

## Tratamiento paliativo de la obstrucción intestinal por cáncer colorrectal

Ovejero Gómez VJ<sup>1</sup>, Pérez Martín A<sup>2</sup>, Bermúdez García MV<sup>1</sup>, López Lanza JR<sup>1</sup>, Ingelmo Setién A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria)

<sup>2</sup>Centro de Salud Los Valles. Cantabria

La obstrucción intestinal supone una complicación frecuente del cáncer colorrectal<sup>1</sup> que se presenta en casi un tercio de los casos, muchas veces como primer síntoma de la enfermedad. La cirugía es el tratamiento de elección, tanto en indicaciones con intención curativa como paliativa, aunque a veces las condiciones del paciente por la propia enfermedad o por sus antecedentes pueden pesar en la decisión quirúrgica, máxime si consideramos que la mortalidad postoperatoria en la obstrucción intestinal secundaria a cáncer metastásico se cifra en un 12-33% y la supervivencia media excepcionalmente alcanza los 11 meses<sup>2</sup>.

La complejidad en el tratamiento de estos pacientes en situación clínica delicada debe condicionar un abordaje multidisciplinar con medidas activas tanto en atención primaria como especializada.

Presentamos el caso de un paciente con cáncer rectosigmoideo y diseminación a distancia en quien se desestimó la opción quirúrgica en primera instancia para luego precisar una colostomía urgente por obstrucción intestinal y un diagnóstico erróneo de estreñimiento de etiología médica.

### CASO CLÍNICO

Varón de 71 años con antecedentes de EPOC y prótesis total de cadera por coxartrosis. Consultó por epigastralgia y vómitos alimenticios de dos días de evolución y refería pérdida de peso en los tres meses previos.

En el examen físico se encontró hipoventilación global con constantes basales mantenidas, molestias

epigástricas a la palpación, hepatomegalia de tres traveses, hipoperistaltismo y hernia inguinal bilateral reducible.

Se completó el estudio diagnóstico con analítica que descubrió anemia con hemoglobina de 9 g/dl y perfil bioquímico con hipoproteinemia e hipoalbuminemia (proteínas totales 5,4 g/dl y albúmina 2,5 g/dl). Los marcadores tumorales presentaron un CEA de 80,9 ng/ml y Ca 19.9 de 520 U/ml.

En el TAC toracoabdominal se visualizaron múltiples nódulos bilaterales dispersos en ambos parénquimas pulmonares, estenosis sigmoidea de unos seis cm de longitud con alguna adenopatía regional y siembra metastásica en ambos lóbulos hepáticos (*Figuras 1A y 1B*).

La lesión intestinal se confirmó por colonoscopia (*Figura 2*). Se encontró estenosis con afectación circunferencial a unos 15 cm del margen anal que impedía el paso del endoscopio y biopsia positiva para adenocarcinoma infiltrante.



*Figura 1A- Tumoración estenosante rectosigmoidea localmente avanzada.*

*Figura 1B- Reconstrucción radiológica para visualización de la tumoración referida y de las metástasis hepáticas múltiples.*



**Figura 2-** Imagen endoscópica demostrando el carácter concéntrico y estenosante de la tumoración.

Se propuso tratamiento citostático paliativo. En el transcurso del mismo consultó por alteración del ritmo intestinal a los dos meses del diagnóstico, que se interpretó como estreñimiento secundario a la medicación y se trató ambulatoriamente.

La evolución resultó desfavorable, con aparición de distensión abdominal dolorosa y vómitos en posos de café, y precisó valoración quirúrgica. Una serie obstructiva (**Figura 3**) demostró dilatación marcada de asas de intestino delgado y grueso por incompetencia de la válvula ileocecal y niveles hidroaéreos, aspecto que también fue evaluado mediante tomografía (**Figura 4**), que puso en evidencia el origen mecánico del proceso.

El enfermo fue operado con carácter urgente con el diagnóstico de obstrucción intestinal y se realizó colostomía paliativa en cañón de escopeta con anestesia local sobre colon transverso.

## DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal en el cáncer colorrectal puede deberse a factores intraluminales por crecimiento exofítico, murales o extramurales por infiltración de órganos vecinos o afectación mesentérica en el contexto de una carcinomatosis. La localización más frecuente de la obstrucción se sitúa en el colon izquierdo y ángulo esplénico debido al diámetro más limitado de la víscera en este punto; pueden existir otras causas de obstrucción relacionadas indirectamente con el tumor primario, como alteraciones hidroelectrolíticas, isquemia por compromiso vascular secundario derivado del crecimiento tumoral, neuropatías neoplásicas o fibrosis rádica<sup>3</sup>.

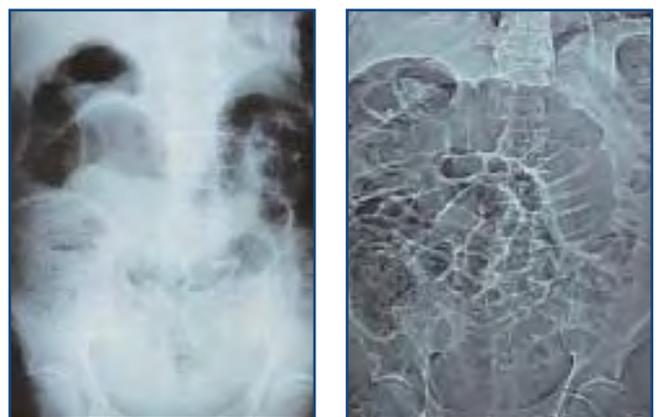
El cierre intestinal por el tumor primario acontece de forma progresiva. Resulta habitual la alteración del ritmo intestinal como signo precedente a la obstrucción;

en ella los síntomas más frecuentes son el dolor, la distensión abdominal y los vómitos debidos al acúmulo de contenido fecal en un intestino con una actividad motora incrementada que lucha sin éxito por vencer un obstáculo intraluminal.

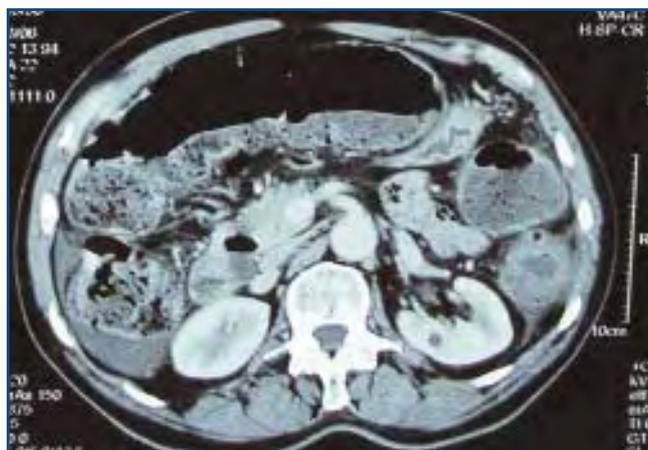
La orientación clínica de la obstrucción varía dependiendo del carácter curativo o no de la enfermedad en el momento del diagnóstico y de la situación general del paciente. Si su estado basal se encuentra muy deteriorado se deberá considerar el tratamiento de síntomas reversibles que mejoren su calidad de vida.

Algunos factores que pueden condicionar el tratamiento quirúrgico por su pronóstico son la presencia de un síndrome general avanzado con caquexia extrema, la carcinomatosis peritoneal con o sin ascitis acompañante, hipoalbuminemia, sospecha de varios focos de obstrucción y antecedentes de radioterapia previa.

En estas condiciones de deterioro, el tratamiento quirúrgico puede resultar menos efectivo que el farmacológico, con mejor control de los síntomas cuanto más distal se encuentre la obstrucción, al asociarse a una elevada tasa de complicaciones y mortalidad postoperatoria. Las primeras medidas, independientemente de la opción terapéutica que se tome, pasan por la colocación de una sonda nasogástrica para aspiración y una hidratación endovenosa que asegure un adecuado equilibrio hidroelectrolítico<sup>1</sup>.



