



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Obstrucción colónica maligna: ¿to stent or not to stent?



Malignant colonic obstruction: To stent or not to stent?

La hipótesis fundamental que justifica el creciente interés en relación a la utilización de endoprótesis metálicas autoexpandibles (EMAE), es que su utilización puede convertir una intervención quirúrgica urgente en un procedimiento electivo, con la consiguiente reducción de la morbilidad peroperatoria. Además, se considera que la restauración de la funcionalidad intestinal puede reducir la necesidad de implantar un estoma, que en muchas ocasiones se convierte en definitivo, con la consiguiente pérdida de calidad de vida.

Veinticinco años después de la descripción de la técnica, continúa el debate sobre el papel definitivo de esta opción técnica en el tratamiento de la obstrucción maligna del colon¹. Esta controversia está alimentada por los resultados conflictivos o contradictorios de diferentes estudios comparativos efectuados hasta la actualidad. Es interesante saber que de los 8 estudios aleatorizados publicados, 3 de ellos tuvieron que ser interrumpidos de forma prematura²⁻⁴ y curiosamente, las razones para su interrupción fueron contrapuestas. No obstante, la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) desarrollaron unas guías clínicas de actuación para el uso de las EMAE en el caso de obstrucción maligna del colon en 2014. Mientras que el uso de endoprótesis con indicación paliativa es absolutamente obvio, en el caso de la colocación de la endoprótesis como puente a la cirugía electiva fue contraindicado, excepto en una situación clínica de elevada comorbilidad⁵. Esta opinión es consecuencia de la preocupación respecto al impacto de la colocación de una EMAE en la morbilidad inmediata, así como en la repercusión sobre la historia natural de la enfermedad y la supervivencia en pacientes con enfermedad potencialmente curable, ante el riesgo potencial de recidiva local o diseminación a distancia como consecuencia de la colocación de la endoprótesis^{6,7}. Esta opinión esta posiblemente influenciada por los resultados del estudio «Stent-In-2»³. Este estudio fue realizado de forma multicéntrica en Holanda, y randomizaron 98 pacientes en 25 centros diferentes antes de que el estudio se suspendiera, y constituye el estudio con el mayor número de pacientes incluidos en el momento de su publicación.

Es en este escenario en el que aparece más información con la publicación de los resultados a corto plazo del estudio

ESCO⁸. Este es un estudio iniciado y desarrollado durante los mismos años, de forma conjunta por el Department of Surgical Sciences of the University of Torino y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Se efectuó en únicamente 5 centros, de los que la mayoría de los pacientes se originaron en 3 incluyendo un total de 144 pacientes. De forma similar, más que aclarar la posible utilidad de las EMAE en esta situación clínica, los resultados del estudio ESCO parecen contradecir los resultados del estudio «Stent-In-2» al menos en lo que se refiere al objetivo más importante del estudio en relación a la enfermedad neoplásica potencialmente curable y que corresponde a las supervivencia global y al periodo libre de enfermedad. No se encontraron diferencias desde el punto de vista oncológico tras una mediana de seguimiento de 36 meses, con un seguimiento completo en más del 80% de los pacientes. Estos resultados están en línea con otros estudios previos tales como los de Alcantara et al.⁴ y Cheung et al.⁹. De hecho, también Sloothaak et al.¹⁰, en el análisis de los resultados a largo plazo de los resultados del estudio «Stent-In-2» reportaron que la colocación de una endoprótesis se asociaba a un mayor riesgo de recurrencia pero que los números eran demasiados escasos como para establecer una conclusión definitiva. En el análisis por subgrupos se comprobó que la mayor incidencia de recidiva se observaba en aquellos pacientes en los que se produjo una perforación colónica durante la implantación de la EMAE.

En la actualidad, lo que sería necesario para conocer mejor la realidad de este tema, es un metaanálisis de únicamente los estudios aleatorizados efectuados hasta la actualidad para evitar posibles causas de confusión si los grupos de pacientes que se comparan no son homogéneos. Por todo ello hemos efectuado dicho metaanálisis excluyendo premeditadamente los datos de estudios de cohortes o casos control¹¹. Desde 1994 se han publicado 8 estudios controlados y aleatorizados^{2-4,8,9,12-14} comparando la implantación de una EMAE con la cirugía urgente en el tratamiento de obstrucciones malignas sintomáticas del colon izquierdo, incluyendo únicamente 497 casos. Sin embargo, el análisis estadístico demostró un aceptable nivel de evidencia, confirmado por el

análisis de riesgo de sesgos y los test de heterogeneidad. Los test de sensibilidad demostraron que ningún estudio ejercía una especial influencia sobre el cálculo del «risk ratio». Desgraciadamente, al no tener acceso a los datos individuales de los pacientes incluidos o los «hazard ratios» de cada estudio, fue imposible comparar la curva de supervivencia o de periodo libre de enfermedad global de las series incluidas en el metaanálisis.

