



ORIGINAL

Atención enfermera en la disección de pólipos neoplásicos del colon mediante Resección Endoscópica Full-Thickness.

Viñuela EC*, Toledo A, Riesgo C, García IM, Álvarez MC, Nieto AM.

Unidad de endoscopias del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Recibido en octubre de 2017; aceptado en febrero de 2018. Disponible en internet desde abril de 2018.

Resumen

La técnica de Resección Endoscópica Full-Thickness (EFTR) es una nueva herramienta para disecciones diagnósticas y terapéuticas con endoscopio flexible en colon y recto, permitiendo al endoscopista reseccionar todas las capas de la lesión, incluyendo la serosa. La resección de la pared se realiza rápida y fácilmente a la vez que se asegura el cierre de la misma. Presentación del caso y endoscopia. Se presentan 2 casos realizados en el Servicio de Endoscopias del Hospital Universitario Central de Asturias: Caso 1. Paciente varón de 62 años, con lesión plana deprimida de unos 15mm, con patrón de criptas desestructurado, entre el ángulo esplénico y el colon transversal distal, muy sugestivo de malignidad. Caso 2. Paciente varón de 83 años, con lesión plana deprimida y desestructurada en sigma, con pseudopodoculo de unos 20 mm. Se desestima tratamiento quirúrgico. En ambos casos se realiza resección Full-Thickness mediante colonoscopia. Plan de cuidados enfermero. El plan de cuidados para la técnica EFTR reúne la atención enfermera derivada de la técnica endoscópica (colonoscopia), de la administración y seguimiento de anestesia y del protocolo de paciente ambulatorio/hospitalizado. Conclusiones / Discusión. La EFTR se presenta como una nueva alternativa en el tratamiento de los pólipos neoplásicos del colon que no son abordables mediante cirugía u otras técnicas endoscópicas, como la Resección Endoscópica Mucosa (EMR) o la Disección Endoscópica Submucosa (ESD). En los casos presentados se ha utilizado la técnica EFTR, logrando la resección en bloque de todas las capas de la lesión neoplásica.

Palabras clave: Disección. Pólipos del colon. Informes de casos. Endoscopia gastrointestinal. Atención de enfermería.

Nurse care in the colon neoplastic polyp's dissection by Endoscopic Full-Thickness Resection

Abstract

Endoscopic Full-Thickness Resection (EFTR) is a new technique for diagnostic and therapeutic dissections with a flexible endoscope in the colon and rectum, allowing the endoscopist to resect all layers of the lesion including the serosa. Resection of the wall is done quickly and easily while ensuring the closure of the wall. Case presentation and endoscopy. Two cases are presented from the Endoscopy Service of the Central University Hospital of Asturias. Case 1. A 62-year-old male patient, with a depressed flat lesion of about 15 mm, with an unstructured crypt pattern, between the splenic angle and the distal transverse colon, very suggestive of malignancy. Case 2. 83-year-old male patient, with a flat, depressed and unstructured lesion, with a pseudopediculus of about 20 mm, in sigma. Surgical treatment is disallowed. Endoscopic Full-Thickness Resection is performed by colonoscopy in both cases. Nursing care plan. The care plan for the EFTR technique includes nursing care derived from the endoscopic technique (colonoscopy), anesthesia administration and follow-up, and outpatient / inpatient protocol. Conclusions / Discussion. EFTR is a new alternative in the treatment of neoplastic colon polyps that

*Autor para correspondencia: cristinavlobo@hotmail.com

are not amenable to surgery or other endoscopic techniques, such as Endoscopic Mucosal Resection (EMR) or Endoscopic Subcompound Dissection (ESD). EFTR has been used in cases presented, achieving block resection of all layers of the neoplastic lesion.

Keywords: Dissection. Colonic polyps. Case reports. Endoscopy gastrointestinal. Nursing care.

Introducción

El tratamiento endoscópico de neoplasias gastrointestinales precoces generalmente incluye la resección de las capas mucosa y submucosa, preservando la muscular propia de la pared para evitar la perforación.

