

Tratamiento paliativo endoscópico de obstrucción duodenal maligna

Juan Carlos Salceda-Otero,* Diego Lozoya-González,*
Salvador Razo-García, Alberto Farca-Belsaguy*

RESUMEN

Introducción: El tratamiento quirúrgico es considerado el método paliativo estándar para restaurar la continuidad luminal en la obstrucción duodenal maligna. En pacientes que no son candidatos a cirugía paliativa, el tratamiento endoscópico con instalación de prótesis metálicas autoexpandibles ha proporcionado una opción alternativa. **Presentación del caso:** Hombre de 48 años de edad con obstrucción del tracto de salida gástrico secundaria a estenosis duodenal por recidiva de un adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, con manejo paliativo endoscópico mediante instalación de prótesis metálicas autoexpandibles no cubiertas. **Conclusiones:** La colocación endoscópica de las prótesis metálicas autoexpandibles constituye una alternativa terapéutica en el manejo paliativo de la obstrucción duodenal maligna en pacientes de alto riesgo. Evita un procedimiento quirúrgico mayor y reduce de manera significativa la morbilidad y la estancia hospitalaria del paciente.

Palabras clave: Prótesis metálicas autoexpandibles, obstrucción duodenal maligna, tratamiento endoscópico.

ABSTRACT

Introduction: Surgical treatment is considered the standard palliative approach to restore malignant luminal obstruction of the GI tract. Endoscopic treatment through the installation of self-expandable metal stents has provided an alternative option in patients who were considered unfit for palliative surgery. **Case presentation:** A 48-year-old man with outflow tract obstruction secondary to malignant duodenal obstruction due to recurrence of a gastroesophageal junction carcinoma was treated using self-expandable metal stents. **Conclusions:** This case report shows that the endoscopic placement of self-expandable metal stents is an alternative therapy in the palliative treatment of malignant duodenal obstruction in patients at high risk, avoiding a major surgical procedure and significantly reducing morbidity and hospital stay of the patient.

Key words: Self-expandable metal stents, malignant duodenal obstruction, endoscopic treatment.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción gastroduodenal maligna ocurre hasta en 20% de los sujetos con tumores gástricos, duodenales y biliopancreáticos, siendo una manifestación tardía en etapas avanzadas de la enfermedad. Los principales síntomas de los pacientes que sufren de obstrucción duodenal maligna son náusea, vómito, distensión y dolor ab-

dominal.¹ El manejo paliativo tradicional para restaurar la continuidad luminal en la obstrucción gastroduodenal maligna es con cirugía, siendo utilizado el abordaje laparoscópico en múltiples centros. En la actualidad, el método endoscópico a través de la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles ha demostrado eficacia técnica y clínica similar a la cirugía,² pero con menores costos, tiempos de estancia intrahospitalaria y tolerancia a la vía oral, sin diferencias significativas en la mortalidad.³⁻⁵ Las prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) son tubos cilíndricos, en forma de malla, de diferentes longitudes y anchuras que tienen la característica de insertarse plegadas, lo que permite atravesar estenosis importantes sin necesidad de dilatación previa en la mayoría de las ocasiones.⁶ Las PMA están diseñadas para el

* Unidad de Endoscopia Avanzada, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 07/03/11. Aceptado: 21/03/11.

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Salceda Otero
Centro Médico ABC Observatorio, Unidad de Endoscopia Avanzada
Sur 136 núm. 116, Col. Las Américas, México D.F.
Teléfono y Fax: 5272-4919. E-mail: jsalceda@geintegral.org

tratamiento de las obstrucciones lumbinales malignas del tubo digestivo.

