



PRESENTACIÓN DE CASO

Estoma derivativo como puente en obstrucción maligna colónica izquierda y cirugía definitiva en la misma hospitalización: Reporte de tres casos en un hospital universitario de Pereira, Colombia

Derivative stoma as a bridge in malignant obstruction of the left colon and definitive surgery in the same hospitalization: Report of three cases in a university hospital in Pereira, Colombia

Nicolás Betancur-García, MD¹ , Tomás Ramírez-Cardona² , Daniel Mauricio Solano-Toro² ,
Luis Daniel Carvajal-Pérez² 

1 Instituto de Colon y Recto del Eje Cafetero; Cirugía de Colon y Recto, Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia.

2 Programa de Medicina, Semillero de investigación en Colon, Recto y Enfermedades digestivas (SEICRED), Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia.

Resumen

Introducción. El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común y el segundo con mayor mortalidad a nivel global. Alrededor del 30 % de los pacientes debutan con obstrucción colónica aguda. Las opciones de manejo van desde la resección de emergencia hasta la *stent* colónico, el estoma derivativo o el tubo colorrectal transanal como puente a la cirugía definitiva. Después de la descompresión con alguna de esas estrategias, se obtienen mejores resultados a corto y largo plazo, en comparación con la resección de emergencia.

Casos clínicos. Se presentan tres pacientes con obstrucción colónica izquierda de origen neoplásico, que fueron llevados a cirugía en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia, para realizar colostomía en asa derivativa del sigmoides, como puente a la cirugía definitiva en la misma hospitalización, de 3 a 12 días después del primer procedimiento.

Resultados. Los pacientes cursaron con una adecuada evolución postoperatoria, sin reingresos.

Conclusiones. La aplicación del estoma derivativo como puente a la cirugía definitiva para el manejo del cáncer colorrectal obstructivo del lado izquierdo ha demostrado ser una alternativa segura, efectiva y no inferior a los demás abordajes en términos de morbilidad y pronóstico oncológico. El intervalo de tiempo óptimo entre los dos procedimientos es de una a tres semanas.

Palabras clave: colon descendente; neoplasias colorrectales; obstrucción intestinal; cirugía colorrectal; estomas quirúrgicos; stents metálicos autoexpandibles.

Fecha de recibido: 18/11/2024 - Fecha de aceptación: 25/01/2025 - Publicación en línea: 15/09/2025

Correspondencia: Tomás Ramírez-Cardona, Avenida Santa Mónica # 21-125, Torres de Santa Mónica, apartamento 703, Dosquebradas, Colombia. Teléfono: +57 3105471679. Dirección electrónica: tomas.ramirez@utp.edu.co

Citar como: Betancur-García N, Ramírez-Cardona T, Solano-Toro DM, Carvajal-Pérez LD. Estoma derivativo como puente en obstrucción maligna colónica izquierda y cirugía definitiva en la misma hospitalización: Reporte de tres casos en un hospital universitario de Pereira, Colombia. Rev Colomb Cir. 2026;41:207-17. <https://doi.org/10.30944/20117582.2785>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Colorectal cancer is the third most common cancer and the second with the highest mortality rate worldwide. Approximately 30% of patients present with acute colonic obstruction. Management options range from emergency resection to colonic stenting, diverting stoma, or transanal colorectal tube as a bridge to definitive surgery. Decompression using any of these strategies results in better short- and long-term outcomes compared to emergency resection.

Clinical cases. We present three patients with left colonic obstruction of neoplastic origin who underwent surgery at the San Jorge University Hospital in Pereira, Colombia, to perform a sigmoid loop colostomy as a bridge to definitive surgery during the same hospitalization, 3 to 12 days after the first procedure.

Results. The patients had an adequate postoperative evolution, without readmissions.

Conclusions. The use of diverting stoma as a bridge to definitive surgery for the management of left-sided obstructive colorectal cancer has proven to be a safe, effective, and non-inferior alternative to other approaches in terms of morbidity and mortality and oncological outcome. The optimal time interval between the two procedures is one to three weeks.

Keywords: descending colon; colorectal neoplasms; intestinal obstruction; colorectal surgery; surgical stomas; self-expandable metallic stents.

Introducción

De acuerdo con GLOBOCAN¹, el cáncer colorrectal ocupa el tercer y segundo puesto alrededor del mundo en morbilidad y mortalidad por cáncer respectivamente, representando un 10 % de todos los tipos de cáncer a escala mundial, razones por las cuales, es un problema de salud pública. En Colombia, según el anuario estadístico del 2022 del Instituto Nacional de Cancerología, es el segundo más frecuente entre los tumores malignos del tracto gastrointestinal y corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en hombres y la cuarta en mujeres². Estudios recientes han revelado una preocupante prevalencia de este tipo de cáncer en personas jóvenes, con aproximadamente el 15 % de los casos diagnosticados en menores de 50 años³.

A pesar del aumento de los esfuerzos en tamizaje, hasta el 33 % de los pacientes con cáncer colorrectal presentan síntomas que requieren de una intervención quirúrgica urgente, por obstrucción del intestino grueso, perforación o hemorragia^{4,5}. La neoplasia es la causa más común de obstrucción del colon en adultos. La obstrucción intestinal se presenta entre el 20 y el 30 % de los pacientes con cáncer colorrectal y es la principal razón para las intervenciones de urgencia.

La tomografía computarizada (TC) es la herramienta imagenológica de elección para diagnosticar y estadificar la obstrucción colónica, con una alta sensibilidad (96 %) y especificidad (93 %)^{6,7}. La colonoscopia, aunque menos accesible en emergencias, puede diagnosticar y aliviar obstrucciones mediante endoprótesis lumbinales, de tenerlas disponibles. Cuando se encuentra fuera del ámbito de urgencias, una lesión que no puede atravesarse con un colonoscopio estándar (diámetro 11,8-13,0 mm) tiene muchas más probabilidades de requerir una operación urgente⁸ y, en ausencia de metástasis, la cirugía debe realizarse con intención curativa.

