



## 9 - STENTS COLÓNICOS COMO PUENTE A CIRUGÍA VERSUS CIRUGÍA URGENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CÁNCER COLORRECTAL IZQUIERDO. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Puya Gamarro<sup>1</sup>, A.J. Arias Romano<sup>2</sup>, L.M. Arcas Marín<sup>2</sup>, A. Sánchez Yagüe<sup>1</sup>, R. Rivera Irigoín<sup>1</sup>, F. Medina Cano<sup>2</sup> y A. Sánchez Cantos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Aparato digestivo; <sup>2</sup>Cirugía general, Hospital Costa del Sol. Marbella.

### Resumen

**Introducción:** El uso de stents metálicos autoexpandibles (SEMS) en pacientes obstruidos por cáncer colorrectal (CCR) izquierdo potencialmente curable, permite reducir la tasa de ostomías y morbilidad postoperatoria. Las guías actuales no recomiendan su uso estandarizado, pero su colocación puede considerarse una alternativa a cirugía urgente en pacientes ASA  $\geq$  III y/o  $>$  70 años.

**Objetivos:** Nuestros objetivos fueron comparar características demográficas, éxito clínico, complicaciones y resultados de pacientes con SEMS como puente a cirugía (ASA  $\geq$  III/ $>$  70 años) vs cirugía urgente en el CCR izquierdo obstructivo desde 2005-2012 en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo que analiza 76 pacientes con obstrucción por CCR en nuestro centro desde 2005-2012, comparando: SEMS como puente a cirugía (n = 47) vs cirugía urgente (n = 29) con intención curativa. Usamos test  $\chi^2$  y F de Fisher para variables cualitativas, t de Student para cuantitativas, y curvas Kaplan-Meier para recidiva y supervivencia.

**Resultados:** Los pacientes con SEMS presentaron una edad media  $>$  70 años y mayor índice de Charlson. La tasa de éxito clínico fue del 89%, con tasa de reconversión a cirugía del 10,64%. El grupo de SEMS mostró tasas más altas de estudio preoperatorio (87,3% vs 10,3%). En cuanto a la técnica quirúrgica, en el 83% del grupo 1 se realizó anastomosis primaria. En el grupo 2, sólo se realizó anastomosis primaria en el 44,8% de pacientes. En el resto, se realizó la intervención de Hartmann debido a la edad, la comorbilidad, la inestabilidad hemodinámica, presencia de signos de isquemia o perforación en el colon proximal a la obstrucción. El abordaje fue laparoscópico en el 53% del grupo 1 y laparotómico en todos los pacientes del grupo 2, resultados acordes con la literatura que considera de elección la laparotomía en la oclusión intestinal por CCR, reservando la laparoscopia para casos seleccionados. Las complicaciones postoperatorias fueron menores en pacientes con prótesis (25,5% vs 58,6%), las más frecuentes: infección de herida y dehiscencia anastomótica. No hubo diferencias estadísticamente significativas en tasas de recidiva al comparar SEMS (31,9%) y cirugía urgente (50%), ni diferían significativamente de la literatura. Tampoco en la supervivencia específica por CCR, tanto global (78,8%vs 54,5%) como a 5 años (64,3%vs 41,2%).

**Conclusiones:** En nuestro estudio, el uso de SEMS en pacientes seleccionados con CCR izquierdo

obstrutivo, colocados exitosamente en el 90% de los casos, presentó mayor tasa de anastomosis primaria, abordaje laparoscópico y menor tasa de complicaciones postoperatorias. Para pacientes con CCR obstructivo izquierdo potencialmente curable, la colocación de SEMS puede considerarse una alternativa a la cirugía urgente en aquellos ASA  $\geq$  III y/o edad  $>$  70 años.