



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA

# MANEJO OCLUSIÓN INTESTINAL PRÓTESIS COLÓNICAS

SESIÓN INTERDEPARTAMENTAL 7 de ABRIL de 2016

Antonio Melero Abellán

MIR Cirugía General y del Aparato Digestivo

# INTRODUCCIÓN

- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:
  - DIFICULTAD DE PASO, PARCIAL O COMPLETA, DEL CONTENIDO INTRALUMINAL A TRAVÉS DEL TUBO DIGESTIVO.
- Obstrucción intestino delgado → Adherencias
- Obstrucción intestino grueso → CCR > 85%
  - 10-30% presentación INICIAL
- Cirugía urgente asocia altas tasas de morbimortalidad



# ETIOLOGÍA

## EXTRINSECAS

Adherencias  
Hernia-Eventración  
Neoplásica (carcinomatosis, infiltración por neoplasia extraintestinal)  
Inflamatorias (abscesos, plastrones)  
**Vólvulos (sigma, ciego, transverso)**  
**Pseudobstrucción**

## INTRALUMINALES

Ileo biliar (fistula colecistocólica)  
Bezoar  
Cuerpo extraño  
**Impactación fecal**

## INTRAMURALES

Traumáticas (hematoma)  
Infecciosas (TBC, diverticulitis, actinomicosis)  
**Neoplásicas (primaria, metastásica)**  
**Inflamatorias (EIIc, diverticulitis)**  
Estenosis postradiación o postisquemia  
Otras (intususception, endometriosis)

# ETIOLOGÍA

**INTRALUMINAL  
INTRAMURAL  
EXTRÍNSECA**

**PARCIAL  
COMPLETA**

**OCCLUSIÓN  
INTESTINAL**

**VASCULAR  
NO VASCULAR**

**AGUDA  
SUBAGUDA  
CRÓNICA**

**MECÁNICA  
FISIOLÓGICA**

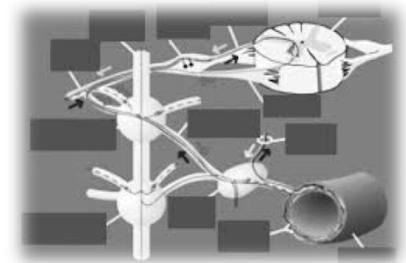
# ETIOLOGÍA- DX DIFERENCIAL

- Obstrucción funcional:
  - Síndrome de Ogilvie
  
- Obstrucción mecánica:
  - Anatómica
    - Vólvulo
    - Torsión
    - Fecaloma
  - Inflamatoria
    - Diverticulitis
    - Pancreatitis
  - Maligna
    - Neoplasia



# SÍNDROME OGILVIE

- Disbalance regulación autonómica función colónica.
- Condiciona supresión parasimpática o estimulación simpática excesiva.
- Diagnóstico diferencial:
  - Obstrucción mecánica
  - Megacolon tóxico



# SÍNDROME OGILVIE

## ▣ Tratamiento médico:

- ▣ Dieta absoluta, SNG a aspiración intermitente y revisión medicación
- ▣ Sonda rectal, Enemas (5% perforación)
- ▣ Cambios posturales

## ▣ Tratamiento farmacológico:

- ▣ Neostigmina 2 mg IV monodosis (80 % éxito.)
- ▣ PEG
- ▣ Metilnaltrexona (2a línea )
- ▣ Eritromicina 250 mg/ IV / 8 h O IV, 3 días / Oral 10 días

\* 1 Early resolution of Ogilvie's syndrome with intravenous neostigmine: a simple, effective treatment. Turégano-Fuentes F, Muñoz-Jiménez F, Del Valle-Hernández E, Pérez-Díaz D, Calvo-Serrano M, De Tomás J, De Fuenmayor ML, Quintans-Rodríguez A. Dis Colon Rectum

\* 2 Ogilvie's syndrome: a new approach to an old problem. Stephenson BM, Morgan AR, Salaman JR, Wheeler MH, Dis Colon Rectum. 1995;38(4):424

# SÍNDROME OGILVIE

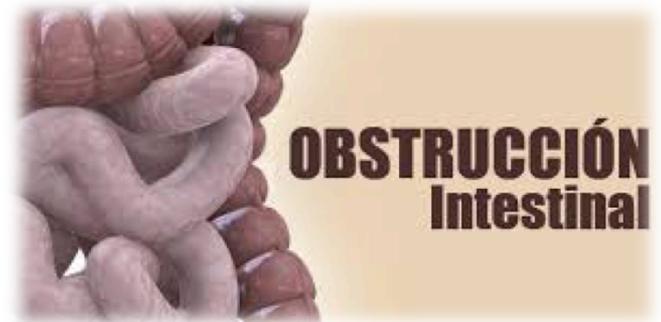
- **Tratamiento endoscópico:** (Descompresión endoscópica)
  - Fallo del tratamiento médico O Dilatación del colon 11-13 cm O Deterioro clínico del paciente
- **Cecostomía percutánea**
  - Fallo de la descompresión endoscópica
- **Tratamiento quirúrgico:**
  - Hemicolectomía derecha con anastomosis primaria
  - Perforación: Colectomía total e ileostomía / Hartman