Nuestro metaanálisis demostró que la incidencia de complicaciones dentro de los 60 días tras la cirugía era significativamente menor en pacientes que eran tratados con una EMEA previamente a la cirugía electiva. Este hallazgo representa una novedad absoluta, ya que previamente solo se había observado esta diferencia significativa cuando se incluía en el análisis estudios retrospectivos no randomizados¹⁵. Además, se encontró que el riesgo de un estoma temporal o definitivo fue significativamente menor en el grupo de endoprótesis como puente a la cirugía electiva. Ante la incapacidad de poder medir de forma objetiva el impacto de la colocación de la endoprótesis sobre los índices de calidad de vida, el hecho de minimizar la necesidad de un estoma se debe considerar como una mejoría importante.

Antes de emitir una conclusión definitiva hace falta conseguir más datos objetivos. Teniendo en cuenta que el objetivo más importante que debe ser medido es la evolución oncológica, este debería ser fácilmente comparable en ambos grupos. Será necesario obtener y analizar más información en cuanto a la morbilidad global a corto y largo plazo, porcentaje de estomas temporales o permanentes e impacto sobre los índices de calidad de vida. Además existen otros puntos que deben ser aclarados tales como la forma específica de preparar el colon tras la implantación de la endoprótesis y el intervalo adecuado entre la implantación de la prótesis y la cirugía electiva. Mientras tanto parece claro que la colocación de una endoprótesis previamente a la cirugía electiva es mejor a la cirugía urgente cuando se dispone de la suficiente y necesaria experiencia en el manejo endoscópico de las prótesis.

Conflicto de interés

Alberto Arezzo no tiene ningún conflicto de interés a declarar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dohmoto M. New method-endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Dig.* 1991;3:1507-12.
2. Pirllet IA, Slim K, Kwiatkowski F, Michot F, Millat BL. Emergency preoperative stenting versus surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: A multicenter randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2011;25:1814-21.
3. van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B, Marinelli AW, Lutke Holzik MF, Grubben MJ, et al., collaborative Dutch Stent-In study group. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: A multicentre randomised trial. *Lancet Oncol.* 2011;12:344-52.
4. Alcántara M, Serra-Aracil X, Falcó J, Mora L, Bombardó J, Navarro S. Prospective, controlled, randomized study of intraoperative colonic lavage versus stent placement in obstructive left-sided colonic cancer. *World J Surg.* 2011;35:1904-10.
5. Van Hooft JE, van Halsema EE, Vanbiervliet G, Beets-Tan RG, DeWitt JM, Donnellan F, et al., European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Gastrointest Endosc.* 2014;80: 747-761.e1-e75.
6. Knight AL, Trompetas V, Saunders MP, Anderson HJ. Does stenting of left-sided colorectal cancer as a "bridge to surgery" adversely affect oncological outcomes? A comparison with non-obstructing elective left-sided colonic resections. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27:1509-14.
7. Sabbagh C, Browet F, Diouf M, Cosse C, Brehant O, Bartoli E, et al. Is stenting as "a bridge to surgery" an oncologically safe strategy for the management of acute, left-sided, malignant, colonic obstruction? A comparative study with a propensity score analysis. *Ann Surg.* 2013;258:107-15.
8. Arezzo A, Balague C, Targarona E, Borghi F, Giraudo G, Ghezzi L, et al. Colonic stenting as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colonic obstruction: Results of a multicentre randomised controlled trial (ESCO trial). *Surg Endosc.* 2016 [Epub ahead of print].
9. Cheung HY, Chung CC, Tsang WW, Wong JC, Yau KK, Li MK. Endolaparoscopic approach vs conventional open surgery in the treatment of obstructing left-sided colon cancer: A randomized controlled trial. *Arch Surg.* 2009;144:1127-32.
10. Sloothaak DA, van den Berg MW, Dijkgraaf MG, Fockens P, Tanis PJ, van Hooft JE, et al., collaborative Dutch Stent-In study group. Oncological outcome of malignant colonic obstruction in the Dutch Stent-In 2 trial. *Br J Surg.* 2014;101:1751-7.
11. Arezzo A, Passera R, Lo Secco G, Verra M, Bonino MA, Targarona E, Morino M. Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2017 in press. DOI: 10.1016/j.gie.2017.03.1542.
12. Cui J, Zhang JL, Wang S, Sun ZQ, Jiang XL. A preliminary study of stenting followed by laparoscopic surgery for obstructing left-sided colon cancer [Article in Chinese]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.* 2011;14:40-3.
13. Ho KS, Quah HM, Lim JF, Tang CL, Eu KW. Endoscopic stenting and elective surgery versus emergency surgery for left-sided malignant colonic obstruction: A prospective randomized trial. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27:355-62.
14. Ghazal AH, El-Shazly WG, Bessa SS, El-Riwini MT, Hussein AM. Colonic endolumenal stenting devices and elective surgery versus emergency subtotal/total colectomy in the management of malignant obstructed left colon carcinoma. *J Gastrointest Surg.* 2013;17:1123-9.
15. De Ceglie A, Filiberti R, Baron TH, Ceppi M, Conio M. A meta-analysis of endoscopic stenting as bridge to surgery versus emergency surgery for left-sided colorectal cancer obstruction. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2013;88:387-403.

Alberto Arezzo

Department of Surgical Sciences, University of Torino, Torino, Italy

Correo electrónico: alberto.arezzo@unito.it

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.03.002>

0009-739X/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEC.