



Nota técnica

Polipectomía con asa fría para pólipos pequeños

Cold snare polypectomy of small colorectal polyps

Gerardo Martín Rodríguez,^{*,†} Camilo Sebastián Canesín,^{*,§} Asadur Jorge Tchekmedyan[¶]

* ENDOLAP Formosa, Unidad de Endoscopia Digestiva y Cirugía Miniinvasiva, Clínica Sarmiento. Formosa, Argentina.

† Cirujano colorrectal. Endoscopista. ORCID: 0000-0002-0302-2518

§ Cirujano. Endoscopista. ORCID: 0000-0002-1529-2662

¶ Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva, Asociación Española. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

La polipectomía endoscópica por colonoscopia es la terapéutica más eficaz para reducir la incidencia de cáncer colorrectal. La gran mayoría de las lesiones en la práctica diaria corresponden a pólipos de menos de 10 mm de diámetro y pueden ser exitosamente resecadas con la técnica con asa fría. Este procedimiento requiere ser llevado a cabo de manera precisa para asegurar los mejores resultados. Presentamos sus detalles técnicos para el correcto desempeño en la misma.

Palabras clave: colonoscopia, pólipos, polipectomía.

ABSTRACT

Endoscopic polypectomy by colonoscopy is the most effective treatment for reducing the incidence of colorectal cancer. The vast majority of lesions encountered in daily practice are polyps less than 10 mm in diameter and can be successfully resected using the cold snare technique. This procedure must be performed with precision to ensure the best results. We present its technical details for correct performance.

Keywords: colonoscopy, colorectal polyps, polypectomy.

INTRODUCCIÓN

La videocolonoscopia con polipectomía es considerada la herramienta más efectiva en la prevención de tumores viscerales en la práctica clínica y los pólipos diagnosticados endoscópicamente deben ser resecados, siendo la terapia endoscópica el tratamiento inicial estándar.¹

La polipectomía ideal debe ser segura, eficiente, costo-efectiva y curativa, ya que la recurrencia y el cáncer de intervalo ocurren con la resección incompleta de las lesiones comprometiendo el pronóstico clínico y aumentando los costos.²

La gran mayoría de las lesiones halladas en la práctica diaria corresponden a pólipos pequeños o diminutos meno-

res a 10 mm de diámetro y ellas pueden ser exitosamente removidas con la técnica de polipectomía con asa fría (*cold snare polypectomy*).

Desde su primera publicación³ ha ido ganando adeptos y sus indicaciones se expanden a pólipos de mayor tamaño y complejidad.⁴

Es vital el conocimiento y aplicación de la técnica adecuada para este procedimiento donde se requiere la resección de todo el tejido afectado y de esta manera eliminar la posibilidad de lesión residual y posterior recidiva.

Presentamos los detalles técnicos básicos para asegurar una correcta polipectomía endoscópica con asa fría.

Recibido: junio 2025. Aceptado: julio 2025.

Correspondencia: Dr. Gerardo Martín Rodríguez

E-mail: drgmrodriguez@yahoo.com.ar / drgmrodriguez@gmail.com

Citar como: Rodríguez GM, Canesín CS, Tchekmedyan AJ. Polipectomía con asa fría para pólipos pequeños. Rev Mex Coloproctol. 2025; 21 (1): 18-21. <https://dx.doi.org/10.35366/121670>



MÉTODO

1. Instrumental: puede llevarse a cabo con asas convencionales o asas dedicadas para polipectomía fría (que son de alambre delgado y menos flexible menor a 3 mm y poseen una cubierta rígida contra la cual se hace la transección del pólipo). Estas últimas ofrecen más control para colocarse en pólipos diminutos y un corte «más limpio» por la delgadez del alambre.
2. Siempre es importante ubicar la lesión a resecar en el cuadrante inferior de trabajo, preferentemente en hora 5-6 y trabajar a corta distancia de ella con el colonoscopio rectificado. Se debe procurar una semiología endoscópica minuciosa. Para pólipos pequeños no se demostraron ventajas con la inyección y elevación.
3. Seguidamente se abre el asa y se la baja sobre el pólipo incluyendo un margen de mucosa sana de más o menos 1-2 mm.
4. Se cierra el asa angulando el colonoscopio hacia abajo (con el control *up/down*). El cierre tiene que ser realizado gradualmente (sin apresurarse a cerrar por completo para asegurar la inclusión total del tejido a extirpar).