# VÓLVULO DE SIGMA

- **¿Por qué devolvulación previo a cirugía?**
  - Para mejorar la vascularización del segmento afecto
  - Valoración del estado del colon
  - Podemos dejar una sonda rectal bajo visión directa
  - No hay que preparar el sigma con enemas
- **¿ Cuando planeamos el tratamiento quirúrgico ?**
  - A las 24 – 72 horas: durante el mismo ingreso ó Sigmoidectomía + anastomosis / Hartman
  - Recurrencia tras devolvulación 50-60%

# CLINICA

- Disminución de expulsión de heces y gases.
- Náuseas y/o vómitos.
- Intolerancia alimenticia.
- Distensión abdominal.
- Dolor o molestias abdominales.
- Otros: dolor herniario, estreñimiento, fiebre, ...



# DIAGNÓSTICO

## □ Anamnesis:

- Enfermedades y cirugías previas
- Días de evolución. Tipo de dolor
- Características de los vómitos. Intolerancia
- Cuadros semejantes. Resolución
- Enfermedad inflamatoria, volvulaciones, estreñimiento, hernias.

## □ Exploración abdominal:

- Estado general. Deshidratación.
- Distensión abdominal. "La barriga como un globo".
- Ruidos de lucha, aperistalsis, ruidos metálicos.
- Tensión. Signos de irritación peritoneal. Masas. Hernias.
- Timpanismo.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **¿QUÉ LE PEDIMOS A UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA?**
  - Identifique la causa
  - Localize anatómicamente la obstrucción
  - Que determine su extensión
  - Que identifique posibles complicaciones
    - Isquemia
    - Perforación
    - Absceso
    - Ascitis

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ▣ **Rx simple en bipedestación o rayo horizontal**
  - ▣ Accesibilidad 100% casos
  - ▣ Dilatación todo cólon encima punto oclusión
  - ▣ Puede ser difícil determinar el nivel exacto
  - ▣ Control distensión cecal por riesgo perforativo
  - ▣ Puede ser diagnóstica
  - ▣ Puede retrasarnos diagnóstico neumoperitoneo por interposición gas

 No se puede mostrar la imagen. Puede que su equipo no tenga suficiente memoria para abrir la imagen o que ésta esté dañada. Reinicie el equipo y, a continuación, abra el archivo de nuevo. Si sigue apareciendo la x roja, puede que tenga que borrar la imagen e insertarla de nuevo.



**Vólvulo  
de ciego**

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## ■ Enema Opaco

- Adición contraste a radiología simple mejora diagnóstico en sospechas de oclusión intestinal baja (grado de evidencia III)
- Los estudios con contraste en pacientes con sospecha de oclusión de colon ya que confirma el diagnóstico y define el nivel de obstrucción (grado B de recomendación)

**1° Rx simple de abdomen**

**S = 84% E = 72%**

**2° Enema opaco**

**S = 96% E = 98%**



# INDICACIONES USO TC

- Duda diagnóstica
- Ausencia antecedente quirúrgico o hernia
- Antecedentes oncológicos previos
- Sospecha de complicación

\* TC NO debe ser realizado de forma rutinaria (evidencia 2B)

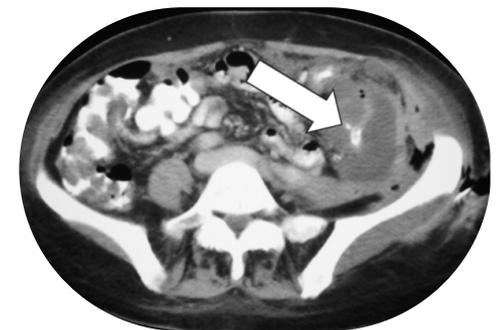
# TAC

- ¿En qué momento?
  - Inicial
  
- Durante el tratamiento conservador
  - Tras 48 horas sin mejoría
  - Sospecha de complicación
  - Disociación clínica radiológica



# BENEFICIOS TC

- ❑ >Sensibilidad (95%) y Especificidad (85%)
- ❑ Nivel – Altura/Grado de obstrucción parcial o completa
- ❑ Signos específicos de estrangulamiento (nivel 2ª)
- ❑ Descartar otras causas no quirúrgicas
- ❑ Mayor disponibilidad
- ❑ Menor tiempo de exploración y adquisición de imágenes
- ❑ TC multicorte, Reconstrucción 3D
- ❑ Posibilidad de colonoscopia virtual



# ¿ENEMA, TC O TC-ENEMA?

## Enema con contraste hidrosoluble

- S: 80%, E: 100%
- Puede confirmar el diagnóstico y localización del tumor

## TC

- S: 96%, E 93%. Correcta localización del tumor en el 94%.
- La utilización de TC con triple contraste (iv, oral y rectal) o el TC enema
  - Aumenta la precisión para localizar el nivel de la obstrucción.
  - Distingue si la obstrucción es de causa endoluminal o por compresión extrínseca
  - Permite la correcta estadificación local y a distancia.

