

## Stents expandibles, otra herramienta del gastroenterólogo

Ricardo Oliveros

El manejo de la obstrucción de los tumores gastrointestinales malignos ha tenido un cambio muy importante y significativo en los últimos años. La mayoría de los pacientes cuando consulta por primera vez, se encuentra en una condición general y nutricional muy precaria debido a lo avanzado de su enfermedad y no son candidatos ideales para procedimientos quirúrgicos invasivos (1).

Los médicos se enfrentan al dilema de llevar a cirugía a un paciente obstruido por enfermedad maligna del tracto gastrointestinal con la esperanza de poder realizar una cirugía de resección, en un paciente muy comprometido, con el costo de una importante morbilidad e inclusive mortalidad, o con el objetivo no deseado de terminar en una gastrostomía o una colostomía, sin un claro mejoramiento en su calidad de vida. Por ello los stents expandibles han aparecido como una alternativa menos invasiva, más segura para el manejo y tratamiento de la obstrucción de los tumores gastrointestinales de origen maligno.

Los stents expandibles han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de los cuadros obstructivos del tracto gastrointestinal de origen maligno (2).

Gran parte de los pacientes con cáncer de esófago, no son candidatos para cirugía, por lo avanzado de su enfermedad al momento del diagnóstico. El tratamiento paliativo está dirigido principalmente a mejorar la disfagia, la cual es la causa del mal estado nutricional del paciente. La solución a este problema debe ser rápidamente efectiva, segura y bien tolerada. La colocación de stents ofrece muchas ventajas sobre los otros métodos. El procedimiento puede ser combinado con la radioterapia, quimioterapia y terapias ablativas (3).

Existen publicaciones numerosas donde se dan las bases para la aplicación y colocación de stents expandibles en el manejo paliativo de pacientes con Ca de esófago (2), Ca de la región gastroduodenal (1), de la región pancreatoduodenal (4,5), de la región biliar (2) y de la región colorrectal (6). La colocación

de stents o intubación endoscópica es el método de escogencia para la oclusión de las fistulas broncoesofágicas

Igualmente, se describe la utilización de los stents para el manejo de estenosis de origen no tumoral, fistulas colovesicales, bilioentéricas, coloentéricas etc., es decir también de origen benigno. Mientras la FDA no ha aprobado el uso de stents expandibles para entidades benignas, su utilización en algunos cuadros clínicos ha sido de mucha ayuda (2).

En nuestro medio Valbuena y Olarte (7) publicó su experiencia con el uso de la prótesis plástica esofágica, para el manejo paliativo de los pacientes con Ca de esófago y de la región cardial, por el método de inserción peroral, trabajo que compartió el primer puesto en el Congreso de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, realizado en Bucaramanga en 1987.

Los stents autoexpandibles tienen ventajas sobre las prótesis plásticas, porque la colocación o el método de inserción es relativamente fácil, mínimamente invasiva y se pueden anclar mejor en la zona estenótica (3). Los primeros stents comercialmente utilizables, fabricados para solucionar las estenosis esofágica, fueron clínicamente estudiados en 1990. Desde luego, una variedad de stents ha sido introducida (5). Las limitaciones en el uso de los stents están principalmente dadas por el costo. Varias publicaciones han mostrado su seguridad y efectividad (1,6).

La colocación del stent está indicada cuando las dilataciones se vuelven poco efectivas o riesgosas, tanto para el paciente como para el médico, o cuando la frecuencia de las dilataciones es inaceptable. La implantación del stent es frecuentemente requerida en casos de estenosis recurrente, después de una radioterapia inicialmente exitosa. Una indicación bien establecida es la fistula broncoesofágica. También es útil en casos de neoplasias extraluminales que conllevan compresión de la luz esofágica (3). La adecuada colocación del stent se logra en 90 a 100% de los pacientes con obstrucción esofágica primaria o secundaria.

