

Resección total de la pared colorrectal mediante el dispositivo FTRD®

Sandra Lencinas

Hospital Alemán. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La resección endoscópica del espesor total de la pared colorrectal mediante el dispositivo Ovesco FTRD® (Full Thickness Resection Device) System es una técnica que permite mediante colonoscopia la excisión de una lesión colorrectal junto con toda la pared donde asienta. Esto se realiza utilizando un clip Ovesco (Over-the-scope) modificado y la principal ventaja es que permite un análisis histopatológico adecuado de la pieza reseçada. Se realiza en la mayoría de los casos en forma ambulatoria y puede constituir una alternativa al tratamiento quirúrgico en casos seleccionados.

Palabras clave: FTRD; Colonoscopia; Pared colorrectal

ABSTRACT

Endoscopic resection of the entire thickness of the colorectal wall using the Ovesco FTRD® device (Full Thickness Resection Device) system is a technique that allows removing a colorectal lesion along with the entire wall where it sits, by colonoscopy. This is done using a modified Ovesco (Over-the-scope) clip and the main advantage is that it allows an adequate histopathological analysis of the resected specimen. It is mostly performed on an outpatient basis and can be an alternative to surgical treatment in selected cases.

Keywords: FTRD; Colonoscopy; Colorectal wall

INTRODUCCIÓN

La resección endoscópica del espesor total de la pared colorrectal mediante el dispositivo Ovesco FTRD® (Full Thickness Resection Device) System es una técnica de resección transluminal y mínimamente invasiva, relativamente nueva. Este dispositivo se aprobó para ser utilizado en el colon en septiembre de 2014 y estuvo disponible en nuestro país a fines de 2017.

Se utiliza para lesiones que no pueden ser reseçadas mediante otras técnicas endoscópicas, como la resección mucosa o la disección submucosa endoscópica.¹

Tiene indicaciones precisas para:

1. Resección de:¹⁻³

- Lesiones con signos de no elevación por fibrosis o cicatriz, como ocurre en los adenomas recurrentes.
- Cánceres colorrectales tempranos (T1 Sm1).
- Adenomas en localizaciones difíciles, como los situados en divertículos o en el orificio apendicular.
- Lesiones subepiteliales pequeñas.

2. Biopsia transmural para el diagnóstico de pacientes con trastornos de la motilidad, como por ejemplo la enfermedad de Hirschsprung. Está contraindicada en:¹⁻³

- Lesiones mayores de 30 mm, debido al tamaño del dispositivo.

- Carcinomas infiltrantes.
- Casos de estenosis colorrectal, y donde la lesión a reseçar esté situada proximalmente, ya que va a ser difícil avanzar el dispositivo.

MÉTODO

La resección endoscópica de la pared completa se basa en el concepto básico de cerrar el defecto antes de reseçar.¹ Para esto se debe duplicar la pared colónica generando un pseudopéndice

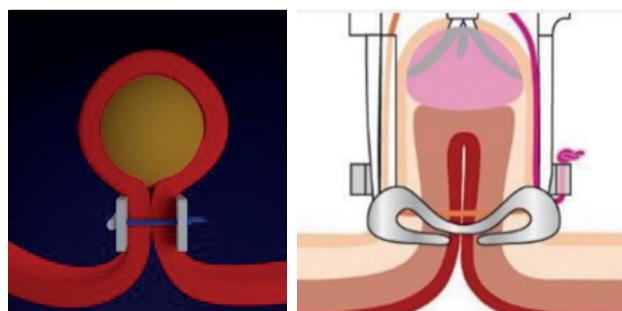


Figura 1. Esquema de duplicación de la pared, cierre del clip y del ansa.

La autora declara ausencia de conflictos de interés. Sandra Lencinas | sandralencinas@gmail.com

Recibido: febrero de 2022. Aprobado: julio de 2022.

Sandra Lencinas: <https://orcid.org/0000-0002-4361-8711>

donde se va a emplazar el clip. Por encima del mismo se cierra el ansa y se reseca la lesión con electrocoagulación (Fig. 1).

El dispositivo FTRD® (Fig. 2) es un clip ovesco modificado de 14 mm, montado sobre un cap que se coloca en la punta del colonoscopio. Este cap tiene una longitud de 23 mm y un diámetro externo de 21 mm.¹

El ansa monofilamento está emplazada en el extremo interno del cap y corre por dentro de una funda plástica que se adosa y fija con cintas adhesivas a la caña del colonoscopio a manera de un canal accesorio.

Por dentro del canal de trabajo se pasa el grasper, que es la pinza con la cual se va a tomar la lesión.

El dispositivo totalmente armado tiene un sistema para disparar el clip similar al del set de bandas, que se coloca en el extremo proximal del canal de trabajo del endoscopio.