Presentamos el caso de un sujeto con obstrucción duodenal maligna secundaria a una recidiva de un adenocarcinoma de la unión esofagogástrica manejado en forma satisfactoria con el uso de prótesis metálicas autoexpandibles.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 48 años de edad, con antecedente de tabaquismo intenso. Con diagnóstico de adenocarcinoma de la unión esofagogástrica ulcerado poco diferenciado en el 2006, por lo que se le realizó tratamiento quirúrgico consistente en esofagectomía distal con gastrectomía proximal y terapia adyuvante a base de 50.4 Gy de radioterapia y múltiples ciclos de quimioterapia en otra institución. Presenta dolor epigástrico con saciedad tem-

prana, vómito gastroalimentario postprandial, piro-sis y pérdida de 6 kg de peso, motivo por el cual acude a nuestro Servicio. Exploración física: signos vitales dentro de parámetros normales, peso 58 kg, talla 1.67 m, índice de masa corporal (IMC) 20, con palidez de piel y mucosas, deshidratación moderada, abdomen excavado sin otros hallazgos patológicos. Se le realizó una endoscopia de tubo digestivo alto (ETDA), la cual evidenció una lesión exofítica que compromete el 100% de la circunferencia duodenal y no permite el paso del endoscopio (GIF-H180 Olympus) de 9 mm (*Figura 1*) con reporte histopatológico de adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante-ulcerado. Se realizó una serie esofagogastroduodenal (SEGD) con medio hidrosoluble, la cual mostró disminución en el calibre de la arcada duodenal con bordes espiculados en un trayecto aproximado de 16 cm (*Figura 2*) PET-CT con actividad tumoral en ganglios linfáti-

Figura 1.

Endoscopia de tubo digestivo alto: Lesión exofítica ulcerada y friable duodenal que no permite el paso del endoscopio de 9 mm.

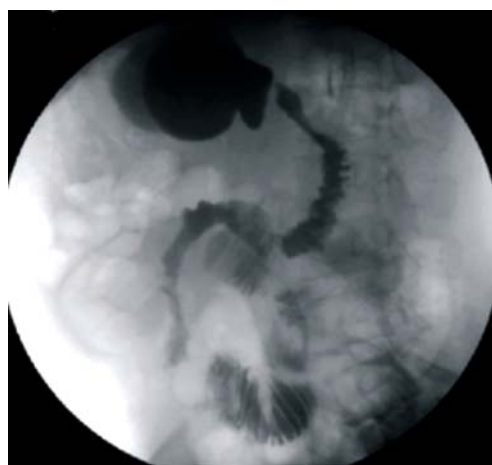
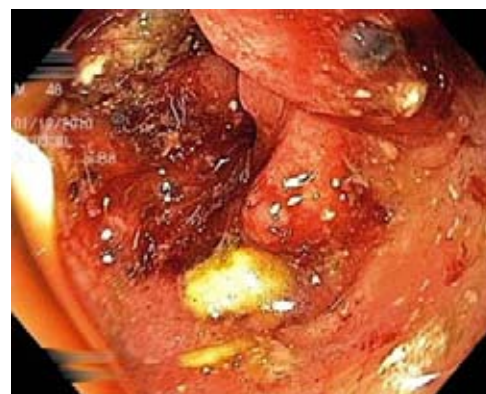
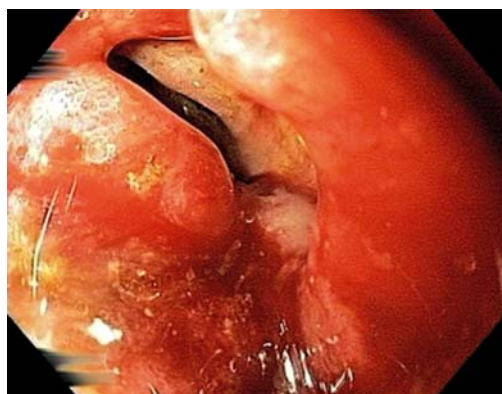
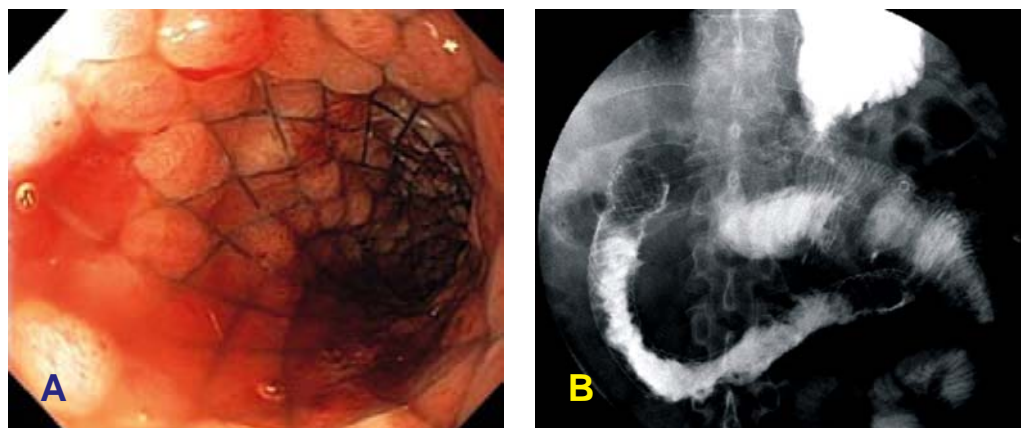


