

Tratamiento paliativo endoscópico con stents en pacientes con una oclusión neoplásica de colon izquierdo estadio IV. Estudio multicéntrico

Endoscopic palliative treatment with stents in patients with a neoplastic occlusion of left colon stage IV. Multicenter study

Tratamento paliativo endoscópico com stents em pacientes com oclusão neoplásica de cólon esquerdo em estágio IV. Estudo multicêntrico

Álvaro Piazze Pagés^{1*}, Sebastián Fraga Ghiggia¹, Gabriela Rodríguez Calvete¹

Resumen

Buscamos analizar los resultados obtenidos con el uso de stents en el tratamiento de la oclusión neoplásica de colon izquierdo en pacientes estadio IV. 23 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. De los 19 pacientes donde se logró la colocación del stent (82,6%), 2 pacientes (10,5%) sufrieron una complicación que requirió cirugía y confección de una colostomía. No se registraron otras complicaciones. Los restantes 17 pacientes (89,5%) pudieron culminar su evolución libres de oclusión y sin haber sido necesario confeccionarles una colostomía, con una media de stent funcionando de 82 días. No se registró mortalidad vinculada al procedimiento. Evidenciamos un éxito técnico del 82,6% (colocación exitosa del stent) y un éxito clínico del 89,5% (pacientes que resolvieron la oclusión luego de la colocación del stent). En estos pacientes no se registró mortalidad y se evidenció una morbilidad del 10,5%. Estos valores son similares a los publicados en series internacionales.

Palabras clave

Stent colonico, tratamiento paliativo, oclusion neoplasica de colon.

Abstract

We sought to analyze the results obtained with the use of stents in the treatment of neoplastic occlusion of the left colon in stage IV patients. Twenty three patients met the inclusion criteria. Among the 19 patients in whom the stent placement was achieved (82.6%), 2 patients (10.5%) suffered a complication requiring surgery and colostomy. No other complications were recorded. The remaining 17 patients (89.5%) were able to complete their evolution without occlusion and without the need to perform a colostomy, with a mean of 82-day functioning stent. There was no mortality associated with the procedure. We demonstrated a technical success of 82.6% (successful placement of the stent) and

1. Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Pasteur, ASSE, Uruguay.

2. Clínica Quirúrgica B, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

3. Clínica Quirúrgica 1, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

* Contacto: Álvaro Piazze Pagés. E-mail: piazze.pages@gmail.com

a clinical success of 89.5% (patients who resolved occlusion after stent placement). Mortality was not recorded in these patients and a morbidity of 10.5% was observed. These values are similar to those published in international series..

Key Words

Colon stent, palliative treatment, neoplastic colon occlusion

Resumo

Procuramos analisar os resultados obtidos com o uso de stents no tratamento da oclusão neoplásica do cólon esquerdo em estágio IV. Os requisitos de inclusão foram preenchidos por 23 pacientes. Entre os 19 pacientes (82,6%) nos quais se conseguiu colocar o stent, dois (10,5%) sofreram uma complicação que requeriu cirurgia e confecção de uma colostomia. Nenhuma outra complicação foi registrada. Os restantes 17 pacientes (89,5%) completaram sua evolução livres de oclusão sem que fosse necessário confeccionar-lhes uma colostomia, com uma média de stent funcionando de 82 dias. Não se registrou mortalidade associada ao procedimento. Obtivemos um sucesso técnico de 82,6% (colocação bem sucedida do stent) e sucesso clínico de 89,5% (pacientes nos quais foi resolvida a oclusão após a colocação do stent). Nesses pacientes não foi registrada mortalidade e foi evidenciada uma morbilidade de 10,5%. Estes valores são semelhantes aos publicados em séries internacionais.

Palavras-chave:

Stent colônico, tratamento paliativo, oclusão neoplásica do cólon.

Objetivo

Analizar los resultados obtenidos con el uso de stents colocados por vía endoscópica en el tratamiento de la oclusión neoplásica de colon izquierdo en pacientes estadio IV.