# ¿CONTRASTE?

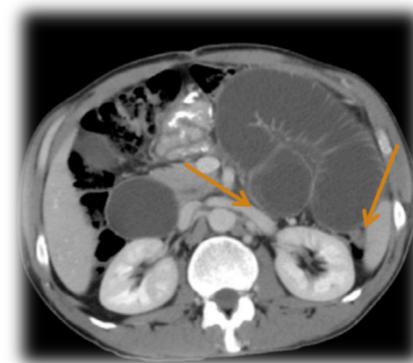
- Es recomendable el uso de contraste iv
- Triple contraste: IV, Vía oral y enema gastrografín cuando sea posible



Diagnostic tools	Computed tomography with endovenous and rectal contrast
Right colectomy + loop ileostomy	Proximal colonic obstruction in the presence of risk factors
Left colectomy + primary anastomosis	Distal colonic obstruction in selected patients
Subtotal colectomy	Distal colonic obstruction in selected patients with proximal colonic lesions
Hartmann's procedures	Distal colonic obstruction in the presence of high-risk factors, other options of treatment not available, lack of surgeon's experience in colorectal emergency surgery
Left colectomy + primary anastomosis + loop ileostomy	Distal colonic obstruction in the presence of high-risk factors
Stent as a bridge to surgery	Distal colonic obstruction in presence of high-risk factors or lack of surgeon's experience in colorectal emergency surgery
Definitive stents	Patients with limited overall survival

# RADIOLOGÍA QUE IC CIRUGÍA

- Asa cerrada: Precursor de estrangulamiento
- Signos de estrangulamiento:
  - Líquido libre (<500ml)
  - Captación de contraste o engrosamiento
  - Edema mesentérico: Congestión venas mesentéricas
- Neumoperitoneo, gas portal



# OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECOGRAFÍA:
  - Controvertido
  - Diferencia ileo paralítico de ileo mecánico
  - Depende ecografista
  - Pierde S y E
    - Obesos, gas
  - Embarazadas (no contraste, repetir)
  - Diagnóstico en diverticulitis S-E similar TCTC no para complicaciones
  
- RM:
  - Alérgicos al contraste yodado

# COLONOSCOPIA URGENTE

- **Síndrome de Ogilvie**
  - Colonoscopia descompresiva
- **Vólvulo de sigma**
  - Devolvulación endoscópica
- **Diagnóstico de OI de intestino grueso**
  - Biopsia, valoración estenosis y colocación stent



# DIAGNÓSTICO CUADRO OBSTRUCTIVO

	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	FIABILIDAD
TC	93%	100%	94%
ECO	83%	100%	84%
RX	77%	50%	75%

## DIAGNÓSTICO CORRECTO NIVEL OBSTRUCCIÓN

	FIABILIDAD
TC	93%
ECO	70%
RX	60%

## DETERMINAR LA ETIOLOGÍA

	FIABILIDAD
TC	83%
ECO	23%
RX	7%

Comparative evaluation of plain films, ultrasound and CT in the diagnosis of intestinal obstruction



- Los recursos diagnósticos de que disponemos deben ser una ayuda o complementar nuestras sospechas clínicas tras una correcta anamnesis y exploración física
- Uso racional de los recursos y sólo hacer aquello que, según el resultado, modifique la actuación terapéutica
- Adecuar a la disponibilidad

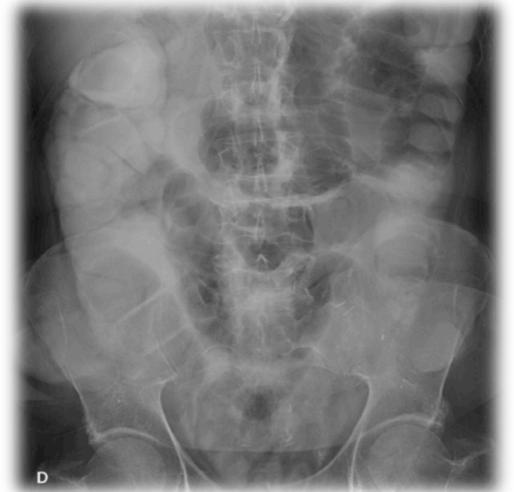
# CASO CLINICO 1

- Hombre 59 Años
- MC: Dolor abdominal.
- AP:
  - No RAMCs.  
No HTA, ni DM, ni DL.  
Fumador de 10 cig/día, no bebedor.
- Cáncer de colon diagnosticado hace 2 años, exanteracion pélvica, en tratamiento con RT (última sesión ayer).
- EA: dolor abdominal generalizado , tipo cólico, de 3 días de evolución, ausencia de transito para gases y heces, aumento progresivo de perímetro abdominal de mismo tiempo. No fiebre. Náuseas y vómitos.

