REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

P-045. MANEJO DE STENTS COLÓNICOS EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA. NUESTRA EXPERIENCIA

Puya Gamarro, Marina¹; Arias Romano, Alberto Jesús²; Soria López, Estela¹; Arcas Marín, Luz María²; Rivera Irigoin, Robin¹; Sánchez Yagüe, Andrés¹; Sánchez Cantos, Andrés Manuel¹

Servicios de ¹Aparato Digestivo y ²Cirugía General y Digestiva. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción: El 20% de los cánceres colorrectales (CCR) desarrollan obstrucción intestinal, diagnosticándose en estadios avanzados. En estos casos, la endoprótesis colónica puede ser, una opción paliativa, o puente hacia una cirugía programada en pacientes seleccionados (ASA $\geq$ III o $>$ 70 años), evitando la intervención urgente y permitiendo un estudio preoperatorio y una cirugía programada más segura.

Objetivo: Analizar las indicaciones de endoprótesis colónica en obstrucción intestinal maligna, resultados y complicaciones.

Material-método: Análisis descriptivo-retrospectivo de pacientes con colocación de endoprótesis en nuestro medio entre 2013-2016.

Resultados: Analizamos 55 pacientes, edad media 68 años, 58,2% varones.

Empleamos TC como prueba diagnóstica en el 72,7% y colonoscopia en el 21,8%.

Etiología: 51 CCR, 2 estenosis anastomosis, 1 sarcoma endometrial, 1 adenocarcinoma pancreático.

Pacientes con CCR: 29 endoprótesis paliativas (28 CCR metastásico) y 22 como puente a cirugía.

La prótesis metálica no recubierta se colocó mediante colonoscopia guiada por fluoroscopia. Éxito técnico 96,4% y clínico 92,7%. Hubo 7 migraciones, resolviéndose 5 mediante reemplazo o técnica “prótesis sobre prótesis”.

La mortalidad atribuida a la prótesis fue del 1,8%. La supervivencia en pacientes paliativos fue 3-12 meses.

En el grupo puente, el tiempo medio de prótesis a cirugía fue 2 semanas (62% abordaje laparoscópico, técnica más empleada hemicolectomía izquierda). 6

presentaron complicaciones (3 infección herida quirúrgica y 1 reintervención por dehiscencia anastomótica). El estadio postoperatorio fue predominantemente T3N0M0, con afectación ganglionar en 5 pacientes. Los ganglios resecados de media fueron 22, con márgenes libres en todos los casos.

Conclusiones: En pacientes con CCR izquierdo no resecable, la endoprótesis colónica es una opción eficaz y segura, mejorando la calidad de vida.

Como método puente a cirugía, en pacientes seleccionados ($ASA \geq III$ o > 70 años), permite el estudio preoperatorio y una resección oncológica adecuada, con baja tasa de complicaciones.