



CARTAS CIENTÍFICA

Dissección submucosa endoscópica como tratamiento de la recidiva de una neoplasia rectal de extensión superficial granular (LST-G) mixta con fibrosis submucosa intensa secundaria a dos mucosectomías previas



Endoscopic submucosal dissection in the treatment of recurrence of a laterally spreading tumor-granular (LST-G) mixed-type rectal neoplasm with severe submucosal fibrosis secondary to two prior mucosectomies

Con frecuencia, las recidivas adenomatosas de lesiones tratadas previamente mediante mucosectomía no se logran resear por completo cuando se realiza un segundo tratamiento endoscópico convencional.

Se presenta el caso de un hombre de 69 años, con antecedentes de CCR en 3 familiares de segundo grado. En una colonoscopia previa realizada en otro centro, se llevó a cabo una mucosectomía de un adenoma vellosos localizado sobre la segunda válvula de Houston, con displasia de bajo grado, de morfología plano-elevada (0-11a) y de 20 mm de diámetro. En una revisión posterior realizada en el mismo centro, se identificó recidiva adenomatosa que se reseó de forma fragmentada, apreciándose en este caso displasia de alto grado. Una colonoscopia realizada tras el segundo tratamiento, detectó recidiva adenomatosa amplia por lo que se deriva a nuestro centro para valoración de dissección endoscópica submucosa (DSE).

En la rectoscopia con magnificación y cromoendoscopia dirigida con índigo carmín 0,4% se observó una lesión sésil con componente plano periférico (LST-G de patrón mixto; 0-1s + 11a) de aproximadamente 30 mm de diámetro. La práctica totalidad de la lesión presentaba un patrón de criptas tipo III L y IV de Kudo así como una zona de aproximadamente 6 mm de diámetro con un patrón Vi sin claras áreas demarcadas. La cicatriz de mucosectomía previa ocupaba el centro de la lesión y su borde distal. Ante la ausencia de signos de infiltración submucosa profunda, se ofreció tratamiento mediante DSE.

El procedimiento se realizó bajo sedación profunda por el servicio de anestesiología. Se empleó un gastroscopio EG-530FP con un capuchón cónico DH-15GR (Fujifilm, Tokio, Japón) en un procesador EPX-4400 (Fujifilm, Tokio, Japón) e insuflación de CO₂ (EZ EM CO₂ efficient). Se utilizaron 2 endobisturís: Flush-knife de 1,5 mm (Fujifilm, Tokyo, Japón) e IT-knife 2 (Olympus, Tokio, Japón). El corte circunferencial se realizó con corriente tipo *Endocut*, efecto 3, en una fuente ERBE ICC 200 a 80 W de potencia y la fase de dissección con *forced coag* a 35 W de potencia. Los vasos de la submucosa expuestos durante la fase de dissección así como aquellos visibles en el fondo de la escara se coagularon con *Coag-grasper* (Olympus, Tokio, Japón), en configuración *soft coag* a 60 W de potencia. Tras 3 horas y 50 minutos de procedimiento, se logró la exéresis de la lesión en bloque, sin apreciarse complicaciones durante el mismo (fig. 1a, 1b y 1c). El paciente permaneció en dieta absoluta 24 h con reintroducción progresiva de la alimentación oral y tras la ausencia de signos de sangrado digestivo o perforación, recibió el alta hospitalaria a las 48 h, lográndose evitar un tratamiento quirúrgico más invasivo.

El análisis histopatológico de la pieza, de 35 mm de eje mayor, mostró un adenoma vellosos con displasia de alto grado y áreas en las que las glándulas de aspecto neoplásico afectaban la lámina propia pero respetaban la muscularis mucosae, compatible con carcinoma intramucoso focal. Se observó intensa fibrosis en la capa submucosa (fig. 2). Los márgenes laterales no presentaron neoplasia, por lo que la resección se consideró R0. A los 3 meses de realizada la DSE, la cicatriz rectal no mostraba datos endoscópicos ni histológicos de recidiva adenomatosa. A los 6 meses del procedimiento continuaba sin detectarse recidiva en la zona, incluso tras cromoendoscopia dirigida con índigo carmín 0,4% (fig. 3).