Figura 2.

Serie esofagogastroduodenal: Arcada duodenal con bordes espiculados y disminución de calibre de aproximadamente 16 cm de longitud.

**Figura 3.**

A: Endoscopia de tubo digestivo alto, la cual muestra prótesis metálica autoexpandible no cubierta instalada.

B: Serie esofagogastroduodenal que evidencia paso adecuado de medio de contraste hidrosoluble a través de la luz duodenal.

cos a ambos lados del diafragma, suprarrenal derecha y columna vertebral. Por este motivo, se colocaron dos prótesis metálicas autoexpandibles no cubiertas (Wallstent, Boston Scientific) en forma telescopada bajo control fluoroscópico (*Figura 3*). El endoscopio se situó en la parte más proximal del tumor; se pasó una guía de 0.035 pulgadas de diámetro, con punta hidrofílica atraumática, a través del canal de trabajo del endoscopio, con la intención de atravesar todo el segmento estenosado. Sobre la guía se insertó la primera prótesis, una vez que se colocó dentro de la estenosis comenzó a abrirse gradualmente hasta situarla correctamente con su extremo distal en zona sana. En forma secuencial, la segunda prótesis se colocó sobre la guía dentro de la estenosis hasta dejarla situada con su extremo distal dentro de la primera prótesis y su extremo proximal en zona sana. Tras la inserción de las PMA, se mantuvo internado durante 24 horas, comenzando tolerancia a la dieta en forma progresiva.

DISCUSIÓN

El manejo de la obstrucción duodenal maligna representa un gran reto, ya que la mayoría de los sujetos se encuentran en un estado de descompensación por la neoplasia de base, no siendo candidatos adecuados para procedimientos quirúrgicos. Buscando una buena paliación se debe realizar un procedimiento de baja morbilidad, de corta estancia intrahospitalaria como la colocación de PMA que permita a estos pacientes

una mejora en su calidad de vida. La utilidad de las PMA para paliar los síntomas derivados de esta obstrucción es bien conocida; sin embargo, son pocos los estudios que lo demuestran.² Las indicaciones para la colocación de dichas prótesis son presencia confirmada de una lesión maligna irresecable, recurrencia maligna en sitios anastomóticos quirúrgicos que causan síntomas de obstrucción gástrica o duodenal, presencia de una sola región estenótica y expectativa de vida corta menor a seis meses.⁷

La perforación con signos de peritonitis o neumoperitoneo son contraindicaciones para la colocación endoscópica de dichas prótesis.⁸ La reobstrucción de las prótesis por tejido tumoral o hiperplásico ocurre en 15 a 20% de los pacientes. El principal objetivo de la colocación endoscópica de PMA es el restablecimiento del paso de alimento a través del duodeno, lo que mejora la tasa de vaciamiento gástrico y, por lo tanto, los síntomas obstructivos y el estado nutricional de los pacientes, lo que impacta de manera directa en su calidad de vida.^{7,9} Sin embargo, la colocación endoscópica de prótesis metálicas no siempre es exitosa. Esto debido a varios factores como son estenosis u obstrucciones totales de la luz intestinal, dificultades anatómicas como la dilatación gástrica (frecuente en este tipo de pacientes) y la alteración anatómica propia del crecimiento neoplásico o postquirúrgico.⁹ El éxito técnico reportado en la colocación de PMA en general es de 92%; sin embargo, estos resultados son variables en distintas series.¹⁰