Entre los tratamientos de ablación endoscópica mínimamente invasivos se encuentran la Resección Endoscópica Mucosa (EMR) y la Disección Endoscópica Submucosa (ESD). Estos procedimientos han demostrado ser rentables y satisfactorios en evitar cirugías innecesarias en lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas invasivas limitadas a submucosa superficial (SM1). Sin embargo, en algunas circunstancias este tipo de procedimientos son particularmente complicados, como en lesiones no elevables debido a fibrosis submucosa o en lesiones que han sido previamente biopsiadas y que son difíciles de resecar incluso cuando realizamos una EMR o una ESD. De hecho, la fibrosis severa es el factor de riesgo principal para el desarrollo de complicaciones y puede interferir en el logro de resecciones en bloque. Otras indicaciones de la EFTR son la resección de pequeños tumores sub-epiteliales o la consecución de una muestra de todo el grosor en pacientes con desórdenes de motilidad de la pared del tracto gastrointestinal como en la enfermedad de Hirschsprung (1,2,3).

La técnica de Resección Endoscópica Full-Thickness (EFTR) es una nueva herramienta para resecciones diagnósticas y terapéuticas con endoscopio flexible en colon y recto, permitiendo al endoscopista resecar todas las capas de la lesión incluyendo la serosa. La EFTR garantiza que la sección transversal del tejido sucede sólo después de que el defecto de la pared del colon haya sido cerrado completamente, es decir, en ningún momento la cavidad abdominal y la luz intestinal están en contacto.

La resección de la pared se realiza rápida y fácilmente y se cierra el defecto de la pared en sólo dos pasos:

1º: Agarre de la lesión y liberación del Over-The-Scope Clip® (OTSC).

2º: Sección o resección con un asa por encima del clip.

Presentación de los casos

Caso 1: Paciente varón de 62 años, con lesión plana deprimida no elevable, de unos 15 mm, entre ángulo esplénico y transversal (Fig.1). Lesión recidivada, tatuada y con fibrosis submucosa. El diagnóstico anatómo-patológico es adenoma túbulo-veloso con displasia de bajo grado.

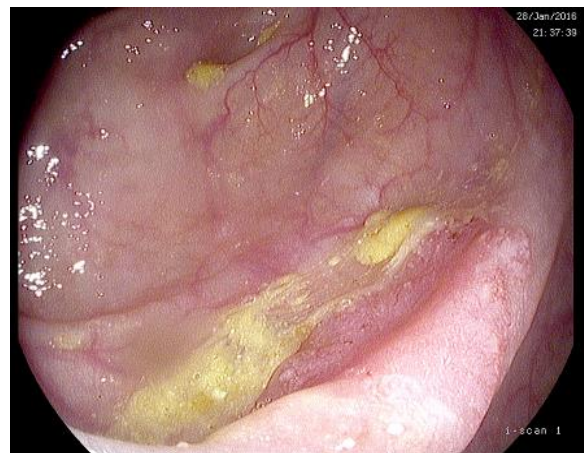


Figura 1. Lesión inicial Caso 1.

Caso 2: Paciente varón de 83 años, con lesión plana deprimida y desestructurada en sigma, de unos 20 mm (Fig.2). Se desestima tratamiento quirúrgico debido a la comorbilidad del paciente. El diagnóstico anatómo-patológico fue de adenocarcinoma de sigma distal estadio 1.

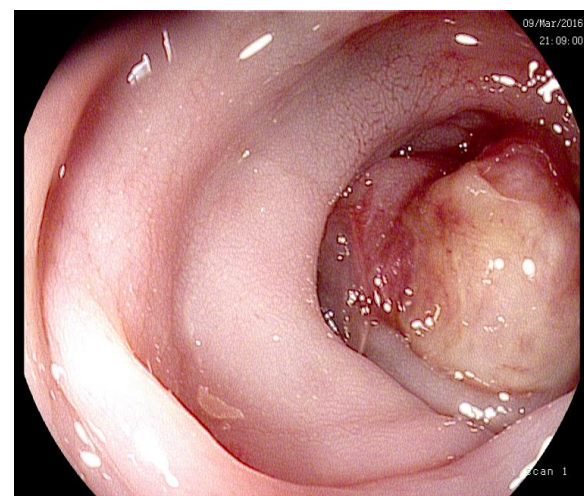


Figura 2. Lesión inicial Caso 2.

En ambos casos se aplica la EFTR, con la resección en bloque de las lesiones (Fig. 3 y 4).