Los intentos de resección de recidivas adenomatosas en el área colorrectal suelen ser infructuosos y técnicamente muy complejos debido a la intensa fibrosis submucosa que se desarrolla¹. Por otra parte, cuando estas lesiones se electrofulguran mediante coagulación por plasma de argón no se obtienen especímenes para estudio histológico. Este hecho no permite confirmar que el tratamiento haya resultado curativo.

La alternativa clásica es un tratamiento quirúrgico, el cual está cargado/ hipotecado por unos porcentajes de

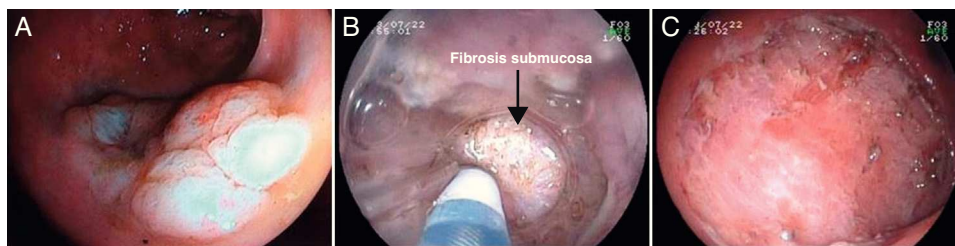


Figura 1 a) Adenoma de recto de morfología ls+lla. En la izquierda de la lesión se observa área deprimida en relación con las 2 mucosectomías previas realizadas; b) disección submucosa con Flush-knife en área de intensa fibrosis (fibras amarillentas entre la punta del endobisturí y el borde del capuchón); c) escara residual tras resección en bloque.

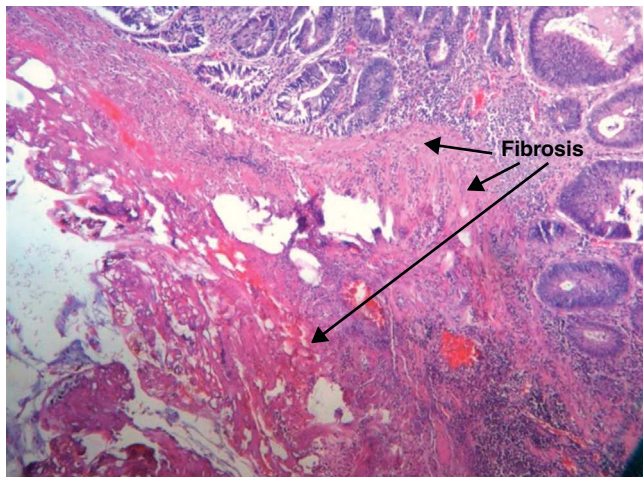


Figura 2 Detalle en corte histológico. La pieza mostró adenoma vellosido con displasia de alto grado y áreas focales de carcinoma intramucoso. Llama la atención la intensa fibrosis en la capa submucosa.

morbimortalidad no despreciables. En el recto existen 2 opciones de tratamiento quirúrgico poco invasivo para lesiones sin invasión submucosa profunda: la resección transanal y la microcirugía endoscópica transanal (TEM). Frente a la primera de ellas, la DSE ha mostrado un menor porcentaje



Figura 3 Cromoendoscopia con índigo carmín sobre la cicatriz en la zona de DSE a los 6 meses del procedimiento.

