

I Jornada de
**Cirugía de
Urgencias**
para Residentes

Utilización de las prótesis endoluminales en el cáncer de colon obstrutivo



Enrique Colás Ruiz
MIR Cirugía General y Ap. Digestivo
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Caso 1

- n Mujer de 69 años
- n AP: Obesidad. Neo de recto T3N2M1 (metástasis hepáticas, pulmonares...) en tratamiento FOLFOX + CETUXIMAB (último ciclo hace 1 semana) Necesidad de endoprótesis por ictericia obstructiva
- n MC: distensión abdominal y vómitos fecaloideos
- n TC: “Se objetiva marcada dilatación del marco cólico, con un calibre del ciego que alcanza 12 cm, con un punto de transición a nivel de la tumoración rectal, ya conocida.”



¿QUÉ HACEMOS?

n INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
TARJETA ROJA

n STENT
TARJETA BLANCA

Caso 2

- n Mujer de 20 años
- n No AP de interés
- n MC: distensión abdominal + ausencia de tránsito + vómitos
- n TC: engrosamiento mural obstructivo en recto-sigma + tumoración sugestiva de neoplasia ovárica izquierda



¿QUÉ HACEMOS?

n INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
TARJETA ROJA

n STENT
TARJETA BLANCA

Caso 3

- n Mujer de 55 años
- n AP: HTA, artritis reumatoide, neoplasia de sigma estadio IV con metástasis hepática única en tratamiento con neoadyuvancia (último ciclo hace 2 días)
- n MC: dolor abdominal y vómitos
- n TC: obstrucción 2º a neoplasia en unión recto-sigma + metástasis hepática conocida



¿QUÉ HACEMOS?

n INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
TARJETA ROJA

n STENT
TARJETA BLANCA

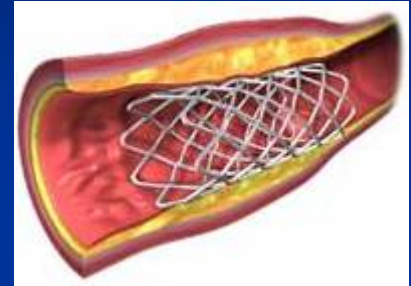
Introducción

- 1º motivo de cirugía urgente colorrectal (70% de los casos distalmente a ángulo esplénico)
- Incidencia aumenta con la edad => comorbilidades y estadios más avanzados
- Tratamiento quirúrgico clásico: Hartmann
 - Alternativas quirúrgicas
 - Resección con anastomosis 1º +/- ilestomía
 - Ostomía de descarga



Introducción

- 1991: Dohmoto introduce los stents cólicos (prótesis metálicas endoluminales autoexpandibles)
- Alternativa a la cirugía urgente:
 - Evitar laparotomía urgente
 - Evitar estomas
 - Posibilidad de cirugía electiva
- Relativamente sencilla
- Índices de morbi-mortalidad bajos
- Actualmente en controversia
 - Éxito clínico y técnico menos de lo esperado
 - Alta incidencia de perforación silente
 - Logística accesible (endoscopista/radiólogo intervencionista...)



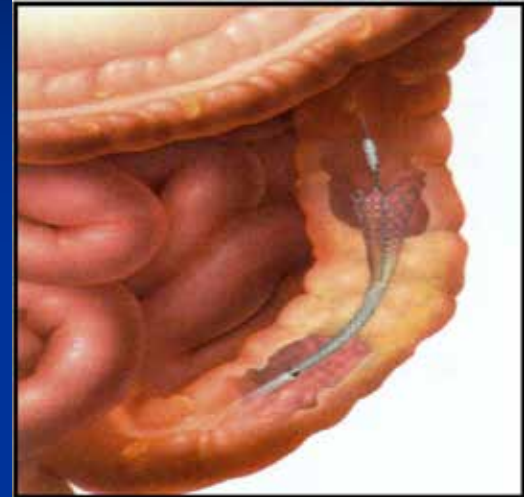
Contraindicaciones

n Absolutas

- n Perforación intestinal

n Relativas






- n Lesión colónica sincrónica
- n Diverticulitis aguda complicada
- n Transtornos de la coagulación
- n Inestabilidad hemodinámica
- n Profilaxis de oclusión
- n Estenosis a $<5\text{cm}$ de margen anal (tenesmo, dolor..)
- n Estenosis de $>9\text{cm}$ de longitud
- n Signos de isquemia
- n ...