Las complicaciones menores y tempranas se relacionan con la expansión incompleta del stent, dolor torácico, migración del stent, sangrado y oclusión

Ricardo Oliveros., MD. Cirujano Gastrointestinal y Endoscopista. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, D. C.  
Rev Colomb Gastroenterol 2003;18:69-70.

por comida. Las complicaciones tardías al sangrado, perforación, necrosis tumoral con formación de fístulas y sobrecrecimiento tumoral con obstrucción de la luz del stent (1-3).

La intubación esofágica no debe ser realizada en pacientes que no colaboran o no están motivados y en circunstancias donde no exista un mejoramiento de la calidad de vida. Son contraindicaciones relativas la estenosis esofágica no completa, la presencia de estenosis tumoral blanda, que no facilite el anclaje del stent, las estenosis anguladas y la localización de la estenosis a menos de 2 cm del esfínter esofágico superior (EES).

La gastroyeyunostomía quirúrgica es el tratamiento rutinario para los pacientes con obstrucción de la región gastroduodenal no resecable (4). Desafortunadamente la cirugía puede estar asociada a una importante morbilidad y mortalidad, ya que se realiza en pacientes muy comprometidos en su condición general y nutricional (5). La colocación de stents en esta localización está ya descrita, con menos morbilidad y mortalidad (5). En la era de costos se espera que la colocación de los stents sea el tratamiento preferido para el manejo paliativo de las obstrucciones gastrointestinales de origen maligno (4).

Los stents metálicos expandibles han sido utilizados para manejar las obstrucciones colónicas de origen maligno. La experiencia es limitada, pero los objetivos de esta indicación, son la decompresión preoperatoria, antes de la resección quirúrgica con intención de anastomosis primaria y paliativo para pacientes con tumores obstructivos no resecables (6).

El trabajo publicado por Castaño y colaboradores, en este número, muestran que los problemas derivados del manejo del Ca de esófago continúan siendo importantes y no tan raros. Los stents expandibles están a la orden del día dentro del manejo de esta patología. Los stents recubiertos son los apropiados

para la oclusión de las fístulas esófago respiratorias. Los autores dan la información sobre los diferentes tipos de stent. Hablan del referenciado en su artículo, su tipo de fabricación (nitinol), su recubrimiento, su relación de costos en comparación con los otros y su forma de utilización y aplicación. Al comienzo, estos stents fueron colocados con control radiológico, pero también ya se describe la aplicación con solo control endoscópico. Las complicaciones tempranas y tardías son muy bajas, al igual que lo referido en la literatura. (menos de 6%) (3).

Antiguamente, los pacientes con fístulas esófago-respiratorias, estaban condenados a morir por cuadros de neumonías por broncoaspiración. Con el uso de los stents autoexpandibles recubiertos en estos pacientes no solo se les evita las complicaciones pulmonares, sino que pueden volver a deglutir. El mensaje derivado del artículo hace reflexionar y mirar a los stents como una herramienta real, útil y actual en el manejo paliativo de los pacientes con tumores malignos del tracto gastrointestinal.

## Referencias

- 1- **Jung Gyoo-S, Song H, Kang S, et al.** Malignant gastroduodenal obstructions: treatment by means of a covered expandable metallic stent. Initial Experience. *Radiology* 2000; 216: 758-763.
- 2- **Baron T.** Expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *N Engl J Med* 2001; 344: 1681-1687.
- 3- **Neuhaus H.** The use of stents in the management of malignant esophageal strictures. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1998; 8:503-519.
- 4- **Soetkno R, Lichtenstein D, Vandervoort J, et al.** Palliation of malignant gastric outlet obstruction using an endoscopically placed wallstent. *Gastrointest Endosc* 1998; 3: 267-270.
- 5- **Nevitt A, Vida F, Kozarek R, Traverso L, Raltz S.** Expandable Metallic Protheses for Malignant Obstructions of Gastric Outlet and Proximal Small Bowel. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 271-274.
- 6- **Baron T, Dean P, Yates M, Canon C, Koehler R.** Expandable Metal Stents for the Treatment of Colonic Obstruction: Techniques and Outcomes. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 277-285.
- 7- **Valbuena JV, Olarte H.** Prótesis per oral endoscópica en el tratamiento de cáncer de esófago y cardias. *Rev Colomb Gastroenterol* 1987; 2: 17-22.