

Cartas al director



Respuesta de los autores: Cirugía en el cáncer de colon complicado (Cir Esp. 2006;80:9-15)

Sr. Director:

Agradecemos al Dr. Rodríguez la carta con los comentarios sobre el artículo “La cirugía en el cáncer de colon complicado”¹. Los objetivos del artículo eran analizar el papel de la cirugía en el cáncer de colon complicado, tanto en la perforación como en la oclusión, en sus aspectos de intervención quirúrgica radical y el impacto en los resultados oncológicos haciendo un análisis crítico de los puntos más controvertidos en la literatura. En este sentido y siendo la colocación de una prótesis expansible un procedimiento terapéutico sólo para el síndrome oclusivo, no hemos considerado oportuno tratar este tema en el mismo artículo.

Aprovechamos esta carta al director para poder expresar nuestra opinión, que en parte coincide con la del Dr. Rodríguez. Creemos que la prótesis autoexpansible es una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con oclusión de intestino grueso. Además, la posibilidad de tratar a los pacientes en un segundo tiempo con cirugía laparoscópica, como proponen algunos autores², es muy atractiva. Sin embargo, en la gran mayoría de los artículos sobre colocación de prótesis publicados, se reportan tasas de morbimortalidad muy bajas, que acostumbran ser resultados precoces y raramente se analizan los tardíos. En un estudio prospectivo reciente se ha observado una morbilidad del 50% (migración, obstrucción, perforación, etc.) y una mortalidad del 37,5% en el primer mes tras la colocación de una prótesis con carácter paliativo, frente una morbilidad del 20% y mortalidad nula cuando la prótesis se utilizó como puente hacia la cirugía resectiva³.

Creemos que, en la colocación de *stent* sobre una neoplasia oclusiva de colon en pacientes con posibilidad de ser tratados de forma radical, habría que tener en cuenta otros aspectos. Si consideramos válido uno de los principios de la cirugía oncológica, como el descrito por Turnbull, basado en la técnica de *no touch*, o la asunción de que células tumorales exfoliadas pueden asentarse posteriormente en superficies mucosas y ser origen de recurrencias locales, teoría que ha promulgado la irrigación intraluminal con sustancias citotóxicas como la povidona yodada antes de realizar la anastomosis, nos preguntamos si es oncológicamente adecuado manipular el tumor con la colocación de una prótesis.

Hasta la actualidad no ha sido publicado ningún estudio aleatorizado que compare los resultados de supervi-

vencia relacionada con cáncer y recidiva en pacientes con neoplasia oclusiva de colon izquierdo, tratados con resección urgente o prótesis expansible y resección en un segundo tiempo con intención curativa.

En nuestra experiencia, hemos observado que las tasas de supervivencia y recidiva en cáncer de colon complicado tratado en urgencia respetando los criterios de cirugía oncológica se pueden aproximar a las de la cirugía electiva⁴. Recientemente, en una serie amplia de pacientes tratados con resección y anastomosis primaria de colon distal, los índices de dehiscencia de sutura y mortalidad postoperatoria han sido del 5,7 y el 6% respectivamente⁵. También hemos observado que, en pacientes con oclusión de intestino grueso, el grado ASA III-IV, la lesión de colon proximal asociada y la insuficiencia renal aguda son factores independientes predictivos de mortalidad postoperatoria⁶. A la vista de estos resultados, así como de la preocupación hacia la seguridad oncológica, actualmente en nuestro hospital reservamos la colocación de prótesis autoexpansible a pacientes con neoplasia oclusiva avanzada de colon distal (estudio de extensión con ecografía o tomografía computarizada abdominal urgente) o a pacientes con criterio de riesgo de mortalidad postoperatoria.

Por otra parte, considerando la importancia del factor cirujano en los resultados de la cirugía urgente del colon izquierdo⁷, en nuestra opinión, la prótesis autoexpansible podría representar una alternativa para los pacientes a quienes, por falta de experiencia, el cirujano no puede ofrecer una cirugía adecuada.

En conclusión, creemos que aunque la prótesis autoexpansible representa una alternativa válida en el tratamiento de la oclusión de intestino grueso, todavía quedan aspectos de sus indicaciones que es preciso definir y que futuros estudios, prospectivos y controlados, son necesarios para clarificarlos.

Sebastiano Biondo, Esther Kreisler y Joan Martí-Ragué

Unidad de Cirugía Colorrectal. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Kreisler E, Biondo S, Martí-Ragué J. La cirugía en el cáncer de colon complicado. *Cir Esp.* 2006;80:9-15.
2. Balaguer C, Targarona E, Sainz S, Montero O, Bendahat G, Kobus C, et al. Minimally invasive treatment for obstructive tumors of the left colon: endoluminal self-expanding metal stent and laparoscopic colectomy. Preliminary results. *Dig Surg.* 2004;21:282-6.
3. Chevallier P, Baqué P, Benichol D, Bernard J, Souci J, Chevallier A, et al. Treatment of colorectal obstruction with self-expanding metallic stent under fluoroscopic guidance. *J Radiol.* 2002;83:473-7.
4. Biondo S, Martí-Ragué J, Kreisler E, Parés D, Martín A, Navarro M, et al. A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer. *Am J Surg.* 2005;189: 377-83.
5. Biondo S, Parés D, Kreisler E, Martí-Ragué J, Fraccalvieri D, García Ruiz A, et al. Anastomotic dehiscence after resection and primary anastomosis in left sided colonic emergencies. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:2272-80.
6. Biondo S, Parés D, Frago R, Martí-Ragué J, Kreisler E, De Oca J, et al. Large bowel obstruction. Predictive factors for postoperative mortality. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:1889-97.
7. Zorcolo L, Covotta L, Carlonagno N, Bartolo DCC. Toward lowering morbidity, mortality, and stoma formation in emergency colorectal surgery: The role of specialization. *Dis Colon Rectum.* 2003;46: 1461-7.