Indicaciones

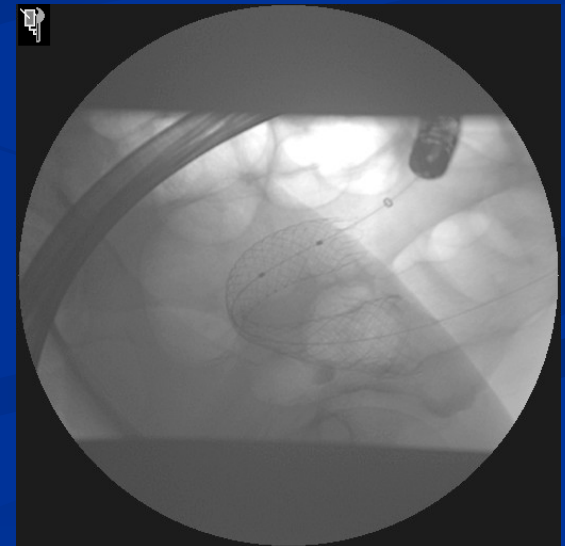
- Obstrucción sintomática de intestino grueso por neoplasia estenosante
 - “Bridge to Surgery”
 - Cirugía electiva curativa en un tiempo quirúrgico
 - Recuperación clínica (rehidratación, mejoría nutricional...), radiológica y analítica
 - Mejor estadificación de patología neoplásica
 - Tratamiento neoadyuvante
 - Tratamiento paliativo
 - Estadio IV (no quirúrgicos)
 - Infiltración de neoplasia extracólica irresecable o compresión extrínseca
 - Performance status o ECOG >2



PERFORMANCE STATUS (PS)		
KARNOFSKY		ECOG
100-90		0
90-70		1
70-50		2
50-20		3
<20		4

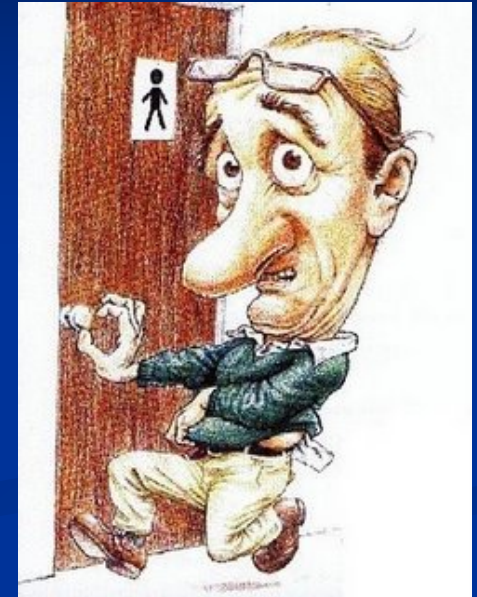
Otras indicaciones (menos frecuentes)

- Fístula neoplásica con/sin estenosis coloentérica/vesical/vaginal
- Patología benigna:
 - Estenosis postquirúrgicas o 2º a procesos inflamatorios/radioterapia
 - Perforaciones iatrogénicas



Complicaciones

- Factores de riesgo:
 - Varón
 - Obstrucción completa
 - Localización tumoral distal
 - Inexperiencia
 - Prótesis de pequeño calibre o de acero
 - Dilatación de la estenosis
 - Tratamiento QT con agentes antiangiogénicos (bevacizumab)



Small AJ et al. Endoscopic placement of self-expandable metal stents for malignant colonic obstruction: long term outcomes and complication factors. Gastrointest Endosc 2010;71:560-572.

