

Prótesis endoluminal autoexpandible en una oclusión aguda por tumor del colon izquierdo

Self-expanding endoluminal prosthesis in an acute occlusion due to left colon tumor

Manuel Cepero Valdés,^I Lissette Chao González,^{II} Hanoi Hernández Rivero,^{III} Manuel Cepero Nogueira,^{IV} Julián Ruiz Torres^V

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Instructor. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Gastroenterología. Instructor. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{IV} Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^V Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se describe la utilización endoscópica de prótesis autoexpandibles en dos pacientes con oclusión mecánica aguda del colon izquierdo, tratados en el servicio de urgencias, lo que permitió mejorar el estado hidroelectrolítico y sintomático de los pacientes, así como la preparación del colon. Esto último evitó una cirugía de urgencia y colostomía descompresiva, y la intervención quirúrgica se programó para los 5 posteriores. No hubo complicaciones posoperatorias. El resultado anatomopatológico confirmó sendos adenocarcinomas de colon en anillo de sellos, en un paciente en el colon descendente y en el otro en el colon sigmoides.

Palabras clave: Prótesis metálica autoexpandible, oclusión tumoral aguda del colon.

ABSTRACT

Endoscopic use of self-expanding prostheses is described in two patients with acute mechanical occlusion of left colon, treated in the emergence service of our center allowing us to improve the hydroelectric symptomatic status of patients, as well as the colon preparation. This latter avoided an emergence surgery and decompression colostomy; surgery was programmed for the subsequent five ones. Anatomical-pathological results confirmed the presence of large seal-ring colon's adenocarcinomas in the descendent colon in a patient, and in the sigmoid colon in another one.

Key words: Self-expanding metallic prosthesis, colon acute tumoral occlusion.

INTRODUCCIÓN

El 10 % de los pacientes con cáncer de colon se presentan con un cuadro de oclusión intestinal y mal estado general, con alteraciones del medio interno. Se ha reportado una diferencia entre la morbilidad y mortalidad 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 aparato digestivo.^{1,2} Desde hace años, el desarrollo de la tecnología ha permitido utilizar distintos materiales para fabricar lo que se denomina *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 considerables sin necesidad de dilatarlas previamente. Una vez dentro de la zona obstruida, mediante un mecanismo de liberación, las PMA se abren y con ello se consigue un diámetro suficiente para recanalizar la zona estenosada.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Paciente de 83 años de edad, del sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial de 20 años de evolución y compensada con tratamiento médico. Refiere que 4 días antes de su ingreso no había defecado ni expulsado gases por el recto y que sentía una distensión progresiva y cólicos abdominales. Acude al servicio de urgencia donde ingresa para estudio y tratamiento adecuados.

Exámenes imaginológicos. Radiografía simple de abdomen: Distensión de colon derecho con múltiples niveles hidroaéreos. Colon por enema por fluoroscopia con contraste hidrosoluble a baja presión: la columna de contraste se interrumpe en el colon descendente.

Examen endoscópico de urgencia (colonoscopia). Se localiza el tumor en el colon descendente con un colonoscopio CF Lucera 260. Se introduce una guía por el canal

de trabajo del endoscopio y se vence 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. Se observó la salida de materia fecal (figura 1).



Figura 1. Colonoscopia y colocación de la prótesis colónica.

Procedimiento quirúrgico. Se realizó una laparotomía y se localizó un tumor de 3 cm en el colon descendente, que infiltraba el colon transverso y tenía la prótesis en su interior. Se realizó una hemicolectomía izquierda ampliada, con anastomosis transverso-sigmoidostomía, termino-terminal (figura 2).

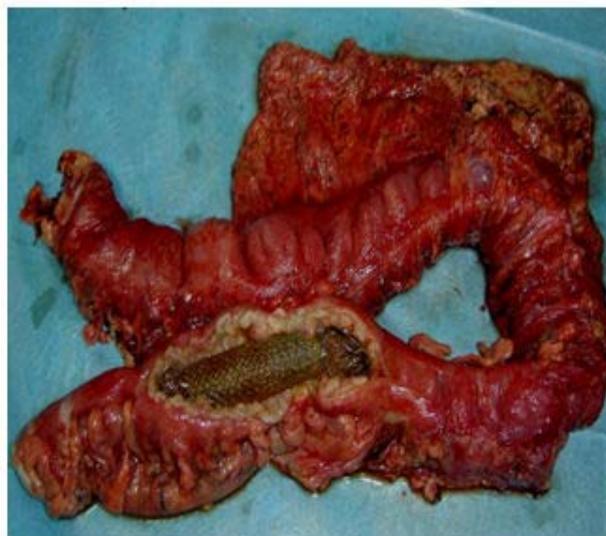


Figura 2. Resección del colon y prótesis.

