



OR-288 - ANÁLISIS COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO CON STENT-PUENTE EN LA OCLUSIÓN NEOPLÁSICA DE COLON IZQUIERDO CON COLECTOMÍA DIFERIDA Y LA RESECCIÓN ELECTIVA DE NEOPLASIAS IZQUIERDAS NO OBSTRUCTIVAS

González Cano, Javier; Aranda Narváez, José Manuel; González Sánchez, Antonio Jesús; Romacho López, Laura; Titos García, Alberto; Cabrera Serna, Isaac; Fernández Sánchez, Ana Isabel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El empleo de *stents* metálicos como puente a una cirugía para las neoplasias obstrutivas de colon izquierdo (NOCI) suponen hoy en día una alternativa terapéutica aceptada por las guías clínicas. Habitualmente, esta estrategia es comparada con la cirugía de urgencias, donde ha demostrado sus ventajas a corto plazo y resultados oncológicos a largo plazo similares. Sin embargo, al someterse a los pacientes a una cirugía semielectiva, podría plantearse su comparación con la cirugía completamente electiva del cáncer colorrectal no complicado. Presentamos un estudio comparativo de los resultados perioperatorios y la supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) con la estrategia *stent as bridge-to-surgery* (S-BS) en NOCI y colectomía de intervalo realizada por cirujanos de una Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias (UTCU), con los resultados en la resección electiva de neoplasias no obstrutivas de colon izquierdo (NNOCI) por cirujanos colorrectales. Hasta el momento, solo cinco estudios han abordado este tema en la literatura, y este es el primero en el que la cirugía para las NOCI es realizada por cirujanos de una UTCU.

Métodos: El grupo A (S-BS) se definió con todos los pacientes que recibieron un S-BS por NOCI mediante endoscopia durante un periodo de 10 años (enero 2011-diciembre 2020). Se excluyeron pacientes con perforación intestinal, indicación paliativa y estadio IV al diagnóstico. Los pacientes con fallo técnico, clínico o perforación relacionada con el *stent* se analizaron por intención de tratar en este grupo. Se realizó un *matching* 1:2 por edad, ASA, localización tumoral, estadio y año de cirugía con los pacientes intervenidos electivamente por NNOCI por la Unidad de Cirugía Colorrectal (grupo B, CR). Las variables principales fueron la SG y SLE, globales y estratificadas por estadios, definiéndolas mediante curvas Kaplan-Meier y comparándolas mediante *log-rank*. Se consideraron como secundarias todas las variables peri y posoperatorias. Para la definición de las variables cuantitativas se empleó la mediana (rango intercuartílico) y para las cualitativas porcentajes, analizándolas con t de Student/Wilcoxon y χ^2 /Fisher respectivamente. Se empleó el umbral p 0,05 para definir la significación estadística.

Resultados: 98 pacientes fueron elegidos como controles de 56 pacientes del grupo S-BS. La tasa de éxito técnico, clínico o perforación fue respectivamente del 94,64% (53/56), 92,45% (49/53) y 5,35% (3/56). No hubo diferencias significativas entre grupos en género, edad, ASA, estadio, localización/técnica quirúrgica ni intención laparoscópica. Tampoco se objetivaron diferencias en la tasa de anastomosis primaria, morbilidad, reintervención, dehiscencia, estancia hospitalaria, mortalidad a los 30 días ni diferenciación histológica. No se objetivaron diferencias en la SG ni SLE considerando la muestra global (SG: p 0,94; SLE: p 0,67) ni por

estadios (I-II SG: p 0,78; III SG: p 0,86; I-II SLE: p 0,17; III SLE: p 0,70).

Figura 1. Curvas de Supervivencia global (SG, izquierda) y Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE, derecha) para los grupos S-BS y CR.

