



O-025 - STENT DE COLON COMO PUENTE A CIRUGÍA ELECTIVA. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Cayetano Paniagua¹, S. Lamas Moure¹, F. Aguilar Teixidó¹, J. Bargalló Berzosa¹, Y. Ribas Blasco¹, J. Falcó Fages² y F. Campillo Alonso¹

¹Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa. ²Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Desde las primeras publicaciones de endoprótesis expandible de colon oclusivo como tratamiento puente a intervención electiva se han planteado diversos estudios para analizar tanto el beneficio clínico como oncológico de esta terapia combinada. Revisamos los resultados de nuestra serie de casos.

Métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo de una serie retrospectiva de pacientes que acudieron a nuestro centro entre 2005 hasta la actualidad con oclusión neoplásica de colon izquierdo. Se ha considerado la factibilidad del procedimiento y sus complicaciones, así como la tasa de intervenciones y la evolución de los pacientes entre otros datos de interés. Los resultados se expresan como porcentaje, o como mediana y rango.

Resultados: En nuestra serie de 50 pacientes con oclusión de colon desde ángulo esplénico hasta recto medio, se han indicado 8 prótesis definitivas para paliación, 4 en curso de adyuvancia para cirugía posterior, y 37 casos de stent como puente a resección electiva. Al final del seguimiento han precisado resección 42 pacientes, sumando los 4 en adyuvancia con el único caso de fracaso técnico de endoprótesis. La localización de la lesión más frecuente ha sido en sigma, destacando un caso de recto medio en neoadyuvancia. La mayoría de pacientes, sin enfermedad a distancia en el diagnóstico. El éxito técnico ha sido del 98%, el éxito clínico en los pacientes puente del 94,5%. Un 21,5% del total de intervenciones han sido urgentes, y sólo en un 11% de los casos puente, por las causas que describiremos. El intervalo medio quirúrgico ha sido de 17 días (5-208, DE = 33.2) teniendo en cuenta los casos en adyuvancia, y la media de estancia postoperatoria de 13 días (3-80, DE = 12.8) contando un ingreso prolongado en UCI. La tasa de estoma terminal de colon ha sido del 5% en los casos puente, por dehiscencia de sutura, y en el total de intervenidos del 12% sumándose los casos de enfermedad avanzada en adyuvancia. La tasa de dehiscencia de sutura en los casos puente ha sido del 5,4%. El 52% del total de resecciones han sido por laparoscopia, 59% del total de casos puente, con una tasa de reconversión del 7% en este grupo, teniendo en cuenta la curva de aprendizaje en laparoscopia en nuestro equipo. La tasa de reintervenciones ha sido del 8% en la serie de casos puente. Han requerido ingreso en UCI el 23% de los pacientes, la mayoría por procedimientos asociados a la resección principal. El estadio patológico definitivo ha sido un 50% estadios III, destacando anecdotíicamente dos casos de diverticulitis oclusiva. La supervivencia global es del 67%, y a los 5 años del 77%. No hay ningún caso de recidiva colónica.

Conclusiones: La revisión de la literatura en base a trabajos con nivel de evidencia Ib-II, no puede demostrar un impacto negativo oncológico en los pacientes tratados con stent puente a cirugía, laparoscópica o no,

destacando el beneficio clínico a favor de mayor cirugía de un solo tiempo, con menores tasas de estoma terminal, y significación estadística variable según series.