



Oclusión cólica por cáncer

A. Venara, J. Barbieux, E. Lermite

Los cánceres de colon originan el 60-70% de las oclusiones cólicas. Las oclusiones cólicas por cáncer presentan una mortalidad del 15-20% y una morbilidad del 40-50%. La cirugía urgente presenta, a su vez, una morbilidad propia, probablemente mayor que la cirugía programada. Su tratamiento consiste en eliminar la oclusión y posteriormente tratar la enfermedad cancerosa. Los cánceres cólicos derechos/transversos se tratan mediante resección ileocólica con anastomosis ileocólica de entrada. En cambio, el tratamiento de la oclusión del colon izquierdo por cáncer aún no está consensuado. El tratamiento está guiado por el estado del paciente y el estudio oncológico de la enfermedad. Es posible realizar la resección-anastomosis en un tiempo, aunque es una cirugía difícil reservada a los pacientes en mejor estado general. La colostomía primaria es más simple y más rápida. La difusión de las endoprótesis cólicas permitiría disminuir el uso de las ostomías, aunque los estudios más recientes plantean dudas en cuanto a su inocuidad a medio y largo plazo.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cáncer; Colon; Oclusión; Cirugía; Endoprótesis

Plan

■ Introducción	1
■ Tratamiento médico, mejoría del estado general y estudio preoperatorio	1
Cáncer de colon derecho o transversal	2
Cáncer de colon izquierdo	3
■ Conclusión	7

■ Introducción

Los cánceres cólicos originan el 60-70% de las oclusiones cólicas. Y a la inversa, entre el 8-29% de los cánceres de colon se presentan en forma de una oclusión [1, 2]; en este caso, existen metástasis sincronas en el 29% de los casos [3]. En el caso de una oclusión cólica maligna, la cirugía primaria se asocia a una tasa de mortalidad del 15-20% [4] y de morbilidad del 40-50% [5]. Además, la oclusión del colon es un factor independiente de mal pronóstico de supervivencia a largo plazo, ya que la supervivencia comunicada a los 5 años de los pacientes operados de un cáncer de colon fue del 74,6% en caso de cirugía electiva, 51,6% en caso de oclusión y 46,5% en caso de perforación [6]. El tratamiento de la oclusión por cáncer precisa aportar una solución rápida a la oclusión, origen de desequilibrio hidroelectrolítico y de desnutrición, así como tratar el cáncer (Fig. 1) siguiendo las reglas oncológicas.

Se debe considerar, sucesivamente:

- el tratamiento médico y el estudio preoperatorio;
- el tratamiento quirúrgico en función de la localización del tumor, a la derecha o a la izquierda del ángulo izquierdo del colon.

■ Tratamiento médico, mejoría del estado general y estudio preoperatorio

El diagnóstico de la oclusión es clínico, y se realiza ante un paciente que presenta una interrupción de heces y de gases previa a los vómitos.

En la exploración física, el abdomen es blando y deprimible, meteorizado y, en ausencia de complicaciones, sin signos de irritación peritoneal. El meteorismo es más importante cuanto más distal es el tumor y cuanto más tardío es el diagnóstico. La presencia de una complicación del tipo sufrimiento del ciego produce dolor o defensa en la fosa ilíaca derecha, mientras que una peritonitis da lugar a defensa o contractura generalizada. También se debe realizar un tacto rectal para descartar un posible tumor del recto, que puede ser la causa de una oclusión o una segunda localización tumoral.

Ante este cuadro, antes de la realización de un estudio de imagen, se debe iniciar el tratamiento médico. Éste consiste en:

- aspiración gástrica mediante una sonda nasogástrica de doble luz;
- la colocación de una vía venosa y la corrección de los trastornos hidroelectrolíticos (adaptada al estudio biológico);
- la instauración de un tratamiento analgésico en caso de dolor;
- en ausencia de signos de infección, no es necesario iniciar la antibioticoterapia en el preoperatorio.

Hay que estudiar la situación del paciente, especialmente apreciar su estado general en función de sus antecedentes. Se debe realizar un electrocardiograma (ECG).

