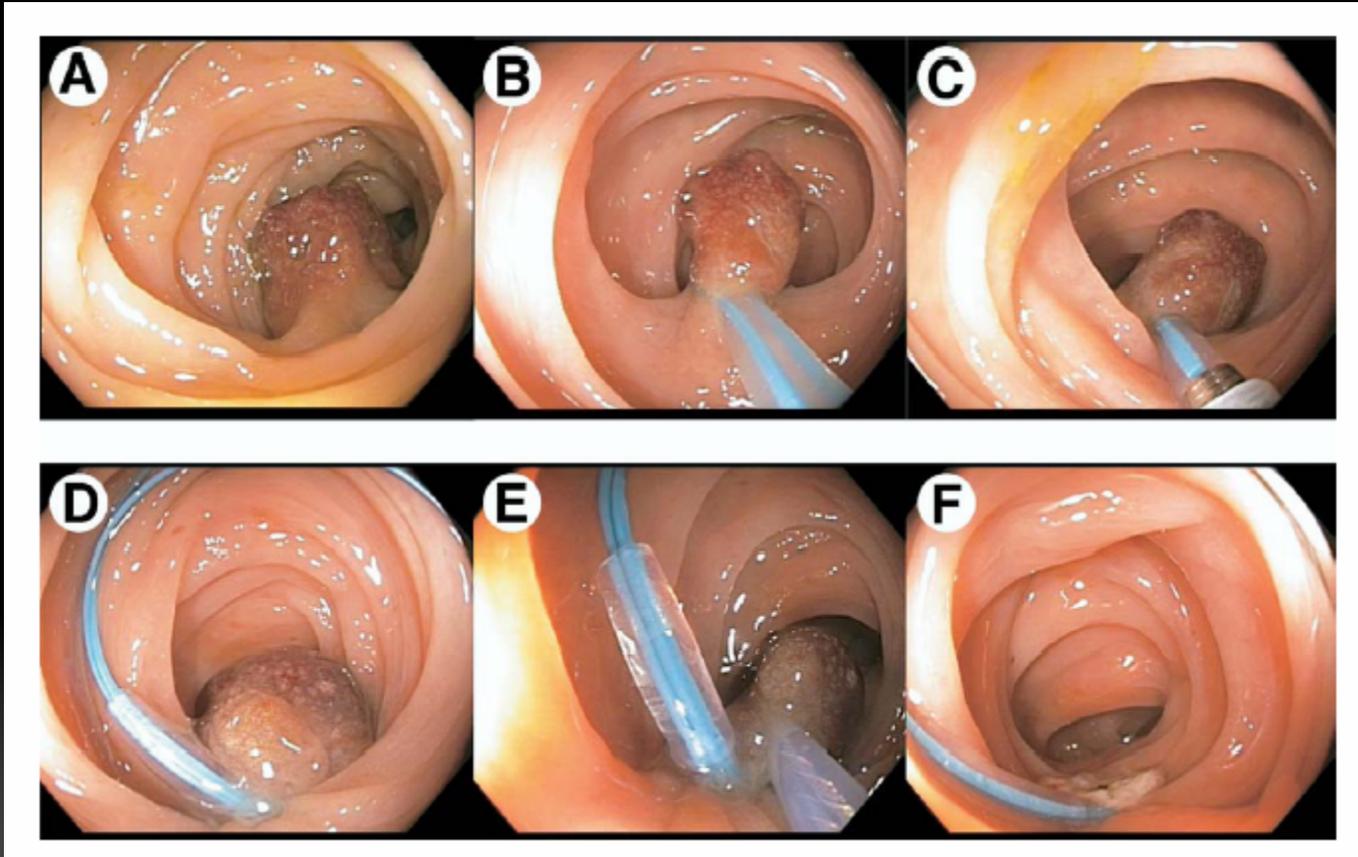


Jumbo hexagonal



Jumbo Crescent

Endoloop



3. Preparación del paciente

Preparación para colonoscopia

Debe tenerse en cuenta que el buen resultado del estudio está condicionado al estricto cumplimiento de las indicaciones, que se detallan a continuación

Cantidad de Barex por hora:1000cc

Día anterior al examen. Mañana:

Hs 08:00 UN FRASCO DE FOSFODOM DILUIDO EN UN VASO DE AGUA, A CONTINUACION CONSUMIR DOS VASOS DE AGUA.

