

CASO CLÍNICO

Endoprótesis colónica para el manejo paliativo de la obstrucción intestinal por cáncer. Reporte de caso



Víctor Manuel Noriega Usi^{a,*}, Leopoldo Gutiérrez Rodríguez^{a,b}
y Carlos González de Cosío Corredor^{a,b}

^a Servicio de Cirugía General, Hospital Ángeles MOCEL, México D.F., México

^b Servicio de Endoscopia, Hospital Ángeles MOCEL, México D.F., México

Recibido el 11 de julio de 2015; aceptado el 20 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Endoprótesis;
Colon;
Cáncer;
Endoprótesis
metálica
autoexpandible;
Obstrucción

KEYWORDS

Stent;
Colon;
Cancer;
Self-expandable
metallic stent;
Obstruction

Resumen El cáncer colorrectal es la tercera causa de muerte por cáncer. Hasta el 20% de estos pacientes desarrollará obstrucción intestinal mecánica que tradicionalmente ha sido tratada con una derivación intestinal y la creación de un estoma.

En 1991 se realizó la primera colocación de una endoprótesis metálica autoexpandible) colónica para el manejo de la obstrucción por cáncer de colon. Puede ser paliativa, en el caso de la enfermedad incurable, o utilizada como puente hacia una cirugía definitiva, permitiendo tratar al paciente, recuperar su homeostasis y hacer una cirugía programada segura.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 78 años, tratado previamente con múltiples cirugías, que cursa con obstrucción de más del 90% de la luz colorrectal por un cáncer sin posibilidad de tratamiento quirúrgico.

© 2015 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Colonic stent for the palliative management of intestinal obstruction due to cancer. Case report

Abstract Colorectal cancer is the third cause of death related to cancer. Up to 20% of these patients will develop mechanical intestinal obstruction, which has traditionally been treated with intestinal diversion and stoma.

In 1991 the first colonic self-expandable metallic stent was used for the management of colonic obstruction due to colonic cancer. This can be a palliative procedure for the incurable disease or used as a bridge to surgery, hence, allowing to treat and restore patient homeostasis and perform a safer elective surgery.

* Autor para correspondencia. Gelati 33, Consultorio 101, Col. San Miguel Chapultepec, México, D.F. Delegación Miguel Hidalgo C.P.11850; Teléfono: +0445529728268.

Correo electrónico: noriega.usi@gmail.com (V.M. Noriega Usi).

The case is presented of a 78 year old male patient previously treated with multiple surgical procedures, having an obstruction of more than 90% of the colorectal lumen secondary to a cancer that was not eligible for surgical treatment.

© 2015 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El cáncer de colon es la tercera causa de muerte por cáncer con más de 10,000 casos nuevos diagnosticados al año¹. El cáncer de colon izquierdo representa la mayoría de los casos en el que desafortunadamente el 70% tienen enfermedad avanzada y solo el 50% son candidatos para cirugía curativa al momento del diagnóstico². Aproximadamente el 20% de los pacientes con cáncer de colon izquierdo tendrá obstrucción intestinal mecánica³. La cirugía de urgencia con derivación colónica y creación de estoma, terminal o en asa, ha sido el manejo tradicional en estos casos. Sin embargo, la presencia de un estoma se asocia con baja calidad de vida, y del total de pacientes solo el 60% será sometido a una cirugía para revertir el estoma^{2,4}. Las endoprótesis enterales se empezaron a utilizar para la paliación del cáncer de colon desde 1991 por Dohmoto et al. y desde entonces se han utilizado para el manejo de la obstrucción intestinal mecánica⁵.

La colocación de una endoprótesis metálica autoexpandible (EMAE) permite cambiar un procedimiento quirúrgico de urgencia con elevada morbimortalidad por un procedimiento programado, a través de la descompresión colónica inmediata y recuperación de la homeostasis del paciente. Este puente hacia la cirugía definitiva permite estudiar al paciente, estadificarlo, buscar un cáncer colorrectal sincrónico y metástasis a distancia, que en definitiva van a alterar el manejo de la enfermedad^{3,6,7}.

