

Revista Argentina de
COLOPROCTOLOGÍA

Publicación oficial de la
Sociedad Argentina de Coloproctología



SACP



REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Ingrese a nuestra web y descargue los
últimos volúmenes de nuestra revista

WWW.SACP.ORG.AR



Contacto

Teléfono: +54 11 4322-9695

Mail: info@sacp.org.ar



Confíe en SenSura® doble capa de seguridad

Las bolsas SenSura® han sido diseñadas con el adhesivo único de doble capa que proporcionan una mayor seguridad y confianza.



El Programa **Coloplast® Activa** asiste y asesora al profesional y a su equipo con una solución rápida y confiable en el cuidado de las ostomías.

Nuestra asesora especializada orienta y contiene al paciente en el pre y post operatorio para que pueda llevar una **VIDA INDEPENDIENTE**, ya sea que éste se encuentre internado o dado de alta.

Este servicio es totalmente gratuito.

Comuníquese con nuestro equipo Coloplast al **0800 777 7008**.

ERBITUX® - CETUXIMAB 5 MG/ML - SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN.

Venta bajo receta archivada. Industria Alemana. **COMPOSICIÓN:** Cada mL de solución para perfusión contiene: Cetuximab 5,000 mg. Excipientes: cloruro de sodio, glicina, polisorbato 80, ácido cítrico monohidrato, hidróxido de sodio 1 M pH = 5.5 y agua para inyectables csp 1.00 mL. **ACCIÓN TERAPÉUTICA.** Agente anti-epidérmico, anticuerpo monoclonal. **INDICACIONES.** Erbitux® está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y con gen KRAS de tipo nativo - en combinación con quimioterapia basada en irinotecan o perfusión continua de 5-fluorouracilo/ácido folínico más oxaliplatino (por detalles, ver sección Propiedades) - como agente único en pacientes que fracasaron con tratamientos basados en oxaliplatino e irinotecan y que no toleraban irinotecan. Erbitux® está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello - en combinación con radioterapia para la enfermedad localmente avanzada - en combinación con quimioterapia basada en platino para la enfermedad recurrente y/o metastásica - como agente único después del fracaso de la quimioterapia para la enfermedad recurrente y/o metastásica. **CONTRAINDICACIONES.** Erbitux® está contraindicado en pacientes con reacciones de hipersensibilidad severas (grado 3 ó 4 Instituto Nacional del Cáncer de EUA - Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos; CTCAE) provocadas por Cetuximab. Antes de iniciar el tratamiento combinado, deben considerarse las contraindicaciones para el uso concomitante de agentes quimioterápicos o radioterapia. **EMBARAZO Y LACTANCIA.** El EGFR interviene en el desarrollo del feto. Observaciones limitadas en animales indican que habría pasaje de Cetuximab por la placenta, y se ha encontrado que otros anticuerpos IgG1 atraviesan la barrera placentaria. Los datos en animales no revelaron ninguna evidencia de teratogenicidad. Sin embargo, dependiendo de la dosis, se ha observado un aumento de la incidencia de abortos. No se dispone de suficiente información de mujeres embarazadas. Se recomienda firmemente administrar Erbitux® durante el embarazo o a cualquier mujer que no esté usando anticoncepción adecuada sólo si el beneficio potencial justifica un riesgo potencial para el feto. Se recomienda que las mujeres no amamanten durante el tratamiento con Erbitux® y hasta dos meses después de la última dosis, porque no se sabe si Erbitux® se excreta en la leche de pecho. No hay datos sobre el efecto de Cetuximab sobre la fertilidad humana. Los efectos sobre la fertilidad en el hombre y la mujer no han sido evaluados con estudios formales en animales. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES.** Reacciones relacionadas con la perfusión. Si los pacientes presentan reacciones relacionadas con la perfusión, leves o moderadas, puede reducirse la velocidad de perfusión. Se recomienda mantener esta velocidad de perfusión menor en todas las infusiones subsiguientes. Se han comunicado reacciones severas relacionadas con la perfusión en pacientes tratados con Erbitux®. Los síntomas habitualmente se presentaron durante la primera perfusión y hasta 1 hora después de la finalización de la perfusión, pero puede aparecer varias horas después o con infusiones posteriores. Se recomienda advertir a los pacientes de la posibilidad de una aparición tan tardía y darles instrucciones de consultar a su médico si se presentaran síntomas de reacciones relacionadas con la perfusión. Si hubiera reacciones severas vinculadas a la perfusión, se debe interrumpir el tratamiento con Erbitux® de manera inmediata y permanente y puede ser necesario instaurar un tratamiento de emergencia. Se recomienda tener atención especial con los pacientes con estado funcional reducido y patología cardiopulmonar preexistente. **Trastornos respiratorios.** Se han comunicado casos individuales de trastornos pulmonares intersticiales, no conociéndose su relación causal con Erbitux®. Si se diagnostica enfermedad pulmonar intersticial, debe interrumpirse Erbitux® y el paciente debe ser tratado apropiadamente. **Reacciones cutáneas.