En las Figs. 3 y 4 se observan los pasos de la técnica.¹ Se necesita tener disponible dos colonoscopios.

Con el primero:

1. Se ingresa y localiza la lesión.
2. Se marca a 2 a 3 mm por fuera del borde toda la circunferencia con puntos de coagulación. Esta marcación debe quedar incluida dentro del capuchón al momento de efectuar la resección.

Con el segundo colonoscopio que tiene montado el dispositivo:

3. Se enfrenta adecuadamente dicha lesión.
4. Se la toma con el grasper y se la introduce dentro del cap con una suave tracción y SIN aspirar para evitar incorporar órganos adyacentes dentro del clip.

5. Se dispara y cierra el clip e inmediatamente se cierra el ansa por encima del mismo.

6. Se efectúa el corte reseca la lesión.

7. Se retira la pieza quirúrgica junto con el endoscopio.

Con el primer colonoscopio se vuelve a ingresar para efectuar el control del sitio de resección, controlando específicamente que no haya sangrado ni perforación y que la resección haya sido de pared completa.

Antes de realizar el procedimiento el paciente debe firmar el consentimiento informado y efectuar la preparación colónica. Este procedimiento se realiza bajo sedación anestésica y la profilaxis antibiótica se administra inmediatamente antes de iniciar el mismo.

El control endoscópico se debe realizar a los 3 meses.

DISCUSIÓN

EL Wall Resect Study¹ fue el estudio original que se llevó a cabo en 9 centros alemanes e incluyó 181 pacientes. Tuvieron un tiempo promedio de realización de 50 (3-190) min, un éxito técnico del 89,5% y una tasa de resección R0=76,9%. La tasa de complicaciones fue del 9,9%, e incluyó perforaciones, apendicitis aguda y 1 fistula enterocolónica. Esta tasa impresionante ser elevada, pero parece aceptable si tenemos en cuenta que el método se utiliza para lesiones difíciles, que no pueden researse con otras técnicas. En la literatura publicada se registra una tasa de resección en bloc del 94-95%, resección de pared

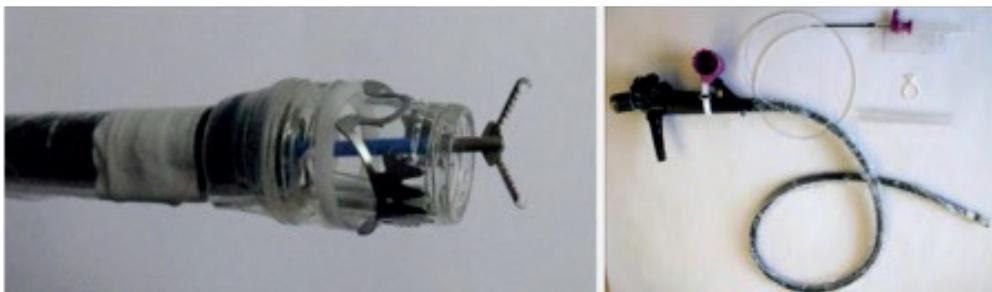


Figura 2.
Dispositivo montado en el colonoscopio. Full-thickness Resection Device (FTRD®, Ovesco Endoscopy).

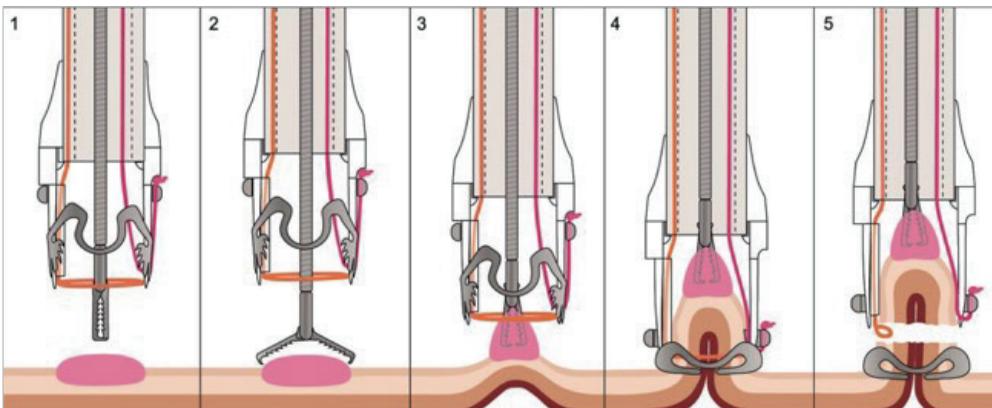


Figura 3.
Esquema de la resección:
1. Enfrentamiento de la lesión.
2. Toma de la misma con el grasper.
3. Introducción en el cap.
4. Cierre del clip FTRD y el ansa.
5. Sección de la lesión.