Resultado anatomopatológico: adenocarcinoma de colon bien diferenciado.

Caso 2

Paciente de 62 años de edad, del sexo masculino, con antecedentes de diabetes millitus, que presentaba un cuadro de distensión abdominal, dolor de tipo cólico y ausencia de expulsión de heces y gases por el recto, por lo que acudió al servicio de urgencia. Fue ingresado para estudio y tratamiento.

Exámenes imaginológicos. Radiografía simple de abdomen: Distensión del colon con múltiples niveles hidroaéreos. Colon por enema por fluoroscopia con contraste hidrosoluble a baja presión: la columna de contraste se interrumpe en el colon sigmoides.

Examen endoscópico de urgencia (colonoscopia). Se localiza el tumor en el colon sigmoides con un colonoscopio CF Lucera 260. Se introduce una guía por el canal de trabajo del endoscopio y se vence 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. Se observa la salida de materia fecal.



Figura 3. Colonoscopia: colocación de la guía y la prótesis.

Procedimiento quirúrgico. Se realizó una laparotomía y se localizó un tumor de 5 cm en el colon sigmoides. Se resecó el tumor mediante hemicolectomía izquierda, con anastomosis termino-terminal (figura 4).

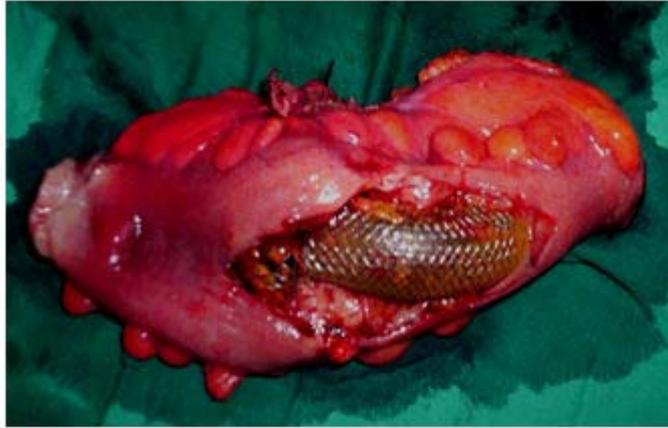


Figura 4. Resección de colon y la prótesis dentro del tumor.

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 morbilidad y mortalidad de los pacientes 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 sigmoidees es el lugar anatómico donde con más frecuencia se localiza la obstrucción y 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 se comparan el tratamiento quirúrgico tradicional de la obstrucción colónica tumoral con el de la inserción de PMA. En los pacientes en los que la obstrucción se resolvió inicialmente con PMA y se realizó una cirugía programada posterior, se ha demostrado una menor incidencia de complicaciones graves y una disminución de la estancia hospitalaria.

Nuestros pacientes fueron dados de alta a la semana de la intervención quirúrgica, sin que presentaran complicaciones con el procedimiento realizado. En la actualidad se mantienen con tratamiento quimioterápico y seguimiento en consulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saida Y, Sumiyama Y, Nagao J. Stents endoprosthesis for obstructing colorectal cancers. *Dis Col Rectum*. 1996;39:552-5.
2. Soonawalla Z, Thakur K, Boormann P. Use of Self-expanding metallic stents in the management of obstruction of the sigmoid colon. *AJR*. 1998;171:633-6.
3. Law WL, Chu KW, Ho JWC. Self-expanding metallic stent in the treatment of colonic obstruction caused by advanced malignancies. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1522-7.
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. 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.

Recibido: 26 de junio de 2010.

Aprobado: 13 de agosto de 2010.

Manuel Cepero Valdés. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ).
Calle 216 y Avenida 11, Reparto Siboney. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
mcepero@infomed.sld.cu