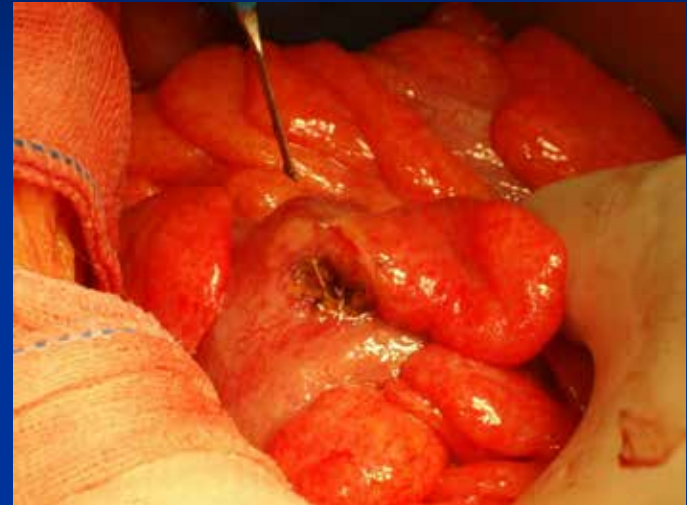
Complicaciones

n Corto plazo

- n Perforación (5%)
- n Dolor anal o tenesmo (2,5%)
- n Hemorragia (1%)
- n Fracaso técnico o clínico

n Tardías

- n Migración de la prótesis (11%)
- n Perforación/microperforación asintomática
- n Dolor anal o tenesmo
- n Aparición de nuevo cuadro de obstrucción (12%)
 - n Crecimiento tumoral
 - n Impactación fecal
 - n Prolapso mucoso
 - n Implantes peritoneales



Revisión bibliográfica

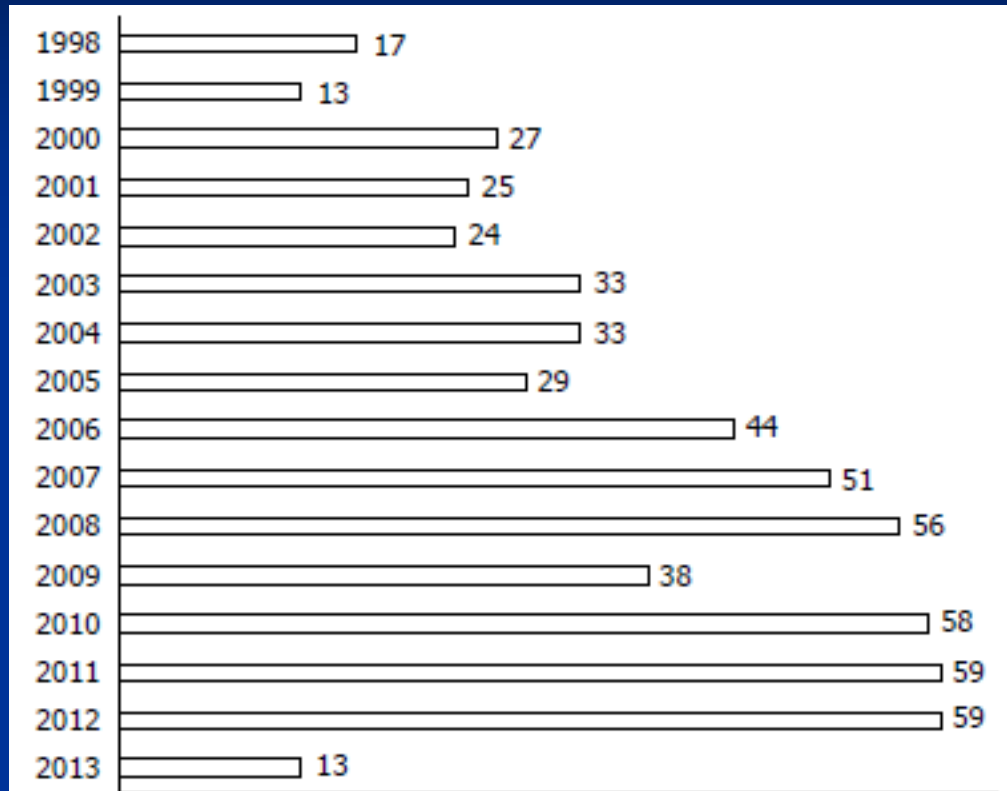
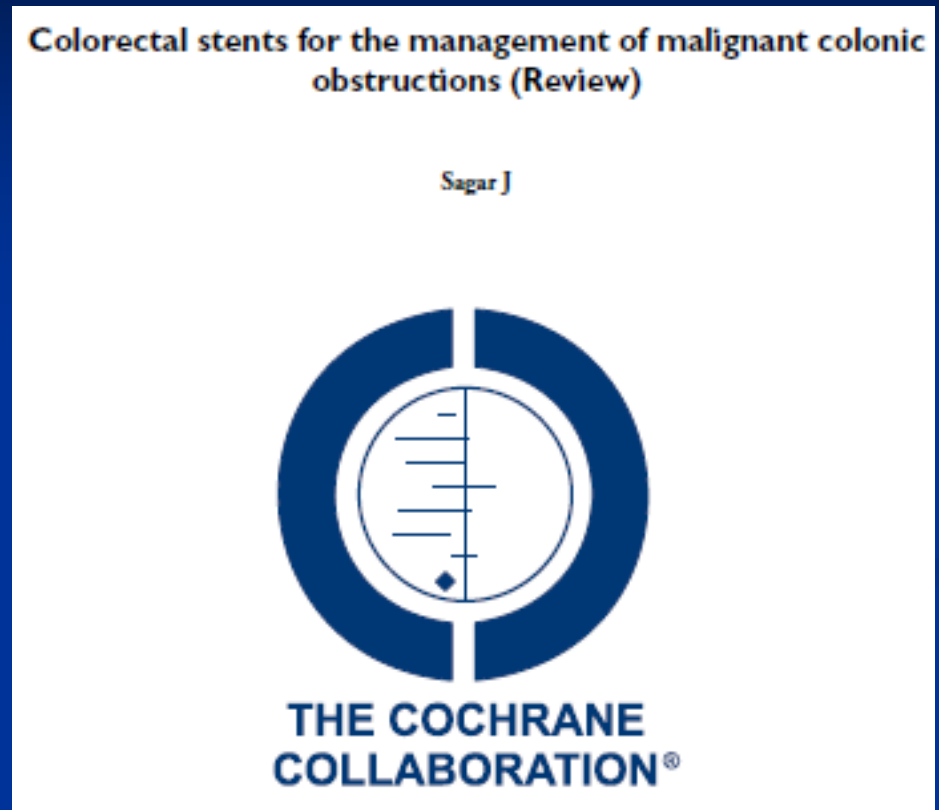