La perforación es el segundo motivo más frecuente de cirugía urgente en pacientes con cáncer colorrectal, con una incidencia del 2,6 al 12 %^{9,10}. Ocurre principalmente en el sitio del tumor, debido a necrosis y friabilidad del tejido, pero también puede suceder proximal a un carcinoma obstructivo, debido al aumento de presión y distensión, lo que ocurre más comúnmente en el ciego¹¹. Un cáncer obstructivo aumenta el riesgo de perforación, con tasas del 12 al 19 %, y es la complicación más letal del carcinoma colorrectal, con una mortalidad asociada a la peritonitis secundaria a la perforación que alcanza entre el 30 y el 50 %^{12,13}.

Las resecciones oncológicas en urgencias han demostrado ser viables, con una tasa de resección R0 de hasta el 92 % y una linfadenectomía adecuada en el 71 % de los casos¹⁴. Sin embargo, los resultados oncológicos y a largo plazo son peores comparados con las cirugías electivas, ya que las lesiones que requieren manejo urgente son más frecuentemente T4 y con ganglios linfáticos positivos¹⁵.

El objetivo de este artículo fue presentar una serie de tres pacientes con obstrucción colónica izquierda de origen neoplásico, que fueron llevados a cirugía en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia, para realizar colostomía en asa derivativa del sigmoides, como puente a la cirugía definitiva en la misma hospitalización.

Casos clínicos

Primer caso

Caso de paciente masculino de 85 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien acudió al servicio de urgencias con un cuadro clínico consistente en ausencia de deposiciones de siete días, seguido de dolor abdominal de cinco días de evolución y distensión abdominal. Al ingreso se insertó una sonda nasogástrica, con retorno de material fecaloide. La radiografía de abdomen reportó una severa distensión de las

asas intestinales delgadas y del colon ascendente, con niveles hidroaéreos, y abundante materia fecal proyectada en el colon ascendente (Figura 1).

Fue valorado por Cirugía general y se encontró con abdomen distendido y doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Considerando que cursaba con obstrucción intestinal se llevó a laparotomía exploratoria de urgencia, donde se encontró una masa obstructiva en rectosigmoides, de 10 cm de diámetro aproximado, indurada y adherida al plano posterior, no palpable por tacto rectal, además de marcada distensión intestinal (diámetro del asa de 12 cm) con contenido de aire y escaso material intestinal. Se procedió a realizar una colostomía en asa de colon sigmoide en el flanco izquierdo (Figura 2), sin resección de la masa.

Posteriormente, se practicó proctosigmoidoscopia que permitió visualizar una lesión ulcerada del recto, en la unión del tercio medio y proximal, que comprometía el 100 % de la circunferencia y el 90 % de la luz, susceptible a resección quirúrgica. Finalmente, en la cirugía se describió una lesión tumoral de aproximadamente 8x8 cm en el recto superior y medio, con compromiso del repliegue peritoneal, y se realizó la resección anterior de recto superior y medio, junto con el sigmoides, con anastomosis colorrectal y linfadenectomía radical abdominal. La patología del espécimen reportó un

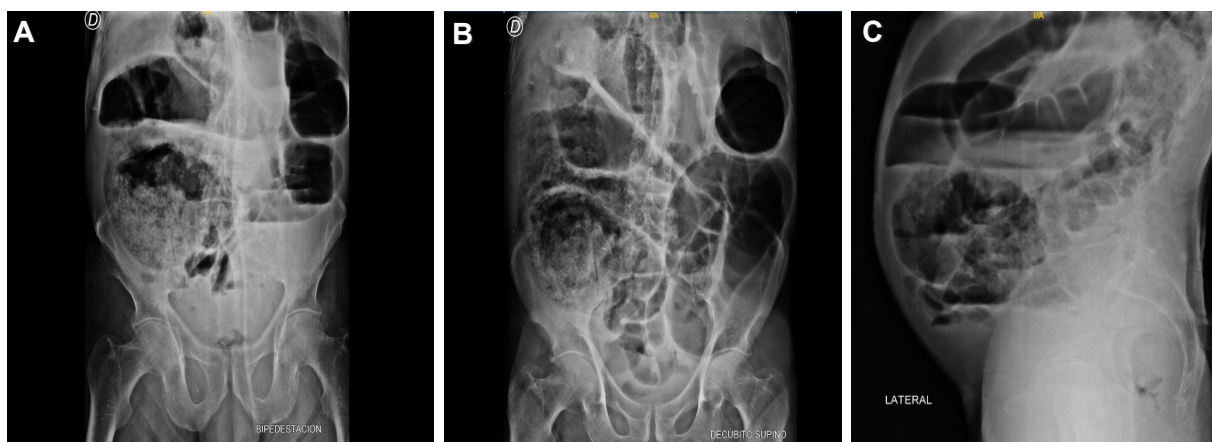


Figura 1. Serie radiográfica de abdomen del primer paciente. **A.** Radiografía de abdomen en proyección anteroposterior en bipedestación. **B.** Radiografía de abdomen en proyección anteroposterior en decúbito supino. **C.** Radiografía de abdomen en proyección lateral.

