



Acta Gastroenterológica Latinoamericana
ISSN: 0300-9033
ISSN: 2429-1119
actasage@gmail.com
Sociedad Argentina de Gastroenterología
Argentina

Cierre de perforación de intestino delgado posterior a polipectomía de pólipos hamartomatosos

Soria, Víctor Abecia; Pizzala, Juan Eduardo; Mahler, Manuel Alejandro; Manazzoni, Dante; Duran, Sebastián; Rinaudo, Santiago; González, María Laura; Marcolongo, Mariano

Cierre de perforación de intestino delgado posterior a polipectomía de pólipos hamartomatosos

Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 50, núm. 1, 2020

Sociedad Argentina de Gastroenterología, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199362767011>

Cierre de perforación de intestino delgado posterior a polipectomía de polipo hamartomatoso

Endoscopic closure of small bowel perforation following endoscopic resection of a hamartomatous polyp

Víctor Abecia Soria victor.abecia@hospitalitaliano.org.ar
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Juan Eduardo Pizzala
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Manuel Alejandro Mahler
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Dante Manazzoni
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Sebastián Duran
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Santiago Rinaudo
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

María Laura González
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Mariano Marcolongo
Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Acta Gastroenterológica
Latinoamericana, vol. 50, núm. 1, 2020

Sociedad Argentina de Gastroenterología,
Argentina

Recepción: 29 Mayo 2018
Aprobación: 28 Mayo 2019
Publicación: 23 Marzo 2020

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199362767011>

Resumen: La enteroscopia asistida es un procedimiento terapéutico que permite un abordaje no quirúrgico en los pacientes con pólipos de intestino delgado. En los pacientes con síndrome de Peutz Jeghers, este método es efectivo y seguro para el tratamiento de los pólipos del intestino delgado. Aunque las complicaciones son poco frecuentes, cuando se presentan pueden manejarse endoscópicamente, como en nuestro caso. Presentamos un paciente de 16 años con antecedentes de SPJ al que se le realizó resección endoscópica por enteroscopia de un pólipo de yeyuno de aproximadamente 3 cm. Durante el procedimiento terapéutico presentó como complicación una perforación intestinal que pudo ser advertida y reparada por métodos endoscópicos con una buena evolución clínica.

Palabras clave: Enteroscopia simple balón, síndrome de Peutz Jeghers, complicaciones postoperatorias, intestino delgado, pediatría.

Abstract: Single balloon enteroscopy allows a non-surgical therapeutic approach in patients with small bowel polyps. In patients with Peutz Jeghers Syndrome (SPJ) resection of hamartomatous polyps with this method is safe and effective. Although complications are

rare, if they occur, they can be managed conservatively. We present a 16-year-old patient with a history of PJS who underwent an enteroscopy for small bowel polyps. Endoscopic resection of a 3 cm jejunum polyp was performed, and a full thickness intestinal perforation was immediately noticed after the resection. We were able to close the gap with hemo clips. The patient had an excellent clinical outcome.

Keywords: Single-balloon enteroscopy , Peutz-Jeghers Syndrome , postoperative complications , small intestine , pediatric .

Abreviaturas

SPJ: Síndrome de Putz Jeghers.

Descripción del caso

Presentamos el caso de un paciente de 16 años con antecedentes personales y familiares de SPJ que consulta por episodios de reiterados de suboclusión intestinal. En tomografía abdominopelviana con contraste EV y técnica de enteroclisia se observaron dos lesiones polipoideas, una de ellas, la más grande, impresionaba localizada en el íleon y presentaba el signo del halo o de la escarapela (Figura 1) sugestiva de intususcepción. Ante la presunción de que este pólipo localizado en el íleon era la causa más probable de los síntomas se indicó una enteroscopia asistida por balón en forma retrógrada. En el procedimiento se avanzó aproximadamente 150 centímetros desde válvula ileocecal, sin observarse lesiones. Se decide marcado con tinta china en la submucosa (tatuaje) del punto más proximal alcanzado en forma retrógrada.