Figure 1 Number of scientific papers published in the last years about stents in tumoral colonic obstructions. Search was done with the terms "colon and stent" in PubMed. Year 2013 ends in the month of March.

- n No diferencias significativas en morbi-mortalidad
- n Tasa de éxito clínico mayor en cirugía urgente
- n Ventajas stent:
 - n Menor estancia hospitalaria
 - n Menor sangrado



Necesidad de más estudios randomizados con mayor número de pacientes

Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery *versus* emergency surgery for malignant left-sided large bowel obstruction

C. J. Tan, B. V. M. Dasari and K. Gardiner

Colorectal Unit, Royal Victoria Hospital, 274 Grosvenor Road, Belfast BT12 6BA, UK

Correspondence to: Mr C. J. Tan (e-mail: cjt99@hotmail.com)

British Journal of Surgery 2012; **99**: 469–476

- Éxito técnico y clínico de los stents menor de lo esperado
- Mayor tasa de éxito en anastomosis primarias y menor de estomas en el grupo de SEMS
- No diferencias en morbi-mortalidad

A meta-analysis of endoscopic stenting as bridge to surgery versus emergency surgery for left-sided colorectal cancer obstruction

Antonella De Ceglie^a, Rosa Filiberti^b, Todd H. Baron^c, Marcello Ceppi^b, Massimo Conio^{d,*}

^a *Unit of Digestive Endoscopy, IRCCS National Cancer Center Giovanni Paolo II, Bari, Italy*

^b *Epidemiology, Biostatistics and Clinical Trials, IRCCS AOU San Martino – IST, Genova, Italy*

^c *Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA*

^d *Department of Gastroenterology, General Hospital, Sanremo, Italy*

Accepted 13 June 2013

- Heterogeneidad en los estudios
- Ventajas SEMS: anastomosis 1^o, menor tasa estomas, menor tasa de infección
- Necesidad de más estudios randomizados



Preoperative Colonic Stents Versus Emergency Surgery for Acute Left-Sided Malignant Colonic Obstruction: A Meta-analysis

Xuan Huang • Bin Lv • Shuo Zhang • Lina Meng

- n Estudios heterogéneos
- n Menor tasa de estomas definitivos y de infección de herida con endoprótesis
- n No diferencias significativas en dehiscencias de anastomosis, ni mortalidad.