# CASO CLINICO 1

- Ex. F: Abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal, hernia ventral no complicada. Tacto por colostomía: Ausencia de heces.
- Analítica sin cambios importantes
- TAC: Signos de obstrucción mecánica sin sufrimiento aparente de asa

# CASO CLÍNICO 1



# UTILIDAD GASTROGRAFÍN EN URGENCIAS

- ¿QUÉ ES?
  - Contraste hidrosoluble
  - 100 ml de Gastrografin® contiene 10 g de amidotrizoato sódico, 66 g de amidotrizoato de meglumina y 37 g de yodo
  - Osmolaridad de 1.900 mosm/Lt, casi 6 veces la del líquido extra celular
  - No presenta absorción intestinal
  - Vía oral o rectal



# UTILIDAD GASTROGRAFÍN EN URGENCIAS

- ¿QUÉ HACE?
  - Desplaza agua hacia luz intestinal
  - Disminuye viscosidad contenido intraluminal
  - Disminuye edema pared intestino delgado
  - Aumenta contractilidad músculo liso
- EFECTOS SECUNDARIOS
  - Reacciones alérgicas
  - Diarrea, náuseas y vómitos
  - Neumonía grave



# UTILIDAD GASTROGRAFÍN EN URGENCIAS

- ¿CUÁNDO UTILIZARLO? INDICACIONES
  - Pacientes con sospecha de obstrucción adherencial
  - Una vez descartado sufrimiento intestinal
    - Signos de sufrimiento:
      - Dolor continuo, fiebre, taquicardia, defensa abdominal
      - Leucocitosis, acidosis metabólica, LDH, lactato
      - TAC

# UTILIDAD GASTROGRAFÍN EN URGENCIAS

## ❑ CONTRAINDICACIONES

- ❑ Hipersensibilidad a compuestos yodados
- ❑ Hipertiroidismo o tirotoxicosis
- ❑ Descompensación cardíaca grave
- ❑ Deshidratación intensa
- ❑ Obstrucción prolongada
- ❑ Evidencia de abdomen agudo quirúrgico



# UTILIDAD GASTROGRAFÍN EN URGENCIAS

- ¿CÓMO UTILIZARLO E INTERPRETARLO?
  - Administrar de 50-100 ml (SNG)
  - Rx de control a las 6 horas y 24 horas
  - Si paso de contraste a colon en 24 horas tratamiento conservador si no cirugía
- OBJETIVO EMPLEO GASTROGRAFÍN
  - Predecir pacientes serian candidatos a cirugía urgente vs tratamiento conservador
  - Algunos defienden uso terapéutico (discutido)
  - Reducir estancia hospitalaria (1.8) y toma de decisiones

# Meta-analysis of oral water-soluble contrast agent in the management of adhesive small bowel obstruction

S. M. Abbas, I. P. Bissett and B. R. Parry

Department of Surgery, Auckland University Hospital, Auckland 1023, New Zealand

Correspondence to: Mr S. M. Abbas (e-mail: salehabbas@yahoo.com)

## *Hospital stay*

Four studies<sup>11,18,22,23</sup> reported the mean(s.d.) length of hospital stay in patients who did not require surgery. These studies were included in a meta-analysis, using the WMD and a fixed-effects model. Patients who had Gastrografin<sup>®</sup> had a shorter hospital stay; the WMD was  $-1.84$  (95 per cent c.i.  $-2.22$  to  $-1.45$ ) days ( $P < 0.001$ )

