



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
**Hospital General de Agudos Dr. Carlos G. Durand**  
**Unidad de Gastroenterología**  
Jefe de Servicio: Dr. Carlos E. Brodersen  
Jefe de sección Endoscopia: Dr. Lorenzo F. Padin



## Primera Jornada de Disección Submucosa Endoscópica



Hospital General de Agudos "Dr. Carlos G. Durand"  
**Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva**

Octubre 2017

**Invitado extranjero: Andrés Donoso (Chile)**

**ERBE**



## **SINOPSIS JORNADA DE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA**

---

El pasado miércoles 4 de octubre de 2017, según lo comunicado a la Dirección y Departamento de Docencia e Investigación, se llevó a cabo en la sala de endoscopia de nuestro servicio la PRIMERA JORNADA DE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA con la participación especial de un invitado extranjero, el Dr. Andrés Donoso, docente, endoscopista y gastroenterólogo de la Universidad Católica de Chile y capacitador de trayectoria mundial en técnica de Disección Submucosa Endoscópica (ESD).

Dicha jornada fue posible gracias al esfuerzo de todo nuestro personal de guardia, médicos de planta y médicos residentes, sumado a la colaboración de Laboratorio Sanitas, Acher, Gastrotex y Griensu, quienes nos facilitaron traslado y alojamiento del invitado, materiales endoscópicos, bomba de CO2 y torres de endoscopia Fujinon de última generación, entre otras cosas.

El cronograma del evento constó de una charla inicial en la cual el Dr. Donoso nos introdujo a la técnica de ESD, sus indicaciones, ventajas y desventajas, estado actual en el mundo y nuestro medio, curva de capacitación.

A continuación mientras los asistentes disfrutaban de un desayuno, el Dr. Andrés Donoso y el Dr. Félix Trelles, junto con los asistentes endoscópicos, residentes de 4to año, y técnicos de bomba de CO2, ERBE y Fujinon, ultimaron hasta el último detalle de la sala de endoscopia y repasaron los casos clínicos a ser tratados.

En una extensa jornada matutina y vespertina, se resolvieron los casos y los mismos fueron transmitidos en vivo a la sala de reunión a los asistentes.

En total se resolvieron 4 casos clínicos de diversa complejidad. A continuación una breve reseña de cada caso y resolución:

### 1. Angélica Ofelia Rojas.



- **Indicación:** Mujer de 78 años con adenoma tubular con displasia de bajo grado en cara anterior de bulbo duodenal en 2015.

- **VEDA:** En cara anterior de bulbo duodenal, se identifica lesión plano-elevada (Paris 0-IIa), de 8 mm en su diámetro mayor, con patrón mucoso alterado. Se intenta elevación de la misma sin éxito. Se ectomiza en piece meal con avulsión fría con fórceps. Sin complicaciones inmediatas. Se realiza tratamiento de escara con coagulación con coagrasper.

- **AP:** Adenoma tubular con DBG.
- **Seguimiento:** Asintomática. Vigilancia endoscópica.

### 2. Roxana Flores.

- **Indicación:** Mujer de 52 años que consultó por hematoquezia y se le realizó VCC con múltiples polipectomías, una de las cuales fue incompleta con compromiso de márgenes de la pieza, ubicada en recto bajo.
- **VCC:** En recto bajo se identifica lesión residual de 15 mm sobre área de fibrosis se intenta resección con técnica de resección submucosa. Por dificultad técnica se decide realizar extracción con fórceps, observando extracción completa de la lesión se realiza fulguración de los bordes con coagrasper.
- **AP:** Adenoma con DBG.
- **Seguimiento:** Asintomática. Vigilancia endoscópica.

### 3. José Gomez.

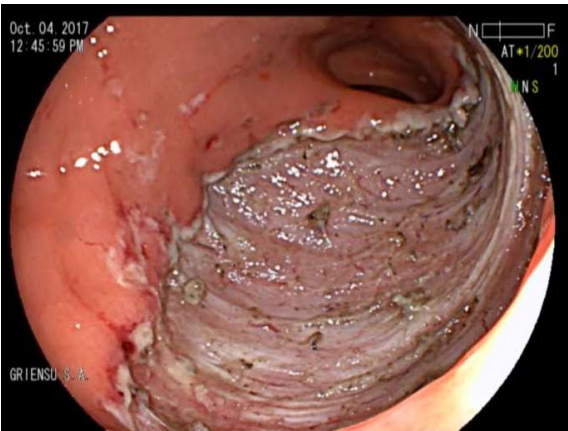
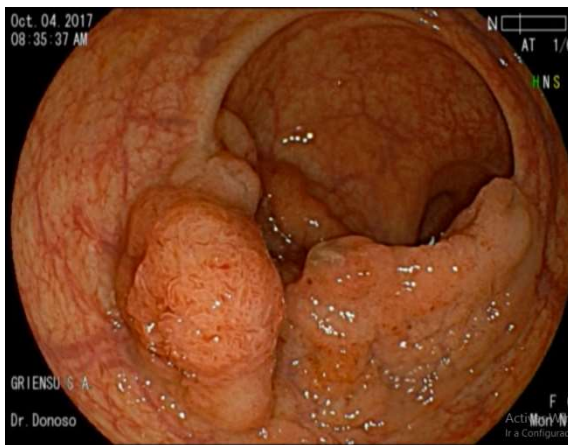
- **Indicación:** Hombre de 71 años que se realizó VCC por pesquisa de CCR hallándose lesión elevada compleja en ciego.
- **VCC:** Se avanza hasta íleon terminal y se recorren sus 20 cm distales sin evidenciarse lesiones mucosas. Se logra intubación cecal y se reconocen estructuras anatómicas. En topografía de fondo cecal se identifica lesión elevada granular homogénea, de aproximadamente 30 mm en su diámetro mayor, que respeta válvula ileocecal. Se realiza cromoendoscopia con índigo carmín delimitando adecuadamente sus bordes, y magnificación que identifica un pit pattern Kudo III L en toda su extensión. Se realiza resección en piece meal con técnica de mucosectomía. Se identifica sangrado inmediato que se controla con la colocación de clip hemostático. Revisión de escara sin evidencia de

solución de continuidad y hemostasia adecuada. Se recuperan piezas para su evaluación histopatológica. Contralateral a la lesión anterior se observa lesión elevada de 10 mm, con patrón mucoso alterado. Se difiere su resección. En los restantes sectores colónicos no se identificaron lesiones elevadas, estenosantes o deprimidas. Patrón vascular y calibre luminal conservados.

- **AP:** Adenoma tubular con DBG.
- **Seguimiento:** Asintomático. Vigilancia endoscópica.

#### 4. Nidia Montaner.

- **Indicación:** Mujer de 66 años que consultó por hematoquezia y en VCC se encuentra lesión rectal extensa.



- **VCC:** A 5 cm del margen anal se identifica lesión ya conocida. Se trata de un lesión elevada, de crecimiento lateral en forma de semiluna, que ocupa el 75% de la circunferencia, de superficie granular con un nódulo dominante en su sector anal, que mide aproximadamente 10 cm x 6 cm. Se realiza cromoendoscopia y magnificación, pudiendo delimitar adecuadamente sus bordes y determinando la presencia de un pit pattern Kudo III - IV en toda su extensión. Se ectomiza con técnica de disección submucosa en bloque. Sin complicaciones inmediatas y adecuada hemostasia. Revisión de escara sin evidencia de solución de continuidad. Márgenes libres de lesión mayor de 1 mm a la inspección macroscópica. Se realiza estaqueo de pieza para evaluación histopatológica.

- **AP:** Adenocarcinoma de colon bien diferenciado, con márgenes libre de lesión, sin invasión linfovacular (revisión por un 2do patólogo especializado en Htal. Bonorino Udaondo)

- **Seguimiento:** Vigilancia endoscópica en diciembre 2017 sin lesión residual con biopsias de escara negativas.

Consideramos que esta jornada fue exitosa y de gran importancia para nuestro servicio, nuestro hospital y, por supuesto, para nuestros pacientes.

La capacitación profesional continua es uno de nuestros pilares, y en esta jornada hemos aprendido observando en vivo la resolución de los casos y los diferentes secretos de esta técnica novedosa en nuestro medio, ya muy desarrollada y utilizada en otros centros endoscópicos del mundo, sobre todo Japón.

Desde este servicio planteamos la necesidad de contar con equipos de alta definición y bomba de CO2 para la resolución de casos similares a los expuestos. Es vasta la bibliografía científica mundial de alto nivel de evidencia que demuestra la utilidad de la cromoendoscopia digital y magnificación para predicción de malignidad y displasia según el patrón mucoso y vascular de las lesiones. El uso de CO2 supone un alto grado de seguridad para la realización de procedimientos endoscópicos terapéuticos de gran complejidad.

Nos comprometemos a continuar capacitándonos y continuar en la búsqueda de la excelencia en nuestro quehacer, deseando que en un futuro cercano la ESD no sea una excepción sino una realidad factible y disponible para nuestros pacientes.