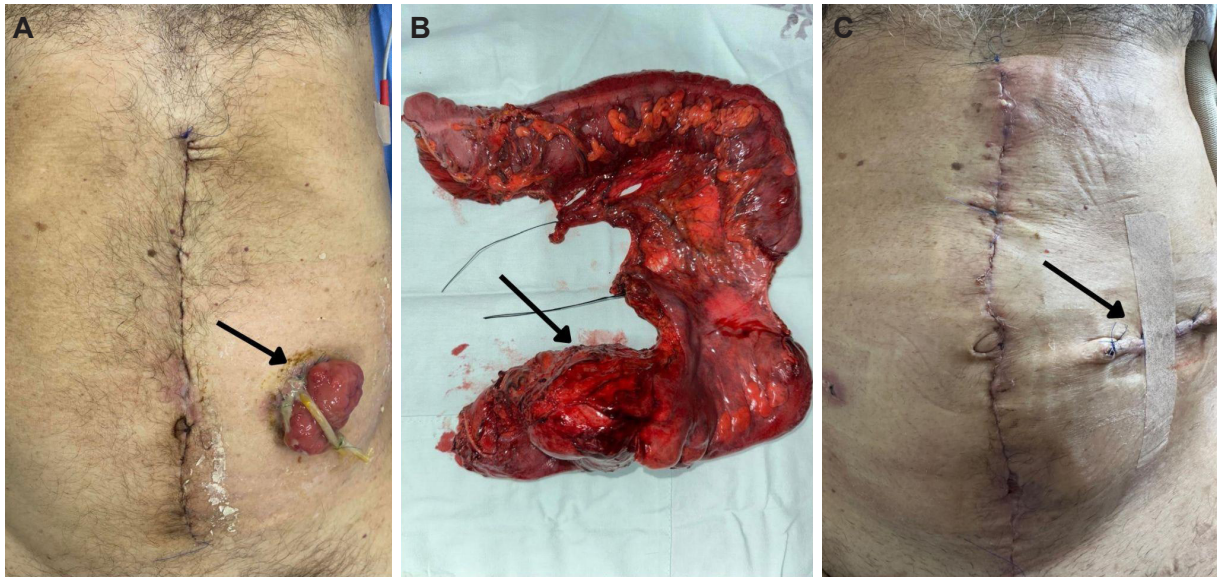


Figura 2. A. Estoma derivativo en asa en flanco izquierdo. B. Espécimen quirúrgico donde se aprecia el tumor de 8x8 cm en recto superior y medio. C. Postoperatorio de resección baja de recto y sigmoide con anastomosis colorrectal por laparotomía en paciente masculino de 85 años.

Fuente: Fotografías tomadas por los autores.

adenocarcinoma de grado histológico G2 (moderadamente diferenciado), con infiltración hasta la serosa y la grasa mesocólica, e invasión vascular linfática pero no sanguínea, además del compromiso metastásico de 3 ganglios de los 15 extraídos.

El paciente tuvo una evolución clínica adecuada, sin signos de infección en la herida quirúrgica y se decidió el alta médica al octavo día postquirúrgico.

Segundo caso

Paciente masculino de 61 años, con antecedente de prostatectomía ocho meses antes, con cuadro de astenia, adinamia e hiporexia en los últimos tres meses, seguido de dolor abdominal de un mes de evolución, principalmente en hemiabdomen izquierdo, al comienzo mal caracterizado, de intensidad progresiva, asociado a distensión abdominal, episodios eméticos de carácter alimentario y bilioso, ausencia de deposiciones de ocho días y pérdida significativa de peso (alrededor de 6 kg en un mes). El dolor se intensificó y alcanzó un puntaje de 10/10 en la escala subjetiva del dolor, por lo que consultó a Urgencias.

En la primera valoración por Cirugía general se sospechó una obstrucción intestinal, razón por la que se solicitó una TC de abdomen con contraste, en la que reportaron una obstrucción del intestino grueso con zona de transición a nivel de la unión rectosigmoidea, asociada a engrosamiento parietal circunferencial. Se definió la necesidad de llevar a laparotomía exploratoria para realizar una colostomía en asa por vía abierta (Figura 3). Durante el procedimiento se identificó un tumor a nivel de la unión rectosigmoidea, con estenosis del 100 % y distensión de las asas de colon proximal (ascendente, transversa y descendente), un gran síndrome adherencial del colon izquierdo a la pared lateral, hígado sin lesiones metastásicas macroscópicas y ascitis. El informe del antígeno carcinoembrionario y el CA19-9 fue negativo.

Posteriormente, el servicio de Coloproctología practicó una resección anterior de recto superior y sigmoide vía laparoscópica, con anastomosis colorrectal y linfadenectomía retroperitoneal. Durante el procedimiento hallaron hemoperitoneo residual (600 ml), adherencias del epiplón a las asas delgadas y la pared abdominal y un tumor estenosante en la unión rectosigmoidea,

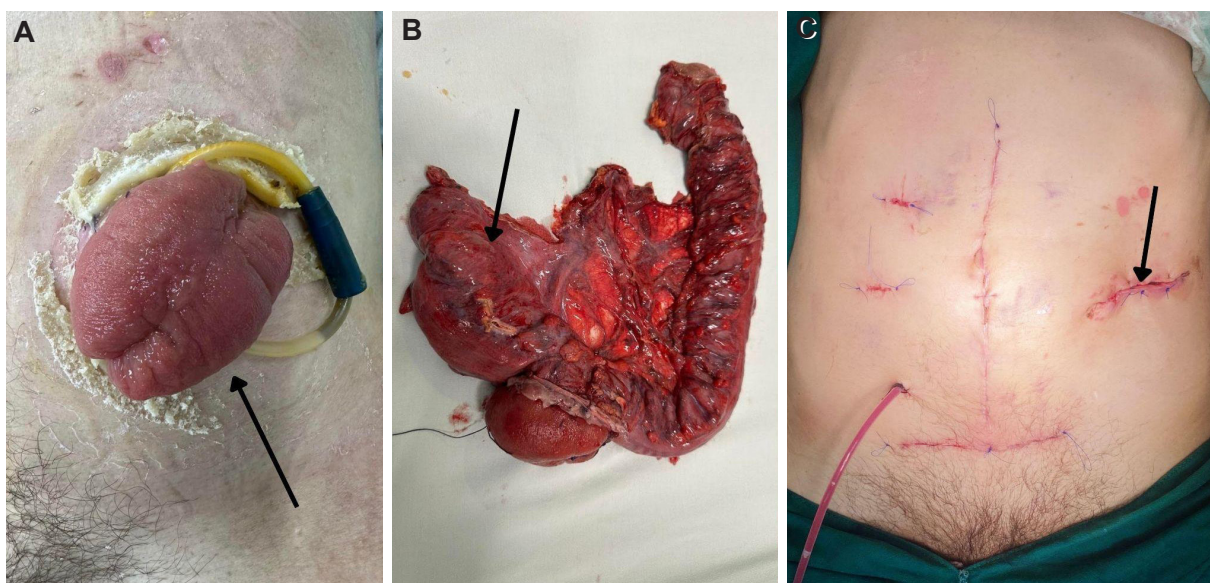


Figura 3. A. Estoma derivativo de colon sigmoide en flanco izquierdo. B. Producto de resección alta de recto y sigmoide con anastomosis colorrectal donde se identifica un tumor de 5x5 cm en unión rectosigmoide. C. Postoperatorio por laparoscopia en paciente masculino de 61 años.

