

## Disección submucosa de adenocarcinoma de esófago. A propósito de un caso.

Andrés S\*, Espinós R, Asilo GA, Uchima H.

Unidad de Endoscopia Digestiva. Centro Médico Teknon, Barcelona.

Recibido en octubre de 2016; aceptado en febrero de 2017. Disponible en internet desde abril de 2017.

### Resumen

Presentamos el caso de un paciente con adenocarcinoma sobre un esófago de Barrett detectado durante una gastroscopia rutinaria. Se realizaron gastroscopia con biopsias, ecoendoscopia, TAC y PET-TAC orientándose como un adenocarcinoma intramucoso vs submucoso. Dada la agresividad del tratamiento quirúrgico se optó por realizar una disección endoscópica submucosa con fines diagnósticos y terapéuticos. **Endoscopia.** Se realiza inicialmente exploración con gastroscopio de alta resolución (con función BLI + magnificación, serie 700Z, Fujifilm) detectándose esófago de Barrett con lesión sésil con centro deprimido y aspecto nodular de 2x3cm, entre los 25 y 28 cm de arcada dentaria, sospechosa de infiltración submucosa (superficial vs profunda). Se realiza marcaje de la lesión con la punta del dual knife (Olympus) cerrado, efecto soft coag 50w (ERBE ICC 200). Se cambia al endoscopio terapéutico de doble canal, utilizando un capuchón. Se realizan inyecciones de gelafundina con índigo carmín y adrenalina diluida para elevar la submucosa. Se realiza incisión mucosa y disección submucosa con el dual knife, y en las áreas con mayor fibrosis se utilizó el hook knife (Olympus). Se coagularon los vasos mayores de 1mm con coagrasper (Olympus), efecto soft coag 80W. Se encontró mucha fibrosis de predominio central, con vasos gruesos. Se colocan dos clips hemostáticos al finalizar el procedimiento sobre un área de exposición de la capa muscular. Se remite la muestra correctamente extendida y orientada para anatomía patológica. **Cuidados de enfermería.** A las 8 horas se iniciaron líquidos fríos, se realizó analítica de control que fue normal y se decidió el alta hospitalaria a las 24 horas. **Conclusiones.** La disección endoscópica submucosa ha demostrado ser una técnica segura en manos expertas, que permite la preservación del órgano afectado. Se debe considerar como una buena alternativa a la esofagectomía en casos seleccionados, dado su efectividad y menor comorbilidad.

**Palabras clave:** Adenocarcinoma, disección submucosa, esófago de Barrett.

### ***Submucosal dissection of oesophageal adenocarcinoma. About a case.***

#### **Abstract**

*We present a case of a patient with adenocarcinoma on a Barrett's esophagus detected during a routine gastroscopy. Gastroscopy with biopsies, echoendoscopy, CT scan and PET-CT were performed to diagnose an intramucosal vs submucosal adenocarcinoma. Given the aggressiveness of surgical treatment, we chose to perform an endoscopic submucosal dissection for diagnostic and therapeutic purposes. Endoscopy: A high resolution gastroscopy (BLI + magnification, 700Z Fujifilm series) was performed detecting Barrett's esophagus, with 2X3 cm sessile depressed lesion with nodular aspect, between 25 and 28 cm from dental arch suspected of submucosal infiltration (superficial vs deep). Lesion marking was done with the tip of the dual knife (Olympus) closed, soft coag 50W effect (ERBE ICC200). We*

\*Autor para correspondencia: sandresvalero@gmail.com

changed to the dual channel therapeutic endoscope and used a cap. It was injected Gelafundina with Indigo Carmine and adrenaline diluted to raise the submucosa. Mucosa incision and submucosa dissection were performed with the dual Knife and the Hook knife in the areas with more fibrosis. Vessels larger than 1 mm were coagulated with Coagrasper (Olympus) soft coag 80W effect. Central fibrosis with larger vessels was found. We put two hemostatic clips on an exposed muscular area at the end of the procedure. We remitted the properly extended sample for anatomical pathology. **Nursing care plan:** 8 hours after, cold liquid diet was started, blood analysis was done which was normal and patient was discharged after 24 hours. **Conclusions:** Endoscopic submucosal dissection has proven to be a safe technique in experienced professional hands, allowing the preservation of affected organ. It should be considered as a good alternative to the esophagectomy in selected cases given their effectiveness and lower morbidity.

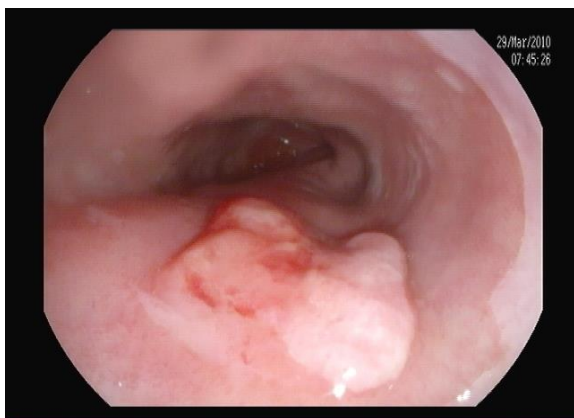
**Key words:** Adenocarcinoma, submucosal dissection, Barrett's esophagus.