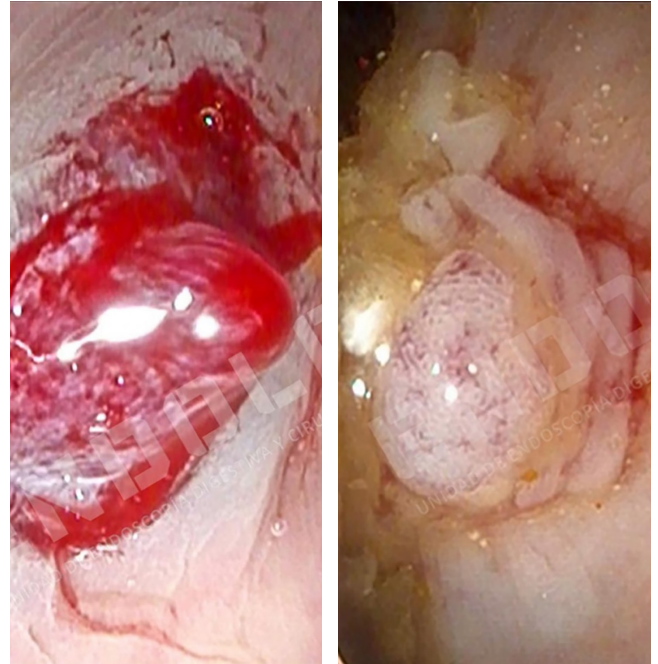


Figura 2: Signo de la burbuja y signo del halo.

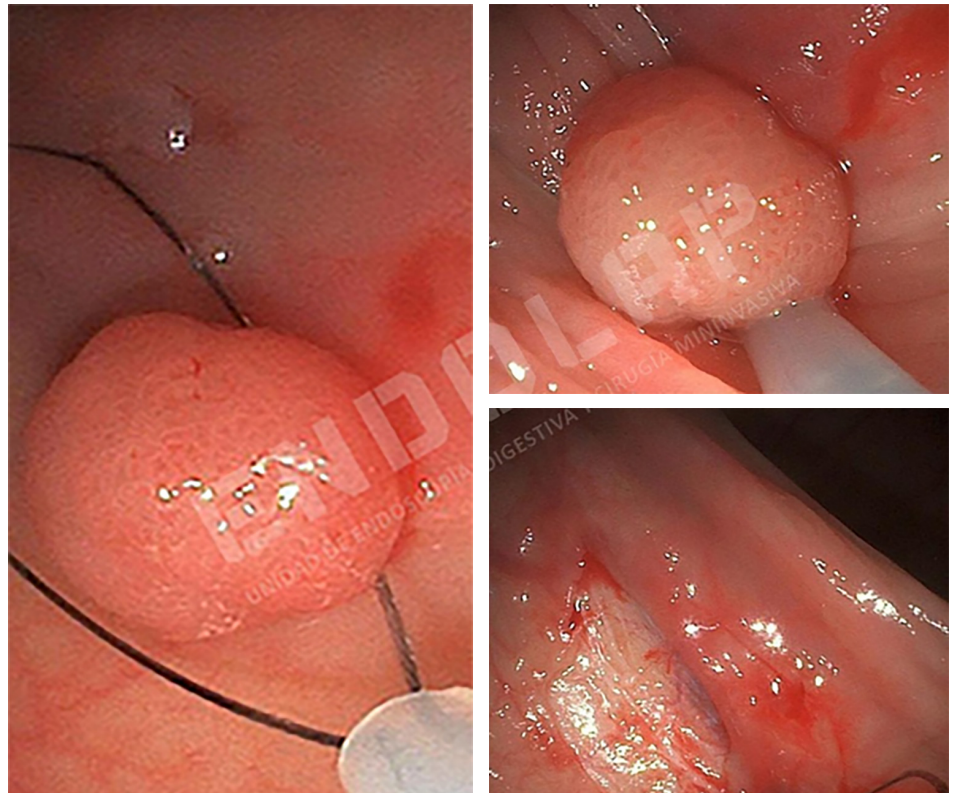


Figura 1:

Secuencia de polipectomía con asa fría.