** Las reacciones cutáneas son muy comunes y tal vez requieran interrumpir o suspender el tratamiento. Las directrices de práctica clínica indican que se debe considerar el uso de tetraciclina por vía oral (6-8 semanas) y la aplicación tópica de crema de hidrocortisona al 1% con humectante. Se han utilizado corticoides tópicos de alta potencia o tetraciclina por vía oral para el tratamiento de las reacciones cutáneas. Si un paciente presenta reacciones cutáneas severas (≥ grado 3; Instituto Nacional del Cáncer de EUA - Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos; CTCAE), debe interrumpirse el tratamiento con Erbitux®. Solo se puede retomar el tratamiento si la reacción mejora a un grado 2. Si es la primera vez que apareció una reacción cutánea severa, debe reinstaurarse el tratamiento sin cambiar las dosis. Al aparecer reacciones cutáneas severas por segunda o tercera vez, debe interrumpirse nuevamente el tratamiento con Erbitux®. Sólo se puede retomar el tratamiento a un nivel de dosis más bajo (200 mg/m² del área de superficie corporal después de la segunda aparición, y 150 mg/m² después de la tercera aparición), si se ha resuelto la reacción al grado 2. Si aparecieran reacciones cutáneas severas una cuarta vez o si no se resuelven a grado 2 durante la interrupción del tratamiento, debe interrumpirse el tratamiento con Erbitux® de manera permanente. **Trastornos electrolíticos.** Es frecuente que se produzca una disminución progresiva de los niveles séricos de magnesio, lo que puede llevar a una hipomagnesemia severa. La hipomagnesemia es reversible luego de interrumpir Erbitux®. Además, puede aparecer hipopotasemia como consecuencia de diarrea. También puede aparecer hipocalcemia; puede aumentar la frecuencia de hipocalcemia severa en particular en combinación con una quimioterapia basada en platino. Se recomienda hacer la determinación de los niveles séricos de los electrolitos antes de iniciar el tratamiento con Erbitux® y durante el mismo y se recomienda reemplazar los electrolitos, según corresponda. **Neutropenia y complicaciones infecciosas relacionadas.** Los pacientes que reciben Erbitux® en combinación con quimioterapia basada en platino tienen un mayor riesgo de aparición de neutropenia severa, lo que puede llevar a complicaciones infecciosas subsiguientes como neutropenia febril, neumonía o sepsis. En este tipo de pacientes se recomienda un monitoreo cuidadoso, en particular en aquellos que presentan lesiones cutáneas, mucositis o diarrea que pueden facilitar la aparición de infecciones. **Trastornos cardiovasculares.** Se ha observado una frecuencia aumentada de acontecimientos cardiovasculares graves y a veces mortales y de muertes surgidas a raíz del tratamiento en la terapia para el cáncer de pulmón no microcítico, el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello y el carcinoma colorrectal. En algunos estudios, se ha observado una asociación con una edad ≥ 65 años. Cuando se prescriba Erbitux®, debe tenerse en cuenta el estado y desempeño cardiovascular de los pacientes y la administración concomitante de compuestos cardiotoxicos como las fluoropirimidinas. **Trastornos oculares.** Se han descrito casos de queratitis y queratitis ulcerosa con el uso de cetuximab. Se recomienda que los pacientes con signos y síntomas sugestivos de queratitis consulten a un oftalmólogo. Si se diagnosticara queratitis, deben considerarse cuidadosamente los beneficios y riesgos de continuar con el tratamiento. Si se confirma el diagnóstico de queratitis ulcerosa, debe interrumpirse o suspenderse el tratamiento con Cetuximab. Se recomienda prestar atención especial en los pacientes con antecedentes de queratitis, queratitis ulcerosa o con casos severos de ojo seco. **Pacientes con cáncer colorrectal cuyos tumores presentan mutaciones del gen KRAS.** Erbitux® no debe usarse para el tratamiento de los pacientes con cáncer colorrectal cuyos tumores presenten mutaciones del gen KRAS o en los que se desconoce el estado tumoral con respecto a dicho gen. Los resultados de los estudios clínicos muestran un equilibrio riesgo-beneficio negativo en los tumores con mutaciones del gen KRAS en particular en combinación con la perfusión continua de 5-fluorouracilo/ácido folínico más oxaliplatino (ver la Sección de Propiedades). **Tratamiento combinado.** Cuando se utilice Erbitux® en combinación con agentes quimioterápicos, referirse también al prospecto de estos productos medicinales. Existe experiencia limitada en el uso de Erbitux® en combinación con la radioterapia en el cáncer colorrectal. Efectos sobre la capacidad de conducir y usar máquinas. No se han realizado estudios sobre los efectos sobre la capacidad de conducir y usar máquinas. Si los pacientes presentan síntomas relacionados con el tratamiento que afecten su capacidad para concentrarse y reaccionar, se recomienda que no conduzcan o usen máquinas hasta que remitan los efectos. **Poblaciones especiales.** A la fecha sólo se han investigado pacientes con una función renal y hepática adecuada (creatinemia ≤ 1,5 veces, transaminasas ≤ 5 veces y bilirrubina ≤ 1,5 veces el límite superior normal). No se ha estudiado Erbitux® en pacientes con uno o más de los siguientes parámetros de laboratorio anormales: hemoglobina < 9 g/dl, conteo leucocitario < 3.000/mm³, conteo absoluto de neutrófilos < 1.500/mm³, conteo plaquetario < 100.000/mm³. No se ha establecido la seguridad ni la efectividad de Erbitux® en los pacientes pediátricos menores de 18 años. No se identificaron nuevas señales de seguridad en pacientes pediátricos, tal como se comunicara en un estudio fase I. No se requieren ajustes de dosis en los ancianos, pero la experiencia con los pacientes de 75 años o más es limitada. **EFFECTOS ADVERSOS.** Los efectos adversos abajo enumerados pueden esperarse bajo tratamiento con Erbitux®. Las siguientes definiciones se aplican a la terminología de frecuencia utilizada de aquí en adelante: Muy común (≥ 1/10), Común (≥ 1/100 a < 1/10), No común (≥ 1/1.000 a < 1/100), Raro (≥ 1/10.000 a < 1/1.000), Muy raro (< 1/10.000), frecuencia no conocida (no se puede estimar a partir de los datos disponibles). Un asterisco (*) indica que se presenta información adicional sobre el efecto indeseado respectivo abajo de la tabla. **Trastornos del sistema neu-**