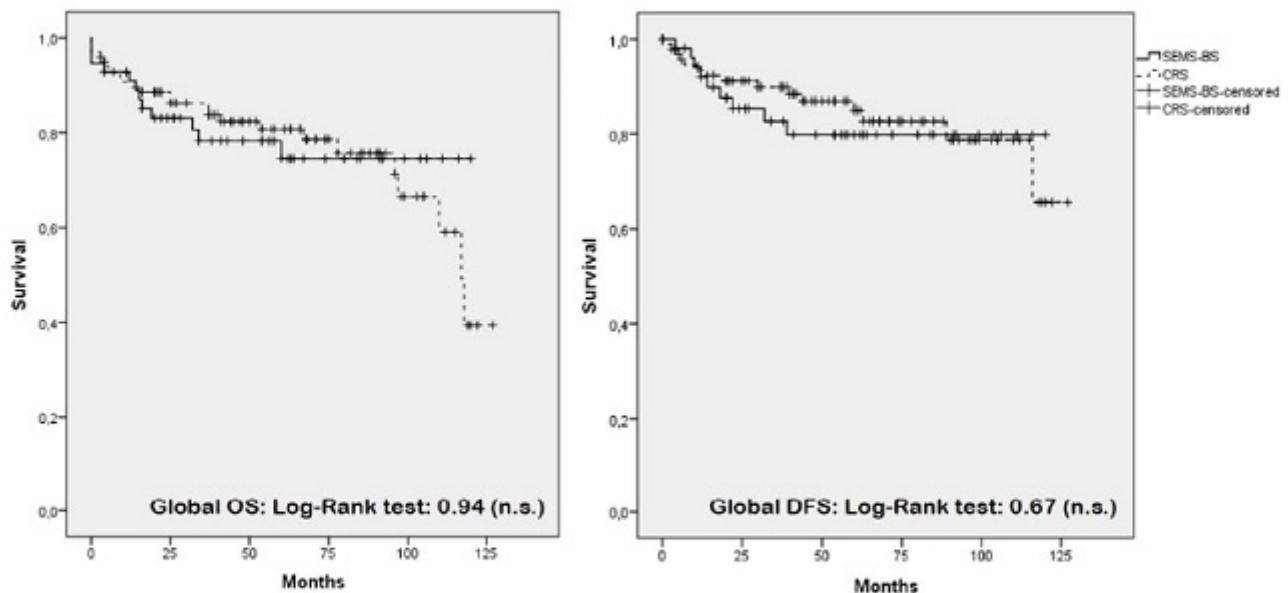
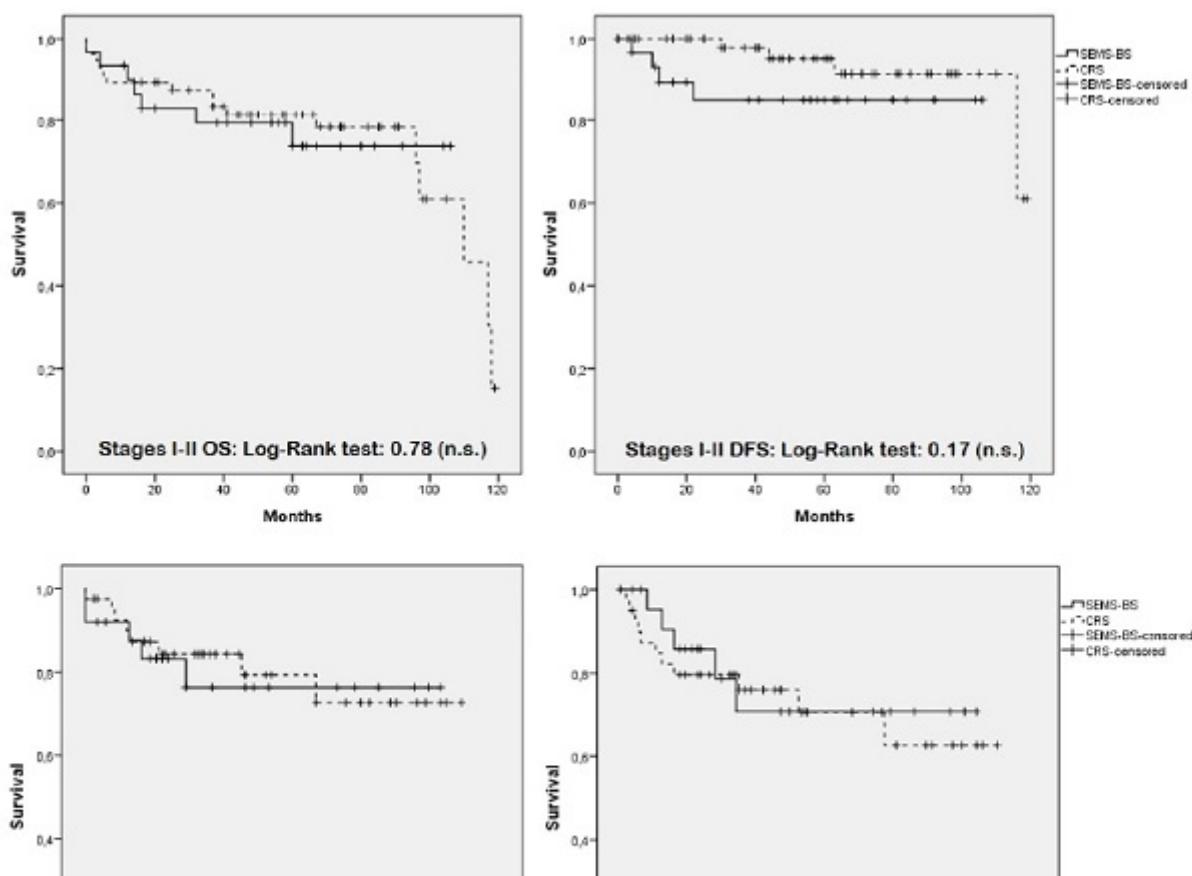


Figura 2. Curvas de Supervivencia Global (SG, izquierda) y Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE, derecha) para los grupos S-BS y CR por estadios (I-II, arriba; III, abajo)



Conclusiones: Los resultados perioperatorios y de supervivencia obtenidos con la estrategia S-BS para las NOCI con colectomía de intervalo realizada por cirujanos de Trauma y Cirugía de Urgencias son comparables a los asociados a la cirugía colorrectal electiva realizada por cirujanos colorrectales en las NNOCI. Debe contarse con un equipo de endoscopistas expertos que asegure una tasa de perforación ? 7-8%.