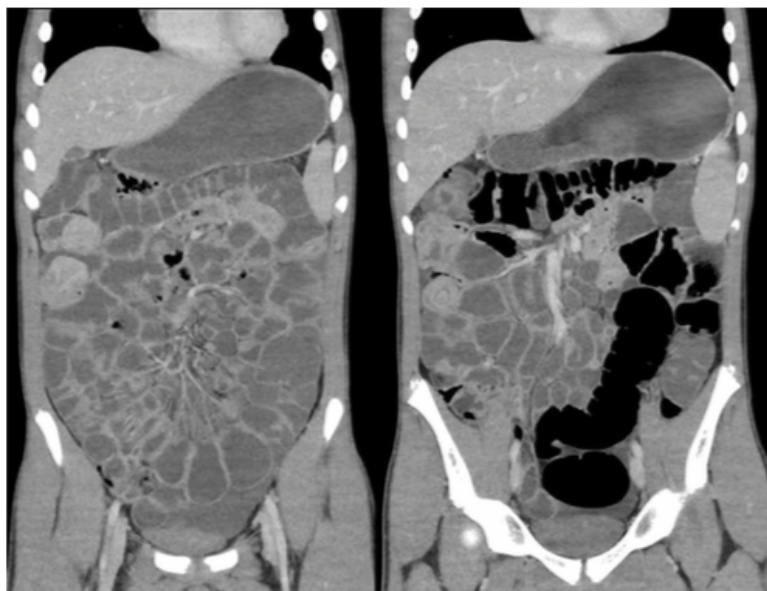


Figura 1

Se realiza cápsula endoscópica y se observan los dos pólipos descritos en enterotomografía pero ubicados a nivel de yeyuno proximal. En localización distal a ellos se observó el tatuaje realizado en la enteroscopia previa. Posteriormente se realizó una enteroscopia anterógrada y se

observó pólipo sésil de aproximadamente 3 cm a nivel de yeyuno proximal. Se decide su resección endoscópica. En primera instancia se inyecta solución fisiológica con azul de metileno en la submucosa y se realiza la resección del primer fragmento, observándose en base de resección una solución de continuidad compatible con perforación. Se decide la administración de antibióticos endovenosos y continuar con la resección del resto de la lesión. Luego de completar la resección en fragmentos se procede al cierre de la perforación con clips metálicos “resolution” (Boston Scientific). Se realiza cierre por planos, cerrando inicialmente el plano muscular y posteriormente el plano mucoso hasta lograr el cierre definitivo de la solución de continuidad con siete clips. Antes de finalizar el procedimiento se realizó instilación de contraste en el sitio de la perforación, sin evidencia de fuga a la cavidad peritoneal (Video 1). En radiografía de abdomen se confirmó neumoperitoneo (Figura 2).



Figura 2

El paciente fue monitorizado en unidad de cuidados intensivos pediátricos y continuó con antibioticoterapia. Posterior al procedimiento solo presentó dolor abdominal leve que cedió con analgésicos comunes sin requerir ninguna otra conducta activa. El paciente fue externado a las 72 horas. A los 8 meses se realizó una enteroscopia en la que se resecó el pólipo restante sin complicaciones y se observó cicatriz de resección previa sin lesión residual (Figura 3).

