

CÁNCER COLORRECTAL Y PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES: UNA VISIÓN TERAPÉUTICA ACTUAL

COLORECTAL CANCER AND SELF-EXPANDING STENTS: A CURRENT THERAPEUTIC VISION

F. Berdugo-Hurtado, A.M. Caballero-Mateos, A. Roa-Colomo, A.J. Ruiz-Rodríguez, A. Ortiz-Sánchez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

El uso de prótesis metálicas autoexpandibles se está protocolizando con mayor frecuencia como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer colorrectal y clínica obstructiva, en pos de permitir un estudio más en profundidad del paciente y la patología que le atañe y con objetivo de disminuir la tasa de complicaciones asociadas a la cirugía. En este caso, presentamos a un paciente con clínica de estreñimiento progresivo que presenta pruebas de imagen en las que se objetivan signos de obstrucción intestinal resuelta mediante endoprótesis expandible.

Palabras clave: cáncer colorrectal, estreñimiento, obstrucción intestinal, prótesis autoexpandible.

Abstract

The use of self-expanding metal stents is being included more frequently as a first-line treatment in patients with colorectal cancer and obstructive clinical, in order to allow a more in-depth study of the patient and the pathology that concerns him

CORRESPONDENCIA

Fernando Berdugo Hurtado
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
fernandobh94@gmail.com

Fecha de envío: 01/09/2019

Fecha de aceptación: 27/10/2019

and with the aim of reducing the rate of complications associated with surgery. In this case, we present a patient with a progressive constipation which presents some imaging tests that show signs of bowel obstruction that has been resolved by self-expanding stent.

Keywords: colorectal cancer, constipation, intestinal obstruction, self-expanding stent.

Caso clínico

Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica y adenocarcinoma de próstata tratado mediante prostatectomía radical y radioterapia en 2007.

Acude a servicio de urgencias por primer episodio de estreñimiento progresivo de 5 días de evolución que se acompaña de dolor abdominal difuso y sensación nauseosa. No refiere pérdida de peso objetiva y analíticamente no presenta alteraciones destacables. Se realizó radiografía abdominal en bipedestación en la que destaca la presencia de niveles hidroaéreos, dilatación de colon derecho, transverso e izquierdo y ausencia de gas en porción distal del colon (**Figura 1**). Se completó estudio con realización de tomografía computarizada de abdomen sin contraste intravenoso, en la que se aprecia dilatación generalizada de intestino delgado y colon con cambio de calibre en sigma, sin evidenciar zonas de estenosis (**Figura 2**).

Durante el ingreso, se realiza colonoscopia donde se visualiza en sigma, a 25 centímetros del margen anal, una lesión excrecente, mamelonada, dura y friable que provoca un punto estenótico que impide el paso del endoscopio, por lo que en el acto se toman biopsias de la zona y se coloca una endoprótesis metálica autoexpandible no recubierto de 90 milímetros de longitud y 25 milímetros de diámetro (**Figura 3**). La colocación de la endoprótesis permite resolver de forma progresiva el cuadro obstructivo del paciente, quién recuperó en los 3 días posteriores a la colonoscopia su hábito intestinal habitual.

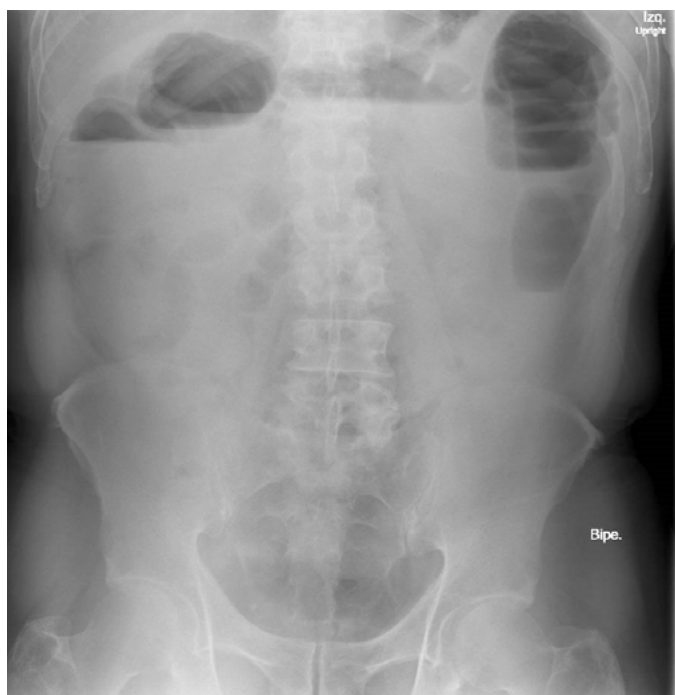


Figura 1

Radiografía anteroposterior en bipedestación de abdomen. Se observan niveles hidroaéreos, dilatación de colon derecho, transverso e izquierdo y ausencia de gas en porción distal del colon.

