

CO-3: TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN NEOPLÁSICA DEL COLON MEDIANTE LA INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES

AUTOR/ES: Puga R, De La Plaza R, Quiñónez JE, Arteaga V, Adel F, Ramia JM, Sabater C, Morante J, Del Cerro J, Casares M, García-Parreño J

INSTITUCIÓN: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

Presentamos la experiencia de nuestro centro en la resolución inicial de la obstrucción del colon de origen tumoral mediante el uso de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA).

OBJETIVOS

Evaluar los resultados obtenidos utilizando la colocación de una PMA en la neoplasia de colon obstructiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio clínico retrospectivo en donde la muestra son los pacientes diagnosticados de urgencias de neoplasia de colon obstructiva en el período comprendido de diciembre de 2007 a marzo de 2009. El diagnóstico inicial se basó en la historia clínica (oclusión clínica a gas y heces), la exploración del paciente, la radiografía simple de abdomen y ante la sospecha clínica se lleva a cabo su confirmación mediante la demostración por TC multicorte de la neoplasia. Los criterios de selección utilizados en nuestro servicio para la colocación de una PMA son: oclusión maligna de colon confirmada por TC, localizada entre el promontorio y el colon transverso con exclusión de aquellos pacientes con exploración clínica compatible con peritonitis, sospecha de perforación diastásica de ciego, neumoperitoneo, o presencia de tumor sincrónico del colon. Previo a la colocación de la PMA se realiza enema de limpieza.

El procedimiento se consideró efectivo cuando existe paso de gas y heces a través de la PMA, con resolución de los síntomas oclusivos en menos de 72 horas.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes (13 hombres y 7 mujeres) con una edad media de 72,5 años (Rango 45-94). Riesgo ASA: I (2), II (14), III (1) y IV (3). La localización del tumor fue: Recto-Sigma (3), Sigma (10), Colon izquierdo (5) y Colon transverso (2). El tipo de prótesis usada fue: metálica, autoexpandibles y no recubiertas (Wallflex) de 22x60mm, 13 y 22x90mm, 7. Un paciente precisó 2 y los otros 18 una. En la totalidad se utilizó fluoroscopia, que fue asistida por endoscopia en 14. El éxito técnico fue del 95%. Fracasó en uno de los 20 pacientes por obstrucción completa que precisó cirugía urgente. La colocación fue efectiva en los 19 pacientes (100%). La intencionalidad en las PMA colocados fue: Curativa en 10 y Paliativa en 9 (6 pacientes con Estadio IV, 3 ASA IV -88 a 94 años-). Del grupo de pacientes considerados con intencionalidad curativa, se intervino quirúrgicamente de forma electiva a 8 y en otro hospital 1. Rehusó la intervención, 1. Las complicaciones postoperatorias (Dindo D et al. Ann Surg 2004) fueron: Grado I, 6 y IIIa: 2 (Dehiscencia de anastomosis que precisó reintervención). La clasificación modificada de Astler-Coller: B2, 1; C1, 1; C2, 5 y D; 1. La clasificación TNM, estadios: IIA, 1; IIIA, 5; IIIB, 1; IV, 1

CONCLUSIONES

Las PMA corrigen la obstrucción colorrectal con elevada efectividad. Permiten la cirugía electiva y puede convertirse en el tratamiento definitivo en los pacientes con enfermedad diseminada. Sin embargo, se precisan estudios controlados que comparen el abordaje convencional (intervención de Hartmann, lavado intraoperatorio o colectomía subtotal) con la secuencia stent-cirugía electiva; así como la comparación de cirugía paliativa frente a PMA en estadios avanzados.