Las tasas de éxito clínico son menores que las de éxito técnico, con reportes que van de 79 a 91%. En general, el éxito clínico se define como la mejora en los síntomas obstructivos. Lindsay y colaboradores reportaron 80% de éxito clínico en pacientes que no eran candidatos a tratamiento quirúrgico, con supervivencia media de siete semanas, en donde 32 de 40 pacientes fueron capaces de ingerir alimentos sólidos o suaves después de la colocación de las prótesis.¹¹

Hooft y asociados mencionan que 90% de los pacientes en quienes fue colocada una prótesis duodenal debido a obstrucción maligna pudieron reiniciar alimentación oral un día posterior a la colocación de dicha prótesis.¹²

Masci y su grupo demostraron que 90% de los pacientes en quienes fue colocada una PMA duodenal eran capaces de alimentarse por vía oral a 90 días de colocada dicha prótesis y que a 180 días de colocadas, sólo cinco pacientes habían sobrevivido y todos ellos eran capaces de ingerir alimentos sólidos.¹³

Telford y colaboradores reportan una duración media en la alimentación oral de 146 días posterior a la colocación de la prótesis, la cual se incrementó a 219 días con la colocación de una nueva prótesis sobre la prótesis ya colocada, para paliar la reobstrucción.¹⁴

La tasa de complicaciones debida a la colocación de PMA duodenales va de 11 a 43%, las cuales pueden ocurrir 24 horas después de su colocación, de manera temprana o tardía.^{13,15} Las complicaciones tempranas pueden suceder hasta dos semanas posterior a la colocación. Las complicaciones inmediatas y tempranas pueden ser debidas a sedación, obstrucción de la prótesis, posición incorrecta de la prótesis, perforación, aspiración y hemorragia. Las complicaciones tardías incluyen obstrucción de la prótesis, hemorragia, perforación, migración de la prótesis y formación de fístulas.^{11,13,16}

Por otro lado, son claras las ventajas derivadas de la colocación endoscópica de prótesis metálicas sobre el abordaje quirúrgico, debido a la menor necesidad de reintervención y rehospitalización, lo que mejora significativamente la calidad de vida de estos pacientes. El uso de PMA para el alivio de

síntomas obstructivos gastroduodenales por malignidad es más costo-efectivo que el abordaje quirúrgico, específicamente gastroyeyunostomía.^{5,15} En un estudio, la supervivencia media de pacientes que fueron sometidos a la colocación endoscópica de prótesis, comparada con aquéllos en los que se realizó gastroyeyunostomía fue de 94 contra 92 días, los gastos fueron significativamente menores en los pacientes sometidos a colocación de prótesis endoscópicas ($p < 0.005$) y la duración de hospitalización fue significativamente menor en el grupo de enfermos paliados endoscópicamente (4 *versus* 14 días, $p < 0.005$).⁵

En una revisión sistemática de la literatura, que incluyó 32 publicaciones correspondientes a series de casos, la eficacia técnica de la prótesis fue exitosa en 97% y la eficacia clínica en 89%, sin mortalidad relacionada al procedimiento; por lo que los autores concluyen que la colocación de PMA gastroduodenales es una alternativa segura y efectiva, que ofrece buena paliación para sujetos con expectativa de vida corta. Sin embargo, debe considerarse en cada paciente el tratamiento adecuado con un abordaje multidisciplinario.⁹