Metodología

Análisis observacional, descriptivo, de una base de datos llenada en forma prospectiva de pacientes derivados de varias instituciones al mismo técnico para colocación de stent colónico entre Abril del 2006 y Julio del 2015. Se incluyeron para el análisis a pacientes ocluidos por un cáncer de colon izquierdo, que al ingreso se presentaban con una enfermedad estadio IV. Se excluyeron pacientes con tumores proximales al ángulo esplénico y aquellos derivados para resolver la oclusión como puente a una posterior cirugía.

Resultados

De un total de 32 pacientes tratados, 23 cumplieron con los criterios de inclusión mencionados. De esos 23, en 4 pacientes (17,4%), no se logró la colocación del stent. De los 19 pacientes donde se logró la colocación del stent (82,6%), 2 pacientes (10,5%) sufrieron una complicación que requirió cirugía y confección de una colostomía; el primero presentó migración del stent y el segundo caso debió operarse por presentar pujos y tenesmo intensos luego de su colocación. No se registraron otras complicaciones menores ni mayores. Los restantes 17 pacientes (89,5%) pudieron culminar su evolución (tratamientos posteriores o fallecimiento por la evolución de su enfermedad neoplásica) libres de oclusión y sin haber sido necesario confeccionarles una colostomía, con una media de stent funcionando de

82 días (4 - 210 días). No se registró mortalidad vinculada al procedimiento.

Conclusiones

Analizamos una serie de pacientes cursando una oclusión neoplásica de colon izquierdo estadio IV en donde se decidió la paliación endoscópica con stents. Evidenciamos un éxito técnico del 82,6% (colocación exitosa del stent) y un éxito clínico del 89,5% (pacientes que resolvieron la oclusión luego de la colocación del stent). En estos pacientes no se registró mortalidad y se evidenció una morbilidad del 10,5%. Estos valores son similares a los publicados en series internacionales, por lo que concluimos que es un procedimiento que se puede realizar en nuestro medio con aceptables valores de morbi-mortalidad si se cuenta con un técnico entrenado y los recursos materiales necesarios.

Introducción

El cáncer colo-rectal (CCR) es uno de los tumores más frecuentes, ocupando el tercer lugar en frecuencia en hombres, y el segundo en mujeres. Es la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo (8%).⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ Un 20-30% de los CCR se presentan en su debut clínico complicados con una oclusión, siendo los tumores del colon izquierdo los que más frecuentemente se ocluyen.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ La principal directiva del tratamiento quirúrgico en estos pacientes es primariamente resolver la oclusión. En los casos de oclusión neoplásica de colon izquierdo, el tratamiento más ampliamente utilizado es la resección y colostomía terminal (operación de Hartmann). Esta es una cirugía de urgencia (lo cual le confiere una mayor morbi-mortalidad en comparación a la cirugía de coordinación)⁽¹¹⁾, e implica la confección de una colostomía, con su repercusión social, morbilidad propia y necesidad de una nueva cirugía para reconstruir el tránsito intestinal. Con el objetivo de disminuir los riesgos de la cirugía de urgencia y evitar la colostomía, es que en los últimos años se

ha comenzado a utilizar la colocación endoscópica de stents como tratamiento de la oclusión, ya sea en forma definitiva en pacientes inoperables o estadio IV, o como puente a una posterior cirugía con mejores condiciones locales que permitan una mejor resección y evitar la colostomía en muchos casos.

Objetivo

Analizar los resultados obtenidos con el uso de stents colocados por vía endoscópica en el tratamiento de la oclusión neoplásica de colon izquierdo en pacientes estadio IV.