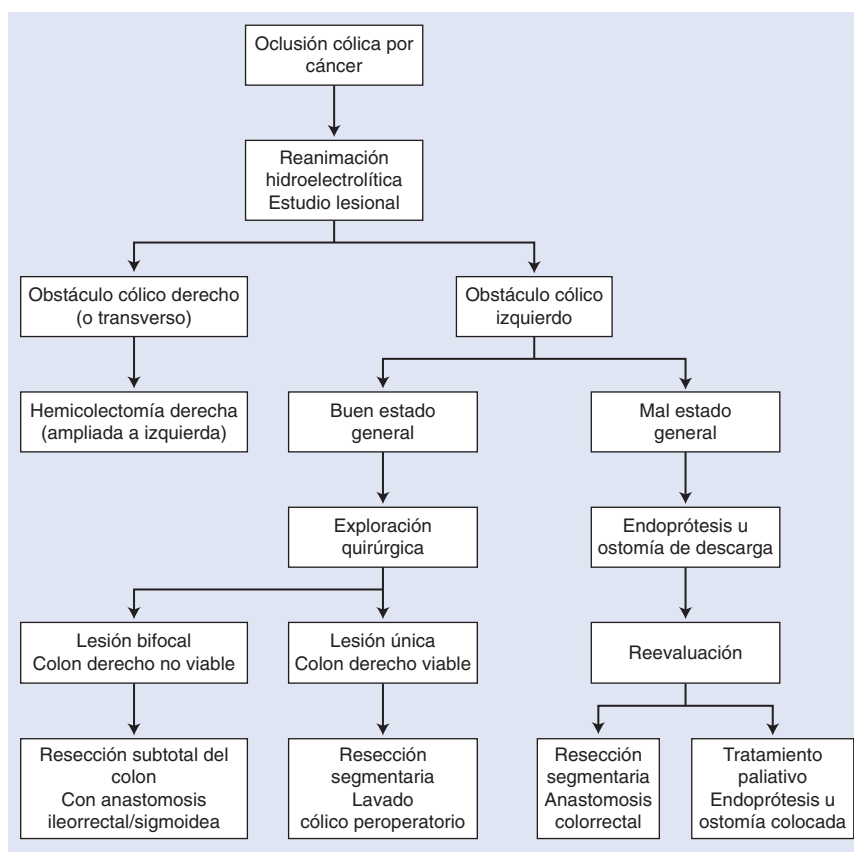


Figura 1. Árbol de decisiones. Oclusión cólica por cáncer de colon.

Este tiempo médico se aprovecha para realizar un estudio lesional.

Éste debe constar al menos de una tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica con y sin inyección de producto de contraste yodado [7]. Ésta permite:

- el diagnóstico de la lesión tumoral y su localización;
- el estudio de extensión: metástasis hepáticas, pulmonares y carcinomatosis peritoneal;
- la búsqueda de posibles complicaciones (abscesos, perforación, peritonitis, isquemia digestiva proximal, dilatación del intestino delgado) que guiarán el grado de urgencia del tratamiento.

En ausencia de signos de gravedad que sugieran un sufrimiento digestivo o una perforación, puede ser lícito proponer una alimentación parenteral para renutrición. Así, un reciente estudio afirma que más de un tercio de los pacientes con un cáncer de colon sufrirían una desnutrición [8] y, debido a dicha malnutrición, un mayor riesgo de complicaciones a corto plazo [9]. El carácter urgente de la cirugía junto con el ayuno del paciente acentúan esta malnutrición y, en consecuencia, el riesgo de morbilidad a corto plazo.

El tratamiento quirúrgico debe permitir tratar la oclusión que representa la urgencia quirúrgica y proponer, cuando sea posible, el tratamiento del cáncer. La elección del tipo de cirugía se realiza en función de las características del paciente, de la extensión del cáncer, del entorno local y de la localización del tumor. En este artículo se tratarán sucesivamente los cánceres de colon derecho y transversos, cuyo tratamiento plantea pocos problemas y, a continuación, los tumores del colon izquierdo.

Cáncer de colon derecho o transversos

Existe un consenso para el tratamiento de los cánceres de colon situados proximales al ángulo izquierdo del colon: el procedimiento quirúrgico consiste en una resección del colon derecho más o menos amplia con anastomosis ileocólica primaria. Hay que tener en cuenta

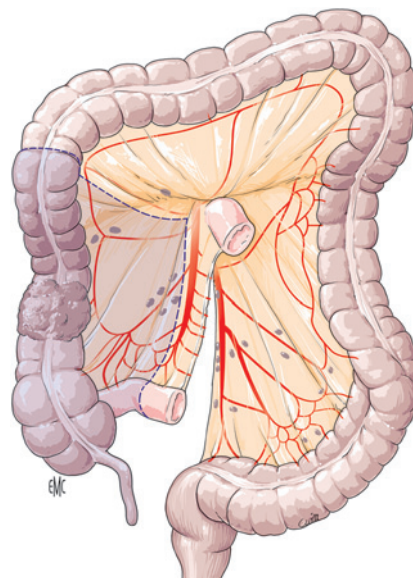


Figura 2. Hemicolecotomía derecha.

que un reciente estudio que propone la colocación de una endoprótesis antes del tratamiento quirúrgico (*bridge to surgery*, puente a la cirugía) no muestra beneficios en término de seguimiento a corto plazo y de supervivencia global y sin recidiva a largo plazo. Además, la tasa de fracaso técnico fue más importante que en el tratamiento de los tumores situados a la izquierda [10, 11].

Los principios quirúrgicos de la colectomía derecha más o menos ampliada al transversos se describen en el capítulo de la EMC que trata las colectomías derechas [12]. En las Figuras 2 y 3 se recuerdan los principios de resección oncológica. En resumen, los principios quirúrgicos son:

- incisión media supra e infraumbilical;
- protección de la pared y colocación de separadores autoestáticos;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725515>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725515>

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