viós: Común: Cefaleas. Frecuencia no conocida: Meningitis aséptica. **Trastornos oculares:** Común: Conjuntivitis. No común: Bifarietis, queratitis. **Trastornos respiratorios:** torácicos y mediastinales: No común: Embolismo pulmonar. Raro: Enfermedad pulmonar intersticial. **Trastornos gastrointestinales:** Común: Diarrea, náuseas, vómitos. **Trastornos cutáneos y de tejidos subcutáneos:** Muy común: Reacciones cutáneas*. Frec. no conocida: Sobreinfección de lesiones cutáneas*. Muy raro: Síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica. **Trastornos del metabolismo y la nutrición:** Muy comunes: Hipomagnesemia Comunes: Deshidratación, en particular secundaria a diarrea o mucositis; hipocalcemia; anorexia que puede provocar adelgazamiento. **Trastornos vasculares:** No común: Trombosis venosa profunda. **Trastornos generales y condiciones del sitio de administración.** Muy comunes: Reacciones leves o moderadas relacionadas con la perfusión*; mucositis en algunos casos grave que puede llevar a epistaxis. Comunes: Reacciones severas relacionadas con la perfusión*, fatiga. **Trastornos hepatobiliares.** Muy comunes: Aumento de los niveles de las enzimas hepáticas (ASAT, ALAT, AP). **Información Adicional.** En términos generales, no se observó ninguna diferencia clínica relevante entre géneros. **Reacciones vinculadas a la perfusión.** Es muy común ver reacciones a la perfusión, leves o moderadas, comprendiendo síntomas como fiebre, escalofríos, mareos, o disnea, lo que ocurren cercanos en el tiempo, fundamentalmente con la primera perfusión de Erbitux®. Es posible que comúnmente aparezcan reacciones severas relacionadas con la perfusión, en raros casos con desenlace fatal. Habitualmente aparecen durante o dentro de la primera hora de la perfusión inicial de Erbitux®, pero pueden aparecer tras varias horas o con las infusiones subsiguientes. Si bien aún no se han identificado los mecanismos subyacentes, algunas de estas reacciones pueden ser de naturaleza anafilactoide/anafiláctica y pueden incluir síntomas como broncoespasmo, urticaria, aumento o disminución de la presión sanguínea, pérdida de conciencia o shock. En raros casos se ha descrito la aparición de angina de pecho, infarto miocárdico o paro cardíaco. Para el manejo clínico de las reacciones relacionadas con la perfusión, ver "Advertencias y Precauciones especiales". **Reacciones cutáneas.** Pueden aparecer reacciones cutáneas en más de 80% de los pacientes, y se presentan fundamentalmente como una erupción tipo acné y/o, con menor frecuencia, como prurito, piel seca, descamación, hipertrichosis, o trastornos ungueales (por ejemplo: paroniquia). Aproximadamente 15% de las reacciones cutáneas son severas, incluyendo casos únicos de necrosis cutánea. La mayoría de las reacciones cutáneas se presentan dentro de las tres primeras semanas de tratamiento. Generalmente se resuelven sin secuelas, con el tiempo, después de interrumpir el tratamiento, si se siguen los ajustes recomendados en el régimen posológico. Las lesiones cutáneas inducidas por Erbitux® pueden predisponer a los pacientes a sobreinfecciones (por ejemplo con S. aureus), lo que puede llevar a complicaciones posteriores, como celulitis, erisipela, o potencialmente, puede haber un desenlace fatal por síndrome de piel escaldada estafilocócica, fascitis necrotizante o sepsis. **Tratamiento combinado.** Cuando se utilice Erbitux® en combinación con agentes quimioterápicos, referirse también a sus respectivos prospectos. Por efectos adversos en combinación con otros agentes quimioterápicos, por favor referirse a "Interacciones". En combinación con radioterapia local de cabeza y cuello, los otros efectos indeseables fueron los habituales de la radioterapia (como mucositis, dermatitis rásica, disfagia o leucopenia, presentándose fundamentalmente como linfocitopenia). En un estudio clínico controlado, aleatorizado, con 424 pacientes, que declaraban tasas de dermatitis rásica severa aguda y mucositis, así como eventos tardíos relacionados con la radioterapia, fueron levemente más altos en pacientes que recibían radioterapia en combinación con Erbitux®, que en los que recibían radioterapia sola. **POSOLÓGIA - MODO DE ADMINISTRACIÓN.** Erbitux® debe ser administrado bajo la supervisión de un médico experimentado en el uso de los productos medicinales anti-epidérmicos. Se necesita un monitoreo cercano durante el tiempo de perfusión y por lo menos 1 hora después de finalizar la misma. Debe disponerse de equipos de reanimación. Antes de la primera perfusión, los pacientes deben recibir premedicación con un antihistamínico y un corticosteroide. Esta premedicación se recomienda antes de todas las infusiones subsiguientes. En todas las indicaciones, se administra Erbitux® una vez por semana. La primera dosis es 400 mg de Erbitux® por m² de área de superficie corporal con un período de perfusión recomendado de 120 minutos. Todas las dosis semanales subsiguientes son 250 mg por m² de área de superficie corporal, cada uno con un período de perfusión recomendado de 60 minutos. La velocidad de perfusión máxima no debe superar los 10 mg/min. **Cáncer colorrectal.** En pacientes con cáncer colorrectal metastásico, se utiliza Erbitux® en combinación con quimioterapia o como agente único. Se recomienda realizar la detección del estado mutacional de KRAS antes de la primera perfusión de Erbitux®. Para la dosificación o para las modificaciones de dosis recomendadas de los agentes quimioterápicos usados concomitantemente, por favor referirse a los prospectos de estos productos medicinales. No deben administrarse hasta tanto no haya transcurrido 1 hora de la finalización de la perfusión con Erbitux®. Se recomienda continuar con el tratamiento con Erbitux® hasta la progresión de la enfermedad. **Cáncer de células escamosas de cabeza y cuello.** En los pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello localmente avanzado, se utiliza Erbitux® concomitantemente con radioterapia. Se recomienda iniciar la terapia con Erbitux® una semana antes de la radioterapia y continuar el tratamiento con Erbitux® hasta el final del período de radioterapia. En pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico, se utiliza Erbitux® en combinación con quimioterapia basada en platino, seguido de Erbitux® como terapia de mantenimiento hasta la progresión de la enfermedad. No debe administrarse quimioterapia hasta tanto no haya transcurrido 1 hora de la finalización de la perfusión con Erbitux®. En los pacientes en los que fracasó la quimioterapia para cáncer de células escamosas de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico, también se usa Cetuximab como agente único. Se recomienda continuar con el tratamiento con Erbitux® hasta la progresión de la enfermedad. **INSTRUCCIONES PARA USO Y MANEJO.** Se administra Erbitux® 5 mg/ml por vía intravenosa con una bomba de perfusión, goteo por gravedad o una bomba con jeringa. Debe utilizarse una vía de perfusión aparte para la perfusión, y debe enjuagarse la vía con una solución para inyección de cloruro de sodio estéril 9 mg/ml (0.9%) al final de la perfusión. Erbitux® 5 mg/ml es una solución incolora. Erbitux® 5 mg/ml es compatible con: Bolsas de PE (polietileno), EVA (etil vinil acetato) o PVC (polivinil cloruro), -Aparatos de perfusión de PE, EVA, PVC, TP (poliolefino termoplasto) o PUR (poliuretano). -Jeringas para bombas de jeringa de PP (polipropileno). Erbitux® no contiene conservantes antimicrobianos o agentes bacteriostáticos. Por lo tanto, al preparar la perfusión debe asegurarse un manejo aséptico. Se recomienda fuertemente usar inmediatamente después de abrir. Erbitux® 5 mg/ml debe prepararse de la siguiente manera: **Para administración con bomba de perfusión o goteo por gravedad (diluido):** Tomar una bolsa de perfusión de un tamaño adecuado de solución de cloruro de sodio estéril de 9 mg/ml (0.9%). Calcular el volumen necesario de Erbitux®. Extraer un volumen adecuado de la solución de cloruro de sodio de la bolsa de perfusión, utilizando una jeringa estéril apropiada con una aguja adecuada. Tomar una jeringa estéril apropiada y adosar una aguja adecuada. Extraer el volumen necesario de Erbitux® de un vial. Transferir Erbitux® en la bolsa de perfusión preparada. Repetir este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conectar la vía de perfusión y cebarla con el Erbitux® diluido antes de iniciar la perfusión. Utilizar un goteo por gravedad o una bomba de perfusión para administración. Programar y controlar la velocidad como se explica arriba. **Para administración con bomba de perfusión o goteo por gravedad (no diluido):** Calcular el volumen necesario de Erbitux®. Tomar una jeringa estéril apropiada (mínimo 50 ml) y adosar una aguja adecuada. Extraer el volumen adecuado de Erbitux® de un vial. Transferir Erbitux® a un recipiente evacuado estéril o bolsa. Repetir este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conectar la vía de perfusión y cebarla con Erbitux® antes de comenzar la perfusión. Configurar y controlar la velocidad como se explica arriba. **Para administración con una bomba de jeringa:** Calcular el volumen requerido de Erbitux®. Tomar una jeringa estéril apropiada y adosar una aguja adecuada. Extraer el volumen necesario de Erbitux® de un vial. Retirar la aguja y poner la jeringa en la bomba de la jeringa. Conectar la vía de perfusión a la jeringa, configurar y controlar la velocidad tal como se explica arriba y comenzar la perfusión después de cebar la vía con Erbitux® o solución de cloruro de sodio estéril 9 mg/ml (0.9%). De ser necesario, repetir este procedimiento hasta infundir el volumen calculado. **INCOMPATIBILIDADES.** No debe mezclarse Erbitux® 5 mg/ml con otros productos medicinales aplicados por vía intravenosa, excepto los mencionados arriba en la sección "Instrucciones para uso y manejo". Debe utilizarse una vía de perfusión aparte. Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud, Certificado N° 51.443. **Elaborado en:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co, Biberach, Alemania / Merck KGaA, Darmstadt, Alemania. **Importado y Distribuido por:** Merck Química Argentina S.A.I.C. Tronador 4890 Buenos Aires, Argentina. Director Técnico: María Eugenia Butti, Farmacéutica. Div. Satisfacción al Cliente: 0-800-777777-8 Texto aprobado según Disp. N° 3847/13. Revisión: Marzo 2013 (MDS V 12) (G1)

