



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-709 - ¿ES ONCOLÓGICAMENTE SEGURA LA CIRUGÍA DIFERIDA TRAS ENDOPRÓTESIS COLÓNICA EN EL CÁNCER DE COLON IZQUIERDO OBSTRUIDO?

Romacho López, Laura; Blanco Elena, Juan Antonio; Titos García, Alberto; Aranda Narváez, José Manuel; González Sánchez, Antonio Jesús; Cabrera Serna, Isaac; Pitarch Martínez, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

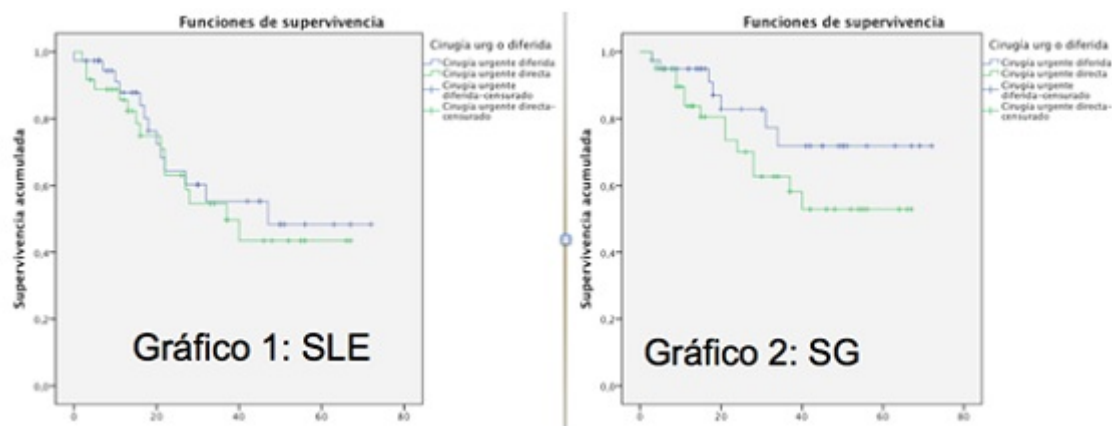
Resumen

Introducción: Entre el 8% y el 29% de los pacientes con cáncer colorrectal debutan con un cuadro oclusivo intestinal que tradicionalmente ha sido tratado mediante cirugía urgente. Estudios recientes han mostrado una reducción en la morbilidad y mortalidad mediante el uso de endoprótesis metálicas autoexpandibles como puente a la cirugía definitiva. Sin embargo la mayor controversia hoy en día se centra en sus resultados oncológicos.

Objetivos: Comparar los resultados oncológicos en los pacientes con obstrucción tumoral de colon distal intervenidos de forma diferida tras colocación de prótesis descompresiva puente (CD) con aquellos intervenidos de urgencia (CU).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivas, con análisis por protocolo, incluyendo todos los pacientes ingresados por obstrucción tumoral de colon distal al ángulo esplénico tratable con intención curativa intervenidos en el período comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Como variables de resultado principales se consideraron la calidad oncológica de la linfadenectomía (evaluada mediante el número de ganglios aislados en la pieza quirúrgica) y la supervivencia (tanto libre de enfermedad como global).

Resultados: Se llevaron a cabo un total de 42 cirugías diferidas, mientras que se indicó cirugía urgente directa en 49 pacientes. Ambos grupos resultaron homogéneos en cuanto a las variables epidemiológicas de interés y estadio tumoral. De los 52 pacientes en los que se indicó endoprótesis colónica no se pudo completar el procedimiento, por motivos técnicos, en 6 de ellos. Se registraron tres casos de perforación clínica asociada a la endoprótesis y un caso de disfunción con persistencia del cuadro oclusivo. La tasa de éxito técnico fue 89% y de éxito terapéutico 88%. El número medio de ganglios aislados en la linfadenectomía fue de 19,45 en el grupo de CD y de 16,89 en el de CU. Se aislaron menos de 12 ganglios en 5 pacientes del grupo CU y en ninguno en el de CD ($p < 0,05$). El tiempo medio de seguimiento fue de 26,71 meses en el grupo de CD y de 23,71 meses en el grupo de CU, sin diferencias significativas. No se evidenciaron diferencias en el análisis de supervivencia en cuanto a la supervivencia libre de enfermedad (fig. 1) y se objetivó tendencia estadística a la significación en la supervivencia global en los pacientes de nuestra serie a favor de los pacientes del grupo de CD ($p < 0,06$; fig. 2). Al estratificar las curvas de supervivencia en función del estadiaje tumoral observamos una mayor supervivencia en los pacientes en estadio II de la enfermedad ($p < 0,05$).



Conclusiones: El uso de endoprótesis colónica como puente a la cirugía permite resecciones con mayor calidad oncológica al llevarse a cabo disecciones ganglionares más extensas. La estrategia de cirugía diferida mediante la descompresión colónica con endoprótesis aumenta la supervivencia en estadios iniciales en nuestra serie.