

Utilización de endoprótesis autoexpandible en oclusión aguda por tumor de colon. Presentación de casos

Manuel Cepero Valdés*, **Hanoi Hernández Rivero****, **Lisette Chao González*****,
Julián Ruiz Torres****, **Manuel Cepero Nogueira*******, **Leonel González
Rapado*******, **Karelia Melian Ysla*******, **Carlos Ramos Pachón*******

- * Especialista en 2do grado en Cirugía General. Profesor Instructor de Cirugía General.
 ** Especialista de 1er Grado en Cirugía General.
 *** Especialista de 2do grado en Gastroenterología. Profesor Instructor de Gastroenterología.
 **** Especialista de 2do grado en Gastroenterología. Profesor Auxiliar de Gastroenterología.
 ***** Especialista de 2do grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía General.
 ***** Especialista de 2do grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía General.
 ***** Especialista de 1er grado en Gastroenterología.

Resumen

Se describe la utilización endoscópica de prótesis autoexpandible en dos pacientes con oclusión mecánica aguda de colon izquierdo, tratados en el servicio de urgencias, lo que nos permitió mejorar el estado hidroelectrolítico y sintomático de los pacientes, así como la preparación del colon, que permitió evitar la cirugía de urgencia y colostomía descompresiva, los pacientes fueron programados e intervenidos quirúrgicamente a los cinco días. No hubo complicaciones postoperatorias. Se obtuvieron como resultados anatomopatológicos, adenocarcinomas de colon en anillo de sellos, un paciente en colon descendente y el otro en colon sigmoides. **Palabras clave:** prótesis metálica autoexpandible, oclusión tumoral aguda del colon.

Abstract

It is described the utilization of endoscopic of autoexpandible steins in two patients by mechanical acute occlusion of left colon, agreements in the service of urgencies, which allowed us to improve the state hydroelectrolítico and symptomatic of the patients, as well as the preparation of the colon, the surgery of urgency being avoided and colostomy, being programmed and controlled surgically to five days. There were no postoperative complications. Taking a patient as results anatomopatology adenocarcinoma of colon in ring stamp, in descending colon and other one in colon sigmoides. **Key words:** autoexpandible steins, colon cancer.

Introducción

El 10% de los pacientes con cáncer de colon se presentan con un cuadro de oclusión intestinal; habitualmente estos son pacientes en mal estado general con alteraciones del medio interno. Se reporta una diferencia entre la morbimortalidad de la cirugía

colónica de urgencia y la programada. Las prótesis metálicas autoexpandibles se utilizan, cada vez con más frecuencia, para tratar la obstrucción aguda de diversos segmentos del tracto digestivo.^(1,2) El desarrollo de la tecnología ha permitido utilizar distintos materiales para fabricar lo que se denominan prótesis

metálicas autoexpandibles (PMA). Las PMA son unos tubos cilíndricos, en forma de malla, de distintas longitudes y anchuras, que tienen la característica de poderse insertar plegadas mediante endoscopia. ⁽³⁾ Esta propiedad permite atravesar estenosis muy importantes sin necesidad de dilatarlas previamente. Una vez dentro de la zona obstruida, mediante un mecanismo de liberación, las PMA se abren, consiguiendo un diámetro suficiente para recanalizar la zona estenosada.

Presentación de Casos.

Caso # 1

Paciente masculino de 83 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial de 20 años de evolución, compensada con tratamiento médico. Refiere que cuatro días antes de su ingreso no había defecado ni expulsado gases por el recto, así como distensión progresiva y cólicos abdominales. Acude al servicio de urgencia donde ingresa para estudio y tratamiento adecuados.

Exámenes Imagenológicos:

Rx de abdomen simple: Distensión de colon derecho con múltiples niveles hidroaéreos. Colon por enema por fluoroscopia: Contraste hidrosoluble a baja presión: Columna de contraste se interrumpe en colon descendente.

Examen Endoscópico de Urgencia (Colonoscopia)

Se localiza el tumor en colon descendente con el colonoscopio CF Lucera 260. Se introduce guía por el canal de trabajo del endoscopio venciendo la zona estenótica bajo control fluoroscópico, a través de la guía se introduce el aditamento con la prótesis autoexpandible, que se abre y se logra descomprimir, observándose salida de materia fecal. (figura 1)

Procedimiento quirúrgico

Se realiza laparotomía, se localiza tumor de tres cm en colon descendente infiltrando colon transverso con prótesis en su interior y se procede a la hemicolectomía izquierda ampliada con anastomosis transverso-sigmoidostomía, término-terminal. (figura 2)



Figura 1



Figura 2

Resultado anatomopatológico: adenocarcinoma de colon bien diferenciado

Caso # 2

Paciente masculino, de 62 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus, NID, que comienza con cuadro de distensión abdominal, dolor a tipo cólico y no expulsión de heces y gases por el recto, por lo que acude al servicio de urgencia y se ingresa para estudio y tratamiento.