Material y método

Se realizó un análisis observacional, descriptivo, utilizando una base de datos confeccionada en forma prospectiva de pacientes derivados por el cirujano tratante al Dr. Álvaro Piazzé para colocación endoscópica de un stent de colon como tratamiento de una oclusión neoplásica, entre Abril del 2006 y Julio del 2015. Los pacientes fueron derivados de varias instituciones públicas y privadas (Hospital Pasteur, Hospital Policial, Hospital Militar, Hospital de Maldonado, Círculo Católico de Obreros del Uruguay, CUDAM, Hospital Evangélico y Servicio Médico Integral). Se incluyeron para este análisis todos los pacientes derivados con diagnóstico de oclusión neoplásica de colon izquierdo que al momento del ingreso presentaban una enfermedad estadio IV, (definiendo para este estudio al colon izquierdo desde el ángulo esplénico inclusive en sentido distal e incluyendo al recto). Dicho diagnóstico se realizó en forma clínica y tomográfica en todos los casos. Se excluyeron los pacientes derivados para tratar la oclusión como puente a una posterior cirugía, y aquellos con tumores proximales al ángulo esplénico. Las únicas contraindicaciones consideradas para el procedimiento fueron los elementos clínicos e imagenológicos sugestivos de perforación y la presencia de un tumor por debajo de los seis centímetros de la margen anal.

Previo al procedimiento se indicaron enemas para limpiar el colon distal. Todos los procedimientos se realizaron en sala de operaciones, con sedación a cargo del anestesista y con profilaxis antibiótica dirigida a gérmenes colónicos. En todos los casos se utilizó la técnica endoscópica pura y se colocaron stents no revestidos de medidas variables según el largo de la estenosis. Los pacientes se colocaron sobre una mesa radiolúcida en decúbito lateral izquierdo o decúbito dorsal pudiendo requerir movilizarlo de una posición a otra durante el procedimiento. Se avanzó con el endoscopio hasta lograr encontrar la lesión estenosante. En este momento, se optaba a criterio del técnico por realizar toma de biopsias, sabiendo que la misma produce sangrado que puede dificultar encontrar un orificio para cateterizar la lesión. Posteriormente se realizaba instilación de contraste y visualización por radioscopia del largo de la estenosis, colocando marcas metálicas en el extremo no visible de la lesión. A continuación se pasaba una guía hidrofílica por el canal operador del endoscopio intentando hacerla progresar a través de la lesión. En algunos casos se visualizaba un pequeño orificio que orientaba por donde pasar la guía. En los casos donde no se visualizaba dicho orificio se intentó pasarla a ciegas. De no ser esto posible se optaba por abandonar el procedimiento para evitar el riesgo de perforación. Luego de lograr pasar la guía, se identificaba por radioscopia su presencia en el colon proximal y se progresaba

el dispositivo portador del stent sobre la guía por el canal operador del endoscopio. Una vez visualizado el pasaje del stent por la lesión se confirmaba su posición y se iniciaba su liberación, bajo radioscopia y visión directa para asegurar su adecuado posicionamiento. Una vez culminada la liberación del stent correctamente posicionado se daba por terminado el procedimiento. El seguimiento se realizó por el equipo quirúrgico tratante y el registro se tomo de las historias clínicas evaluando para el análisis los siguientes aspectos: 1) Éxito técnico y clínico de la colocación del stent; 2) Morbilidad del procedimiento (sangrado, perforación, dolor, migración, reoclusión); 3) Mortalidad; 4) Necesidad de tratamientos posteriores endoscópicos o quirúrgicos; 5) Tiempo de funcionamiento del stent.

Resultados

En cuanto a la población a analizar (Fig.1), en el período de tiempo analizado fueron derivados para la colocación endoscópica de un stent un total de 32 pacientes. De esos 32, se excluyeron de este análisis 9 pacientes (7 por ser derivados para tratamiento puente a una cirugía y 2 por presentar tumores proximales al ángulo esplénico). Los 23 pacientes restantes cumplieron con los criterios de inclusión mencionados. De esos 23, se logró una colocación exitosa en 19 casos (82,6% de éxito técnico); mientras que en 4 pacientes no se logró el éxito técnico por no poder negociar la

