



27 - RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSMURAL EN COLON, UTILIZANDO EL KIT FTRD. EXPERIENCIA 2015-2018

H. Uchima^{1,2}, D. Barquero³, J.M. Esteban⁴, J.C. Espinós^{2,5}, J.C. Marin⁶, P. Rosón⁷, F. Fernández Cadenas⁸, M.A. Palacio Galán⁸, I. Puig⁹, J. Rodríguez-Sánchez¹⁰, M. Fraile⁸, A. Ortega⁷, J. Arribas⁶, L. Mel⁴, F. Sábado¹¹, J. García-Lledó¹², A. Fernández³, Eduardo Albéniz¹³, A. Mata^{2,3} y Grupo de Resección Mucosa GSEED¹⁴

¹Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona. ²Centro Médico Teknon, Barcelona. ³Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí. ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Hospital Mútua de Terrassa. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁷Hospital QuirónSalud Málaga. ⁸Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁹Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ¹⁰Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹¹Consortio Hospitalario Provincial de Castellón. ¹²Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹³Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ¹⁴Sociedad Española de Endoscopia Digestiva.

Resumen

Introducción: La resección colonoscópica transmural ("endoscopic full-thickness resection", EFTR) con el kit FTRD (fig.) es una técnica que permite la resección en bloque de lesiones colónicas que son malas candidatas a técnicas clásicas como la resección mucosa endoscópica (RME).

Objetivos: Estudiar la seguridad y viabilidad de la resección transmural en colon. **Métodos:** Los datos clínicos, endoscópicos e histológicos se recolectaron prospectivamente en todos los casos de EFTR realizados en 10 centros de España utilizando el kit FTRD (Ovesco Endoscopy, Tübingen, Alemania) durante el período de junio de 2015 a julio de 2018.

Resultados: Fueron programadas 71 EFTR. La edad media de los pacientes fue de 67 años (rango 40-86), siendo los hombres 64,79%. Las indicaciones fueron: lesiones recurrentes con signo de no-elevación (46,47%), lesiones no tratadas previamente con signo de no-elevación (23,94%), mucosectomía incompleta de lesiones con área sin elevación (11,26%), lesiones apendiculares (2,8%), sospecha de T1 (7%), EFTR de cicatriz sospechosa (4,2%), lesiones subepiteliales (4,2%). En 3 pacientes no fue posible realizar EFTR debido a la imposibilidad de pasar el sigma con el kit. En los otros 68 pacientes, el éxito técnico fue de 85,2% con resección en bloque en 83,8%. El diámetro medio de la muestra reseçada fue de 21,53 mm (IC95%: 19,87-23,2). Histología final: adenoma DBG (40%), adenoma DAG (23%), adenocarcinoma intramucoso (4,47%), SSP/A (5,87%), T1sm1 (2,9%), adenocarcinoma avanzado > sm2 (13%), tejido cicatricial (6%) y otros (2,8%). En un caso, el OTSC no se liberó, con perforación intraprocedimiento. En 2 casos hubo perforación tardía, en 1 caso hemorragia tardía que requirió embolización por arteriografía. No se presentaron otras complicaciones relevantes. 10 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente: 3 perforaciones, 1 lesión intraapendicular y 6 por adenocarcinoma avanzado. Durante el seguimiento, se detectaron 3 recidivas/tejidos residuales, que fueron tratados endoscópicamente.



Asa precargada



Ovesco

Asa

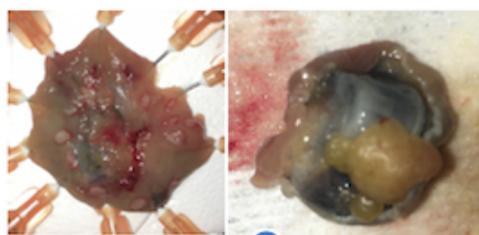
Capuchón



Rueda para la liberación del clip



Pinza para la tracción



Conclusiones: La resección endoscópica transmural en colon (utilizando kit FTRD) para casos seleccionados (especialmente lesiones < 25 mm) es una técnica segura y factible en colon, pudiéndose dar de alta las 24 horas. Es recomendable valorar la tracción de la lesión previamente. Tener especial cuidado si el OTSC no se libera adecuadamente. Valorar apendicectomía previa o manejo quirúrgico en lesiones intraapendiculares.