En el contexto de la paliación se ha encontrado descompresión exitosa en el 95% de los casos con una tasa de respuesta clínica del 81%, definida como continuación de la permeabilidad tras 6 meses de la colocación¹. Varios estudios han demostrado la efectividad de las endoprótesis, además de que reducen el tiempo de estancia hospitalaria, costos médicos, número de cirugías para realizar estomas, y la morbimortalidad del paciente⁸.

Presentación del caso

Paciente masculino de 78 años con cuadros de oclusión intestinal intermitente. Hace 7 años se le diagnosticó un adenocarcinoma rectal para lo cual se le realizó resección del tumor, bolsa de Hartmann y colostomía de sigmoides. Tres meses después se realizó colorrectoanastomosis con éxito. Hace 5 años tuvo recidiva tumoral en colon descendente por lo cual se realizó resección de colon descendente y colorrectoanastomosis primaria de transverso. Ha recibido quimioterapia y radioterapia. No tiene otros antecedentes de importancia.

El paciente cursa desde hace un mes con cuadros de oclusión intestinal intermitente. Se realiza colonosopia,

encontrando tumor a 8 cm del margen anal, con oclusión de más del 90% de la luz (fig. 1).

El paciente ingresa con adecuado estado hemodinámico y con evacuaciones disminuidas en calibre, para colocación

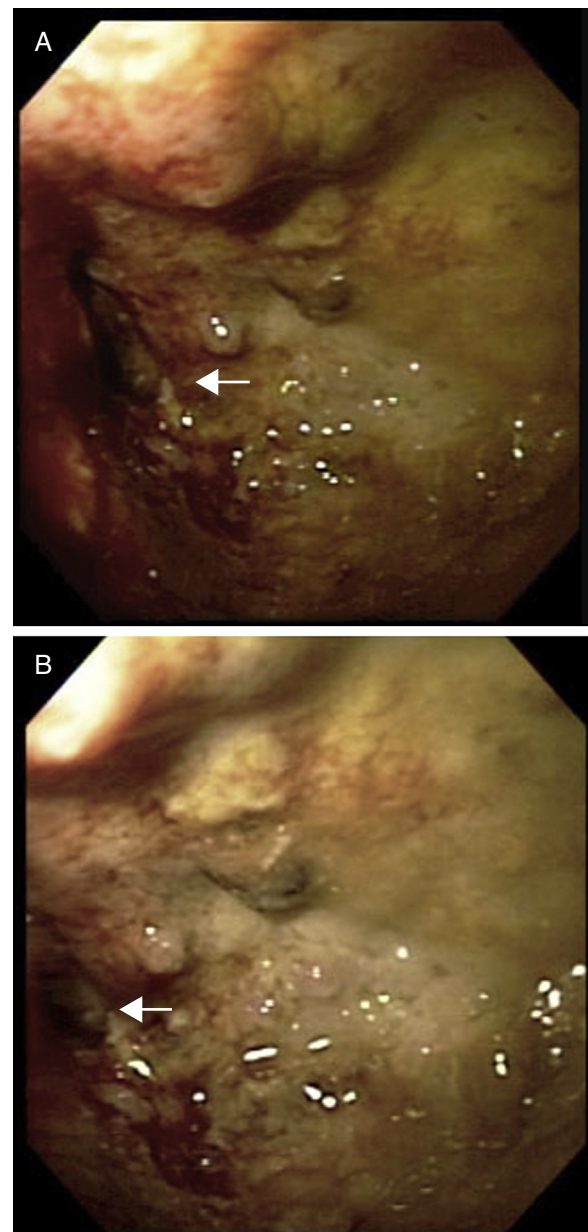


Figura 1 A y 1B. Colonoscopia en la que se observa un tumor en recto, con pérdida de la anatomía y oclusión de más del 90% de la luz. La flecha indica el sitio de la luz intestinal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287512>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287512>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)