

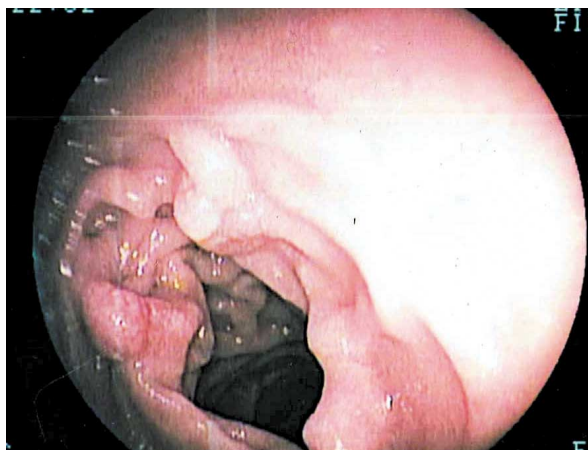
Solución del caso: Tratamiento de una fístula duodenal.

Otro uso de los *clips*

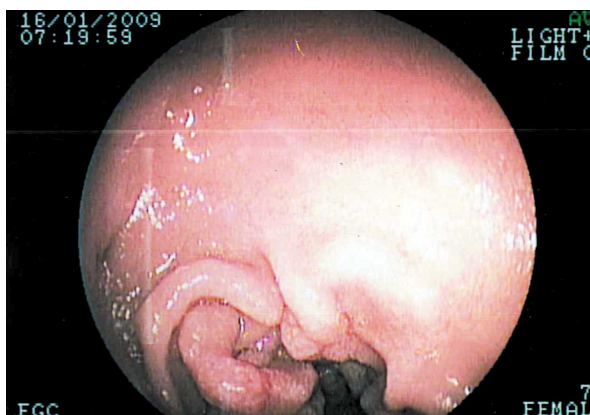
Viene de la página 6

La imagen (Figura 1) muestra la colocación de 2 *clips* sobre el orificio fistuloso formando un doble pliegue. Se constató la ausencia de salida de aire por la sonda luego del procedimiento. En los días que siguieron al procedimiento se mantuvo la supresión de la vía oral y se observó un descenso gradual del gasto por el drenaje. Al quinto día se inició la alimentación con líquidos y 48 horas luego de reinstalada la vía oral el gasto por la sonda fue nulo. A los 8 días de colocado los *clips* se realizó una endoscopia de control (Figura 2) en la que se verificó la ausencia de los mismos y el cierre del orificio fistuloso. Ante esta situación, se retiró la sonda Pezzer y la paciente fue dada de alta. Un mes después y con excelentes resultados clínicos se realizó una nueva endoscopia de control observándose un área de convergencia de pliegues en la topografía del orificio fistuloso (Figura 3).

Los primeros en describir el uso de los *clips* en la endoscopia digestiva fueron Hayasi y cols,¹ quienes los utilizaron para el tratamiento del sangrado gastrointestinal. Luego de las primeras descripciones con fines hemostáticos, se reportaron otros usos: cierre de perforaciones, fístulas, fisuras de anastomosis, prevención del sangrado post-polipectomía y marcación de lesiones en vista a resecciones quirúrgicas.² Para el cierre de las brechas de tejido que determina una perforación, el *endoclips* se coloca de tal forma que sus dientes se fijan en los márgenes de la brecha y al cerrarlo determina una aproximación de los bordes.² Binmoller y col³ describieron la primera aplicación del *endoclips* para el cierre de una perforación de 5 mm luego de una resección endoscópica con ansa de un leiomioma de estómago. We-walka y col⁴ publicaron el uso de *clips* para el tratamiento de una perforación de esófago luego de una dilatación neumática por acalasia, y Kaneko y col⁵ los utilizaron para el cierre de perforaciones que surgieron como complicaciones de resecciones de carcinoides de duodeno. Aunque es una técnica que requiere cierta destreza para un correcto cierre del *clips* con una ubicación adecuada, los excelentes resultados del uso de los *endoclips* en el cierre de perfora-



Figuras 2. Endoscopia a los 8 días.



Figuras 3. Endoscopia al mes.

ciones, fístulas y fugas de anastomosis indican que este procedimiento debería ser más y mejor explorado para solucionar este tipo de complicaciones. El uso de *endoclips* en el cierre de defectos superficiales cuando se realizan resecciones mucosas endoscópicas es una oportunidad para el entrenamiento necesario en la habilidad del manejo de estos accesorios.

El uso del *clips* lleva tres pasos sencillos: exposición en la luz del órgano, apertura máxima y colocación (cierre y liberación).⁶ Esta técnica tiene ciertas limitaciones: solo se coloca un *clips* por cada disparo, sus dientes solo permiten aproximar mucosa y

submucosa y su permanencia en el lugar donde se coloca es de pocos días. En ciertas topografías, como la cara posterior del bulbo duodenal, la pared posterior proximal de cuerpo gástrico y el cardias, presenta importantes dificultades en la colocación porque su dirección debe ser tangencial y la visión queda lateralizada en estas topografías.⁷

Hay pocos reportes de efectos adversos. Solo dos trabajos reportan como complicación la perforación, luego de la colocación del *clips* en el sitio de una polipectomía y luego de la colocación de *clips* para hemostasia de una lesión de Dieulafoy's en un divertículo de duodeno.

Es necesario el desarrollo de *clips* más largos y más fuertes que puedan lograr un clampeo más efectivo en los vasos y un cierre más hermético en las anastomosis. También se requiere que pueda colocarse más de un *clips* por cada introducción de catéter.

El endoscopista es capaz de cortar, inyectar, quemar, dilatar y colocar *stents*, pero no puede suturar.

Los *clips* son una herramienta similar a la sutura quirúrgica y su uso potencial continúa expandiéndose.

Referencias

1. Hayashi I, Yonezawa TM, Kuwabara T, Kudo I. The study on staunch clip for the treatment by endoscopy. *Gastroenterol Endosc* 1975;17:92-101.
2. Devereaux CE, Binmoeller KF. Endoclip: closing the surgical gap. *Gastrointest Endosc* 1999;50:440-442.
3. Binmoeller KF, Grimm H, Soehendra N. Endoscopic closure of a perforation using metallic *clips* after snare excision of gastric leiomyoma. *Gastrointest Endosc* 1993;39:172-174.
4. Wewalka FW, Cloldi PH, Haidinger D. Endoscopic clipping of esophageal perforation after pneumatic dilation for achalasia. *Endoscopy* 1995;27:608-611.
5. Kaneko T, Akamatsu T, Shimodaira K, Ueno T, Gotoh A, Mukawa K, Nakamura N, Kiyosawa K. Non-surgical treatment of duodenal perforation by endoscopic repair using a clipping device. *Gastrointest Endosc* 1999;50:410-414.
6. Raju GS, Gajula R. Technological review. *Endoclips* for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2004;59:267-279.
7. Grupka MJ, Benson J. Endoscopic clipping. *J Dig Dis* 2008; 9:72-78.