- Desayuno: leche, té o jugos de fruta azucarados (colado) 150 a 250cc.
- Almuerzo: caldo desgrasado, 1 presa de pollo con arroz bien cocido, 1 vaso de jugo cítrico, 100gr de jalea de membrillo o gelatina.
- Tarde: evite todo alimento sólido después de las 13hs

1.Hs 14:00 Barex UN SOBRE DILUIDO EN UN VASO DE JUGO O AGUA cada 15 minutos hasta completar 1000cc en una hora.

Hs 15:00 200cc agua o té azucarado.

2.Hs 16:00 Barex UN SOBRE DILUIDO EN UN VASO DE JUGO O AGUA cada 15 minutos hasta completar 1000cc en una hora.

Hs 17:00 200cc agua o té azucarado.

3.Hs 18:00 Barex UN SOBRE DILUIDO EN UN VASO DE JUGO O AGUA cada 15 minutos hasta completar 1000cc en una hora.

4.Hs 20:00 Barex UN SOBRE DILUIDO EN UN VASO DE JUGO O AGUA cada 15 minutos hasta completar 1000cc en una hora.

Hs 23:00 Cena: sólo está permitido ingerir líquidos claros (agua, caldo colado, jugo de fruta colado, te azucarado). Evite todo alimento sólido.

Día del examen: A la mañana no ingiera alimentos. Colocar un Enemol A HS 6:00.

Dejar en reposo gástrico hasta la hora del estudio.

Recomendaciones y habilidades para realizar polipectomía endoscópica

- El gastroenterólogo debe conocer la regla de las 3 “P” para tener éxito en el procedimiento.
- Para recuperar polipos para su estudio anatomopatológico primero tiene que encontrarlos.
- El electrocauterio causa virtualmente la mayoría de las complicaciones de la polipectomía (perforación hemorragia tardía).
- La mayoría de los pequeños polipos pueden ser removidos efectivamente con técnica fría incluyendo pinza de biopsia para polipos de 1 a 3 mm y ansa para polipos de 3 a 10 mm
- Se debe tener cuidado especial si el electrocauterio es necesario para remover pequeños polipos, ya que los pequeños polipos no son dañinos para el paciente.
- El uso de aspirina o DAINES no constituyen factores de riesgo claramente establecidos para el sangrado postpolipectomía
- El uso de corriente de coagulación de bajo poder está asociado a sangrado tardío, mientras que el uso de corriente de corte o corte combinado con coagulación están asociados con un riesgo incrementado de sangrado inmediato post polipectomía.
- El uso de endo loops es útil para prevenir el sangrado inmediato y tardío de los polipos pediculados.
- La infiltración con epinefrina de los polipos pediculados y sesiles previene el sangrado inmediato pero muchas veces ocurre en forma tardía.
- El uso de clip no se probó que prevenga el sangrado post polipectomía.
- Cuando se usa ansa fría para polipos pequeños es aceptable incluir una pequeña porción de mucosa de aspecto normal alrededor del polipo.
- El SPOT (partículas de carbono puro en suspensión estéril) es actualmente el mejor tatuaje para los polipos, debido a que evita el riesgo de reacciones inmunológicas visto con tinta china.
- Los pacientes que presentan dolor abdominal severo después de la polipectomía deberían ser asumidos como que tienen perforación colónica. La evaluación en estos casos debería ser la realización de una Rx directa de abdomen de pie o TAC abdominopélvica.
- Los pacientes que tienen polipos sesiles grandes y deben ser sometidos a resecciones parciales hasta completar la polipectomía deben tener un seguimiento estrecho, a los 3 y 6 meses después de la resección inicial.

Síndrome Post polipectomía







Gracias