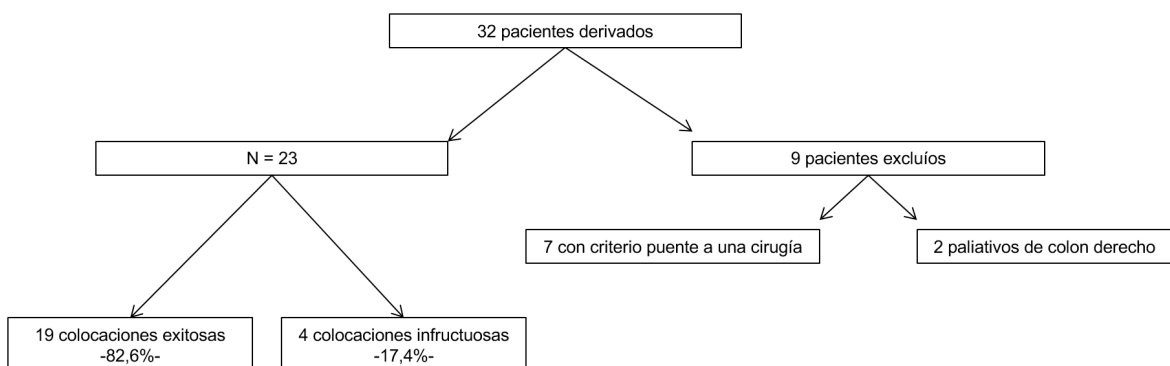


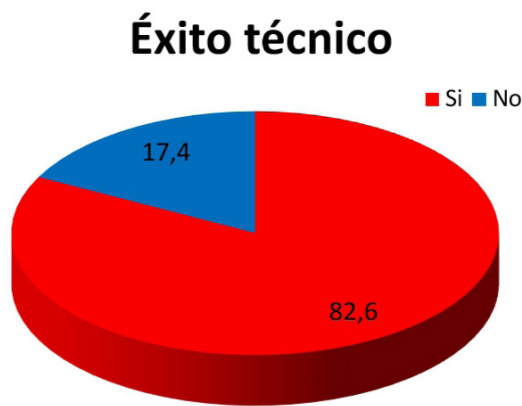
Figura 1. Población

estenosis con la guía (Gráfica 1). De estos 4 pacientes donde no se logró la colocación exitosa, 3 tenían tumores sigmoideos y uno en el ángulo esplénico. Ninguno de estos pacientes sufrió complicaciones por el procedimiento.

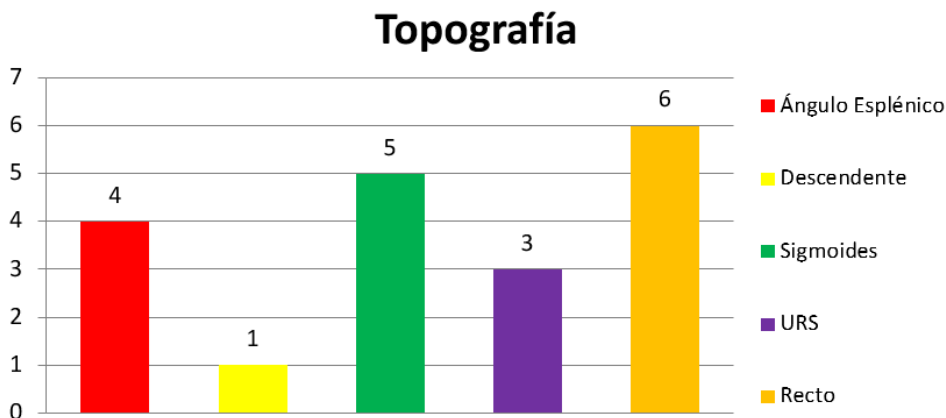
De los 19 pacientes donde se logró la colocación del stent, se colocaron 4 en el ángulo esplénico, 1 en el colon descendente, 5 en el sigmoideos, 3 en la unión rectosigmoidea y 6 en el recto (Gráfica 2). En los 19 pacientes se constató al finalizar el procedimiento la salida de materia fecal y la expulsión de gases y la disminución de la distensión abdominal (éxito clínico).