Fuente: Fotografías tomadas por los autores.

de unos 5 x 5 cm, sin dilatación del colon descendente. La patología del espécimen reportó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, que comprometía toda la pared, con invasión a la serosa e infiltración a vasos sanguíneos y linfáticos, bordes de resección libres de neoplasia, cuatro ganglios positivos para metástasis en meso regional, cuatro ganglios negativos y un ganglio con reacción granulomatosa.

Tras la cirugía el paciente tuvo una evolución clínica adecuada, sin infección en el sitio quirúrgico, y se dio el alta al séptimo día postquirúrgico.

Tercer caso

Paciente masculino de 61 años de edad con antecedentes personales de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, y antecedentes familiares de cáncer de colon, quien consultó por cuadro clínico de seis días de evolución consistente en ausencia de deposiciones y flatos, asociado a distensión abdominal, eructos y hematemesis, además de una pérdida de peso aproximada de 10 kilogramos.

Al examen físico encontraron un paciente caquéctico, con abdomen globoso, distendido, blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, con onda ascítica y peristaltismo. Se realizó una radiografía de abdomen simple en la que se observaba una dilatación global del colon y asas intestinales delgadas, con niveles hidroaéreos y ausencia de gas distal. Se sospechó una obstrucción intestinal secundaria a patología tumoral, por lo que se solicitó la TC de abdomen con doble contraste, en la que se visualizó una neoplasia lobulada a nivel del recto medio que producía obstrucción con distensión del colon en todos sus segmentos.

Se procedió a realizar una laparotomía exploratoria, en la que se encontró un tumor estenosante en anillo de servilleta ubicado en el recto superior, que comprometía la serosa, sin infiltrar estructuras adyacentes. Se practicó una colostomía derivativa en asa del colon sigmoide para manejar la obstrucción, con abundante producción de materia fecal a través del estoma, lo que resultó en la resolución de la distensión y el dolor abdominal.

El paciente fue evaluado por Cirugía de Colon y recto y tres días después se llevó nuevamente a cirugía, encontrando un estoma en asa necrótico en ambas bocas y un absceso paraestomal con drenaje de 30 ml de material purulento, además de la lesión tumoral estenosante de 4x4 cm (Figura 4). Se hizo la resección anterior del recto superior y sigmoide con escisión mesocólica completa y una anastomosis colorrectal término-terminal.

El paciente evolucionó de forma adecuada, la herida quirúrgica no presentó signos de infección y se dio el alta médica en el noveno día postquirúrgico.

Discusión

El cáncer colorrectal ocupa el tercer lugar en morbilidad y el segundo en mortalidad mundial por cáncer. Aproximadamente el 30% de los pacientes con cáncer colorrectal presentan una obstrucción colónica aguda y el pronóstico general es pobre. Las dos estrategias para utilizar en estos casos son la resección de emergencia, principalmente para

los casos en los que hay una obstrucción aguda del colon izquierdo, y la cirugía electiva, que se puede realizar cuando no existe obstrucción colónica izquierda aguda y se asocia a una menor morbilidad y mortalidad.

Actualmente se consideran cuatro posibles tratamientos para estos pacientes: la resección de emergencia (RE) y los procedimientos como puente a la cirugía definitiva, que incluyen el *stent* colónico (SC-PAC), el estoma derivativo (ED-PAC) y el tubo colorrectal transanal (TCT-PAC)¹⁶. Las tres últimas estrategias se basan en el principio de que la cirugía definitiva, después de la remisión de la obstrucción intestinal, puede mejorar significativamente los resultados a corto y largo plazo, dado que el alivio del edema en el tracto intestinal y la consecuente mejoría en el estado nutricional e inmune del paciente, disminuyen la necesidad de estomas, aumentan las anastomosis primarias, disminuyen las fugas anastomóticas, además de incrementar la tasa de resección del tumor R0 y permitir una disección más completa de ganglios linfáticos¹⁶.