## Introducción

El adenocarcinoma asociado al esófago de Barrett representa casi el 50% de todos los tumores de esófago. La disección submucosa endoscópica tiene diferentes indicaciones según el tipo histopatología del tumor a tratar, las indicaciones para la disección endoscópica de la neoplasia asociada al Barrett se puede dividir en 3 grupos:

- Absoluto: displasia de alto grado (DAG) o adenocarcinoma (ADK) intramucoso mayores de 20 mm y que envuelven hasta 2/3 de la circunferencia del esófago.
- Relativo: adenocarcinoma sin evidencia de nódulos metastásicos.
- Experimental: adenocarcinoma con invasión sm2 o pacientes de alto riesgo.

Presentamos el caso de un paciente varón de 68 años, que tras realizar una gastroscopia con biopsias se evidenció un adenocarcinoma sobre un esófago de Barrett (Figura 1).



**Figura 1.** Adenocarcinoma sobre esófago de Barrett

Se realizó ecoendoscopia objetivándose que la lesión ocupaba  $\frac{1}{4}$  de la circunferencia del esófago, con unas medidas de 2.5x 2 cm, que parece infiltrar sólo la capa mucosa. La conclusión fue de neoplasia esofágica fundamentalmente T1 mucoso sin poder

descartar que se trate de un T1 submucoso en algún punto (Figura 2).



**Figura 2.** T1 mucoso

Se le realizó así mismo, Tac y un PET-Tac con la misma orientación que la ecoendoscopia. Por lo que finalmente, dada la agresividad del tratamiento quirúrgico, se decide realizar una disección endoscópica submucosa.

## Endoscopia

Este tipo de intervención debe realizarse en quirófano y con el paciente intubado, ya que aumenta la presión intratorácica y disminuye el riesgo de neumomediastino (fuga de aire o CO<sub>2</sub>).

Se le realizó exploración con gastroscopio de alta definición, con función BLI (Blue Light Imaging) y magnificación de la serie 700Z de Fujifilm (Figura 3) e insuflación con CO<sub>2</sub>, detectándose el tumor sobre el esófago de Barrett, con el centro deprimido y a una distancia de la arcada dentaria de 25 a 28 cm.



**Figura 3.** Blue Light Imaging (BLI)

Se realizó primeramente puntos de marcaje con electrocoagulación alrededor de la lesión, para delimitar los márgenes, con la punta cerrada del Dual Knife (Olympus), con efecto soft coag 50 W del electrocoagulador ERBE ICC 200 (Figura 4).



**Figura 4.** Electrocoagulador ICC 200

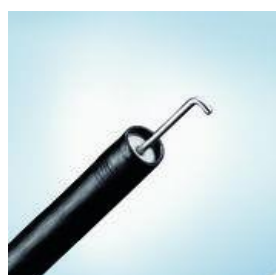
Cambiamos el endoscopio por uno terapéutico de doble canal, y utilizamos un capuchón transparente de protección inferior.

Se diluyó 5 ml de Índigo Carmín y una ampolla de adrenalina 1mg/1 ml en 500 ml de Gelafundina y se realizan inyecciones en la lesión para elevar la submucosa.

Se realizó incisión mucosa y disección submucosa con el Dual Knife (Figura 5), y en las áreas con mayor fibrosis se utilizó el Hook Knife (Olympus) (Figura 6). En la zona central de la lesión nos encontramos con mucha fibrosis con vasos gruesos de más de 1 mm que se coagularon con el Coagrasper (Olympus) (Figura 7), con el electrocoagulador efecto soft coag 80W.



**Figura 5.** Dual Knife



**Figura 6.** Hook Knife



**Figura 7.** Coagrasper

Una vez realizada la disección por completo, observamos que había un área de exposición de la capa muscular con lo que se procedió a la colocación de 2 clips hemostáticos (Figura 8).



**Figura 8.** Escara disección

Finalmente la muestra se remitió correctamente extendida y orientada para anatomía patológica.

### Cuidados de enfermería

Después de 6 horas de intervención, la post-intervención fue correcta. A las 8h se iniciaron

líquidos fríos, se le realizó analítica de control que fue normal y finalmente el paciente fue dado de alta a las 24 h post-intervención, con un muy buen estado general y sin haberse presentado ninguna complicación.

### **Conclusiones**

La disección endoscópica submucosa, en el manejo de casos seleccionados de neoplasia precoz de esófago, puede ser una alternativa a la esofagectomía y permite la preservación de éste órgano, lo que supone una mejor calidad de vida para estos pacientes dada su efectividad y menor comorbilidad.

### **Bibliografía**

1.- Fernández-Esparrach G, Calderón A, De la Peña J. Endoscopic Submucosal Dissection. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva

clinical guideline. Endoscopy 2014; 46: 361-370

2.- Takashi Toyonaga, Mariko Man-I, Yoshinori Morita, Takeshi Azuma. Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) versus Simplified/Hybrid ESD. Gastrointest Endoscopy Clin N Am 24 (2014) 191-199.

3.-Tsuneo Oyama. Esophageal ESD. Technique and prevention of complications. Gastrointest Endoscopy Clin N Am 24 (2014) 201-212.

4.-Forero Piñeros EA, Arantes V, Toyonaga T. Disección endoscópica de la submucosa (DES) en cáncer gástrico temprano: Estado del arte. Rev Col Gastroenterol/27 (3) 20.

5.- Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015 Sep;47(9):829-54.