Exámenes Imagenológicos

Rx. abdomen simple: Distensión del colon con múltiples niveles hidroaéreos. Colon por enema por fluoroscopia: Contraste hidrosoluble a baja presión: Columna de contraste se interrumpe en colon sigmoides.

Examen Endoscópico de Urgencia (Colonoscopia)

Se localiza el tumor en colon sigmoides con el colonoscopio CF Lucera 260. Se introduce guía por el canal de trabajo del endoscopio venciendo la zona estenótica bajo control fluoroscópico; a través de la guía se introduce el aditamento con la prótesis autoexpandible (figura 3), que se abre y se logra descomprimir, observándose salida de materia fecal

Procedimiento quirúrgico

Se realiza laparotomía, se localiza tumor de cinco cm. en colon sigmoides y se procede a la resección mediante hemicolectomía izquierda con anastomosis término-terminal. (figura 4)

Resultado anatomopatológico: adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado

Discusión

La obstrucción aguda del colon forma parte del síndrome de abdomen agudo y debe resolverse con urgencia. Tradicionalmente, la única opción de tratamiento era la cirugía. La morbimortalidad de los pa-

cientes intervenidos por obstrucción colónica aguda es elevada. Uno de los factores que más influye en las complicaciones de la cirugía es la deficiente preparación del colon. Los pacientes suelen tener una retención importante de heces que conlleva, con frecuencia, la contaminación del campo quirúrgico. Además, con la distensión progresiva del intestino grueso, se producen bacteriemias. El sigmoides es el lugar anatómico donde con más frecuencia se localiza la obstrucción. Las causas más frecuentes son los tumores y procesos benignos como la diverticulitis. ⁽⁴⁾ El procedimiento quirúrgico habitual suele ser una colostomía de descarga, en primer lugar y meses después, si es posible, la reconstrucción del tránsito colónico normal. Sin embargo, el enfoque terapéutico de la obstrucción colónica aguda ha cambiado progresivamente desde que, en 1991, se describió, por primera vez, la utilización de PMA para paliar la obstrucción. ⁽⁵⁾

En un estudio reciente de Martínez Santos y cols. ⁽⁶⁾, del Hospital de Getafe, se compara el tratamiento quirúrgico tradicional de la obstrucción colónica tumoral, con el de la inserción de PMA. En los pacientes en que la obstrucción se resolvió inicialmente con PMA y se realizó cirugía programada posterior, se ha demostrado una menor incidencia de complicaciones graves y una disminución de la estancia hospitalaria.

Los pacientes se egresaron a la semana de intervenidos quirúrgicamente, no presentando complicaciones con el proceder realizado, en la actualidad



Figura 3

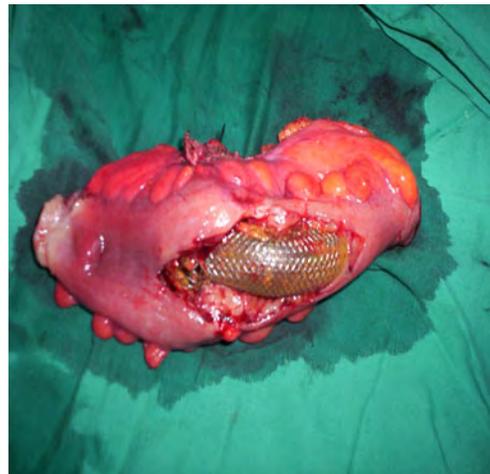


Figura 4

se mantienen con tratamiento quimioterápico y seguimiento en consulta.

Bibliografía

1- Saida Y, Sumiyama Y, Nagao J, Takase M. Stents endoprosthesis for obstructing colorectal cancers. *Dis Colon Rectum*. 1996; 39:552-5.

2-Soonawalla Z, Thakur K, Boormann P, Macfarlane P, Sathananthan N, Parker M. Use of Self-Expanding Metallic Stents in the Management of Obstruction of the Sigmoid Colon. *Am J Roentgenol*. 1998; 171:633-6.

3-Law WE, Chu KW, Ho JWC, Tung HM, Law SYK, Chu KM. Self-expanding metallic stent in the treatment of colonic obstruction caused by advanced

malignancies. *Dis Colon Rectum*. 2000; 43(11):1522-7.

4-Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant Obstruction of the Left Colon. *Br J Surg*. 1994; 81:1270-6.

5-Dohmoto M. New method: endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Dig*. 1991; 3:1507-12.

6-Martínez-Santos C, Lobato RF, Fradejas JM, Pinto I, Ortega-Deballón P, Moreno-Azcoita M. Self-expandable stent before elective surgery vs. emergency surgery for the treatment of malignant colorectal obstructions: comparison of primary anastomosis and morbidity rates. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45: 401-6.