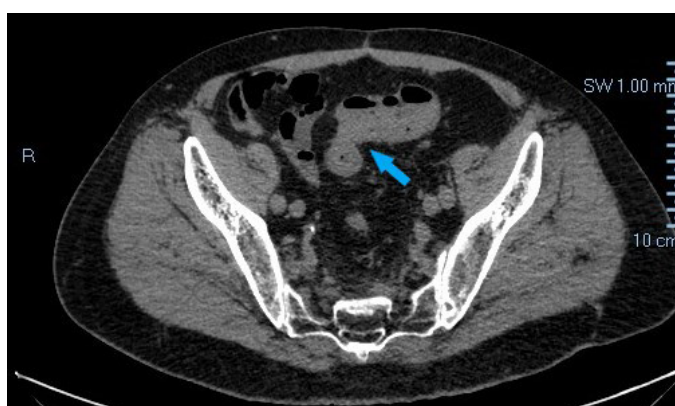


Figura 2

Corte transversal de tomografía computarizada de abdomen sin contraste intravenoso. Se aprecia señalado con flecha una imagen de cambio de calibre en sigma, sin claras zonas de estenosis.



Figura 3

Radiografía anteroposterior en supino de abdomen. Visualizamos correcta colocación de prótesis metálica autoexpandible en sigma.

Tras el análisis anatomopatológico de las muestras tomadas, se confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de colon y se decide realizar estudio de extensión mediante tomografía computarizada de tórax y abdomen, descartándose en ese momento la presencia de metástasis, estadificándose como un tumor estadio II (T3N0M0). Una vez superado el cuadro agudo y realizado el estudio de extensión, se procede a intervención quirúrgica en la que se realiza sigmoidectomía y resección anterior alta de recto, con vaciamiento ganglionar insuficiente e ileostomía de desfuncionalización. Durante y tras la intervención quirúrgica el paciente evoluciona de forma favorable sin complicaciones asociadas al proceso quirúrgico, procediéndose al mes y medio posterior a la intervención al cierre de la ileostomía. Dada la presencia de factores de mal pronóstico como son la obstrucción intestinal y el vaciamiento ganglionar incompleto, se decide inicio de quimioterapia adyuvante con capecitabina. El paciente se encuentra actualmente tras 9 meses asintomático, en seguimiento oncológico, con realización de colonoscopias en las cuales se confirman la no existencia de recidivas tumorales.

Discusión

El cáncer colorrectal es una patología que actualmente gracias al cribado poblacional se detecta cada vez más en pacientes asintomáticos, aun así, la mayoría de los cánceres colorrectales son diagnosticados tras la aparición de síntomas como cambios en los hábitos intestinales, hematoquecia o melena, dolor abdominal y/o anemia por déficit de hierro sin causa justificada¹. La clínica obstructiva es el síntoma principal entre el 8 y 29% de pacientes

diagnosticados de cáncer colorrectal. De hecho, el desarrollo de esta clínica obstructiva está en estrecha relación con la localización del tumor, siendo las neoplasias localizadas distalmente a la flexura esplénica del colon las que más correlación guardan con el desarrollo de sintomatología obstructiva².

