



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## EFICACIA DE LA INSERCIÓN ENDOSCÓPICA PROGRAMADA DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN LA SUBOCLUSIÓN COLÓNICA SECUNDARIA A CÁNCER COLORRECTAL (CCR). ESTUDIO MULTICÉNTRICO ALEATORIZADO: RESULTADOS PRELIMINARES

P. Díez Redondo<sup>1</sup>, H. Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, Á. Brotons García<sup>2</sup>, G. Thomas Salom<sup>2</sup>, R. Sánchez-Ocaña Hernández<sup>1</sup>, Carlos de la Serna Higuera<sup>1</sup>, C. Dolz Abadia<sup>2</sup> y M. Pérez-Miranda Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

### Resumen

**Introducción:** La obstrucción colónica ocurre en el 8-13% de los pacientes con CCR avanzado. La ESGE no recomienda la colocación de una prótesis metálica autoexpandible (PMA) de forma profiláctica dados sus riesgos potenciales. Sin embargo, la inserción precoz de PMA en pacientes con CCR estenosante podría evitar el desarrollo de una obstrucción colónica aguda (OA) que, por precisar una actuación urgente, puede asociar mayor morbimortalidad y obligar a interrumpir el tratamiento con quimioterapia.

**Objetivos:** Analizar eficacia y seguridad de la inserción precoz de PMA en pacientes sin clínica obstructiva aguda, pero con CCR estenosante que impide el paso del colonoscopio al diagnóstico.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado doble ciego realizado en los Hospitales Universitarios Río Hortega y Son Llàtzer. Pacientes con CCR estadio IV o recto localmente avanzado con estenosis que impide el paso del colonoscopio al diagnóstico, pero sin clínica obstructiva aguda se aleatorizaron a la colocación de PMA o no. Analizamos variables demográficas, hallazgos endoscópicos, escalas clínicas, tratamientos recibidos y complicaciones hasta fallecimiento o intervención quirúrgica.

**Resultados:** Incluimos 35 pacientes: 17 asignados a grupo "PMA" y 18 a grupo "no-PMA". 22 varones. Edad media: 70,4 años (r: 54-99). Estadio IV (91,4%). Mediana de seguimiento: 7 meses (r: 1-31). Localización más frecuente de CCR: colon izquierdo-sigma (51%). Sin diferencias significativas entre ambos grupos. Empleamos una escala clínica de obstrucción que demostró mejoría en el 100% de los pacientes de "PMA" frente al 30% de "no-PMA" (asociado a la quimioterapia). El 72,2% (13/18) de pacientes "no-PMA" sufrió una OA, con una mediana de 5 meses (r: 1-13) desde el diagnóstico, insertándose una PMA urgente en 12 y realizándose una hemicolectomía urgente en otro. 4 de los 5 pacientes sin OA fueron seguidos durante  $\leq$  5 meses por fallecimiento o intervención quirúrgica. Globalmente, insertamos 39 PMA (17 precoces y 22 urgentes por diferentes motivos en ambos grupos). La complicación relacionada con PMA (c-PMA) más frecuente fue la oclusión de la prótesis por infiltración tumoral ("PMA": 18%, "no-PMA": 42%) y la más grave la perforación diferida, ocurrida en 1 paciente de cada grupo, que habían recibido

tratamiento con bevacizumab entre 1 y 6 meses antes. El 18% de los pacientes "PMA" y el 11% de los "no-PMA" presentaron una migración de una PMA. Todos los pacientes que sufrieron más de una c-PMA (de 2 a 4 eventos) fueron seguidos > 12 meses.

**Conclusiones:** El 80% de pacientes "no-PMA" presentaron una OA que requirió urgentemente una PMA o intervención quirúrgica. La c-PMA más frecuente fue la oclusión de la PMA y ocurrió significativamente con más frecuencia en el grupo "no-PMA". El número de c-PMA por paciente aumenta según lo hace su supervivencia. El escaso número de pacientes valorados hasta la fecha hace que continuemos con la inclusión para poder obtener conclusiones más fiables.