CONCLUSIONES

La colocación endoscópica de PMA es una opción segura, mínimamente invasiva y costo-efectiva para la paliación de obstrucción duodenal o gástrica maligna. Esas prótesis pueden ser exitosamente colocadas en la mayoría de los casos. Su instalación puede llevar a una rápida mejoría en los síntomas, rápido restablecimiento de la vía oral y menor tiempo de estancia hospitalaria en comparación con las opciones quirúrgicas. Existe una probabilidad de desarrollo de recurrencia de los síntomas obstructivos debido a obstrucción de la prótesis por sobrecrecimiento tumoral, lo cual, en la mayoría de los casos, puede ser tratado exitosamente con la colocación de otra prótesis. Tanto el tratamiento endoscópico como el quirúrgico son opciones viables para el tratamiento paliativo de estos pacientes; sin embargo, ninguno de los dos tratamientos ha demostrado mejorar la supervivencia. En la mayoría de los casos se requiere un equipo multidisciplinario para el correcto manejo de estos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Draganov P, Gaidos K. Treatment of malignant gastric outlet obstruction with endoscopically placed self-expandable metal stents. *World J Gastroenterol* 2009; 15(35): 4365-4371.
2. Baron TH. Expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *N Engl J Med* 2001; 344: 1681-1687.
3. Adler DG, Baron TH. Endoscopic palliation of malignant gastric outlet obstruction using self-expanding metal stents: experience in 36 patients. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 72-78.
4. Mittal A, Windsor J, Woodfield J et al. Matched study of three methods for palliation of malignant pyloroduodenal obstruction. *Br J Surg* 2004; 91: 205-209.
5. Yim HB, Jacobson BC, Saltzman JR et al. Clinical outcome of the use of enteral stents for palliation of patients with malignant upper GI obstruction. *Gastroint Endosc* 2001; 53: 329-332.
6. García-Cano J, Sanchez-Manjavacas M, Viñuelas-Chicano M et al. Tratamiento paliativo de la obstrucción tumoral del vaciamiento gástrico con prótesis metálicas autoexpandibles insertadas endoscópicamente. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100 (6): 320-6.
7. Mehta S, Hindmarsh A, Cheong E et al. Prospective randomized trial of laparoscopy gastrojejunostomy *versus* duodenal stenting for malignant gastric outflow obstruction. *Surg Endosc* 2006; 20: 239-242.
8. Baron TH, Harewood GC. Enteral self-expandable stents. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 421-433.
9. Dormann A, Meisner S, Verin A et al. Self-Expanding metal stents for gastroduodenal malignancies: Systematic review of their clinical effectiveness. *Endoscopy* 2004; 36 (6): 543-550.
10. Mosler P, Mergener KD, Brandabur JJ, Schembre DB, Koza-rek RA. Palliation of gastric outlet obstruction and proximal small bowel obstruction with self-expandable metal stents, a single center series. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 124-128.
11. Lindsay JO, Andreyev HJ, Vlavianos P, Westaby D. Self expandable metal stents for the palliation of malignant gastroduodenal obstruction in patients unsuitable for surgical bypass. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 901-905.
12. Hooft JE, Uitdehaag MJ, Bruno MJ et al. Efficacy and safety of the new Wallflex enteral stent in palliative treatment of malignant gastric outlet obstruction (DUOFLEX study): A prospective multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 1059-1066.
13. Masci E, Viale E, Mangiavillano B, Contin G et al. Enteral self expandable metal stents for malignant luminal obstruction of the upper and lower gastrointestinal tract: A prospective multicentric study. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 389-394.
14. Telford JJ, Carr-Locke DL, Baron TH, Tringali A et al. Palliation of patients with malignant gastric outlet obstruction with the enteral Wallstent: outcomes from a multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 916-920.
15. Nassif T, Prat F, Meduri B, Fritsch J et al. Endoscopic palliation of malignant gastric outlet obstruction using self-expandable metallic stents: Results of a multicenter study. *Endoscopy* 2003; 35: 483-489.
16. Lopes CV, Pesenti C, Bories E, Caillol F, Giovannini M. Self-expandable metallic stents for palliative treatment of digestive cancer. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 991-996.