



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

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

H. Uchima<sup>1,2</sup>, D. Barquero<sup>3</sup>, J.M. Esteban<sup>4</sup>, J.C. Espinós<sup>2,5</sup>, J.C. Marín<sup>6</sup>, P. Rosón<sup>7</sup>, F. Fernández Cadenas<sup>8</sup>, M.A. Palacio Galán<sup>8</sup>, I. Puig<sup>9</sup>, J. Rodríguez-Sánchez<sup>10</sup>, M. Fraile<sup>8</sup>, A. Ortega<sup>7</sup>, J. Arribas<sup>6</sup>, L. Mel<sup>4</sup>, F. Sábado<sup>11</sup>, J. García-Lledó<sup>12</sup>, A. Fernández<sup>3</sup>, Eduardo Albéniz<sup>13</sup>, A. Mata<sup>2,3</sup> y Grupo de Resección Mucosa GSEED<sup>14</sup>

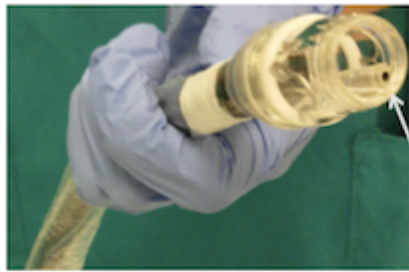
<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>2</sup>Centro Médico Teknon, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. <sup>4</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>5</sup>Hospital Mútua de Terrassa. <sup>6</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.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

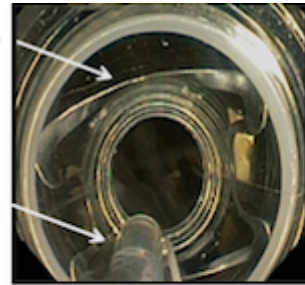
**Objetivos:** Estudiar la seguridad y viabilidad de la resección transmural en colon. **Métodos:** Los datos clínicos, endoscópicos e histológicos se recolectaron prospectivamente en todos los casos de EFTR realizados en 10 centros de España utilizando el kit FTRD (Ovesco Endoscopy, Tübingen, Alemania)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

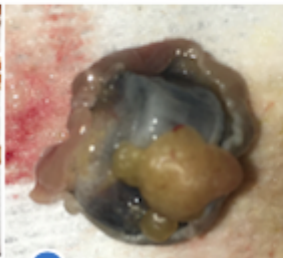
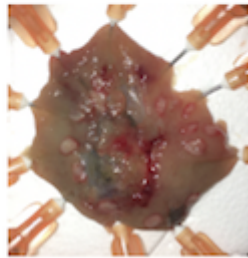
Capuchón



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.