



P-551 - OBSTRUCCIÓN NEOPLÁSICA DE COLON IZQUIERDO: CIRUGÍA DIFERIDA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS VERSUS CIRUGÍA URGENTE

J.A. Blanco Elena, M.C. Montiel Casado, J.M. Aranda Narváez, A.J. González Sánchez, A. Titos García, I.R. Fernández Burgos, C. Rodríguez Silva y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Entre el 8% y el 29% del cáncer colorectal debuta con un cuadro oclusivo intestinal. Existe consenso en el tratamiento de los tumores proximales al ángulo esplénico mediante resección y anastomosis primaria. No obstante, en el caso de los tumores de colon izquierdo existen varias opciones terapéuticas encaminadas a resolver tanto el cuadro oclusivo y como su causa subyacente. Junto a opciones ya clásicas como la cirugía urgente, destaca en la actualidad la endoprótesis colónica como puente a la cirugía definitiva.

Objetivos: Comparar los resultados quirúrgicos en los pacientes con obstrucción tumoral de colon distal intervenidos de forma diferida tras colocación de prótesis descompresiva puente (CD) con aquellos intervenidos de urgencia (CU) por la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias en nuestro Centro.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivas, con análisis por protocolo, incluyendo todos los pacientes ingresados por obstrucción tumoral de colon distal al ángulo esplénico tratable con intención curativa intervenidos en el período comprendido entre enero de 2011 y marzo de 2014. Como variable de resultado principal se consideró la morbimortalidad del proceso, evaluada mediante el índice de Clavien. Diferenciamos dos subgrupos de pacientes en función de la localización del proceso tumoral: proximal (englobando las neoplasias de ángulo esplénico y colon izquierdo proximal), y distal (colon izquierdo distal, colon sigmoide y recto superior).

Resultados: Se llevaron a cabo un total de 22 cirugías diferidas, mientras que se indicó cirugía urgente directa en 34 pacientes. Ambos grupos resultaron homogéneos en cuanto a las variables epidemiológicas de interés. De los 32 pacientes en los que se indicó endoprótesis colónica no se pudo completar el procedimiento, por motivos técnicos, en 6 de ellos. Se registraron tres casos de perforación clínica asociada a la endoprótesis y un caso de disfunción con persistencia del cuadro oclusivo. La tasa de éxito técnico fue 78% y de éxito terapéutico 69%. La estancia hospitalaria media fue de 12,3 días en el grupo CD y de 13,7 en el grupo de CU, con tendencia a la significación estadística ($p < 0,08$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la morbimortalidad postoperatoria. Al estratificar los casos en función de la localización tumoral, el grupo de los tumores distales presentó una mayor tasa de complicaciones Clavien grado III o superior en el grupo de cirugía urgente con respecto al de cirugía diferida mediante stent. Se realizó

anastomosis primaria en el 86,3% de los pacientes sometidos a cirugía diferida y en el 50% de los pacientes sometidos a cirugía directa ($p < 0,006$). El 75% de los estomas se realizó en pacientes con tumores distales. El abordaje laparoscópico sólo fue posible en el grupo de CD en un 46% de los casos ($p < 0,005$).

Conclusiones: El uso de endoprótesis colónica como puente a la cirugía permite una mayor tasa de anastomosis primaria en el tratamiento de los tumores de colon izquierdo ocluidos y posibilita el abordaje laparoscópico en muchos casos. En el subgrupo de tumores distales, la cirugía diferida mediante stent puente reduce la morbilidad postoperatoria frente a la cirugía directa.