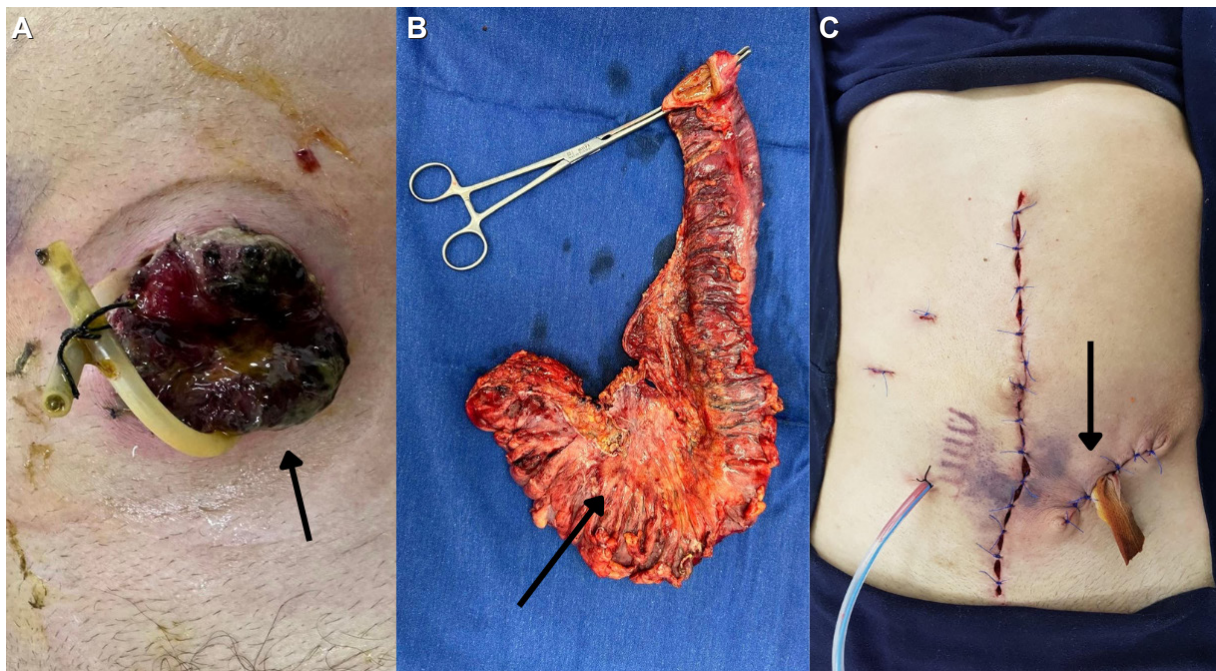


Figura 4. A. Colostomía necrótica y absceso paraestomal. B. Espécimen quirúrgico donde se aprecia un tumor estenosante de 4x4 cm en recto superior. C. Postoperatorio de resección por laparotomía en paciente masculino de 61 años.

Fuente: Fotografías tomadas por los autores.

Si bien el consenso para el cáncer de colon obstructivo del lado derecho es la resección primaria y la anastomosis ileocólica¹⁷, las directrices internacionales no coinciden en el tratamiento óptimo del cáncer de colon obstructivo del lado izquierdo⁶. El procedimiento más recomendado para pacientes con cáncer de colon obstructivo del lado izquierdo es la resección de emergencia (RE) con o sin anastomosis^{18,19}. No obstante, un estudio que evaluó los datos de auditoría colorrectal quirúrgica holandesa entre 2009 y 2013, encontró una mortalidad general del 8,5 % después de la resección de emergencia en comparación con el 3,4% en la cirugía electiva¹⁸. Además, la anastomosis primaria solo se logró en el 64 % de las resecciones de emergencia, en comparación con más del 90 % de anastomosis primaria en cirugía electiva²⁰.

Para evitar la resección de emergencia y su aumento en la mortalidad y morbilidad de los pacientes, en los últimos 20 años se ha utilizado la implantación inicial de un *stent* colónico para restaurar la apertura del lumen, como puente a la cirugía definitiva en los pacientes con obstrucción maligna del colon izquierdo¹⁶; sin embargo, existe controversia sobre esta ruta de manejo. Diversos metaanálisis y ensayos clínicos han concluido que el SC-PAC puede mejorar los resultados a corto plazo, como una menor pérdida de sangre durante la cirugía, mayor tasa de anastomosis primaria, tasa de mortalidad a 30 días más baja, tasa general de complicaciones más baja, más ganglios linfáticos recolectados y una estancia más corta en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); pero no han demostrado una diferencia significativa en la supervivencia general y libre de enfermedad a 3 y 5 años^{21,22}.

Incluso algunos autores han expresado su preocupación sobre el efecto que puede tener el *stent* en pacientes con enfermedad potencialmente curable, debido al riesgo aumentado de avance local del cáncer y de propagación metastásica, particularmente al hígado²¹. Sabbagh C, et al.²³, en su estudio comparativo reportaron que la supervivencia general a 5 años fue significativamente más baja en el grupo de SC-PAC comparado con el grupo al que se le realizó cirugía inmediata,

y la mortalidad a 5 años específica por cáncer fue más alta en el grupo de SC-PAC.

Sloothaak DAM, et al.²⁴, consideraron que la mayor tasa de recurrencia oncológica se daba en aquellos pacientes que experimentaron una perforación durante la implantación del *stent* colónico; lo cual permite concluir que esta estrategia terapéutica debería realizarse solo en manos de un endoscopista o cirujano que haya demostrado la suficiente experticia, de lo contrario, puede tener resultados adversos^{21,25}. En el estudio ESCO, Arezzo A, et al.²¹, concluyeron que debido a que no hay reducción en la mortalidad postoperatoria y la implantación de *stent* puede afectar la seguridad oncológica, la estrategia SC-PAC no se recomienda como estándar de tratamiento en pacientes con potencial curativo; sin embargo, puede considerarse gracias a la disminución en la necesidad de estoma y a la mejoría en otros resultados a corto plazo, solo si hay disponibilidad de endoscopistas experimentados^{21,25}.

A pesar de que el TCT-PAC ha demostrado un efecto descompresivo equivalente al SC-PAC, diversos metaanálisis comparativos entre ambas estrategias han estimado que el TCT-PAC incrementa la necesidad de estomas, aumenta las complicaciones y disminuye la tasa de éxito técnico y clínico, mientras otros ensayos mostraron que el TCT-PAC es equiparable en sus resultados a corto y largo plazo a la RE, mejorando de forma significativa solo la tasa de anastomosis primaria¹⁶. Por otro lado, el estudio CODOMO²⁶ reflejó que la supervivencia libre de recaídas a tres años en pacientes con TCT-PAC fue significativamente más baja que en aquellos a los que se les practicó RE o SC-PAC.

Las guías de la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE)²⁷ en 2020 recomendaron el SC-PAC como tratamiento de elección en la obstrucción maligna aguda del colon izquierdo, aclarando que, de no haber un profesional capacitado y experimentado en la colocación del *stent*, el ED-PAC es una alternativa de tratamiento efectiva. Con la presentación de nuestros tres casos se muestra que la estrategia del estoma derivativo (ED-PAC), al ser consumada en una sola hospitalización, puede ser el mejor abordaje terapéutico

en estos pacientes, incluso por encima del SC-PAC, que no mejora los resultados a largo plazo comparada con la RE y presenta las limitaciones ya mencionadas.