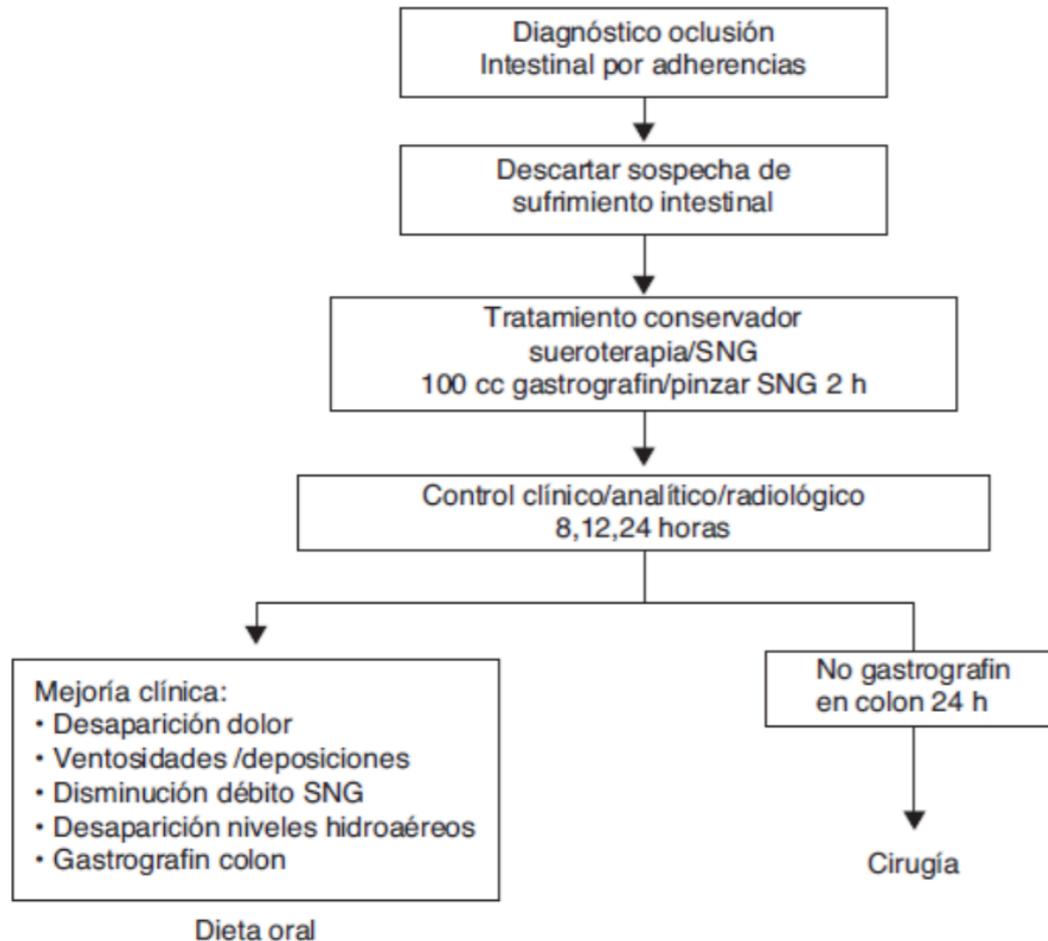
Reference	Year	Total	TP	FP	FN	TN	Sensitivity (%)	Specificity (%)	LR+	LR-
Chung <i>et al.</i> <sup>14</sup>	1996	45	31	1	2	11	94	92	11.27	0.07
Chen <i>et al.</i> <sup>12</sup>	1999	116	74	0	8	34	90	100	n.a.	0.10
Brochwicz-Lewinski <i>et al.</i> <sup>19</sup>	2003	24	16	0	0	8	100	100	n.a.	n.a.
Joyce <i>et al.</i> <sup>20</sup>	1992	127	112	0	2	13	98	100	n.a.	0.02
Onoue <i>et al.</i> <sup>21</sup>	2002	97	90	2	1	4	99	67	2.44	0.04
Biondo <i>et al.</i> <sup>18</sup>	2003	44	39	0	0	5	100	100	n.a.	n.a.
Pooled		453	362	3	13	75	97	96	25.10	0.04



# El uso de Gastrografin® en el manejo del cuadro de oclusión intestinal adherencial

Laura Mora López\*, Xavier Serra-Aracil, Heura Llaquet Bayo y Salvador Navarro Soto

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España



# CASO CLÍNICO 2

- Varón 74 años edad que acude por dolor abdominal difuso tipo cólico y vómitos fecaloideos de 3 días evolución. Ausencia expulsión aires y heces 1 día evolución.
- AP: HTA, Exfumador y bebedor ocasional. Iqx prótesis cadera izquierda.
- Tto domiciliario: Enalapril 10 mg
- BEG, deshidratación en mucosas. Abdomen doloroso a la palpación difusa, distendido y timpánico. Sin irritación peritoneal. TR ampolla vacía

# CASO CLÍNICO 2

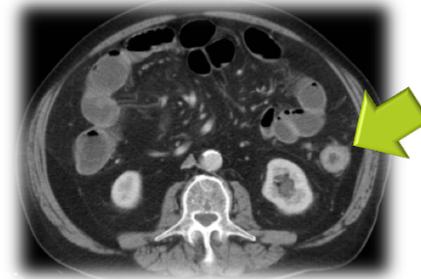
- Analítica urgencias: Hb 16, sin leucocitosis, discreta neutrofilia, Cr 1.22, BT 2.17, PCR 6.8
- Rx Abdomen: Dilatación asas ID centroabdominales sin aireación distal.