Figura 4 A. Técnica: Identificación y marcación de la lesión.



Figura 4 B. Técnica: Enfrentamiento, toma de la lesión e introducción dentro del cap.



Figura 4 C. Técnica: Cierre del clip y el ansa, sección y extracción de la pieza, revisión del sitio de resección.

total del 83-89,5% y resección R0 del 78,8-84,9%.^{1,4-8} Los eventos adversos fueron sangrado (2-2,2%), perforación (<0,1-0,19%) y síndrome postpolipectomía (0,9-2,3%).

En el seguimiento es importante evaluar la presencia de lesión residual o recurrente (8,5-12,6%) en el sitio de resección. El requerimiento de cirugía varía entre 6,3 y 7%, incluyendo la indicada por eventos adversos, persistencia de patología y cuando el FTRD no fue curativo.^{1,4-8}

CONCLUSIÓN

Si bien se necesitan más estudios, la resección endoscópica del espesor total de la pared colorrectal mediante el dispositivo Ovesco FTRD® puede ser una alternativa a la cirugía en casos seleccionados.

Es una técnica efectiva y con una alta tasa de éxito técnico, pero requiere entrenamiento previo para ser llevada a cabo en forma segura en los pacientes.

REFERENCIAS

- Schmidt A, Beyna T, Schumacher B, Meining A, Richter-Schrag H-J, Messmann H et al. Colonoscopic full-thickness resection using an over-the-scope device: a prospective multicentre study in various indications. *Gut* 2018; 67:1280-89.
- Vitali F, Naegel A, Siebler J, Neurath MF, Rath T. Endoscopic full-thickness resection with an over-the-scope clip device (FTRD) in the colorectum: results from a university tertiary referral center. *Endoscopy International Open* 2018; 06:E98-E103.
- Meier B, Stritzke B, Kuellmer A, Zervoulakos P, Huebner GH, Repp M, et al. Efficacy and safety of endoscopic full-thickness resection in the colorectum: Results from the German Colonic FTRD Registry. *Am J Gastroenterol* 2020; 115:1998-2006.
- Fahmawi Y, Hanjar A, Ahmed Y, Abdalhadi H, Mulekar M, Merritt L, et al. Efficacy and safety of full-thickness resection device (FTRD) for colorectal lesions endoscopic full-thickness resection. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2021; 55:e27-e36.
- Brewer Gutierrez O, Akshintala V, Ichkhanian Y, Brewer G, Hanada Y, Truskey M, et al. Endoscopic full-thickness resection using a clip non-exposed method for gastrointestinal tract lesions: a meta-analysis. *Endoscopy International Open* 2020; 08:E313-E325.
- Wannhoff A, Meier B, Caca K. Systematic review and meta-analysis on effectiveness and safety of the full-thickness resection device (FTRD) in the colon. *Z Gastroenterol* 2021; 29.doi: 10.1055/a-1310-4320.
- Peiwen L, Ma B, Shulei G, Zhang X, Li W. Efficacy and safety of endoscopic full thickness resection in the colon and rectum using an over the scope device: a meta analysis. *Surg Endoscopy*. doi.org/10.1007/s00464-020-07387-w.
- Dolan R, Najdat Bazarbashi A, McCarty T, Thompson C, Aihara H. Endoscopic full-thickness resection of colorectal lesions: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2022; 95: 216-24.

COMENTARIO

En esta presentación se realiza un repaso de la técnica de resección endoscópica transmural de lesiones colónicas mediante el dispositivo FTRD (Full Thickness Resection Device). Como se explica, consiste en la resección en bloque de la lesión junto con el espesor de la pared del colon, utilizando el dispositivo FTRD.

Es importante la identificación y marcación de los bordes de la lesión; luego enfrentarla al endoscopio con el FTRD montado, traccionar la lesión con el grasper e introducirla dentro del cap, continuar con la liberación del clip y sección de la lesión.

Está indicado en lesiones que no pueden resecarse mediante técnicas convencionales (como la resección endoscópica mucosa o la disección endoscópica submucosa).

Una de las limitantes del procedimiento es el tamaño de la lesión, la localización de la misma (por la dificultad en la visualización de la lesión durante las maniobras técnicas) y la rigidez de la pared donde asienta la lesión.

El riesgo de complicaciones, como perforación y sangrado, existe.

En esta presentación no hay casos realizados, pero se mencionan algunos estudios publicados.

Se debe tener claridad en el diálogo previo con el paciente en cuanto a porcentaje de éxito resectivo y complicaciones

posibles. Es una herramienta endoscópica muy útil para casos seleccionados.

Para realizar este procedimiento se requiere previamente de un entrenamiento especializado, con supervisión tutorial en centros de referencia.

Marcelo Pollastri

Hospital Privado de Rosario. Rosario, Santa Fe, Argentina.