



# Gastroenterología y Hepatología



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

## P-17 - ENDOPRÓTESIS DE COLON: ¿SOLUCIÓN PARA UNA CIRUGÍA SEGURA Y EXITOSA EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA POR CÁNCER COLORRECTAL?

M. Puya Gamarro<sup>1</sup>, A.J. Arias Romano<sup>2</sup>, L.M. Arcas Marín<sup>2</sup>, S.M. Gómez Espejo<sup>1</sup>, R. Rivera Irigoín<sup>1</sup>, A. Sánchez Yagüe<sup>1</sup>, A. Sánchez Cantos<sup>1</sup> y Á. Pérez Aisa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía general y digestiva.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer colon (CCR) es la tercera causa de muerte por cáncer. Aproximadamente el 20% de los cáncer de colon izquierdo tendrá obstrucción intestinal mecánica al diagnóstico. La cirugía urgente con derivación colónica y estoma, ha sido el manejo tradicional, aportando una peor calidad de vida. La colocación de una endoprótesis colónica permite cambiar una cirugía urgente con elevada morbilidad por un procedimiento programado, a través de la descompresión inmediata y recuperación del paciente.

**Objetivos:** Analizar características clínico-epidemiológicas de pacientes con necesidad de prótesis de colon como puente a la cirugía en nuestro medio. Estudiar las indicaciones de prótesis, opciones quirúrgicas y resultados, así como las complicaciones.

**Métodos:** Análisis descriptivo-retrospectivo de pacientes con indicación de endoprótesis como puente a cirugía en nuestro medio de 2013 a 2016. Utilizamos media y desviación estándar para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Los datos se procesaron con SPSS v23.

**Resultados:** Analizamos 24 pacientes, de los que incluimos finalmente 22 (2 excluidos por progresión tumoral previa a cirugía) con edad media de 67 años y discreto predominio en varones (52,4%). Las comorbilidades más frecuentes fueron cardíacas y metabólicas. El 36,4% fumaba y el 22,7% consumía alcohol. El síntoma más frecuente fue la ausencia de tránsito en el 59%, consultando entre 2-5 días de inicio del cuadro. La obstrucción completa fue la indicación de prótesis en 21 pacientes, diagnosticándose con TC el 77,3%. La etiología fue el CCR, localizado principalmente en colon descendente (42%). Sólo en un paciente la etiología fue distinta (adenocarcinoma de páncreas). La media de días desde la colocación de la prótesis a la cirugía fue de dos semanas, exceptuando, los que recibieron neoadyuvancia. El abordaje fue laparoscópico en el 62%, siendo la hemicolectomía izquierda la técnica más empleada. En 3 pacientes fue necesaria ileostomía de protección. El estadio postoperatorio fue predominantemente T3N0M0, con afectación ganglionar en 5 pacientes. El número de ganglios resecaos fue de media 22. Histológicamente, el 91% tenía < 50% de componente mucinoso, 23,8% infiltración perineural y 35% invasión linfovascular, con márgenes tumorales libres en todos los casos. El Astler Collier B2 fue el más prevalente. 6 pacientes presentaron complicaciones, la más frecuente la infección de herida

quirúrgica (3). Sólo un paciente precisó reintervención por dehiscencia anastomótica. 13 casos recibieron quimioterapia adyuvante, principalmente Xeloda. 4 pacientes presentaron recidiva locorregional y 3 metástasis a distancia tras cirugía.

**Conclusiones:** La endoprótesis de colon es una opción eficaz y segura como puente a la cirugía en aquellos pacientes con obstrucción mecánica de colon izquierdo, permitiendo realizar un estudio preoperatorio y una resección oncológica adecuada con baja tasa de complicaciones.