



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-113 - STENT COLÓNICO COMO PUENTE A LA CIRUGÍA DE LAS NEOPLASIAS COLORRECTALES OCLUSIVAS. ¿LO HEMOS ESTADO HACIENDO MAL?

Crespí Mir, Antonia¹; de la Llave Serralvo, Anabel¹; Romero Marcos, Juan Manuel¹; Lozano Salvá, Luis¹; Olea Martínez-Mediero, José Manuel²; Sanchis Cortés, Pilar¹; Dolz Abadía, Carlos¹; Cifuentes Ródenas, José Andrés¹

¹Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol. ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: Hasta un 30% de las neoplasias colorrectales debutan clínicamente como una oclusión intestinal. Tradicionalmente esta situación implicaba una intervención quirúrgica urgente, con frecuencia asociada a la creación de estomas y con elevada morbimortalidad. Desde la publicación de la colocación del primer *stent* colónico en 1991 por Dohmoto para el tratamiento paliativo de la obstrucción intestinal maligna, diversos estudios han demostrado que es una técnica eficaz también como tratamiento puente a la cirugía electiva para las neoplasias colorrectales oclusivas. La alarma se ha disparado recientemente con la publicación de estudios que sugieren que la colocación de un *stent* colónico incrementa el riesgo de diseminación tumoral y empeora el pronóstico de los pacientes con enfermedad potencialmente curable.

Objetivos: Evaluar los resultados quirúrgicos y oncológicos de los pacientes intervenidos en nuestro centro por neoplasias colorrectales oclusivas potencialmente curables y compararlos entre los pacientes a los que se les colocó un *stent* colónico como puente a la cirugía y los pacientes intervenidos de forma urgente.

Métodos: Analizamos retrospectivamente todos los pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal secundaria a neoplasia colorrectal con o sin enfermedad a distancia y potencialmente curables intervenidos en nuestro centro entre septiembre 2002 y diciembre 2014.

Resultados: 73 pacientes (edad media 69 años, 26 mujeres) cumplieron los criterios de inclusión. 16 pacientes (21,9%) fueron intervenidos de forma urgente (grupo Cirugía) mientras que a 57 pacientes se les intentó colocar un *stent* colónico como tratamiento puente (grupo Prótesis, éxito 96,5%). No se encontraron diferencias en la distribución de las características de los pacientes (sexo, edad, ASA). Una mayor proporción de pacientes del grupo Prótesis se intervino por vía laparoscópica (57,89% vs 6,25%, $p < 0,001$), con menor realización de estomas en dicho grupo (10,52% vs 50%, $p < 0,001$). La morbilidad quirúrgica y la gravedad de las complicaciones fueron mayores en el grupo Cirugía (43,75% vs 29,82%, Clavien III/IV 25% vs 15,78%), aunque las diferencias no resultaron significativas. En cuanto a los resultados oncológicos, la colocación de prótesis no influyó en la consecución de la resección local completa (94,73% vs 93,33%, $p > 0,05$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la estadificación tumoral de las piezas de resección. La supervivencia media del grupo Prótesis fue de 86,6 meses mientras que la del grupo Cirugía fue de 63,2 ($p > 0,05$, global 81,9 meses). Las diferencias en supervivencia libre de

enfermedad de los pacientes R0, supervivencia libre de recurrencia local de los pacientes con resección local completa, supervivencia libre de recurrencia a distancia de los pacientes sin enfermedad metastásica y supervivencia libre de progresión de los pacientes con enfermedad residual local o a distancia resultaron igualmente no significativas.

Conclusiones: La colocación de un *stent* colónico como terapia puente a la cirugía resectiva de las neoplasias colorrectales que debutan como oclusión intestinal es una técnica efectiva para solucionar el cuadro oclusivo y diferir el tratamiento quirúrgico del tumor, disminuye la necesidad de realizar estomas derivativos, parece asociarse a una menor morbilidad perioperatoria y proporciona unos resultados oncológicos comparables a los de los pacientes intervenidos de forma urgente.