- Se coloca SNG con salida de 50-100 cc fecaloideo

## CASO CLÍNICO 2

- TC Abdominopélvico= Moderada dilatación asas ID, en cólon descendente segmento de 3 cm con engrosamiento parietal concéntrico. Divertículos en descendente y sigma *sin signos inflamatorios*.

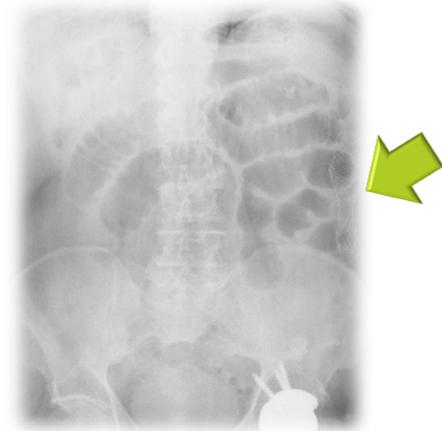


- Se comenta caso con MDI guardia para colocación de stent colónico.

# CASO CLÍNICO 2

## ■ COLOCACIÓN STENT VÍA ENDOSCÓPICA

- Próximo a ángulo esplénico tumoración que ocupa totalidad circunferencia con mucosa pseudonodular, indurada y friable. Estenosa la luz e impide paso del endoscopio. Bajo control radiológico y con guía, se procede a la colocación de prótesis metálica no cubierta de 25 mm x 90 mm.



# CASO CLÍNICO 2

- AP Colonoscopia: Mucosa colónica con focal displasia de alto grado. Descartar neoplasia en vecindad.
- TC extensión negativo.
- La paciente alta a la semana del stent con tránsito intestinal conservado y buena tolerancia oral. Rx control sin signos de oclusión intestinal.
- Valorada por anestesia para VPA cirugía programada.
- CIRUGÍA PROGRAMADA: COLECTOMÍA SUBTOTAL + ANASTOMOSIS L-L ILEOCOLÍCA

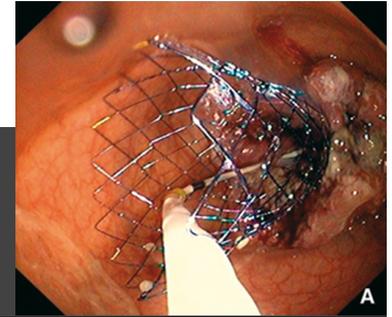
# CASO CLÍNICO 2

- AP Pieza quirúrgica:
  - Adenocarcinoma ulcerado bien diferenciado infiltrante subseroso (pT3) de 4x6 cm en ángulo esplénico.
  - Márgenes libres, con invasión de vasos linfáticos y perineural
  - 21 ganglios 1 afecto (N0)

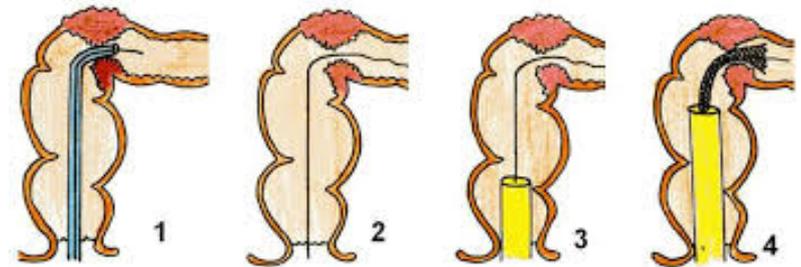
# OBSTRUCCIÓN CÓLON

- 1ª motivo cirugía urgente colorrectal (70% de los casos distalmente a ángulo esplénico)
  - Incidencia aumenta con edad => comorbilidades y estadios más avanzados
  - Tratamiento quirúrgico clásico: Hartmann
  - Alternativas quirúrgicas
    - Resección con anastomosis 1 o +/- ileostomía
    - Ostomía de descarga
    - PRÓTESIS COLÓNICAS

# PRÓTESIS COLÓNICAS



- 1991: Dohmoto introduce los stents cólicos (prótesis metálicas endoluminales autoexpandibles)
- Alternativa a la cirugía urgente:
  - Evitar laparotomía urgente
  - Evitar estomas
    - Posibilidad de cirugía electiva
- Relativamente sencilla
- Índices de morbi-mortalidad bajos
- Actualmente en controversia  
Éxito clínico y técnico menos de lo esperado
  - Alta incidencia de perforación silente
- Logística accesible (endosco intervencionista...)



