

Comentario al artículo:

Expert's corner

The most important maneuver during colonoscopy

Jerome D. Waye, MD.¹

Comentario: María Teresa Galiano de Sánchez, MD.²

Colonoscopy would be quite acceptable to most people if there were no pain during the examination.

The cause of visceral pain is mainly due to the stretch of the mesenteric attachments, with a lesser component related to the pressure of air distention. Using a magnetic imager, it has been shown that most of the patient discomfort occurs when the colonoscope tip is in the sigmoid colon and coincides with either looping or pulling back the shaft. Straightening of the shaft is the single most important technique in instrument passage.

American Journal of Gastroenterology 2004: 2086-2087

El doctor Jerome D. Waye, con una gran experiencia en la técnica de colonoscopia, nos describe en su artículo una serie de maniobras prácticas para realizar un procedimiento más confortable para el paciente y más fácil para el endoscopista. Informa que utilizando una imagen magnética se ha demostrado que la mayor incomodidad del paciente ocurre cuando la punta del colonoscopio se encuentra en el colon sigmoide y coincide con la formación de un asa o con la tracción retrógrada del tubo; enderezar el tubo es la maniobra técnica más importante. Utilizando intentos repetidos de acortamiento, replegando el colon en el instrumento, se puede llegar al ciego con una longitud del tubo desde el margen anal de 60 cm. Sin embargo, es necesario utilizar colonoscopios de

una longitud considerablemente mayor para llegar al ciego en posición corta, a menudo 100 a 130 cm de tubo se utilizan porque cada avance es acompañado de una formación de un asa sigmoidea. Debido a los múltiples pliegues, ángulos y curvaturas del colon es inevitable la formación de asas y rollos durante la intubación. Éstos pueden ser corregidos, en gran manera, halando hacia atrás, reenderezando el tubo después de cada avance del instrumento. Cuando hay dificultad en la intubación del colon derecho o del paso del instrumento en el ángulo hepático casi invariablemente se bloquea porque no se ha corregido el asa del colon izquierdo antes de avanzar en la intubación.

El mesocolon sigmoide siempre induce un espiral en el tubo en dirección de las manecillas del reloj cuando el instrumento pasa este segmento.

¹ Mount Sinai School of Medicine, Mount Sinai Hospital, New York City, New York.

² Gastroenteróloga Clínica de Marly. Bogotá, Colombia.

El endoscopio avanza del ano al colon descendente enrollándose, formando un espiral con dirección de las manecillas del reloj como si se insertara un tornillo.

Cuando el tubo es empujado en el recto, parte de la energía es para avanzar el instrumento, pero parte es dirigida al espiral obligatorio determinado por el mesenterio del sigmoide.

Invariablemente llega un momento en que el asa es grande y el paciente se queja de dolor que puede aliviarse retirando el instrumento lo cual resulta en tres efectos benéficos: enderezar el instrumento, plegar el colon en el tubo y desimpactar la punta del contacto mucoso directo; debido a la tendencia repetitiva del mesocolon a formar un asa en el tubo, después de avanzar la punta unos centímetros es inteligente tornar el instrumento ligeramente en dirección de las manecillas del reloj y retirar el tubo algunos centímetros para enderezarlo y plegar el colon. Durante esta maniobra la punta puede avanzar debido a que se remueve el asa. Si el asa no se remueve completamente cuando se reintroduce el tubo se reforma invariablemente causando los mismos problemas descritos previamente. Una visión del lumen no se debe tomar como una señal invariable de empujar el instrumento, porque un asa desconocida del tubo puede agrandarse causando dolor abdominal sin que haya movimiento de la punta del instrumento.

Es común durante la intubación la inserción de 60 cm del tubo sin que la punta avance más allá de la mitad del sigmoide formándose una gran asa dolorosa en la pelvis. Esto sucede a menudo por el avance con dificultad de la punta de la derecha a la izquierda enrollándose y doblándose en múltiples ángulos que solamente podrán ser corregidos con un retiro controlando el tubo.

La pregunta siempre será qué tanto retirar el tubo durante la remoción de las asas. Hay dos criterios que pueden ayudar. El primero: retirarlo lo suficiente para que no haya sensación táctil de tensión del

instrumento; la rotación del tubo causará que la punta rote en un arco que corresponde al movimiento rotatorio del instrumento. El segundo: si se encuentra un paso difícil alrededor de muchos pliegues y es imposible el progreso, se debe intentar retirar el instrumento del punto en donde se encuentran los pliegues difíciles, si el retiro resulta en un movimiento retrógrado de la punta más allá de los pliegues puede ser difícil reposicionarlo. Cuando este punto es alcanzado nuevamente y el endoscopio no se puede retirar por el riesgo de desenvolver muchos centímetros del colon que han sido plegados sobre el endoscopio, el retiro debe cesar; cuando el pliegue que fue difícil de intubar se ve, pero se siente todavía tensión en el instrumento y no se mueve libremente, el instrumento debe ser reavanzado en un intento de alcanzar la próxima curva del colon, en donde la punta puede ser desviada alrededor de la curva y realizar otra vez la maniobra de retiro.

Cuando el instrumento se retira en una configuración recta usando un torque en dirección de las manecillas del reloj, casi invariablemente se forma un asa en el tubo por fuera del paciente. Esta asa debe removerse por derrotación del tubo mientras se mantiene una visión del lumen. Una vez enderezado el tubo el avance es fácil. Como las uniones mesentéricas tienen siempre la tendencia a rehacer el asa en el sigmoide; derrotaciones repetidas ayudan a progresar el colonoscopia.

El mantenimiento del instrumento derecho requiere intentos repetidos y continuos de retirar y remover el asa. Estas maniobras son especialmente importantes en la intubación de colon sigmoides fijos y tortuosos. Es difícil remover asas en el colon sigmoide cuando la punta está en el colon derecho y una regla útil es que el asa debe removerse y enderezar el equipo cuando la punta está en el ángulo esplénico antes de avanzar.

Enderezar el tubo es la maniobra más importante durante la colonoscopia. Los esfuerzos para mantener el tubo derecho producen un examen más fácil para el paciente y el endoscopista.