

PÓLIPOS PEDICULADOS GRANDES DE COLON: ¿CÓMO LOS RESECAMOS?

Los pólipos de colon son lesiones preneoplásicas tratadas de forma efectiva y con baja morbilidad por vía endoscópica. Según la clasificación morfológica de París las lesiones pediculadas se describen como tipo 0-Ip. Estas son más comunes en el colon izquierdo y la técnica estándar para su resección es la polipectomía con ansa caliente.(1)(2)(3)

En este tipo de pólipos la complicación post-resección mas frecuente es la hemorragia inmediata o tardía, descrita en el 10-15% de los casos si no se utilizan medidas de prevención. Debido a esto es muy importante el tratamiento adecuado del pedículo durante el procedimiento.

La importancia de esto queda reflejada en las recomendaciones de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) publicada en 2017 y por el Grupo de Estudio sobre Cancer Colorrectal de Estados Unidos (US Muti-Society Task Force). Ambas sociedades recomiendan con una calidad de evidencia moderada la profilaxis del sangrado por medio de la utilización de terapia mecánica (clips o endoloops) asociado o no a la inyección de adrenalina previo a la sección del pólipo principalmente para lesiones mayores a 20 mm y con un pedículo de entre 5-10 mm, debido a que son estas lesiones las que tienen mayor riesgo de sangrado y en donde se demostró mayor beneficio. (2)(3)

A continuación se describen los diferentes pasos del procedimiento de resección (1):

1. **Semiología endoscópica:** como en toda lesión, el gesto inicial debe ser una adecuada evaluación óptica con la correspondiente descripción del tamaño y patrón de superficie de la cabeza, diámetro y largo del pedículo, localización. Esto tiene el propósito no solo de determinar la factibilidad técnica sino tambien evaluar signos sugestivos de invasión submucosa.
2. **Posicionamiento:** ubicando la lesión en hora seis. Puede ser necesaria la rotación del paciente en algunos casos.
3. **Tratamiento del pedículo:** mediante la inyección de adrenalina diluida 1:10000 en la porción media o inferior, y/o por métodos mecánicos por medio de clips o endoloops previo a la sección con ansa. Estas medidas llevan a la disminución del flujo arterial hacia la cabeza del pólipo y esto tiene varios objetivos:
 - Profilaxis del sangrado
 - Disminucion del tamaño por la isquemia
 - Mejor estabilidad de la lesión

Todo esto ayuda a la mayor seguridad y facilidad del procedimiento.

4. **Sección con ansa caliente:** es importante asegurar un margen de pedículo libre de lesión. Normalmente en un punto medio entre la cabeza y la pared colónica.
5. **Extracción de la pieza:** de forma completa para una correcta valoración y descripción histológica. Se aconseja no fragmentarla buscando lograr pasar la pieza a través del canal del endoscopio.
6. **Inspección del pedículo remanente:** en busca de complicaciones inmediatas principalmente sangrado y/o lesión residual.
7. **Marcación con tinta china:** habitualmente a 3 cm distal a la zona de resección con el objetivo de facilitar la localización posterior durante la vigilancia de ser necesaria y/o la cirugía.

Bibliografía

1. Moss A, Nalankilli K. Standardisation of polypectomy technique. Vol. 31, Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology. Bailliere Tindall Ltd; 2017. p. 447–53.
2. Monika Ferlitsch A, Moss A, Hassan C, Bhandari P, Dumonceau J-M, Paspatis G, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. I Endosc [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 6];49:270–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-102569>
3. Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gupta S, Lieberman D, et al. Endoscopic Removal of Colorectal Lesions: Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2020 Jul 6];115(3):435–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32058340/>