

Videocolonoscopia: técnica e indicaciones

VICENTE VAREA-CALDERÓN Y JAVIER MARTÍN DE CARPI

Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Hospital Infantil Sant Joan de Déu-Clínic. Barcelona. España.

varea@hsjdbcn.org; javiermartin@hsjdbcn.org

La rectoscopia, la colonoscopia y, actualmente, la videocolonoscopia son técnicas de imagen mediante fibra óptica que ofrecen un gran abanico de posibilidades diagnósticas y terapéuticas en el tracto digestivo bajo, que corresponde fundamentalmente al intestino grueso y distal del ileón.

Es la técnica de elección para lesiones mucosas del intestino grueso (lesiones mucosas, lesiones sanguíneas, neoformaciones), así como de algunas alteraciones del patrón estructural normal del referido segmento intestinal (estenosis, divertículos, fistulas, duplicaciones)^{1,2}.

PREPARACIÓN

En gran medida, el éxito de la prueba depende de su preparación, a la que dedicaremos algún párrafo.

Una vez que se establece la indicación de videofibrocolonoscopia, debemos asegurarnos de que el paciente no presenta ninguna enfermedad de base que pueda afectar a una sedación intravenosa profunda el día de la exploración, así como de realizar una entrevista previa con el anestesista.

Puntos clave

- La videocolonoscopia es una técnica de exploración del intestino grueso gracias al aprovechamiento de las propiedades de la fibra de vidrio y la incorporación de minúsculos microchips.
- La preparación es fundamental para el buen curso de la exploración.
- Un punto importante es contar con un personal de enfermería bien entrenado.
- Actualmente se efectúa con sedación profunda, que evita las intensas molestias que los pacientes presentaban por tracciones de meso e insuflación.
- La videocolonoscopia en pediatría ha supuesto un avance fundamental en el conocimiento y el tratamiento de multitud de enfermedades del tracto digestivo.

Obtendremos un hemograma y unas pruebas de coagulación que nos permitirán la toma de biopsias, si son necesarias, o la instrumentalización, en caso de endoscopia terapéutica.

Los 2 días anteriores a la prueba se recomienda someter al paciente a una dieta pobre en residuos y fundamentalmente líquida.

Teniendo en cuenta que, previamente, el paciente ha de permanecer durante 6 h en ayunas, la pauta de limpieza intestinal se iniciará adecuándose al horario de la fibroscopia³.

Excepto en casos de colitis ulcerosa grave o diarrea profusa, se inicia con la toma de un senosido de acción más enérgica en dosis única, seguida de una pauta de lavado intestinal con una solución evacuante con polietilenglicol durante 3-4 h a dosis desde 45 ml/kg/h para pesos < 25 kg, hasta 25 ml/kg/h para pesos > a 45 kg, sin superar el l/hora en ningún caso.

Se mantiene hasta que el contenido intestinal aparece limpio, y a continuación el paciente debe permanecer en ayunas. En casos de pacientes de edad muy temprana, en los que el período de ayunas junto con el de limpieza resulta elevado, se puede complementar con una perfusión de mantenimiento que aprovechará posteriormente el anestesista para la inducción anestésica.

Las pautas anestésicas de sedación profunda son diversas, según las preferencias del anestesista y de los diferentes hospitales, y en muchos casos se pueden realizar en respiración espontánea, aunque la existencia de un carro de anestesia en la sala de endoscopias debería ser una táctica habitual, para su uso en determinados pacientes con enfermedad añadida.

El departamento de enfermería es una pieza clave en todo el proceso, desde antes a después de éste. En la tabla 1 se expresan las actividades que deben llevar a cabo.

TÉCNICA

El uso de la sedación se ha extendido, ya que la diferente morfología del sigma puede obligarnos a estiramientos con frecuencia dolorosos del meso para rectificar los bucles del intestino⁴. Por otra parte, la insuflación aumenta las molestias del paciente. El inconveniente de la sedación consiste en que la ausencia de dolor exige una mayor experiencia por parte del explorador, y la prudencia de no avanzar jamás sin imagen, ya que el riesgo de perforación es mayor si no se tienen en cuenta estas premisas. La postura a gusto del explorador puede ser en posición ginecológica o en decúbito lateral izquierdo.



Figura 1a. Colon transverso.



Figura 2a. Ileitis terminal (enfermedad de Crohn).

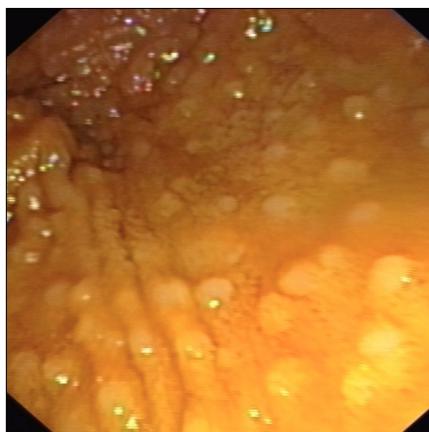


Figura 1b. Ileitis follicular.



Figura 2b. Colitis ulcerosa.