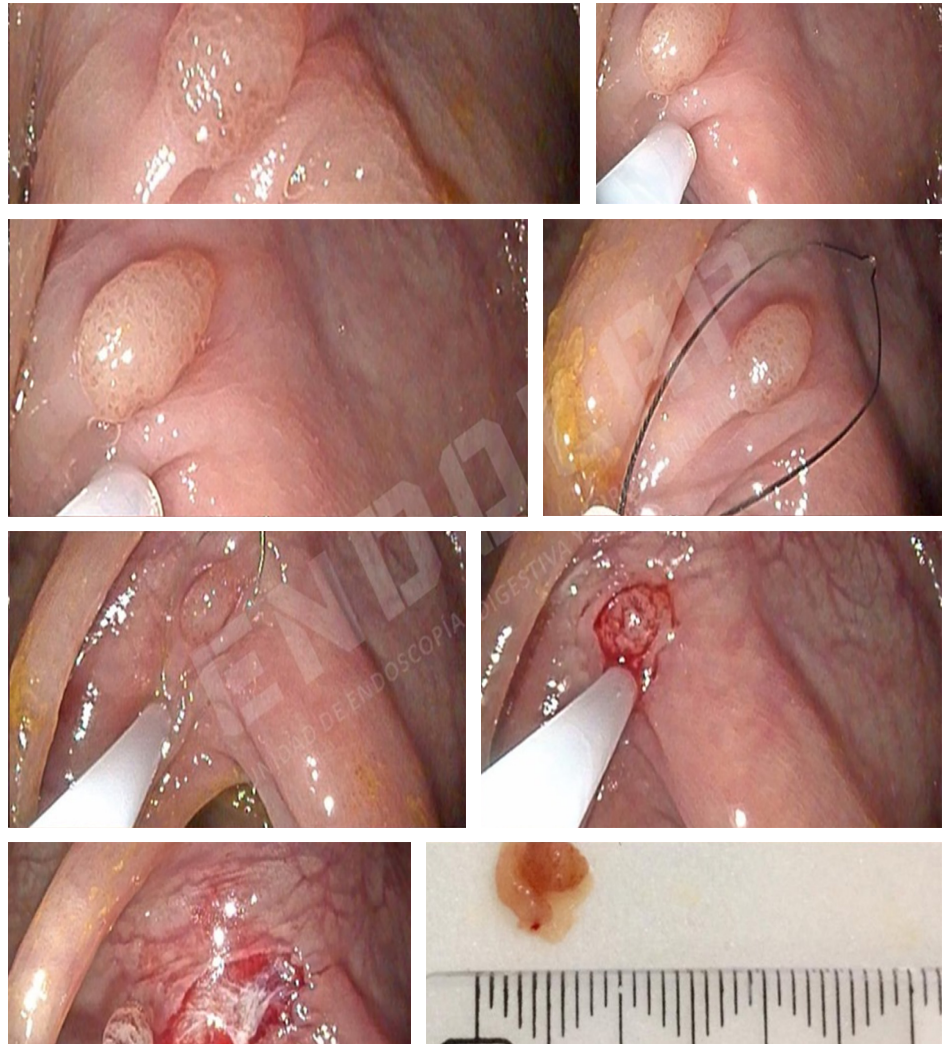


Figura 3:

Resección con asa fría-secuencia completa.

5. Se debe desinsuflar y cortar (*Figura 1*).
6. Se procede al examen del lecho quirúrgico con irrigación de agua destilada o solución fisiológica y recuperación de la pieza quirúrgica. Se describe el «signo de la burbuja» durante la irrigación, que confirma la indemnidad de la capa muscular y ausencia de perforación (*Figura 2*).⁵

Detalles a tener en cuenta

- a. El espécimen resecado no incluye la submucosa porque la muscular de la mucosa es resistente a la disrupción mecánica del asa fría, por ello es necesaria una amplia inclusión de tejido durante el procedimiento, para asegurar una completa escisión.
- b. La muscular propia normal es casi totalmente resistente a la resección por el asa fría. Por ello se debe intentar realizar una resección de la mucosa lo más profunda y amplia posible, para evitar lesión residual.⁴
- c. Signo o efecto del «halo»: es determinado por el tejido sano que es captado por el asa durante la resección, puesto que la mucosa normal está menos irrigada que la adenomatosa; de esta forma aparece más pálida e isquémica. Durante la irrigación posterior desaparece. Este signo ayuda a confirmar la resección completa de la lesión (*Figura 2*).^{4,6}
- d. Luego del corte se produce sangrado que en general cede en forma espontánea.