En nuestro caso dada la sintomatología obstructiva que no respondía a tratamiento médico, se optó por la colocación de una endoprótesis metálica autoexpandible que permitió la resolución del cuadro obstructivo agudo y la realización de una intervención quirúrgica programada. En la actualidad, están descritas dos situaciones en las que puede tratarse a pacientes con cáncer colorrectal oclusivo mediante la colocación de una endoprótesis metálica autoexpandible, una es el caso de nuestro paciente consiguiendo así transformar una cirugía urgente en una cirugía programada que nos permita conocer con mayor exactitud el estadio tumoral, evaluar y mejorar la condición médica del paciente y disminuir el riesgo de complicaciones. La segunda situación se presenta en casos donde el tumor es irresecable, en los cuales se coloca la prótesis como medida paliativa para resolver el cuadro obstructivo local provocado por el tumor^{3,4}. En cambio, la colocación de prótesis está contraindicada de forma absoluta en casos de cáncer colorrectal que asocian signos de toxicidad sistémica, abscesos intraabdominales o que la zona estenosante se encuentre en región distal de recto (aproximadamente a menos de 5 centímetros del margen anal), ya que en este último caso es mayor el riesgo de provocar sangrado, dolor y/o tenesmo rectal que el beneficio clínico. Otras contraindicaciones relativas de colocación de endoprótesis son las coagulopatías persistentes a pesar de tratamiento y los casos de pacientes que reciben tratamiento neoadyuvante con fármacos antiangiogénicos como bevacizumab, ya que existen estudios que informan de un mayor riesgo de perforación en este tipo de pacientes si se les coloca una endoprótesis⁵⁻⁷. En general la colocación de estas endoprótesis es relativamente segura y presenta una baja tasa de complicaciones, destacando como tales: perforación, migración, obstrucción por crecimiento excesivo del tumor, impactación fecal, sangrado y dolor abdominal^{4,7}.

En revisiones sistemáticas que comparan la cirugía urgente con la cirugía diferida tras la colocación de endoprótesis en estos pacientes, se observó que la cirugía diferida presenta una tasa de anastomosis primaria superior, una menor estancia hospitalaria y menor morbilidad a corto plazo. En estas revisiones, las tasas de estoma tanto temporal como permanente fueron superior en el grupo de pacientes intervenidos mediante cirugía urgente, a su vez los pacientes intervenidos mediante esta técnica han presentado mayor tasa de éxito como una menor tasa de morbilidad a largo plazo^{3,7,8}. En cuanto a mortalidad, no hay datos que aporten mayor ventaja de una técnica sobre la otra. Actualmente a pesar de todos los datos aportados, el uso de una técnica u otra depende en mayor medida de diversos factores como son la experiencia de cada centro en esta técnica, el grado de obstrucción, así como del estado clínico del paciente entre otros⁹.

Como conclusión reflejar que en este caso nuestro paciente se benefició de la colocación de la endoprótesis metálica autoexpandible vía endoscópica, ya que de esta forma se pudo resolver el cuadro obstructivo agudo, estudiar y estadificar detenidamente el tumor y realizar una intervención quirúrgica programada, evitándose así las complicaciones asociadas a un procedimiento quirúrgico urgente.

Bibliografía

1. Moreno CC, Mittal PK, Sullivan PS, et al. Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. *Clin Colorectal Cancer* 2016; 15:67.
2. De Salvo GL, Gava C, Lise M, Pucciarelli S. Curative surgery for obstruction from primary left colorectal carcinoma: Primary or staged resection? *Cochrane Library*. 2004;2: CD002101.
3. Bordas JM. Prótesis descompresiva cólica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2010; 102(7):449.
4. Ribeiro IB, de Moura DTH, Thompson CC, Guimaraes E, de Moura H. Acute abdominal obstruction: Colon stent or emergency surgery? An evidence-based review-. *World J Gastrointest Endosc*. 2019 Mar 16, 11 (3): 193-208.
5. Kaplan J, Strongin A, Adler DG, Siddiqui AA. Enteral stents for the management of malignant colorectal obstruction. *World J Gastroenterol*. 2014;20(37):13239-45.
6. Imbulgoda A, MacLean A, Heine J, Drolet S, Vickers MM. Colonic perforation with intraluminal stents and bevacizumab in advanced colorectal cancer: retrospective case series and literature review. *Can J Surg*. 2015;58(3):167-71.
7. Kim EJ, Kim YJ. Stents for colorectal obstruction: Past, present and future. *World J Gastroenterol*. 2016 Jan 14; 22 (2): 842-52.
8. Shimura T, Joh T. Evidence-based Clinical Management of Acute Malignant Colorectal Obstruction. *J Clin Gastroenterol*. 2016 Apr;50(4):273-85.
9. Arezzo A, Passera R, Lo Secco G, Verra M, Bonino MA, Targarona E, et al. Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc*. 2017; 86(3): 416-26.