de recidivas (0 vs. 15,5%) así como una menor duración de la estancia hospitalaria (4,9 vs. 7 días)². Por lo que se refiere al TEM, la proporción de recidivas se ha descrito en un rango del 4-8%. Si bien esta última técnica parte con la ventaja teórica de conseguir una resección completa de la pared rectal *-full thickness resection-* las recidivas rondan el 17-30% cuando existe invasión submucosa profunda³. Además, por motivos técnicos, el TEM no permite reseccionar lesiones próximas a la línea dentada, lo cual no es un problema para la DSE⁴. Cuando ambas técnicas se han comparado directamente, la estancia hospitalaria se demostró inferior de manera estadísticamente significativa en el grupo DSE (3,6 vs. 6,6 días)⁵. Por lo que se refiere a la evaluación de los resultados clínicos, la DSE y el TEM parecen comparables en términos de resección R0 y en bloque^{5,6}. En cualquier caso, no existen estudios prospectivos y aleatorizados que comparen los resultados clínicos entre una y otra técnica. De hecho, un metaanálisis publicado recientemente, aunque demuestra porcentajes superiores de resecciones R0 y menores requerimientos de cirugía adicional con el TEM, informa de una menor proporción de recidivas en el grupo DSE, lo que parecen datos contradictorios. Asimismo, este último estudio no evalúa los resultados de estudios comparativos directos, sino series de casos, lo que limita sus conclusiones⁷.

En Japón, las recidivas de neoplasias precoces tras un tratamiento endoscópico previo constituyen una de las indicaciones aceptadas para realizar una DSE en el área colorrectal⁸. Este procedimiento permite resecciones en bloque de la lesión para un análisis histopatológico detallado. La fibrosis submucosa generada por terapéuticas previas en adenomas residuales constituye uno de los mayores desafíos técnicos a los que se enfrentan las técnicas de endoscópica avanzada. La DSE es una indicación aceptada para estos casos y ha demostrado ser una técnica útil para el tratamiento definitivo de este tipo de lesiones^{9,10}. Sin embargo, su difusión en la práctica clínica habitual se encuentra limitada. Se requiere un largo período de aprendizaje que incluye el entrenamiento, durante tiempo prolongado, en modelos animales y el acceso a estos medios no se encuentra disponible en todos los centros. Además, la DSE en lesiones que presentan fibrosis se considera una técnica con especial grado de dificultad. Así, incluso en manos expertas, se asocia con una mayor incidencia de complicaciones, procedimientos más prolongados y menor proporción de resecciones en bloque cuando se compara con la realización de la DSE en lesiones no tratadas previamente¹¹.

Bibliografía

1. Rembacken BJ, Gotoda T, Fujii T, Axon AT. Endoscopic mucosal resection. *Endoscopy*. 2001;33:709–18.
2. Kiriya S, Saito Y, Matsuda T, Nakajima T, Mashimo Y, Joeng HK, et al. Comparing endoscopic submucosal dissection with transanal resection for non-invasive rectal tumor: A retrospective study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011;26:1028–33.
3. Guerrieri M, Baldarelli M, de Sanctis A, Campagnacci R, Rimini M, Lezoche E. Treatment of rectal adenomas by transanal endoscopic microsurgery: 15 years' experience. *Surg Endosc*. 2010;24:445–9.
4. Asano M. Endoscopic submucosal dissection and surgical treatment for gastrointestinal cancer. *World J Gastrointest Endosc*. 2012;16:438–47, 4.
5. Park SU, Min YW, Shin JU, Choi JH, Kim YH, Kim JJ, et al. Endoscopic submucosal dissection or transanal endoscopic microsurgery for nonpolypoid rectal high grade dysplasia and submucosa-invading rectal cancer. *Endoscopy*. 2012;44:1031–6.
6. Kawaguti FS, Nahas CS, Marques CF, da Costa Martins B, Retes FA, Medeiros RS, et al. Endoscopic submucosal dissection versus transanal endoscopic microsurgery for the treatment of early rectal cancer. *Surg Endosc*. 2013;14 [Epub ahead of print].
7. Arezzo A, Passera R, Saito Y, Sakamoto T, Kobayashi N, Sakamoto N, et al. Systematic review and meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus ransanal endoscopic microsurgery for large noninvasive rectal lesions. *Surg Endosc*. 2014;28:427–38.
8. Uraoka T, Parra-Blanco A, Yahagi N. Colorectal endoscopic submucosal dissection: Is it suitable in western countries? *J Gastroenterol Hepatol*. 2013;28:406–14.
9. Sakamoto T, Saito Y, Matsuda T, Fukunaga S, Nakajima T, Fujii T. Treatment strategy for recurrent or residual colorectal tumors after endoscopic resection. *Surg Endosc*. 2011;25:255–60.
10. Kuroki Y, Hoteya S, Mitani T, Yamashita S, Kikuchi D, Fujimoto A, et al. Endoscopic submucosal dissection for residual/locally recurrent lesions after endoscopic therapy for colorectal tumors. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010;25:1747–53.
11. Matsumoto A, Tanaka S, Oba S, Kanao H, Oka S, Yoshihara M, et al. Outcome of endoscopic submucosal dissection for colorectal tumors accompanied by fibrosis. *Scand J Gastroenterol*. 2010;45:1329–37.