La manera en que consideramos los biomarcadores en el cáncer colorrectal está cambiando.

RAS

Una adecuada selección de pacientes tiene como resultado un beneficio en la **Sobrevida Global**^{1,2}

ERBITUX[®]
CETUXIMAB

Vea la diferencia

1. Heinemann V, et al. ASCO 2013 (Abstract N° LBA3506).
2. Stintzing S, et al. ECC 2013 (Abstract N° lba17)

Merck Química Argentina S.A.I.C.
Tronador 4890, Piso 4 - C1430DNN CABA
Tel.: (011) 4546-8100 - www.merck.com.ar

Autorizada su publicación en espacios destinados exclusivamente a profesionales de la salud facultados para prescribir y/o dispensar medicamentos de venta bajo receta.
Sr. Profesional: el material científico aquí referenciado se encuentra a su disposición. Para solicitarlo, comuníquese con el Departamento Médico al teléfono 4546-8100

Merck Serono

MERCK

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La Revista Argentina de Coloproctología, órgano oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología se publica cuatrimestralmente en un volumen anual. Se considerarán para su publicación trabajos clínicos, experimentales, o de revisión, que estén relacionados con el campo de la Coloproctología y que a juicio del Comité de Redacción tengan interés para la Revista. Su reproducción total o parcial, una vez publicado, sólo será posible previa autorización del Comité de Redacción. Las opiniones vertidas en los mismos son de entera responsabilidad de los autores. La reproducción de cualquier artículo, tabla o figura debe contar con la autorización escrita de la publicación o el autor que posee el copyright.

Tipos de artículos:

Artículos de Revisión

Serán una actualización del conocimiento en temas controvertidos. Si son revisiones sistemáticas se organizarán en introducción, material y método, resultados, discusión y conclusión. Si no lo son, la organización quedará a criterio del autor.

Artículos originales

Se comunicarán los resultados de estudios clínico-quirúrgicos y diagnósticos. Se organizarán en introducción, material y método, resultados, discusión y conclusión.

Notas técnicas

Subdividir las en: Introducción (indicaciones), método (descripción detallada del procedimiento), comparación con otros métodos, ventajas y desventajas, dificultades y complicaciones. No es imprescindible acompañarlas con un reporte de casos. Sólo citar las referencias bibliográficas pertinentes.

Reporte de casos

Una breve introducción debería presentar el tema y el propósito del trabajo. En general no es necesario usar secciones separadas en resultados, discusión, conclusiones, o resumen. No debería exceder de 250 palabras, con 2 ilustraciones y hasta 5 referencias bibliográficas.

Casos en Imágenes

Comunicación de un caso clínico mediante imágenes relevantes (macroscopía, microscopía, estudios por imágenes). Luego hacer un breve relato del caso clínico (datos de relevancia) y unas breves conclusiones al respecto del caso (Caso clínico, Conclusiones). No debería exceder de 250 palabras y hasta 5 referencias bibliográficas.

Cartas al Editor

Serán referidas a los artículos publicados en la Revista y no deben exceder de una página, con hasta 5 referencias bibliográficas.

Investigación en Seres Humanos

Enviar la aprobación del Comité institucional de Ética actuante junto con el consentimiento informado. En investigación con animales también deberán ser controlados por el Comité Institucional de Ética.

Para consultar el reglamento completo:
www.sacp.org.ar/revista

Recuerde que los trabajos deben ser enviados **únicamente en forma on-line** a través del formulario en nuestro sitio web.

Editores Responsables SACP
Sociedad Argentina de Coloproctología
Av. Córdoba 937 - Piso 3º - Of. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología
Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil
Revista Indizada en Latindex



COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Presidente	Jorge Héctor Arias
Vicepresidente	Jorge Alberto Latif
Secretario General	Carlos Miguel Lumi
Tesorero	Fernando Gabriel Bugallo
Secretario de Actas	Marcelo Javier Colinas
Vocal titular 1°	Juan Carlos Patrón Uriburu
Vocal titular 2°	Gustavo Leandro Rossi
Vocal titular 3°	Karina Andrea Collia Ávila
Vocal suplente 1°	Mauricio Abel Fantozzi
Vocal suplente 2°	Sergio Hernán Labiano
Vocal suplente 3°	Alejandro Ariel Moreira Grecco
Órgano de Fiscalización	Mario César Salomón (Titular)
	Carlos Enrique Peczan (Titular)
	Alejandro Gutiérrez (Suplente)

La Revista Argentina de Coloproctología es publicada por la Sociedad Argentina de Coloproctología, Asociación Civil, Av. Córdoba 937 Piso 3°, oficinas 3 y 4, (C1054AAI) C.A.B.A., Argentina, +54 11 4322 9695. La suscripción para los miembros de la Sociedad Argentina de Coloproctología está incluida en la cuota societaria. Los trabajos científicos a presentar deben estar adaptados al Reglamento de Publicaciones. Las opiniones expresadas por los autores y anunciantes son a título personal y no representan necesariamente las de la Sociedad Argentina de Coloproctología o la de su revista. Registro de propiedad intelectual N° 64317.

Para más información dirigirse a www.sacp.org.ar

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología

Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil

Revista Indizada en Latindex, UNAM, México

EDITOR

Guillermo Rosato

Hospital Universitario Austral, Buenos Aires

EDITORES ASOCIADOS

Luis Díaz

Hospital Provincial, Neuquen

Cristian Rodríguez

Hospital Churruca-Visca, Buenos Aires

Alfredo Graziano

Buenos Aires

Oscar Tavella

Rosario, Santa Fé

Ubaldo Gualdrini

Hospital B. Udaondo, Buenos Aires

Carlos Vaccaro

Hospital Italiano, Buenos Aires

Rita Pastore

Hospital Juan Fernández, Buenos Aires

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Alejandro Canelas

H.I.G.A.R. Carillo, Buenos Aires

CONSEJO ASESOR

Hugo R. Amarillo

Academia de Ciencias de la Salud, Tucumán

Jorge Hequera

Sanatorio Dupuytren, Buenos Aires

Emilio Pollastri

Fac. Medicina, Univ. Nac. de Rosario, Santa Fé

Jorge Rodriguez Martin

Clínica Modelo de Lanús, Buenos Aires

COMITÉ CIENTÍFICO

José Devesa Mugica (España)

Alessio Pigazzi (EE.UU.)