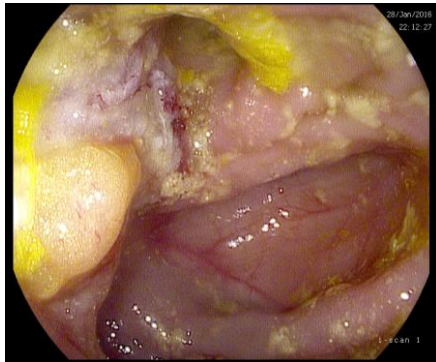


Figura 3. Lesión tras EFTR Caso 1.

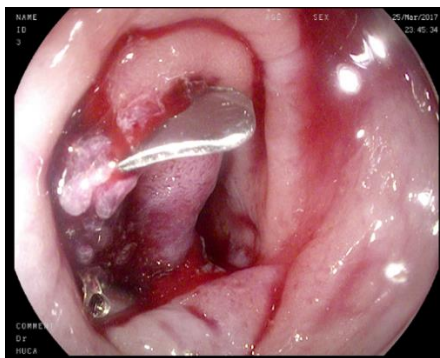


Figura 4. Lesión tras EFTR Caso 2.

Técnica endoscópica

Existen dispositivos específicos para el montaje y realización de la EFTR, como el Full-Thickness Resection Device (FTRD).

La realización de la técnica consiste en los siguientes pasos:

- Endoscopia inicial para la localización de la lesión.
- Marcaje de la lesión (Fig. 5a), utilizando el FTRD marking-probe: se marcan los puntos de coagulación en el tejido a resear.
- Montaje del FTRD sobre el endoscopio siguiendo las instrucciones.
- Introducción del endoscopio en el cuerpo y guía hasta el lugar de resección (Fig. 5b).
- Movilización del tejido, introduciéndolo en el capuchón de aplicación FTRD mediante un instrumento de agarre, como el FTRD Grasper (Fig. 5c).
- Confirmación de que el tejido a extirpar se encuentra por completo en el capuchón de aplicación FTRD y fijación del FTRD Grasper (Fig. 5d).
- Aplicación del clip FTRD.

- Liberación del seguro del asa FTRD.
- Cierre del asa y extirpación del tejido.
- Extracción del tejido extirpado del cuerpo con el endoscopio.
- Comprobación del lugar de resección.
- Desecho del FTRD.

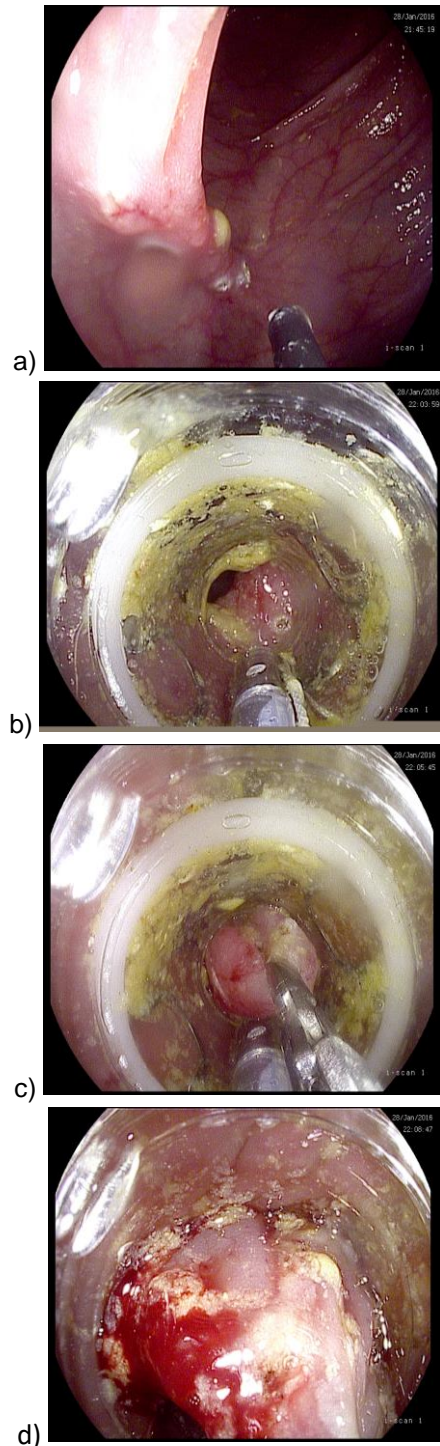


Figura 5. 1 - Marcaje de la lesión; 2 - Localización de la lesión con el FTRD; 3 - Agarre de la lesión. 4 - Captura de la lesión en el capuchón del FTRD.