José Carlos Marín-Gabriel^{a,b,*},
José Benjamín Díaz-Tasende^{a,b},
Esperanza Martos-Vizcaíno^a, Adolfo Domínguez-Rodríguez^b,
Jesús Merello-Godino^c y José Antonio Canto-Romero^d

^a Servicio de Medicina de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
^b Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid, España
^c Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid, España
^d Departamento de Anatomía Patológica, Histocitomed, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josecarlos.marin@salud.madrid.org
(J.C. Marín-Gabriel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.01.008>

Divertículo de Meckel mimetizando enfermedad de Crohn



Meckel's diverticulum mimicking Crohn's disease

El divertículo de Meckel (DM), cuya prevalencia es del 2% en la población general, es la malformación congénita más frecuente del tubo digestivo¹. Se forma por obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico dando lugar a un asa de intestino ciega. Se suele situar a 60 cm de la válvula ileocecal en el borde antimesentérico, con una longitud aproximada de 2 cm, aunque existe variabilidad anatómica². La estructura histológica es parecida al resto del tubo digestivo. En la capa mucosa puede aparecer tejido ectópico: mucosa gástrica (la más frecuente, 20%), pancreática, duodenal, colónica o tejido biliar³. Puede producir un cuadro clínico que simula la enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn (EC).

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 29 años sin antecedentes médicos de interés, apendicectomizado, fumador que presenta un cuadro de diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso (25 kg en un año). Dentro del estudio realizado

destaca: análisis de sangre con hemograma normal, elevación de proteína C reactiva (10,6 mg/dl), VSG (40 mm/h) y fibrinógeno 480 mg/dl. Los estudios microbiológicos (coprocultivos, parásitos y serologías) resultaron negativos. En la colonoscopia con ileoscopia se objetivaron úlceras superficiales cubiertas de fibrina en íleon terminal cuya histología fue compatible con inflamación crónica inespecífica. El estudio baritado intestinal mostró un tránsito enlentecido en íleon con alternancia de asas dilatadas y zonas estenóticas con cambios inflamatorios. Con esta información se diagnóstica de EC ileal con patrón mixto estenosante-inflamatorio iniciándose mesalazina oral (3 g/día durante 6 meses). Por persistencia de dolor abdominal y diarrea, junto con elevación de los reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 7,8 mg/dl, fibrinógeno 508 mg/dl), se escala tratamiento a budesonida (9 mg al día durante 2 meses) a pesar de lo cual desarrolla un cuadro de suboclusión intestinal. Se realiza una entero-RM que muestra dilatación de asas de íleon terminal seguida de una estenosis larga (6 cm) con engrosamiento y realce de la pared, por lo que ante la mala evolución clínica y radiológica se inicia tratamiento con adalimumab subcutáneo (inducción con 160 mg en semana 0, 80 mg en semana 2 y posteriormente, 40 mg cada 2 semanas de mantenimiento). Tras 2 meses de tratamiento anti-TNF, el paciente desarrolla una obstrucción intestinal. Se realiza nueva entero-RM que muestra dilatación yeyunal con íleon normal y torsión de los vasos mesentéricos que sugiere una obstrucción en asa cerrada condicionada por una brida