Rodrigo Oliva Pérez (Brasil)

Steven Wexner (EE.UU.)

Andrew Zbar (Israel)

El objetivo de la Revista de la Sociedad Argentina de Coloproctología es facilitar un ámbito de discusión académica, opinión, intercambio y comunicación entre sus miembros y otras sociedades científicas nacionales e internacionales, priorizando la divulgación científica y publicación de datos e información de la patología colorrectal.

Impresa en Argentina por La Impresión SRL - laimpresionsrl@speedy.com.ar

Diseño y diagramación: Visión Producciones: Sergio Epelbaum, Laura Mizzau, Nehuén Hidalgo y Cynthia Pacheco

www.visionproducciones.com.ar - info@visionproducciones.com.ar





PROFESIONALISMO ▶ CALIDAD SERIEDAD

KIFER

MEDICAL



Instrumentos para Laparoscopia



Sets de Trocar



www.kifermedical.com

Planta Industrial. Ing. Brian 1478 - Buenos Aires - Argentina
Contacto. Tel (54 11) 4460-2417 info@kifermedical.com

Hollister Ostomía

Ofrecemos una amplia variedad de opciones que se adaptan a las necesidades de la persona ostomizada.

Trabajamos para mejorar la calidad de vida de las personas que usan nuestros productos.



Llame gratis al **0800-222-4655**



Hollister

Hollister Ostomía. **Los detalles importan.**

daflon® 500mg

Fracción Flavonoide Purificada Micronizada

Acción única sobre el proceso inflamatorio
de la enfermedad venosa crónica



Nº 1
Flebotónico líder
a nivel mundial

Composición: 500mg fracción flavonoide purificada micronizada: diosmina 450 mg hesperidina 50 mg. **Propiedades terapéuticas:** Vasculoprotector y tónico venoso. Daflon 500 mg. actúa sobre el sistema vascular de retorno: reduce la distensibilidad y la estasis venosa; normaliza la permeabilidad capilar de la microcirculación. **Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica orgánica y funcional de los miembros inferiores, manifestada por los siguientes síntomas: piernas pesadas, dolor, calambres nocturnos, tratamiento de las hemorroides y de las crisis hemorroidales. **Efectos secundarios:** Se han descrito algunos casos leves de trastornos gastrointestinales y neurovegetativos que no hicieron necesaria la interrupción del tratamiento. **Interacciones medicamentosas:** Ninguna. **Precauciones:** Embarazo: los estudios experimentales realizados en animales no han demostrado ningún efecto teratogénico y hasta la fecha no se ha registrado ningún efecto nocivo en humanos. Lactancia: Ante la ausencia de datos relativos a la difusión del fármaco en la leche materna, no se recomienda la lactancia durante el tratamiento. **Contraindicaciones:** Ninguna. **Dosis y administración:** En la enfermedad venosa dos comprimidos diarios. En la Crisis Hemorroidal aguda, la dosis puede aumentarse hasta 6 comp. diarios. Ya que la información sobre la prescripción puede variar de un país al otro, por favor remitirse a la hoja de datos de su país. **SERVIER ARGENTINA S.A.** Av. Del Libertador 5926 (C1428ARP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Directora Técnica: Dra. Nayla Sabbatella, Farmacéutica.



2 comprimidos al día

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

ÍNDICE

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 195 - Evolución Alejada de los Pacientes Operados por Hemorroides Complejas o más de Tres Paquetes con Técnicas No Hemorroidopexia**
Eduardo A. Laura, Marcelo Patkan, Mario Echeverría
- 204 - Tratamiento Laparoscópico Resectivo por Endometriosis Severa con Compromiso Colorrectal: Factibilidad y Seguridad**
Virginia Cano Busnelli, Ricardo Mentz, Carlos Vaccaro, Renan Antelo Galarza, Victor Im, Santiago Gil, Guillermo Ojea, Gustavo Rossi
- 211 - Vigencia y Utilidad de la Operación de Buie Modificada en el Tratamiento del Prolapso Hemorroidal**
Luis Carlos Ferrari, Julieta Vetere, Martín Barrionuevo, Daniele Belotti, Daniel García Andrada

REPORTE DE CASOS

- 217 - Cirugía Transanal a través de Puerto Único (TAMIS). Presentación de Caso clínico y Revisión de la Literatura**
Emilia Beninca, Mariano Laporte, Hernán Vannelli, Esteban Grzona, Juan Manuel Manolizi
- 220 - Schwannoma de Recto. Reporte de un caso**
Javier Villaggi, Cesar Quijano, Nicolás Romero, Marisol Ferrer, Juan Luis Bernava

SERIE DE CASOS

- 224 - Condilomatosis Anal Extensa ¿Electrofulguración o Colgajos? A Propósito de Dos Casos y Revisión de Antecedentes**
Silvana V. Piusi, Luciana La Rosa, Mariano Vaingurt, Juan Pablo Muñoz, Omar R. Miravalle, Carlos Miguel Lumi, Alejandro Gutierrez

AUTOEVALUACIÓN

- 80 - Preguntas de Autoevaluación**
Carlos Alberto Vaccaro

RESÚMENES SELECCIONADOS

- 81 - Cirugía y Laparoscopia**
Mariano Laporte
- 83 - Colonoscopia y Técnicas Endoscópicas**
Luis Díaz
- 85 - Oncología**
Cristian Ariel Rodriguez
- 88 - Cirugía Orificial**
Pablo A. Tacchi



CURSO ANUAL ON-LINE

Ingrese a nuestra web y conozca los diferentes cursos a distancia que le ofrecemos para usted.

WWW.SACP.ORG.AR

Contacto

Teléfono: +54 11 4322-9695

Mail: info@sacp.org.ar

Evolución Alejada de los Pacientes Operados por Hemorroides Complejas o más de Tres Paquetes con Técnicas No Hemorroidopexia

Eduardo A. Laura, Marcelo Patkan, Mario Echeverría

Hospital Naval de Puerto Belgrano

RESUMEN

Introducción: Las hemorroides son una patología muy frecuente. La mayor parte de los pacientes son tratados con modificaciones en la dieta, aquellos que no responden al tratamiento son pasibles de tratamientos ambulatorios y los casos más avanzados quirúrgicos.

Objetivos: Estudiar la evolución alejada de los pacientes con patología hemorroidal severa.

Diseño: Estudio retrospectivo con encuesta telefónica.

Material y Métodos: La serie estudiada son 304 pacientes operados entre 1980 y 2012, correspondiendo 124 a casos con más de 50% de la circunferencia comprometida por trombosis, gangrena o casos de importante prolapso, a quienes se efectuó la exéresis de las zonas afectadas y la reconstrucción del canal anal utilizando colgajos cutáneos, y 180 fueron tratados de tres o más paquetes con técnica de Ferguson.