Cuidados de enfermería

El plan de cuidados para la técnica EFTR reúne la atención enfermera derivada de la técnica endoscópica (colonoscopia), de la administración y seguimiento de la anestesia y del protocolo de paciente ambulatorio/hospitalizado.

Los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA (4), junto con los resultados esperados según la taxonomía NOC (5) y las intervenciones enfermeras según la taxonomía NIC (6), están recogidos en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN (DOMINIO)	DIAGNÓSTICOS (NANDA)	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
5.- Percepción / cognición	00126.- Conocimientos deficientes	5618.- Enseñanza procedimiento / tratamiento	1814.- Conocimiento procedimiento terapéutico
9.- Afrontamiento / tolerancia al estrés	00146.- Ansiedad	5820.- Disminución de la ansiedad	1402.- Autocontrol de la ansiedad
		5340.- Presencia	2002.- Bienestar
11.- Seguridad / Protección	00004.- Riesgo de infección	6550.- Protección contra las infecciones	1842.- Conocimiento: Control de la infección
		6540.- Control de infecciones	1902.- Control del riesgo de infección
	00206.- Riesgo de sangrado	4010.- Prevención de hemorragia	4130.- Severidad de la pérdida de sangre
	00044.- Deterioro de la integridad tisular	3660.- Cuidados de las heridas	1102.- Curación de la herida
12.- Confort	00132.- Dolor agudo	1400.- Manejo del dolor	2102.- Nivel de dolor
			1842.- Conducta de salud: control del dolor
*Intervenciones propias del Procedimiento		6680.- Monitorización de los signos vitales	
		4235.- Flebotomía: vía canalizada	
		2260.- Manejo de la sedación	
		7680.- Ayuda en la exploración	
		7920.- Documentación	
		7820.- Manejo de las muestras	

Discusión

La EFTR se presenta como una nueva alternativa en el tratamiento de los pólipos neoplásicos del colon que no son abordables mediante cirugía u otras técnicas endoscópicas, como la Resección Endoscópica Mucosa (EMR) o la Disección Endoscópica Submucosa (ESD).

Como ventajas frente a estas técnicas la EFTR es capaz de reseca la lesión de forma más rápida, fácil, cómoda y segura.

En los casos presentados se ha utilizado la técnica EFTR logrando la resección en bloque de todas las capas de la lesión neoplásica.

La EFTR puede no ser el tratamiento de elección según criterios de tamaño (no recomendada en lesiones mayores de 30 mm), y de accesibilidad (dificultad de visión durante la exploración, al llevar el endoscopio implantado el capuchón con el clip).

Igualmente no estaría indicado en los tumores que se predice que tienen una invasión submucosa profunda.

Como complicaciones se han descrito lesiones / perforaciones de la pared del colon, recto u otros órganos y hemorragias. Así, en el caso 2 es preciso realizar una colonoscopia de urgencia por rectorragia a los 15 días, observándose en sigma distal, sangrado profuso por ambos extremos de la grapa OTSC (1,2,3).

Bibliografía

1. Marín Gabriel JC, Díaz Tasende J, Rodríguez Muñoz S, del Pozo García AJ, Ibarrola Andrés C. Colonic endoscopic fullthickness resection (EFTR) with the over-the-scope-device (FTRD): a short case series. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017; 109 (3): 230-3.
2. Andrisani G, Pizzicannella M, Di Matteo FM. Endoscopic Full-Thickness Resection of Synchronous Adenocarcinomas of the Distal Rectum. *Case Rep Gastroenterol.* 2017; 11(1): 78-84.
3. Richter-Schrag HJ, Walker C, Thimme R, Fischer A. Full thickness resection device (FTRD). Experience and outcome for benign neoplasms of the rectum and colon. *Chirurg.* 2016; 87(4): 316-25.
4. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.