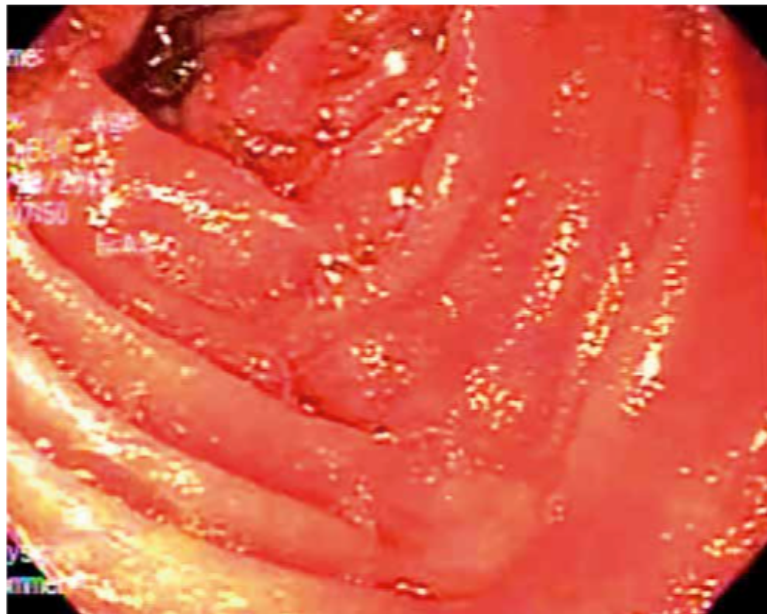


Figura 3

Discusión

Los pólipos de intestino delgado son infrecuentes y habitualmente se manifiestan con síntomas inespecíficos. Sin embargo, en el síndrome de Peutz Jeghers, una enfermedad autosómica dominante que se caracteriza por la presencia de pólipos hamartomatosos en el tracto digestivo y pigmentación cutáneo mucosa, los pólipos de intestino delgado son muy frecuentes.¹ La tomografía con técnica de enteroclis es un procedimiento útil en la detección de tumores de intestino delgado, entre ellos los pólipos hamartomatosos.² No obstante, nuestro caso, aunque permitió la presunción etiológica de los síntomas, no fue certero en la localización anatómica de las lesiones descritas. La enteroscopia en el manejo de los pólipos de intestino delgado no solo permite una mejor certeza diagnóstica en comparación con otros métodos, sino que además posibilita su abordaje terapéutico.³ Esta opción terapéutica ha dejado en segundo plano a otros tratamientos más invasivos como la resección quirúrgica o la enteroscopia intraoperatoria. En los pacientes con SPJ, la resección endoscópica por enteroscopia de los pólipos de intestino delgado es segura y permite un abordaje no quirúrgico en la mayoría de los pacientes con este trastorno. Las complicaciones son infrecuentes y cuando se presentan pueden ser manejadas con tratamiento endoscópico, como en nuestro paciente.⁴ La mayoría de los reportes al respecto están basados en enteroscopia asistida por sistema de doble balón. No obstante, existen datos que sugieren que la efectividad y la seguridad de ambos sistemas (simple balón o doble balón) serían equivalentes;⁵ aunque en algunas series de casos se observa un beneficio del sistema de simple balón en la duración del procedimiento y en los costos.⁶

Referencias

1. Beggs AD, Latchford AR, Vasen HF, et al. Peutz-Jeghers syndrome: a systematic review and recommendations for management. *Gut* 2010; 59: 975-986.
2. Romano S, De Lutio E, Rollandi GA, Romano L, Grassi R, Maglente DD. Multidetector computed tomography enteroclysis (MDCT-E) with neutral enteral and IV contrast enhancement in tumor detection. *Eur Radiol* 2005; 15: 1178-1183.
3. Ohmiya N, Nakamura M, Tahara T, et al. Management of small-bowel polyps at double-balloon enteroscopy. *Ann Transl Med* 2014; 2(3): 30.
4. Sakamoto H, Yamamoto H, Hayashi Y, et al. Nonsurgical management of small-bowel polyps in Peutz-Jeghers syndrome with extensive polypectomy by using double-balloon endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2011; 74(2): 328-333.
5. Aggarwal P, Kumaravel V, Upchurch BR, et al. Single-balloon enteroscopy in managing Peutz Jeghers syndrome polyps. *Therap Adv Gastroenterol* 2012; 5(6): 439-441.
6. Upchurch BR, Sanaka MR, Lopez AR, Vargo JJ, et al. The clinical utility of single-balloon enteroscopy: a single-center experience of 172 procedures. *Gastrointest Endosc* 2010; 71 (7): 1218-1223.

Notas de autor

victor.abecia@hospitalitaliano.org.ar

Enlace alternativo

<http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2020/Vol-50-N1/Vol50N1-PDF14.pdf> (pdf)