**Figura 3-** Dilatación de asas de intestino delgado y grueso por radiología simple y luminograma tomográfico como signo asociado al cuadro obstructivo.



**Figura 4- Detalle de dos cortes tomográficos que muestran una importante dilatación cólica con aire y contenido fecal que alcanza el ciego y supera la válvula ileocecal por incompetencia en sentido ascendente.**

Una vez conseguida la estabilización del paciente es posible que la sonda resulte ineficaz e incómoda y no prevenga el dolor ni las náuseas; además, un uso prolongado podría contribuir a esofagitis y acentuación de reflujo gastroesofágico, broncoaspiración, faringitis, otitis y erosiones del cartílago nasal. Algunos autores promueven la realización de gastrostomía percutánea con intención descompresiva a largo plazo en un intento por evitar el quirófano.

El control de las náuseas y vómitos debe realizarse de forma individualizada, ya que todos los pacientes no presentan las mismas necesidades una vez realizada la descompresión. Es posible emplear antieméticos puros de acción periférica o central, con o sin acción

sedante, como la procloroperazina, metoclopramida, ondansetrón, clorpromazina o prometazina. En ocasiones se utilizan fármacos anticolinérgicos, glicopirrolato o la hioscina para paliar el vómito, pues reducen las secreciones gastrointestinales y tienen algún efecto analgésico.

Otras opciones eficaces son la utilización de análogos de la somatostatina, como el octreotido<sup>4</sup> (tiene el mismo efecto sobre las secreciones digestivas con el inconveniente de su elevado coste económico) y el haloperidol (debe usarse con precaución a dosis altas por sus efectos anticolinérgicos).

El dolor abdominal puede tratarse con analgésicos menores en combinación con opiáceos que admiten vías de administración variable (rectal, subcutánea, transdérmica o intravenosa). Considerando su potencial emético y favorecedor de estreñimiento deben asociarse al uso de fármacos que contrarresten tales efectos. En algunos casos se ha propuesto el uso de corticoides con intención de mejorar el tránsito al reducir la inflamación peritumoral, pero su eficacia resulta controvertida.

A pesar de aplicar estas medidas, siempre se debe considerar el tratamiento quirúrgico como la mejor opción paliativa<sup>5,6</sup> si las condiciones tumorales e intrínsecas del paciente lo permiten. La resección, aunque sea paliativa, se acompaña de mayor supervivencia y calidad de vida. En este sentido es necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial preoperatorio que excluya las causas que contraindiquen la intervención o evite un retraso en la misma con el deterioro añadido que supone para el paciente. La estrategia terapéutica a seguir dependerá de las condiciones del enfermo y de su enfermedad, y se deberán sopesar los riesgos del tratamiento y la esperanza y calidad de vida<sup>7</sup>.

La técnica quirúrgica más efectiva es la resección intestinal, generalmente sin reconstrucción del tránsito a menos que sea posible una limpieza intraoperatoria del intestino. Si la lesión no pudiera ser resecada está indicada una colostomía terminal de una o dos luces<sup>8</sup> según las condiciones peroperatorias del enfermo.

En nuestro caso la distensión abdominal y el compromiso respiratorio por su neumopatía de base obligaron a una exteriorización del colon para colostomía con un procedimiento anestésico que minimizara los riesgos quirúrgicos.

Si las condiciones clínicas del enfermo lo permiten, no debe descartarse un abordaje laparoscópico con la misma intención quirúrgica<sup>9</sup>, al resultar un método tan seguro y efectivo como la cirugía habitual.

Si se descarta el tratamiento quirúrgico por la situación terminal del enfermo o bien como forma de resolver la obstrucción mecánica para en un segundo tiempo realizar el abordaje operatorio definitivo de la causa obstructiva, en determinados casos puede estar indicada la utilización de prótesis endoluminales autoexpandibles mediante colocación endoscópica o radiológica, debido a su escasa morbimortalidad<sup>10</sup>. Esto permite la preparación del colon después de su descompresión y se evita la necesidad de una colostomía<sup>11</sup>.