El ED-PAC se divide en dos procedimientos quirúrgicos, lo cual aumenta la estancia hospitalaria comparada con las demás estrategias, sin embargo, la primera cirugía es relativamente corta y con poco trauma quirúrgico, por lo que la tasa de mortalidad temprana es significativamente más baja que en la RE. Así mismo, el ED-PAC ha probado mejor supervivencia total a 5 años y mejor supervivencia libre de enfermedad que la RE, probablemente por el incremento significativo en la resección de ganglios linfáticos que permite el abordaje con ED-PAC¹⁶.

En cuanto a la comparación entre ED-PAC y SC-PAC, aunque todos los resultados a corto plazo son similares según el metaanálisis de Tan L, et al. (a excepción de la estancia hospitalaria que fue mayor en el ED-PAC), la supervivencia a 5 años de el ED-PAC es significativamente mejor que la del SC-PAC, además de que esta última se acompaña de un mayor riesgo de complicaciones, como perforación intestinal y bloqueo o desplazamiento del *stent*^{16,21}.

En el hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia, las urgencias por obstrucción intestinal son atendidas por el servicio de Cirugía general. Pero debido a toda la evidencia recién mencionada que soporta la superioridad de los abordajes que implementan una de estas intervenciones iniciales como puente a una cirugía definitiva, sobre la resección de emergencia de forma directa, en el escenario de una obstrucción izquierda aguda de etiología maligna y la no disponibilidad de *stent* colónico o personal experimentado para su colocación, el grupo de Coloproctología es el que debe realizar la colostomía derivativa (por vía laparoscópica o abierta según la experticia del cirujano), como se llevó a cabo en los tres casos presentados.

Existe una gran controversia sobre cuál es el “*time to surgery*” (TTS) óptimo en el caso de los pacientes con cáncer colorrectal en los que se implementarán las estrategias mencionadas como puente a cirugía definitiva. Satish M, et al.²⁸,

sugieren que el TTS prolongado (> 21 a 30 días) se asocia con un menor riesgo ajustado de muerte, mientras que Kaltenmeier C, et al.²⁹, en un trabajo que parece tener resultados más generalizables debido a su mayor tamaño de muestra, lo que le proporciona una mayor potencia estadística, encontraron que el TTS prolongado o menor a 1 semana (<7 días) se asocia con un mayor riesgo de muerte. Adicionalmente, Sakowitz S, et al.³⁰, evaluaron la supervivencia a 1, 5 y 10 años según el TTS, y encontraron que los pacientes ubicados en la cohorte de TTS temprano (<25 días) tuvieron mejor supervivencia a 5 y 10 años comparados con los que se sometieron a una resección tardía.

Franssen RFW, et al.³¹ evaluaron once estudios en los que se observó que el TTS mayor a 30 y a 84 días tuvieron una supervivencia general reducida con una diferencia estadísticamente significativa. Así mismo, Grass F, et al.³², estimaron una mayor supervivencia general a 5 y 10 años en el grupo de TTS corto (<16 días) que en el de TTS largo (≥37 días), y que por cada 14 días de retraso en el tratamiento aumentaba 1,06 veces el riesgo de menor supervivencia general. Finalmente, Kye BH, et al.³³, concluyeron que el tiempo óptimo entre la colocación del *stent* metálico auto-expandible (*self-expandable metallic stent*, SEMS) para la descompresión y la cirugía definitiva era entre los 11 y 17 días, un resultado compatible con los otros estudios mencionados.

Con esas premisas, podemos afirmar que el tiempo ideal para realizar la cirugía definitiva después del estoma derivativo en pacientes con cáncer de colon obstructivo oscila entre una y tres semanas, para obtener mejores resultados a largo plazo. En nuestros casos, la brecha entre la primera intervención y la cirugía definitiva fue de 3 a 12 días, sin resultados adversos hasta el momento.

En los pacientes con cáncer de recto superior, el manejo quirúrgico directo (“*upfront*”), realizado en los casos presentados, ha demostrado ser una estrategia adecuada. Algunos estudios han señalado que la neoadyuvancia no mejora significativamente los resultados oncológicos a largo plazo, como la supervivencia libre de enfermedad o la recurrencia local, en comparación con la cirugía directa. En el estudio de Tabchouri N, et al.³⁴,

observaron que los pacientes sometidos a quimiorradioterapia neoadyuvante presentaron tasas similares de supervivencia general y libre de recurrencia a cinco años con respecto a los pacientes tratados únicamente con cirugía, pero con un aumento significativo en las complicaciones postoperatorias graves (17 % frente a 1 %; $p=0,002$). Asimismo, Ma Z, et al.³⁵, encontraron que la radioterapia, tanto preoperatoria como postoperatoria, no proporcionó beneficios estadísticamente significativos en la supervivencia global o el control local en pacientes con cáncer de recto superior, incluso en aquellos con características de alto riesgo como invasión perineural o márgenes comprometidos.

Estos resultados sugieren que, en el contexto de un manejo multidisciplinario, la selección de la cirugía como estrategia inicial es eficaz y puede minimizar las complicaciones, sin comprometer los resultados a largo plazo. Además, el manejo “*upfront*” se plantea como una alternativa viable, particularmente cuando los factores clínicos, sociales o técnicos limitan la viabilidad de la terapia neoadyuvante. Particularmente en el tercer caso, se optó por la cirugía “*upfront*” debido a las condiciones específicas del paciente: vive en zona rural de difícil acceso, a ocho horas de la ciudad de Pereira, lo que dificulta la adherencia a la terapia neoadyuvante. Además, el estoma inicial presentó necrosis, complicando el manejo postoperatorio y condicionando la necesidad de una intervención quirúrgica inmediata.