RESULTADOS

Desde el año 2022 adoptamos la conducta de llevar a cabo polipectomía con asa fría en todas las lesiones de

hasta 10 mm de diámetro. Hasta el 31/01/2025 realizamos 210 procedimientos. En el 90% de los casos se utilizaron asas dedicadas, ovales y hexagonales de 10 y 13 mm de diámetro. No reportamos eventos adversos.

DISCUSIÓN

La técnica de polipectomía con asa fría muestra seguridad y eficacia, incluso para lesiones de más de 10 mm de diámetro y especialmente para los pólipos serrados.⁴ En comparación con la polipectomía endoscópica tradicional con el uso de cauterio disminuye al mínimo la posibilidad de hemorragia y perforación, pero debe asegurarse la resección completa de la lesión para evitar lesión residual.

Comparado con la polipectomía convencional o la resección endoscópica de la mucosa, la polipectomía con asa fría reporta menor tasa de sangrado tardío y menor tiempo de procedimiento, sin diferencias en cuanto a la tasa de resección completa y rescate de la lesión (*Figura 3*).^{4,6,7}

En relación con la polipectomía con pinza de biopsia fría la tasa de resección completa es alta y similar para lesiones de menos de 4 mm de diámetro, pero es significativamente mayor en lesiones de entre 5 a 7 mm de diámetro.^{6,8}

CONCLUSIONES

La polipectomía con asa fría, preferentemente utilizando asas dedicadas, debe ser considerada como la terapéutica de elección para la remoción de lesiones colorrectales de hasta 10 mm de diámetro, demostrando seguridad y efectividad.^{4,6,9} Es imprescindible optimizar la técnica para asegurar los mejores resultados.

REFERENCIAS

1. Averbach M, Marques Junior OW, Popoutchi P. Técnicas de polipectomía del colon y del recto. En: Averbach M, editor. *Endoscopia digestiva: diagnóstico y tratamiento*. Tomo 2. Caracas: Editorial Amolca; 2016. pp. 437-451.
2. Cronin O, Kirszenblat D, Forbes N, Gupta S, Whitfield A, O'Sullivan T et al. Geometry of cold snare polypectomy and risk of incomplete resection. *Endoscopy*. 2024; 56 (3): 214-219.
3. Tappero G, Gaia E, De Giuli P, Martini S, Gubetta L, Emanuelli G. Cold snare excision of small colorectal polyps. *Gastrointest Endosc*. 1992; 38 (3): 310-313.
4. Bourke MJ. Top tips for cold snare polypectomy (with video). *Gastrointest Endosc*. 2022; 95 (6): 1226-1232.
5. Rodríguez Sánchez J, Sánchez Alonso M, Pellisé Urquiza M. The "bubble sign": a novel way to detect a perforation after cold snare polypectomy. *Endoscopy*. 2019; 51 (8): 796-797.
6. Horiuchi A, Ikuse T, Tanaka N. Cold snare polypectomy: Indications, devices, techniques, outcomes and future. *Dig Endosc*. 2019; 31 (4): 372-377.
7. Ket SN, Mangira D, Ng A, Tjandra D, Koo JH, La Nauze R et al. Complications of cold versus hot snare polypectomy of 10-20 mm polyps: A retrospective cohort study. *JGH Open*. 2019; 4 (2): 172-177.
8. Kim JS, Lee BI, Choi H, Jun SY, Park ES, Park JM et al. Cold snare polypectomy versus cold forceps polypectomy for diminutive and small colorectal polyps: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc*. 2015; 81 (3): 741-747.
9. Copland AP, Kahi CJ, Ko CW, Ginsberg GG. AGA Clinical Practice Update on appropriate and tailored polypectomy: expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024; 22 (3): 470-479.e5.

Conflicto de intereses: los autores no declaran conflictos de intereses.

Financiamiento: el artículo no cuenta con financiación de empresas.