Resultados: En el período considerado consultaron por hemorroides 1832 pacientes, de los cuales a 180 (9,8%) se utilizó la técnica de Ferguson para tres o más paquetes y 124 (6,8%) fueron casos complejos. Presentaron complicaciones post operatorias el 13,71% de las complejas y el 6,11% de tres paquetes o más (n s). Por medio de la encuesta encontramos en los casos denominados complejos un 93% de asintomáticos y en los de más de 3 Paquetes un 81%, resultando esta diferencia significativa. Los síntomas más frecuentes, sangrado y dolor, fueron muy esporádicos en el 71,4% vinculado a constipación o transgresiones alimentarias manifestando el 93,5% sentirse mejor que antes de operados.

Conclusiones: Tanto los resultados inmediatos como el seguimiento alejado en la serie presentada han sido muy satisfactorios.

Palabras clave: Hemorroides Complejas; Evolución Alejada

ABSTRACT

Introduction: Hemorrhoidal disease is a very frequent pathology. Most hemorrhoids are medically treated with diet changes. Those who do not respond satisfactorily can receive office-based treatments and the most advanced cases require surgical intervention.

Aims/objectives: Study of the long-term evolution of patients with severe hemorrhoidal pathology.

Design: Retrospective study with telephonic survey.

Material and Methods: The studied series comprises 304 patients operated on between 1980 and 2012, corresponding 124 cases to patients with more than 50% of the anal circumference compromised by thrombosis, gangrene or cases of significant prolapse. These cases underwent exeresis of the affected areas and reconstruction of the anal canal utilizing cutaneous flaps, and 180 cases, which presented more than three bundles, were treated with Ferguson's technique.

Results: In the referred period, 1832 patients consulted about hemorrhoids. Ferguson's technique was used on 180 patients (9,8%) and 124 patients (6,8%) corresponded to complex cases. Post-surgical complications were seen in 13, 71% of the complex cases and in 6.11% of the cases with three or more hemorrhoidal bundles (n s). The survey showed that 93% of the complex cases were asymptomatic, in comparison to 81% of those with three or more hemorrhoidal bundles, resulting in a significant difference. The most frequent symptoms: bleeding and pain, were very sporadic in 71, 4% corresponding to constipation or dietary transgressions; 93, 5% stated feeling better than before being operated on.

Conclusions: The immediate results as well as the long-term follow up of the presented series have both been very satisfactory.

Key words: Complex Hemorrhoids; Long-term Results

INTRODUCCIÓN

Las hemorroides son una patología sumamente fre-

cuente, si bien su prevalencia no se conoce con precisión.

La mayor parte de los pacientes portadores de hemorroides se tratan médicamente aumentando la ingesta de fibras y el agua.

En los últimos años se han popularizado técnicas quirúrgicas que no abordan directamente la patología en el ano, sino que efectúan una resección de la

Leído en Sesión SAPC 11 de Julio de 2014

Recibido 16 de julio de 2014

Corregido y aceptado para publicación el 8 de septiembre de 2014

Eduardo A. Laura
mberta@criba.edu.ar

mucosa rectal con sutura mecánica.

Este trabajo recopila la experiencia del primer autor con técnicas no hemorroidopexia.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es conocer la evolución alejada de los pacientes operados de hemorroides complejas o de más de tres paquetes.

También describir las principales características de la serie, compararla con el resto de la patología orificial describiendo sus frecuencias relativas, enunciar los antecedentes de constipación y familiares, la distribución por sexo y edad, los síntomas predominantes, antigüedad de los mismos y las complicaciones post operatorias.

Asimismo, efectuar la encuesta implica un desafío poco habitual en nuestro medio y puede colaborar en la formación de los profesionales más jóvenes involucrados en el estudio de campo.

Tipo de Estudio: Retrospectivo con encuesta telefónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron todas las historias clínicas del consultorio particular del primer autor entre 1980 y el 31 de diciembre de 2012, se obtuvieron los diagnósticos y se separaron todas las de patología anal.

Se tabularon todos los diagnósticos de esta patología separando solamente las de patología hemorroidal compleja o que en la operación fueron tratadas tres o más paquetes hemorroidales. Fueron excluidos todos los pacientes con fisura anal. Estos fueron estudiados para conocer su evolución alejada hace 9 años.¹

A los efectos de este estudio se consideraron casos complejos los que presentaban las siguientes características: Grado IV con afectación de más de 50% de la circunferencia anal con trombosis, gangrena u asociación de ambos, prolapsos voluminosos y extensos que impiden un tratamiento por paquetes requiriendo resecciones de tipo circular con reparación endoanal.

También fueron incluidos pacientes con hemorroides grado IV a quienes se trataron tres o más paquetes en forma longitudinal (Técnica de Ferguson). Fueron excluidos los casos con hemorroides grado IV a los que se trataron dos o menos paquetes.

De los casos incluidos en el estudio se resumió cada historia clínica para conocer los detalles de la técnica, evolución post operatoria inmediata, y fueron llama-

dos telefónicamente para llenar la encuesta.

El formulario de encuesta, que se aprecia a continuación, fue el mismo utilizado hace 9 años para conocer la evolución de los operados por fisuras anales.¹ Los llamados telefónicos fueron efectuados por los coautores evitando el cirujano actuante hacerlo para evitar probables sesgos (Fig. 1).

Técnicas quirúrgicas utilizadas:

Los pacientes se prepararon con ayuno de 8 hs y una microenema 5 hs antes de la cirugía.

La anestesia preferida fue la raquídea con bupivacaína al 0,5 %.

Utilizamos la posición ginecológica con la excepción de casos en que pudiera precisarse algún colgajo dermograso. En estos casos utilizamos la posición proctológica.

Con la inducción anestésica se utiliza 1 g de cefalosporina, con excepción de los casos complejos en que se asocia metronidazol-gentamicina o ciprofloxacina-ornidazol.

Se utilizó siempre en la cirugía anal la valva diseñada por el Dr. Amadeo Espeche.²

Sistémicamente se efectuó rectosigmoideoscopia. El tiempo quirúrgico osciló entre 35' y 90' los casos de mayor complejidad.

La técnica utilizada en los casos donde los paquetes eran identificables fue la de Ferguson con escasas variantes, como por ejemplo la resección submucosa de alguna hemorroide vecina o su cauterización con electro bisturí. Previo a la incisión se infiltra la zona con lidocaína al 0,5% con epinefrina.

El cierre lo efectuamos varios años con ácido poliglicólico el que abandonamos hace más de 10 años por el catgut cromado atraumático 2-0.

Los casos complejos, desde hace más de 15 años, trato de conservar la piel rebatiéndola en el canal anal y suturándola a la mucosa con sutura continúa de catgut cromado 2-0. Hacemos lo posible por no dejar zonas cruentas descubiertas (Figs. 2 y 3).

Los primeros casos de resecciones grandes de tipo circular utilizaba la técnica de Whitehead, en la que se desciende la mucosa al borde de resección cutánea. Posteriormente la abandoné por la anteriormente descrita. Al comenzar las suturas se coloca en la zona cruenta a cerrar solución de yodo-povidona al 10%.