No se registró mortalidad vinculada al procedimiento. En cuanto a la morbilidad, 2 pacientes (10,5%) sufrieron una complicación que requirió

cirugía. El primero presentó migración del stent en sentido proximal retomando precozmente los síntomas de oclusión, por lo que se operó constatando la presencia de una carcinomatosis peritoneal interpretada como la responsable de la oclusión, realizándosele una resección y colostomía. El segundo caso, también sufrió una migración en sentido distal del stent colocado en el recto medio, debió operarse por presentar pujos y tenesmo intensos, por lo que debió realizarse una resección anterior baja de recto con colostomía terminal. A pesar de dicha sintomatología llegó a la cirugía libre de oclusión. No se registraron otras complicaciones menores ni mayores. Los restantes 17 pacientes (89,5%) continuaron libres de oclusión y sin complicaciones. De estos, en 4 casos se decidió posteriormente realizar quimioterapia (3 lograron una buena respuesta reduciendo el estadio y operándose de elección posteriormente; el otro paciente debió operarse de urgencia por una perforación vinculada al uso del Bevacizumab al mes de la colocación). 13 de esos 17 pacientes no recibieron ningún otro tratamiento posterior y fallecieron de su enfermedad o de otras causas con el stent funcionando un tiempo medio de 82 días (4 a 210 días). Dos de esas muertes se registraron dentro de los primeros 30 días de realizado el procedimiento. La más precoz (al cuarto día), no se interpretó como producida por el procedimiento dado que se trataba



Gráfica 1. Éxito técnico (%)



Gráfica 2. Topografía tumoral

de un paciente con un mal estado general que falleció libre de oclusión. El otro caso registrado fue a los 15 días del procedimiento, estando de alta el paciente y libre de oclusión, reingresando cursando un tromboembolismo pulmonar que fue el causante del fallecimiento.

Discusión

La cirugía de urgencia en este tipo de pacientes se reconoce como un factor independiente de aumento de la morbi-mortalidad, además de otros como la edad, el adelgazamiento y la falla renal desde el inicio del cuadro⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Sabiendo que una de las secuelas más importantes para el paciente es la confección de una colostomía y que según estudios nacionales⁽¹²⁾ el 60% de aquellas colostomías que se confeccionan con intención de que sean transitorias terminan siendo definitivas; sumado a la mayor morbi-mortalidad que presentan estos pacientes, es que surge la necesidad de implementar técnicas mínimamente invasivas que mejoren dichos resultados. A partir de Dohmoto en 1991⁽¹³⁾, la paliación endoscópica con stents se ha implementado en el tratamiento de las oclusiones neoplásicas de colon, con finalidad paliativa definitiva en pacientes de alto riesgo quirúrgico o con estadios avanzados; o como puente a una posterior cirugía electiva resectiva.⁽⁴⁾⁽⁶⁾ Desde entonces, cada vez son más los estudios que plantean que la paliación endoscópica con stents es una segura alternativa al manejo quirúrgico urgente de estos pacientes,⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ con tasas de éxito técnico de entre el 93 al 97% y de éxito clínico de entre el 70 al 94% según las distintas series.⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Conclusiones

Analizamos una serie de pacientes cursando una oclusión neoplásica de colon izquierdo estadio IV en donde se decidió la paliación endoscópica con stents. Evidenciamos un éxito técnico del 82,6% (colocación exitosa del stent) y un éxito clínico del 89,5% (pacientes que resolvieron la oclusión luego de la colocación del stent). En

estos pacientes no se registró mortalidad y se evidenció una morbilidad del 10,5%. Estos valores son similares a los publicados en series internacionales, por lo que concluimos que es un procedimiento que se puede realizar en nuestro medio con aceptables valores de morbi-mortalidad si se cuenta con un técnico entrenado y los recursos materiales necesarios.

