



14 - MANEJO DE ESTENOSIS BENIGNAS GASTROINTESTINALES MEDIANTE PRÓTESIS METÁLICAS DE APOSICIÓN LUMINAL

E. Soria López, A. Sánchez Yagüe, M. Puya Gamarro, R. Rivera Irigoin y A.M. Sánchez Cantos

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción: Las prótesis LAMS (lumen-approximating metal stent) fueron diseñadas inicialmente para derivaciones biliopancreáticas y drenajes transmurales de colecciones, pero su empleo como prótesis endoluminal está creciendo como parte del manejo de estenosis benignas del tubo digestivo, principalmente anastomóticas. Gracias a su mayor calibre y a sus extremos elevados, que se adaptan al lumen, permiten una dilatación progresiva y duradera, con menores tasas de oclusión y de migración que los stents plásticos y metálicos autoexpandibles. El objetivo de nuestro estudio es analizar la efectividad de las prótesis LAMS en esta indicación.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con colocación endoluminal de LAMS en nuestro hospital, considerando variables demográficas, tipo de cirugía y técnicas endoscópicas previas, así como la indicación de la prótesis y sus resultados.

Resultados: Desde julio 2016 hasta julio 2018 se han colocado 8 LAMS endoluminales en nuestro centro (tabla). 75% varones. Edad media: 62,3 años. 50% (4/8) sometido previamente a dilatación con balón (media de 2 sesiones). Tipos de LAMS: 14 × 10 mm (Hanaro-Izasa) en estenosis de anastomosis colo-rectal; 15 × 10 mm (Axios- Boston Scientific) en estenosis esofágica y 1 anastomosis esófago-yeyunal; y 16 × 40 mm (Hanaro-Izasa) en estenosis anastomosis gastro-yeyunal y 1 esófago-yeyunal. Éxito técnico: 100% (8/8). Una de 14 × 10 mm hubo que recuperarla y reenvainarla para su liberación en dos ocasiones. Sin complicaciones durante la prueba ni posteriores asociadas a la técnica. Éxito clínico (permitir tránsito): 85% (6/7 pacientes), causa de fracaso la migración precoz sin llegar a dilatar (colo-rectal). Exitus precoz por enfermedad basal en el caso de la esofágica, sin poder comprobar el éxito. Hubo que retirar una prótesis a la semana por mala tolerancia con empeoramiento del reflujo biliar (esófago-yeyunal). No hubo recurrencia de estenosis tras el éxito, aunque una prótesis se obstruyó por crecimiento neoplásico intraluminal, precisando recambio. Migraron 3 prótesis, 2 de ellas tras éxito y 1 en fracaso por migración precoz.

| PATOLOGIA | CIRUGIA | ANASTOMOSIS |
|---|-------------------------------|-------------------|
| Adenoca. Gástrico estadio IIIA | Gastrectomía subtotal | Gastro-yeyunal |
| Adenoca. Gástrico estadio IV | Gastrectomía total con Y Roux | Esófago-yeyunal |
| Adenoca. Sigma estadio II | Resección alta de recto | Colo-rectal |
| Adenoca. Recto medio estadio IIIA | Resección baja de recto | Colo-rectal |
| Compresión extrínseca esofágica por fibrosis mediastínica | - | - |
| Diverticulitis aguda perforada | Sigmoidectomía | Colo-rectal |
| Diverticulitis aguda perforada | Sigmoidectomía | Colo-rectal |
| Adenoca. Gástrico estadio IIIB | Gastrectomía total con Y Roux | Esófago - yeyunal |

Conclusiones: La colocación de LAMS en estenosis del tubo digestivo es una opción a tener en cuenta dentro del arsenal terapéutico de manejo endoscópico de estenosis cortas, fundamentalmente anastomóticas, siendo una técnica sencilla y segura.