Tras la inserción del colonoscopio en el recto, sujetando el fibroscopio con la mano izquierda o dejándolo en manos del ayudante, a la vez que se imprimen giros alrededor de su eje y con la mano derecha se dirige la punta desde el cabezal, se progresó en sentido caudal, evitando los diversos ángulos que salgan al paso. Una vez superado el sigma, la dificultad siguiente es el ángulo esplénico del colon que nos da paso al colon transverso, distinguible por sus características haustras de forma triangular (fig. 1a). El ángulo hepático deja traslucir una coloración azulada violácea que corresponde al hígado y sirve para situarnos durante la progresión a ciego, donde distinguiremos la válvula ileocecal generalmente en la cresta de un pliegue que permite al vencerla apreciar el ileón terminal (fig. 1b).

La insuflación que vamos realizando desde que el aparato atraviesa el canal anal y las sucesivas rectificaciones del trato intestinal con retiradas cortas y energéticas nos han de permitir llegar a completar la exploración en el 99% de los casos.

INDICACIONES

En términos generales, podrían agruparse en los procesos nosológicos con repercusión en la mucosa del intestino grueso y en la comprobación de imágenes dudosas obtenidas por otros procedimientos diagnósticos, como ecografía, radiología, resonancia magnética, tomografía computarizada, etc.

Las indicaciones concretas, así como las contraindicaciones, se expresan en las tablas 2 y 3^{5,6}.

Además de la visión de las posibles lesiones o enfermedades, la técnica nos permite la obtención de muestras biopsicas para su

posterior estudio histológico, lo que añade una mayor capacidad diagnóstica a la técnica, al validar los diferentes estadios de la enfermedad.

Por otra parte, hay una serie de técnicas intervencionistas, como la polipectomía, el tratamiento de lesiones sangrantes con láser,

Tabla 1. Actividades de la enfermera de endoscopias

Previas a la exploración

- Verificar la preparación del colon (fig. 1a)
- Explicar el procedimiento al paciente
- Comprobar la existencia de los consentimientos informados
- Verificar la historia y la filiación del paciente
- Controlar y preparar el instrumental, pensando en la posible aparición de complicaciones
- Conocimiento del procedimiento: 2 manos o 4 manos
- No avanzar con el equipo al observarse presión o molestias por el paciente

Posteriores a la exploración

- Controlar la recuperación del paciente
- Vigilar las reacciones tras la sedación
- Activar la expulsión de gases del colon (aire)
- Vigilar posibles signos de perforación
- Explicar al paciente y a su familia los cuidados posteriores

Tabla 2. Indicaciones de la videofibrocolonoscopia

- Hemorragia activa rectal
- Sangre oculta en heces
- Enfermedad inflamatoria intestinal (figs. 2a y 2b)
- Anemia sin otra causa conocida
- Alteraciones del hábito intestinal
- Poliposis colónica: polipectomía (fig. 3)
- Colonoscopia intraoperatoria
- Enfermedad anorrectal

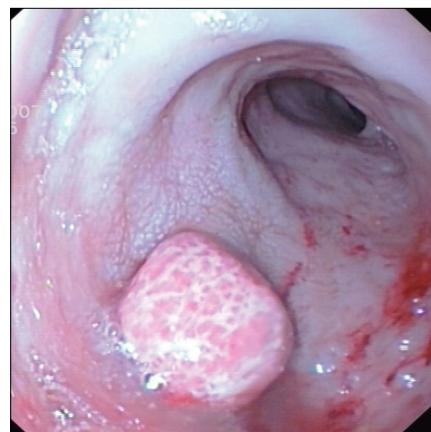


Figura 3. Pólipo rectal.

Tabla 3. Contraindicaciones de la videocolonoscopia

Absolutas

- Peritonitis
- Perforación intestinal
- Colitis fulminante
- Tromboembolia pulmonar reciente

Relativas

- Pacientes con ascitis
- Pacientes sometidos a diálisis peritoneal
- Hemorragia masiva
- Estado cardiopulmonar inestable
- Cirugía intestinal reciente

BIBLIOGRAFÍA

APC www.apcontinuada.com
Encontrará enlaces a los
resúmenes de esta bibliografía

● Importante ●● Muy importante

1. ● Beltrán S, Varea V, Vilar P. La fibroendoscopia en patología digestiva infantil. Barcelona: Editorial Jims; 1980. p. 169-96.
2. ●● Cordeiro-Ferreira G, Martín de Carpi J, Alfonso I. Exploraciones gastroenterológicas. En: Cruz M, editor. Tratado de pediatría. 9.^a edición. Madrid: Ergon editores; 2006. p. 1052-3.
3. ● Shaoul R, Haloon L. An assessment of bisacodyl-based bowel preparation for colonoscopy in children. *J Gastroenterol.* 2007;42:26-8.
4. ● Rex DK, Chen SC, Overhiser AJ. Colonoscopy Technique in Consecutive Patients Referred for Prior Incomplete Colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;1 [En prensa].
5. ● Abreu L. Rectosigmoidoscopia flexible y colonoscopia. Indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. Aspectos técnicos. Cap. 30. En: Abreu L, editor. Gastroenterología: endoscopía diagnóstica y terapéutica. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2007.
6. ● Pollina JE, Ibarz JA, Martinez-Pardo NG, Bravo MR, Villacampa RE. Pediatric endoscopy: state of the art. *Cir Pediatr.* 2007;20:29-32.
7. ● Iacomo G, Ravelli A, Prima L, Scalici C, Bolognini S, Chiappa S, et al. Colonic lymphoid nodular hyperplasia in children: relationship to food hypersensitivity. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:361-6.

etc., que hacen que ésta sea una exploración resolutiva en una gran parte de las enfermedades que afectan al intestino grueso e íleon terminal⁷.