La mayor parte de los operados retomó la ingesta en forma progresiva a partir de las 4 horas de operado.

Se les indicó 36-48 hs. de ayuno, tratamiento antibiótico parenteral y loperamida, al 58% de los pa-

Nombre y Apellido:
 Fecha de la operación: ___ / ___ / ___
 Guía introductoria:
 Ud. Fue operado/a el _____ por el Dr. Eduardo Laura y el Dr. prepara un trabajo en el cual es importante conocer la evolución a lejada de todos los pacientes operados.
 Son Preguntas muy breves, pero si el momento no es oportuno, volveré a llamar cuando Ud. lo disponga.

Deslindar cómo se siente con respecto a la operación:

- Ud., con respecto a la operación que se efectuó hace ¿Siente alguna molestia?
 Si No
- ¿Qué es lo que siente?
 Dolor Sangrado Picação
 Ensuciamiento (que se ensucia la ropa interior) Supuración Ardor
 Incontinencia a gases Incontinencia a sólidos
 No corresponde contestar Combinación de síntomas
- ¿Con qué frecuencia siente molestias?
 1 o 2 veces al año 3 a 6 veces Más de 6 veces Todos los meses
- Lo que siente, ¿Cómo lo calificaría?
 Intenso Moderado Leve
- En su criterio:
 Está mejor que antes de operarse
 Está igual que antes de operarse
 Está peor que antes de operarse

Agradecer la colaboración y predisposición para responder la encuesta

Figura 1: Evolución Alejada de los Pacientes Operados por Hemorroides Complejas o más de Tres Paquetes con Técnicas No Hemorroidopexia.



Figura 2: Extensa necrosis.



Figura 3: Se trata de conservar el tegumento en buenas condiciones para la reconstrucción anal.

cientes con hemorroides complejas y al 4% de las de tres paquetes o más (Tabla 1).

Los analgésicos utilizados con mayor frecuencia fueron el ketorolac en los sueros y rescate con morfina diluida. En algunos casos, ya fuera por la magnitud de la intervención o hipersensibilidad del paciente, se asoció diazepam 15 mg por día por vía oral. En

algunos casos de mayor dolor se reemplazó el ketorolac por la asociación dipirona-dextropropoxifeno.

A los pacientes con Técnica de Ferguson se les dio el alta al 95,56% a las 24 hs o antes dependiendo de si tenían cobertura de obra social o no.

A los casos de hemorroides complejas se les dio el alta de internación a las 48 hs.

TABLA 1: INDICACIÓN DE AYUNO, LOPERAMIDA Y ANTIBIÓTICOS POST-OPERATORIOS POR 36-48 HS.

Ayuno Post-op. (48, 36 hs- ATB- Loperamida)	Complejas	%	3 pqs	%
Sí	72	58.07	8	4.44
No	52	41.93	172	95.26
Total	124	100	180	100

RESULTADOS

Sobre 5233 historias clínicas de pacientes asistidos entre 1980 y 2012, 2682 (51,2%) correspondieron a patología anal.

Las tablas 1 y 2 permiten apreciar la distribución de los diagnósticos.

En la serie de estudio constituida por 304 pacientes se consideraron en conjunto: edad, síntomas predominantes, antigüedad de los mismos, décadas en que fueron intervenidos y en que instituciones (Tablas 2, 3, 4, 5 y 6).

Algo más del 58% fueron varones, la edad promedio fue de 43,4 años (DS 14 años), los síntomas predominantes fueron: el sangrado (63,15%) el dolor (61,51%) y el prolapso (59,86). Tan sólo el 3,94% el motivo de consulta fue la anemia y el 2,3% el prurito (Tabla 3).

Casi el 60% refirieron duración de los síntomas de más de 5 años y 42,4% de más de 10 años (Tabla 4).

El 37,8% refirió antecedentes familiares de hemorroides, antecedentes de constipación el 49% y antecedentes de cirugía o tratamientos ambulatorios por hemorroides el 20,4%.

Al momento de la encuesta telefónica el 73,7% de los pacientes tenían entre 9 y 19 años de operados y el 7,2% más de 20 años (Tabla 7).

Presentaron complicaciones post operatorias el 13,71% de las complejas y el 6,11% de tres paquetes o más, siendo esta diferencia no significativa (Tabla 8).

Todas las complicaciones fueron menores no requiriendo internación, excepto el caso de sangrado que correspondió a un paciente joven que no requirió transfusión ni reintervención.

De los pacientes de la serie denominada Hemorroides Complejas, un paciente debió ser reintervenido a los dos años por estenosis. Se solucionó con colgajos dermograsos.

En ambos grupos las fistulas post operatorias fueron superficiales, siendo tratadas con cirugía ambulatoria (puesta a plano y curetage) con recuperación rá-

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES

Edad	Nº de pacientes
10 a 19	2
20 a 29	52
30 a 39	75
40 a 49	97
50 a 59	30
60 a 69	35
70 a 79	10
80 a 89	2
N/C	1
Total	304

TABLA 3: SÍNTOMAS PREDOMINANTES DE LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Síntomas	Total	%
Dolor	187	61,51
Sangrado	192	63,15
Prolapso	182	59,86
Prurito	7	2,3
Anemia	12	3,94
Uso continuo de Paño	28	9,21
Total	304	100

TABLA 4: ANTIGÜEDAD DE LOS SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Duración síntomas	Total	%
Menor 1 año	16	5.26
Mayor 1 año	9	2.96
Mayor 2 años	22	7.23
Mayor 5 años	51	16,77
Mayor 10 años	66	21,71
Mayor 20 años	43	14,14
Mayor 30 años	20	6,59
No/claramente consignado	77	25,32
Total	304	

pidar y remisión de los síntomas.

Los casos que presentaron fecalomas en el post operatorio, los pudieron resolver con ayuda de enfermería (enemas). Un caso del grupo H. Complejas requirió una anestesia general breve para eliminar el bolo fecal.

Los pacientes que refirieron ensuciamiento, éste fue transitorio, remitiendo después de las 6 semanas de

TABLA 5: ÉPOCA EN QUE FUERON INTERVENIDOS LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Años de operación	Total	%
1980-1989	22	7,24
1990-1999	95	31,25
2000-2009	129	42,43
2010-2012	58	19,08
TOTAL	304	100

TABLA 6: HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA DONDE SE EFECTUARON LAS INTERVENCIONES.