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

Charles Sabbagh, MD,|| François Browet, MD,* Momar Diouf, PhD,† Cyril Cosse, MD,*|| Olivier Brehant, MD,*
Eric Bartoli, MD,‡ François Mauvais, MD,§ Bruno Chauffert, MD, PhD,¶ Jean-Louis Dupas, MD,‡
Eric Nguyen-Khac, MD, PhD,‡ and Jean-Marc Regimbeau, MD, PhD**

n Estudio heterogéneo

n Supervivencia a largo plazo (desfavorable a los SEMS)

Conclusiones

n Necesidad de mayor evidencia

n Individualizar

n ¿Calidad de vida?

n ¿Supervivencia a largo plazo?



Caso 1

- n Mujer de 69 años
- n AP: Obesidad. Neo de recto T3N2M1 (metástasis hepáticas, pulmonares...) en tratamiento FOLFOX + CETUXIMAB (último ciclo hace 1 semana) Necesidad de endoprótesis por ictericia obstructiva
- n MC: distensión abdominal y vómitos fecaloideos
- n TC: “Se objetiva marcada dilatación del marco cólico, con un calibre del ciego que alcanza 12 cm, con un punto de transición a nivel de la tumoración rectal, ya conocida.”



Caso 1

- No posibilidad de stent
- Cirugía: colostomía de descarga => Alta
- Éxitus a los 2 meses

Caso 2

- n Mujer de 20 años
- n No AP de interés
- n MC: distensión abdominal + ausencia de tránsito + vómitos
- n TC: engrosamiento mural obstructivo en recto-sigma + tumoración sugestiva de neoplasia ovárica izquierda



Caso 2

- n Colocación de stent
- n Estudio de extensión: los previos + tumoración ovárica derecha + tumoración en mama derecha
- n Colonoscopia: AP adenocarcinoma colo-rectal
- n ECO de mama: BIRADS 4



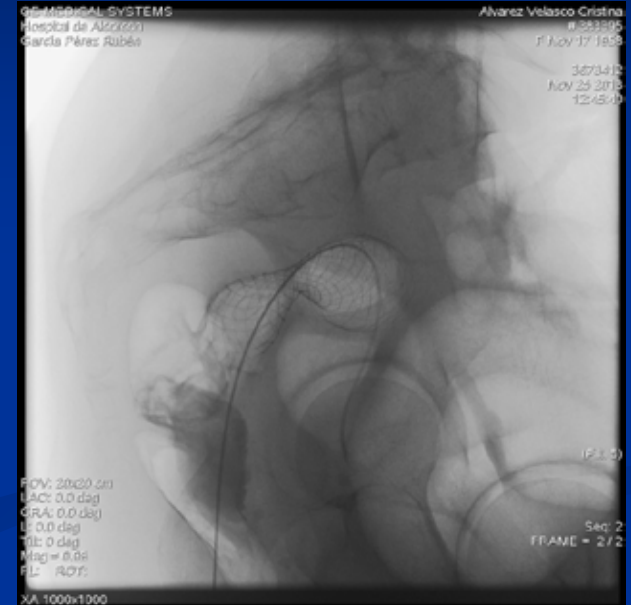
Caso 3

- n Mujer de 55 años
- n AP: HTA, artritis reumatoide, neoplasia de sigma estadio IV con metástasis hepática única en tratamiento con neoadyuvancia (último ciclo hace 2 días)
- n MC: dolor abdominal y vómitos
- n TC: obstrucción 2º a neoplasia en unión recto-sigma + metástasis hepática conocida



Caso 3

- Manejo conservador hasta posibilidad colocación endoprótesis
- Completar QT neoadyuvante
- Cirugía al mes y medio: Resección anterior baja + segmentectomía II
- Actualmente completando tratamiento QT



HUFA

- n 89 pacientes (1999-2013)
- n “Puente a Cirugía”: 50 casos
- n Paliativo: 22 casos
- n Complicaciones:
 - n Fallo técnico (no posibilidad de colocación): 12 casos (13,5%)
 - n Perforación: 5 casos (5,6%)
 - n Obstrucción tardía: 2 casos
 - n Migración de prótesis: 1 caso