No obstante, debe tenerse en cuenta que el 18% de los pacientes sometidos a descompresión protésica presentará un fracaso o complicación de la misma<sup>12</sup> que motivará una intervención quirúrgica, lo cual explica la cautela que debe existir en la selección de pacientes candidatos.

Una de las grandes ventajas de estos dispositivos intraluminales es la resolución precoz y poco agresiva de la obstrucción con una estancia hospitalaria corta; sin embargo, el tiempo en régimen ambulatorio hasta un nuevo reingreso por la enfermedad y la supervivencia global son peores que la opción quirúrgica<sup>13</sup>, aunque ésta sea una simple colostomía.

Otras medidas paliativas de utilización creciente son la laserterapia (contribuye con cierta efectividad a paliar síntomas locales como el sangrado y la secreción mucosa asociadas y con poca eficacia frente al tenesmo rectal) y el uso de coaguladores de argón<sup>14,15</sup>. En algunos casos, ambos sistemas han sido utilizados como método contributivo a la descompresión cólica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nemes R, Vasile I, Curca T, Paraliiov T, Pasalega M, Mesina C et al. Acute bowel obstruction: the main complication of colorectal cancer. Therapeutical options Rom J Gastroenterol 2004;13:109-12.
2. Aggarwal G, Glare P, Clarke S, Chapuis P. Palliative and shared care concepts in patients with advanced colorectal cancer. ANZ J Surg 2006;76:175-80.
3. Baines M. The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction. In: Doyle D, Hanks GWC, McDonald D (eds). Oxford textbook of palliative medicine. Oxford. Oxford University Press: 311-6.
4. Khoo D, Hall E, Motson R, Riley J, Denman K, Waxman J. Palliation of malignant intestinal obstruction using octreotide. Eur J Cancer 1994;1:28-30.
5. Cummins ER, Vick KD, Poole GV. Incurable colorectal carcinoma: the role of surgical palliation. Am Surg 2004;70:433-7.
6. Blair SL, Chu D, Schwarz RE. Outcome of palliative operations for malignant bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis from nongynecological cancer. Ann Surg Oncol 2001;8:632-7.
7. Fazio VW. Indications and surgical alternatives for palliation of rectal cancer. J Gastrointest Surg 2004;8:262-5.
8. Howie SB, Amigo PH, O'Kelly K, Fainsinger RL. Palliation of malignant bowel obstruction using a percutaneous cecostomy. J Pain Symptom Manage 2004;27:282-5.
9. Gonzalez R, Smith CD, Ritter EM, Mason E, Duncan T, Ramshaw BJ. Laparoscopic palliative surgery for complicated colorectal cancer. Surg Endosc 2005;19:43-6.
10. Aviv RI, Shyamalan G, Watkinson A, Tibballs J, Ogunbaye G. Radiological palliation of malignant colonic obstruction. Clin Radiol 2002;57:347-51.
11. Stefanidis D, Brown K, Nazario H, Trevino HH, Ferral H, Brady CE 3rd, et al. Safety and efficacy of metallic stents in the management of colorectal obstruction. JSLS 2005;9:454-9.
12. Hunerbein M, Krause M, Moesta KT, Rau B, Schlag PM. Palliation of malignant rectal obstruction with self-expanding metal stents. Surgery 2005;137:42-7.
13. Tomiki Y, Watanabe T, Ishibiki Y, Tanaka M, Suda S, Yamamoto T, et al. Comparison of stent placement and colostomy as palliative treatment for inoperable malignant colorectal obstruction. Surg Endosc 2004;18:1572-7.
14. Adler DG. Management of malignant colonic obstruction. Curr Treat Options Gastroenterol 2005;8:231-7.
15. Sherwood LA, Knowles G, Wilson RG, Potter MA. Retrospective review of laser therapy for palliation of colorectal tumours. Eur J Oncol Nurs 2006;10:30-8.