



O-331 - USO DE ENDOPRÓTESIS EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE COLON OBSTRUCTIVO

A. Ballester, M.Á. Cornejo, P. Abadía, J. Die, A. Sanjuanbenito, J.R. Foruny, D. Boixeda y E. Lobo

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El carcinoma de colon es el 3º más frecuente globalmente en la población y hasta un 30% de los pacientes presenta cuadro de obstrucción intestinal a lo largo de su enfermedad, sobre todo si se trata de tumores localizados en ángulo esplénico o distales al mismo. La cirugía descompresiva ha sido durante muchos años el método clásico de tratamiento de éstos pacientes pero desde hace ya más de 20 años el uso de endoprótesis en colon ha tomado un papel relevante.

Métodos: Se analizan los datos referentes a las endoprótesis colocadas en el Hospital Ramón y Cajal por obstrucción intestinal por cáncer de colon, guiado por endoscopia e imagen radiológica simultáneamente.

Resultados: Desde agosto de 2006 a enero del 2014, se han colocado 139 endoprótesis por carcinoma colo-rectal obstructivo (47,82% localizado en sigma, 23,91% en recto, resto en colon transversal y descendente). 51 mujeres tratadas y 88 varones de edad media de 72,8 años. El 65,47% de las indicaciones de endoprótesis fueron por carcinomas en estadio IV con propósito paliativo, siendo el 34,53% indicación de descompresión con prótesis como puente a cirugía programada. La prótesis utilizada fue del tipo Wallflex metálica no recubierta. La tasa de éxito técnico (correcta disposición de la prótesis durante el acto) fue del 95,68% y la tasa de éxito clínico (desobstrucción intestinal tras colocación de endoprótesis) fue del 88,48%. La cirugía programada en los casos de indicación de endoprótesis para realización de cirugía puente se produjo en el 81,25% a los 5,07 días de media. Se consiguió anastomosis primaria en el 84,07% de los pacientes y una tasa de estomas definitivo 7,7%. Las complicaciones del procedimiento en los 139 pacientes fueron la perforación en 18 pacientes (12,94%), reestenosis en 12 pacientes (16,68%) y migración en 6 pacientes (4,31%).

Conclusiones: En la bibliografía el uso de endoprótesis de colon en carcinoma obstructivo está indicado como tratamiento paliativo en enfermedad avanzada en pacientes no operables o como puente a cirugía programada en obstrucciones intestinales agudas en pacientes con alto riesgo quirúrgico, necesidad de preparación de colon para cirugía programada o necesidad de terapia neoadyuvante previo a tratamiento definitivo. Los resultados en la mayoría de los estudios concluyen con una mayor tasa de anastomosis primaria y menor tasa de estoma definitivo sin diferencias significativas en cuanto a las complicaciones a corto plazo si lo comparamos con la técnica clásica. En nuestra revisión se ha observado una tasa aceptable de complicaciones (aunque mayor que la observada en otros estudios) con una tasa de anastomosis primaria alta y una tasa de estoma

definitivo baja. Sin embargo con la aparición de estudios de supervivencia a largo plazo en la literatura que indican una posible mayor tasa de morbimortalidad con el uso de endoprótesis frente a cirugía clásica, es necesario individualizar cada indicación.