Para concluir, realizar el estoma derivativo y la cirugía definitiva en una misma hospitalización permite la descompresión inmediata del colon obstruido, lo que alivia rápidamente los síntomas agudos del paciente y reduce el riesgo de perforación colónica y sepsis, además de que proporciona tiempo valioso para la corrección de cualquier desequilibrio electrolítico y la mejora de la condición nutricional, disminuyendo así las tasas de morbilidad y mortalidad postoperatoria, la estancia hospitalaria total, la necesidad de una intervención quirúrgica adicional y como consecuencia, reduce los costos al sistema de salud y mejora la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones

La implementación de estomas derivativos como puente a la cirugía definitiva ha demostrado beneficios significativos en términos de reducción de complicaciones y mejor supervivencia a largo plazo en comparación con la resección de emergencia, sin ser inferior a los demás abordajes de tratamiento como el *stent* colónico (SC-PAC) o el tubo colorrectal transanal (TCT-PAC). Este enfoque permite una recuperación del estado nutricional e inmune del paciente, disminuye la necesidad de estomas permanentes y mejora los resultados quirúrgicos, sugiriendo que el estoma derivativo (ED-PAC) puede ser una opción superior para el manejo del cáncer colorrectal obstructivo del lado izquierdo, especialmente cuando se realiza dentro de un tiempo óptimo de una a tres semanas.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: El reporte de los casos se llevó a cabo dentro de un marco ético riguroso según lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y la Declaración de Helsinki. Se obtuvo consentimiento informado de los tres pacientes para la presentación de las imágenes y se buscó proteger sus identidades, por lo que todos los detalles que permitieran identificarlos fueron omitidos para mantener su anonimato. Adicionalmente, se contó con el aval del Comité de Bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Uso de herramientas de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que en la elaboración de este trabajo no se emplearon tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) como modelos de lenguaje grande, chatbots o creadores de imágenes.

Fuentes de financiación: No se tuvo financiamiento para realizar el reporte de caso.

Contribución de los autores

- Concepción y diseño del estudio: Nicolás Betancur-García, Tomás Ramírez-Cardona, Daniel Mauricio Solano-Toro, Luis Daniel Carvajal-Pérez.

- Adquisición de datos: Nicolás Betancur-García.
- Análisis e interpretación de datos: Nicolás Betancur-García.
- Redacción del manuscrito: Nicolás Betancur-García, Tomás Ramírez-Cardona, Daniel Mauricio Solano-Toro, Luis Daniel Carvajal-Pérez.
- Revisión crítica y aprobación: Nicolás Betancur-García, Tomás Ramírez-Cardona, Daniel Mauricio Solano-Toro, Luis Daniel Carvajal-Pérez.

Referencias

- 1 Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2024;74:229-63. <https://doi.org/10.3322/CAAC.21834>
- 2 Instituto Nacional de Cancerología. Anuario Estadístico 2022. Bogotá, D.C.: INC; 2023. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/anuario-estadistico-2022>
- 3 Baez-Duarte JP, Chaves JJ, Chaves-Cabezas V, Africano-Lopez F, Ochoa-Vera M, Tovar-Fierro G. Cáncer colorrectal de inicio temprano: Un estudio en una población colombiana. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2024;39:29-36. <https://doi.org/10.22516/25007440.1065>
- 4 Barnett A, Cedar A, Siddiqui F, Herzig D, Fowlkes E, Thomas CR. Colorectal cancer emergencies. *J Gastrointest Cancer*. 2013;44:132-42. <https://doi.org/10.1007/S12029-012-9468-0>
- 5 Gunnarsson H, Holm T, Ekholm A, Olsson LI. Emergency presentation of colon cancer is most frequent during summer. *Colorectal Dis*. 2011;13:663-8. <https://doi.org/10.1111/J.1463-1318.2010.02270.X>
- 6 Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, Del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: A systematic review. *Am J Surg*. 2014;207:127-38. <https://doi.org/10.1016/J.AMJSURG.2013.07.027>
- 7 Frager D, Rovno HDS, Baer JW, Bashist B, Friedman M. Prospective evaluation of colonic obstruction with computed tomography. *Abdom Imaging*. 1998;23:141-6. <https://doi.org/10.1007/S002619900307>
- 8 Chaliepangyarnwong V, Boonpipattanapong T, Prechawittayakul P, Sangkhathat S. Endoscopic obstruction is associated with higher risk of acute events requiring emergency operation in colorectal cancer patients. *World J Emerg Surg*. 2013;8:34. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-8-34>
- 9 Tsai HL, Hsieh JS, Yu FJ, Wu DC, Chen FM, Huang CJ, et al. Perforated colonic cancer presenting as intra-abdominal abscess. *Int J Colorectal Dis*. 2007;22:15-9. <https://doi.org/10.1007/S00384-006-0097-6>
- 10 Saegesser F, Sandblom P. Ischemic lesions of the distended colon: A complication of obstructive colorectal cancer. *Am J Surg*. 1975;129:309-15. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(75\)90247-0](https://doi.org/10.1016/0002-9610(75)90247-0)
- 11 Bass G, Fleming C, Conneely J, Martin Z, Mealy K. Emergency first presentation of colorectal cancer predicts significantly poorer outcomes: A review of 356 consecutive Irish patients. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:678-84. <https://doi.org/10.1007/DCR.0B013E3181A1D8C9>
- 12 Chang GJ, Kaiser AM, Mills S, Rafferty JF, Buie WD. Practice parameters for the management of colon cancer. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:831-43. <https://doi.org/10.1097/DCR.0B013E3182567E13>
- 13 Umpleby HC, Williamson RCN, Chir M. Survival in acute obstructing colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*. 1984;27:299-304. <https://doi.org/10.1007/BF02555634>
- 14 Teixeira F, Akaishi EH, Ushinohama AZ, Dutra TC, Netto SD do C, Utiyama EM, et al. Can we respect the principles of oncologic resection in an emergency surgery to treat colon cancer? *World J Emerg Surg*. 2015;10:5. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-10-5>
- 15 McArdle CS, Hole DJ. Emergency presentation of colorectal cancer is associated with poor 5-year survival. *Br J Surg*. 2004;91:605-9. <https://doi.org/10.1002/bjs.4456>
- 16 Tan L, Liu ZL, Ran MN, Tang LH, Pu YJ, Liu YL, et al. Comparison of the prognosis of four different treatment strategies for acute left malignant colonic obstruction: A systematic review and network meta-analysis. *World J Emerg Surg*. 2021;16:11. <https://doi.org/10.1186/S13017-021-00355-2>
- 17 Finan PJ, Campbell S, Verma R, Macfie J, Gatt M, Parker MC, et al. The management of malignant large bowel obstruction: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis*. 2007;9(Suppl 4):1-17. <https://doi.org/10.1111/J.1463-1318.2007.01371.X>
- 18 Webster PJ, Aldoori J, Burke DA. Optimal management of malignant left-sided large bowel obstruction: Do international guidelines agree? *World J Emerg Surg*. 2019;14:23. <https://doi.org/10.1186/S13017-019-0242-5>
- 19 Jain SR, Yaow CYL, Ng CH, Neo VSQ, Lim F, Foo FJ, et al. Comparison of colonic stents, stomas and resection for obstructive left colon cancer: A meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2020;24:1121-36. <https://doi.org/10.1007/S10151-020-02296-5>
- 20 Bakker IS, Sniijders HS, Grossmann I, Karsten TM, Haviga K, Wiggers T. High mortality rates after nonelective colon cancer resection: Results of a national audit. *Colorectal Dis*. 2016;18:612-21. <https://doi.org/10.1111/CODI.13262>
- 21 Arezzo A, Forcignanò E, Bonino MA, Balagué C, Targarona E, Borghi F, et al. Long-term oncologic results after stenting as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left-sided colonic obstruction: A