Referencias

1. International Agency for Research on Cancer. Colorectal Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. GLOBOCAN 2008. [Internet] Lyon: OMS-IARC;2017.
2. Urucan. Cáncer en Uruguay. Principales causas. 2004-2008. www.comisioncancer.org.uy/uc_209_1.html
3. Urucan. Cáncer en Uruguay. Mortalidad 2010. www.comisioncancer.org.uy/uc_209_1.html
4. Balagué C, Targarona E, Sainz S, Montero O, Kobus C, Moya I, et al. Tratamiento mínimamente invasivo de la neoplasia oclusiva del colon izquierdo: prótesis endoluminal autoexpandible y colectomía laparoscópica. *Rev Mex Cir Endoscop.* 2005;6(1):19-24.
5. Pinto Domingo E, Palazuelos J, Alonso J, Castillo D, Julio J, Seco I, et al. Cáncer de colon obstruido: endoprótesis vs cirugía de urgencia. *Seclaendosurgery.com* [Internet]. 2011 [Citado el: 24 de 10 de 2011];34. Disponible en: http://www.seclaendosurgery.com/secla/index.php?option=com_content&view=article&id=108&Itemid=111
6. Bonin E, Baron T. Update on the indications and use of colonic stents. *Curr Gastroenterol Rep.* 2010;12:374-382.
7. Mainar A, Tobio R. Dilatación y colocación de endoprótesis en el colon. En: Giménez M, Guimaraes M, Oleaga S, Sierre J. Manual de técnicas intervencionistas guiadas por imágenes. 1ª ed. Buenos Aires: Journal; 2011. Cap. 17, p.189-94.
8. Tan C, Dasari BV, Gardiner K. 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. *Br J Surg*. 2012;99(4):469-76
9. El Ters, E. Urgencias quirúrgicas digestivas en oncología. *Rev. Med. del Uruguay*. 2002;18(3):211-224.
 10. Carrquiry L, Piñeyro A, Maggiolo J, Palacio J, Leites A, Vivas C, et al. Cáncer colorrectal: un estudio prospectivo de base poblacional en la ciudad de Montevideo: resultados preliminares del estudio de incidencia. *Cir Urug*. 1999;65(2):94-105.
 11. Gainant, A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. *Journal of Visceral Surgery*. 2012;149(1):3-11.
 12. Delgado, B. Fundamentos de la resección primaria del cáncer de colon en agudo. *Cir Urug*. 1970;40(2):104-107
 13. Dohmoto M. New method: endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Dig*. 1991; 3: 1507-1512
 14. Takahashi H, Okabayashi K, Tsuruta M, Hasegawa H, Yahagi M, Kitagawa Y. Self-Expanding metallic stents versus surgical intervention as palliative therapy for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis. *World J Surg*. 2015;39(8):2037-2044.
 15. Endoscopy, American Society for Gastrointestinal. Technology status evaluation report: enteral stents. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2011;74(3): 455-463
 16. Cheung H, Chung C, Tsang W, Wong J, Yau K, Li M. Endolaparoscopic approach vs conventional open surgery in the treatment of obstructing left-sided colon cancer: a randomized controlled trial. *Arch Surg*. 2009;144(12):1127-1132.
 17. Saida Y, Sumiyama Y, Nagao J, Takase M. Stent endoprosthesis for obstructing colorectal cancers. *Dis Colon Rectum*. 1996;39(5):552-5.
 18. Baron T, Dean P, Yates M, Canon C, Koehler R. Expandable rectal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes. *Gastrointest Endosc*. 1998;47(3):277-286.
 19. Choo I, Do Y, Suh S, Chun H, Choo S, Park H, et al. Malignant colorectal obstruction: treatment with a flexible covered stent. *Radiology*. 1998;206(2):415-421.
 20. Mainar A, De Gregorio M, Tejero E, Tobío R, Alfonso E, Pinto I, et al. Acute colorectal obstruction: treatment with self expandable metallic stent before scheduled surgery: results of a multicenter study. *Radiology*. 1999;210(1):65-69.
 21. Zollkofer C, Jost R, Schoch E, Decurtins M. Gastrointestinal stenting. *Eur Radiology*. 2000;10(2):329-341.