# INDICACIONES

- Obstrucción sintomática de intestino grueso por neoplasia estenosante
- ■ “Bridge to Surgery”
  - Cirugía electiva curativa en un tiempo
- ■ Recuperación clínica (rehidratación, mejoría nutricional...), radiológica y analítica
- ■ Mejor estadificación de patología neoplásica
- ■ Tratamiento neoadyuvante
- ■ Tratamiento paliativo
- ■ Estadio IV (no quirúrgicos)
- ■ Infiltración de neoplasia extracólica irresecable o compresión extrínseca
- ■ Performance status o ECOG >2

# CONTRAINDICACIONES

- Absolutas
  - Perforación intestinal
  
- Relativas
  
- Lesión colónica sincrónica
  - Diverticulitis aguda complicada
  
- Transtornos de la coagulación
  
- Inestabilidad hemodinámica
  - Profilaxis de oclusión
  
- Estenosis a <5cm de margen anal (tenesmo, dolor..)
  
- Estenosis de >9cm de longitud
  - Signos de isquemia

# OTRAS INDICACIONES

- Fístula neoplásica con/sin estenosis coloentérica/vesical/vaginal
- ■ Patología benigna:
  - Estenosis postquirúrgicas o 2o a procesos
- Inflamatorios/radioterapia
- Perforaciones iatrogénicas

# COMPLICACIONES

- Factores de riesgo:
  - Varón
  - Obstrucción completa
  - Localización tumoral distal
  - Inexperiencia
  - Prótesis de pequeño calibre o de hacer
  - Dilatación de la estenosis
    - Tratamiento QT con agentes antiangiogénico
  
- (bevacizumab)

*Small AJ et al. Endoscopic placement of self-expandable metal stents for malignant colonic obstruction: long term outcomes and complication factors. Gastrointest Endosc 2010;71:560- 572.*

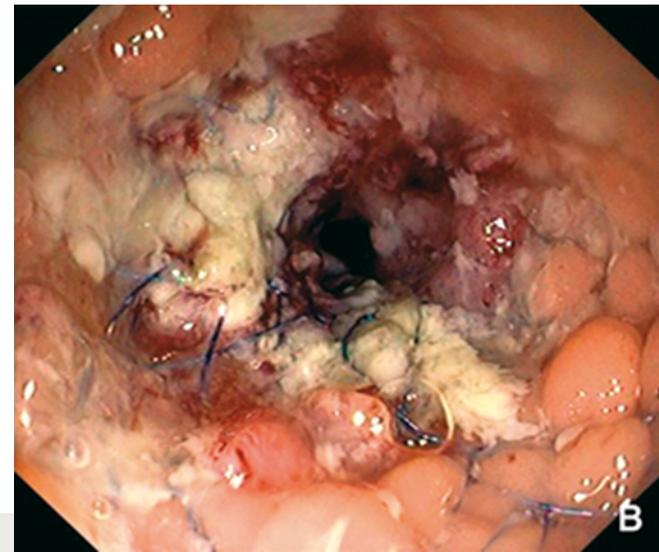
# COMPLICACIONES

- **Corto plazo**
  - Perforación (5%)
  
- Dolor anal o tenesmo (2,5%) ■ Hemorragia (1%)
- Fracaso técnico o clínico
  
- **Tardías**
  - Migración de la prótesis (11%)
  
- Perforación/microperforación asintomática
  
- Dolor anal o tenesmo
  
- Aparición de nuevo cuadro de obstrucción (12%)
  
- Crecimiento tumoral
- Impactación fecal
- Prolapso mucoso
  
- Implantes peritoneales



# LIMITACIONES

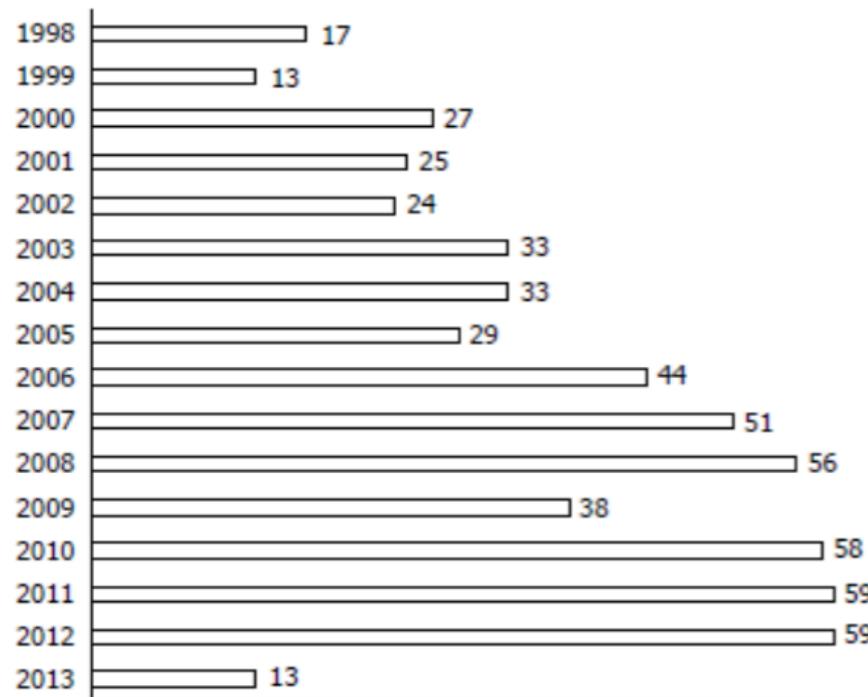
- Endoscopista entrenado
- No en todos los centros
- No libre de complicaciones
- No siempre efectiva
  - Tasa éxito cercana al 80%