- multicenter randomized controlled trial (ESCO trial). *Ann Surg.* 2020;272:703-8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004324>
- 22 Spannenburg L, Sanchez-Gonzalez M, Brooks A, Wei S, Li X, Liang X, et al. Surgical outcomes of colonic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colorectal obstruction: A systematic review and meta-analysis of high quality prospective and randomized controlled trials. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46:1404-14. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.04.052>
- 23 Sabbagh C, Browet F, Diouf M, Cosse C, Brehant O, Bartoli E, et al. Is stenting as “a bridge to surgery” an oncologically safe strategy for the management of acute, left-sided, malignant, colonic obstruction? A comparative study with a propensity score analysis. *Ann Surg.* 2013;258:107-15. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31827e30ce>
- 24 Sloothak DAM, van den Berg MW, Dijkgraaf MGW, Fockens P, Tanis PJ, van Hooft JE, et al. Oncological outcome of malignant colonic obstruction in the Dutch Stent-In 2 trial. *Br J Surg.* 2014;101:1751-7. <https://doi.org/10.1002/bjs.9645>
- 25 Hill J, Lee S, Morton D, Parker M, Halligan S, Taylor S, et al. Colorectal Endoscopic Stenting Trial (CReST) for obstructing left-sided colorectal cancer: Randomized clinical trial. *Br J Surg.* 2022;109:1073-80. <https://doi.org/10.1093/bjs/znac141>
- 26 Endo S, Kumamoto K, Enomoto T, Koizumi K, Kato H, Saida Y. Comparison of survival and perioperative outcome of the colonic stent and the transanal decompression tube placement and emergency surgery for left-sided obstructive colorectal cancer: A retrospective multi-center observational study “The CODOMO study.” *Int J Colorectal Dis.* 2021;36:987-98. <https://doi.org/10.1007/S00384-020-03806-5>
- 27 van Hooft JE, Veld JV, Arnold D, Beets-Tan RGH, Everett S, Götz M, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy.* 2020;52:389-407. <https://doi.org/10.1055/A-1140-3017>
- 28 Satish M, Aurit SJ, Zhang Y, Walters RW. Time to surgery in colon cancer: Predictors and association with survival—An analysis of the National Cancer Database (NCDB). *J Clin Oncol.* 2018;36(Suppl 4):599. https://doi.org/10.1200/JCO.2018.36.4_SUPPL.599
- 29 Kaltenmeier C, Shen C, Medich DS, Geller DA, Bartlett DL, Tsung A, et al. Time to surgery and colon cancer survival in the United States. *Ann Surg.* 2021;274:1025-31. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003745>
- 30 Sakowitz S, Bakhtiyar SS, Verma A, Ebrahimian S, Vadlakonda A, Mabeza RM, et al. Association of time to resection with survival in patients with colon cancer. *Surg Endosc.* 2024;38:614-23. <https://doi.org/10.1007/S00464-023-10548-2>
- 31 Franssen RFW, Strous MTA, Bongers BC, Vogelaar FJ, Janssen-Heijnen MLG. The association between treatment interval and survival in patients with colon or rectal cancer: A systematic review. *World J Surg.* 2021;45:2924-37. <https://doi.org/10.1007/S00268-021-06188-Z>
- 32 Grass F, Behm KT, Duchalais E, Crippa J, Spears GM, Harmsen WS, et al. Impact of delay to surgery on survival in stage I-III colon cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46:455-61. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.11.513>
- 33 Kye BH, Kim JH, Kim HJ, Lee YS, Lee IK, Kang WK, et al. The optimal time interval between the placement of self-expandable metallic stent and elective surgery in patients with obstructive colon cancer. *Scientific Reports.* 2020;10:9502. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-66508-6>
- 34 Tabchouri N, Eid Y, Manceau G, Frontali A, Lakkis Z, Salame E, et al. Neoadjuvant treatment in upper rectal cancer does not improve oncologic outcomes but increases postoperative morbidity. *Anticancer Res.* 2020;40:3579-87. <https://doi.org/10.21873/anticancerres.14348>
- 35 Ma Z, Zhou J, Liu K, Chen S, Wu Q, Peng L, et al. Is radiotherapy necessary for upper rectal cancer underwent curative resection? A retrospective study of 363 patients. *Radiat Oncol.* 2024;19:8. <https://doi.org/10.1186/s13014-024-02403-y>