



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-377 - CIRUGÍA DIFERIDA TRAS ENDOPRÓTESIS EN EL CÁNCER OBSTRUCTIVO DE COLON IZQUIERDO: ¿ES UNA OPCIÓN ONCOLÓGICAMENTE CORRECTA?

Vila Zárate, Cristina; Guil Ortiz, Beatriz; Arteaga González, Iván; Nazco, Ángel; Correa, Mari Cruz; Pezzetta, Liliana; Martín Malagón, Antonio; Carrillo Pallarés, Ángel

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Objetivos: Comparar la supervivencia a largo plazo en los pacientes con adenocarcinoma obstructivo de colon izquierdo no metastásico tras tratamiento resectivo mediante cirugía urgente o diferida tras colocación de endoprótesis colónica. Además, comparar la mortalidad y morbilidad grave, número de estomas tras tratamiento y el acceso laparoscópico en cada grupo.

Métodos: Se presenta un estudio de cohortes retrospectivo de pacientes atendidos de urgencia por nuestro servicio entre 2008-2015 por obstrucción secundaria a adenocarcinoma de colon izquierdo obstructivo. Se excluyeron los pacientes en los que se realizó una colostomía paliativa (enfermedad irresecable). Se compararon los dos grupos: tratamiento resectivo mediante cirugía directa urgente frente a cirugía programada tras resolver el cuadro obstructivo mediante colocación de endoprótesis colónica. Se realizó una comparativa por intención de tratamiento, en el que se analizó la supervivencia global y la supervivencia cáncer específica mediante curva de Kaplan-Meier, y se comparó mediante log rank y regresión de Cox. Las variables cuantitativas se compararon mediante t de Student, y las cualitativas mediante chi cuadrado o test de Fisher.

Resultados: Se identificaron 89 pacientes con adenocarcinoma de colon izquierdo obstructivos entre 2008-2015, de los cuales fueron excluidos 11 por no ser posible la resección del primario (colostomía paliativa). De los 78 pacientes sometidos a cirugía resectiva, 22 presentaban metástasis sincrónicas. Se realizaron 28 cirugías urgentes, y se eligió la opción de endoprótesis como puente a cirugía con intención curativa en 50 casos. De este último grupo, hubo que intervenir a 13 pacientes de manera urgente por imposibilidad técnica de colocación de la prótesis (10), disfunción de la misma (2) y perforación colónica (1). No existían diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, estadio TNM, grado de diferenciación ni haber recibido tratamiento quimioterápico adyuvante. Los pacientes intervenidos de urgencias presentaban un riesgo anestésico mayor que en los que se optó por prótesis como tratamiento puente (ASA III 40,7% vs 16,3%; p 0,05). No encontramos diferencias significativas entre cirugía urgente y endoprótesis en cuanto a radicalidad oncológica (RO 100% vs 96%), morbilidad (Clavien-Dindo > 3: 14% vs 10%) y mortalidad perioperatoria (3,6% vs 4%). En los pacientes sometidos a cirugía electiva tras la endoprótesis se realizaron menos ostomías (18% vs 42,7%; p 0,05), se realizaron más procedimientos laparoscópicos (48% vs 3,6%; p 0,01), y se realizaron más anastomosis primarias (88% vs 68%; p 0,01). El tiempo medio entre la colocación de la endoprótesis y la cirugía electiva fue de 17 días. La supervivencia global a los 60 meses fue del 55% para el grupo de las endoprótesis y 48% en el de cirugía urgente (p 0,26), mientras que la cáncer específica fue del 66% frente al 50% (p 0,77). En el análisis multivariante en cuanto a supervivencia global, la única variable

que alcanzó significación estadística fue la presencia de metástasis sincrónicas (p 0,01).

Conclusiones: Las endoprótesis en oclusión maligna aguda de colon izquierdo parecen ofrecer similar morbilidad y mortalidad, aportando una marcada disminución de la tasa de estomas y un aumento de las posibilidades de abordaje laparoscópico. Nuestros resultados oncológicos son similares, aunque hacen falta más estudios aleatorizados de supervivencia a largo plazo para considerarlo como tratamiento estándar.