# BIBLIOGRAFÍA

- No diferencias significativas en morbi- mortalidad
- Tasa de éxito clínico mayor en cirugía urgente
  - Ventajas stent:
    - Menor estancia hospitalaria
    - Menor sangrado
  - Necesidad de más estudios randomizados con mayor número de pacientes**

# BIBLIOGRAFÍA



**Figure 1** Number of scientific papers published in the last years about stents in tumoral colonic obstructions. Search was done with the terms "colon and stent" in PubMed. Year 2013 ends in the month of March.

# 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

C. J. Tan, B. V. M. Dasari and K. Gardiner *British Journal of Surgery* 2012; **99**: 469–476

Colorectal Unit, Royal Victoria Hospital, 274 Grosvenor Road, Belfast BT12 6BA, UK

Correspondence to: Mr C. J. Tan (e-mail: [cjtan99@hotmail.com](mailto:cjtan99@hotmail.com))

- Éxito técnico y clínico de los stents menor de lo esperado
- ■ Mayor tasa de éxito en anastomosis primarias y menor de estomas en el grupo de SEMS
- ■ No diferencias en morbi-mortalidad

# Preoperative Colonic Stents Versus Emergency Surgery for Acute Left-Sided Malignant Colonic Obstruction: A Meta-analysis

Xuan Huang • Bin Lv • Shuo Zhang • Lina Meng

- Estudios heterogéneos
  - Menor tasa de estomas definitivos y de infección de herida con endoprótesis
  
- No diferencias significativas en dehiscencias de anastomosis, ni mortalidad.

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OBSTRUCCIÓN COLON PROXIMAL

*Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. Frago et al. 2014*

- Hemicolectomía derecha con anastomosis ileocolica se considera segura en situaciones de urgencia.

Fugas anastomóticas: 2,8-4,6% ↓

*Emergency management of acute colonic cancer obstruction. Gainant et al. 2012*

En algunas series recientes 16,4% de dehiscencias

- En obstrucción de colon derecho en pacientes con factores de riesgo puede estar indicado realización de ileostomía de protección

*Differences between proximal and distal obstructing colonic cancer after curative surgery. Frago et al 2011*

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OBSTRUCCIÓN DE COLON DISTAL

## Posibilidades quirúrgicas

### Hatmann

- Opción más empleada en caso de perforación y obstrucción 2ª a neo de colon izquierdo
- 60% pacientes no se reconstruirán
- Debe ser considerada de elección en caso de pacientes de elevado riesgo.
- Reconstrucción: morbilidad: 5-57%. Mortalidad: 0-34%

**Table 3** Keys points

Diagnostic tools	Computed tomography with endovenous and rectal contrast
Right colectomy + loop ileostomy	Proximal colonic obstruction in the presence of risk factors
Left colectomy + primary anastomosis	Distal colonic obstruction in selected patients
Subtotal colectomy	Distal colonic obstruction in selected patients with proximal colonic lesions
Hartmann's procedures	Distal colonic obstruction in the presence of high-risk factors, other options of treatment not available, lack of surgeon's experience in colorectal emergency surgery
Left colectomy + primary anastomosis + loop ileostomy	Distal colonic obstruction in the presence of high-risk factors
Stent as a bridge to surgery	Distal colonic obstruction in presence of high-risk factors or lack of surgeon's experience in colorectal emergency surgery
Definitive stents	Patients with limited overall survival

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OBSTRUCCIÓN DE COLON DISTAL

## Resección + anastomosis primaria

- La mortalidad resección + anastomosis primaria similar a Hartmann
- La estancia hospitalaria es mayor en cirugías de 2 tiempos

**Primary resection and anastomosis is the preferred option for uncomplicated malignant left-sided large bowel obstruction (Grade A).**

Planned two- or three-stage procedures remain acceptable management strategies, but are currently out of vogue (Grade GP).

MUCHAS GRACIAS...