Lugar de operación	Total	%
H. Español	158	51,97
H. Priv. Sur	55	18,09
Hosp. de la As. Mca.	27	8,88
H. Italiano	24	7,9
Cl. Empl. Come	1	0,33
No consignado	39	12,83
Total	304	100

TABLA 7: DÉCADAS EN QUE FUERON OPERADOS LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

Período	Nº de pacientes	%
1980-1989	9	4,14
1990-1999	67	30,74
2000-2009	103	47,24
2010-2012	39	17,88
TOTAL	218	100

TABLA 8: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Compl. Postoperatorias	Complejas	%	3 PQT	%
Granuloma	3	2,41	3	1,66
Cicatrización lenta	2	1,61	2	1,11
Fecaloma	2	1,61	1	0,55
Fístula	3	2,41	1	0,55
Ret. Urinaria	2	1,61	1	0,55
Supuración	2	1,61	2	1,11
Sangr. Postoper.	0		1	0,55
Ensuciam. Pasajero	2	1,61	1	0,55
Total	16/124	12,90	11/180	6,11

p=0,062

operados con ejercicios perineales: 2/124 en el Grupo de H. Complejas (1,6%) y 1/180 en el de más de tres paquetes (0,5%).

Los casos de supuraciones ocurrieron alrededor del 3º o 4º día post operatorio y remitieron con antibióticos de amplio espectro.

Los granulomas fueron tratados en el Consultorio con toques de nitrato de plata.

Dos casos en cada Grupo presentaron cicatrización lenta, es decir transcurridas cuatro semanas referían algún grado de molestia o dolor al evacuar y el examen era normal aunque mostraba falta de epitelización completa en algún sector. Una de estas pacientes siguió sintomática hasta los 90 días.

La anoscopia fue normal. El dolor desapareció después de la misma.

Resultados de la encuesta telefónica

Pudieron ser ubicados telefónicamente 218 pacientes (71,7%). De ellos 103 (47,2%) tenían en promedio 7 años de operados; 67 (30,7%): 17 años de operados; 39 (17,8%): un año y 9 (4,1%): veintisiete años (Tabla 7).

El 93,3% de los casos complejos refirieron estar asintomáticos así como el 81,06 de los de más de 3 paquetes, siendo esta diferencia significativa (Tabla 9).

Considerando en conjunto los casos sintomáticos, de los 21 que refirieron sangrado, 13 (61,9%) esto les ocurría 1 o 2 veces en el año lo mismo que a 7 de los que refirieron dolor (70%), vinculándolo a episodios de constipación o transgresiones alimenticias (Tabla 10).

Una paciente aquejó humedad todos los meses por lo que fue reoperada antes del año (Tabla 10).

Con respecto a la gravedad de los síntomas, el 67,74% de los 31 sintomáticos los conceptuó como leves y 2 como intensos (6,4%), correspondiendo a la paciente ya referida que aquejaba humedad y otro paciente que reintervenimos a los dos años por estenosis (Tabla 11).

De los pacientes sintomáticos, 29 (93,5%) consiguieron sentirse mejor que antes de ser operados y, 1, igual (Tabla 12).

DISCUSIÓN

Se desconoce la prevalencia de la enfermedad hemorroidal.

En USA, mediante un cuestionario de salud anual, se encontró que la prevalencia era el 4,4%.³

Sin embargo, en una muestra pequeña pero aleato-

TABLA 9: RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA. PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012

	Total	%	Asintomáticos		Sintomáticos	
			Total	%	Total	%
Hemorroides complejas	86	39,44	80	93,3	6	6,7
Tres paquetes o más	132	60,55	107	81,06	25	18,93
Total	218	100	187	85,77	31	14,22

TABLA 10: RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA DE PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012 TIPOS DE SÍNTOMAS Y FRECUENCIA.

	Total	Frecuencia			
		1 o 2 veces en el año	6 veces al año	No consignada	Todos los meses
Sangrado	21	13 (61,96)	2 (9,5%)	6	
Dolor	10	7 (70%)	1 (4,8%)	2	
Humedad	1				1
Ensuciamento					
Ardor	1			1	
Picazón	-				
Incontinencia a gases	-				
Incontinencia a sólidos	-				
Dificultad evacuatoria (estenosis)	1*				

* Operado a los dos años por su estenosis

TABLA 11: RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA DE PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012, PACIENTES SINTOMÁTICOS. VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS.

Valoración de la gravedad de los síntomas	Total	%
Leve	21	67,74
Moderado	-	-
Intenso	2*	6,4
No consigna	8	25,82
Total	31	100

* Valoración de la gravedad de los síntomas

TABLA 12: : PACIENTES SINTOMÁTICOS. VALORACIÓN COMPARATIVA ANTES –DESPUÉS. RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA DE PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012.

Comparación	Total	%
Peor	-	-
Igual	1*	3,2
Mejor	29	93,5
No consigna	1	3,2
Total	31	100

* Reoperada al año

ria de varones en Londres, se puso de manifiesto que era del 13,3%.⁴

Por el contrario, en una consulta de Medicina General en Londres se encontró una prevalencia del 36,4%.⁵

Basados en estudios hospitalarios en USA se diagnosticó hemorroides al 21,6% de los pacientes.⁶

Esta limitación en el conocimiento de la prevalencia de la enfermedad fue señalada también recientemente en nuestra Sociedad por Minetti y col.⁸

Los estudios epidemiológicos que estudian la prevalencia de la enfermedad tienen importantes limitaciones, ya que tanto encuestas como apreciaciones de médicos generalistas pueden atribuir síntomas a presuntas hemorroides cuando en realidad sólo el examen proctoscópico efectuado por profesionales debidamente capacitados pueden confirmar fehacientemente el diagnóstico.

Por este motivo nos pareció de utilidad y sin pretender con esto suplir a los estudios de prevalencia, presentar las frecuencias con que las diferentes patologías anales se diagnosticaron en un Consultorio de Cirugía General con especial orientación a la Proctología, en un lapso de más de 30 años (Tabla 13).

En ese lapso consultaron por hemorroides 1832 pacientes representando el 68,3% de los diagnósticos de patología anal (1832/2682).

De ellos no fueron operados ni tratados con méto-

TABLA 13: DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES ASISTIDOS POR PATOLOGÍA ANAL ENTRE 1980 Y 2012.

Diagnóstico	Total	%
Hemorroides	1832	68,3
Fisuras	648	24,16
Fístulas	107	3,98
Estenosis anal	29	1,08
Condilomas acuminados	22	0,82
Prurito anal idiopático	25	0,93
Incontinencia	5	0,19
Adenomas del canal anal	6	0,22
Ano húmedo	1	0,03
Procidencia de recto	4	0,15
Cáncer de ano	2	0,07
Proctalgia sin materia	1	0,03
Total	2682	100

TABLA 14: PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORROIDES ENTRE 1980 Y 2012.

	Total	%
Pacientes con diag. de hemorroides	1832	100
No operado no tr. cons.	994	54,2
Trat amb. (LE-FCI)	270	14,7
Operados	568	31
Operados menos de 3 pqs.	264	14,4
Operados 3 pqs. o más	180	9,8
Operados hem. "Complejas"	124	6,8

* En negrita la serie cuya evolución se estudió.

dos de consultorio (LE-FI) 994 (54,2%) (Tabla 14).

Fueron tratados con Ligadura Elástica- Fotocoagulación Infrarroja 270 pacientes (14,7%) y fueron operados 568 (31%). De éstos, 264 (14,4%) presentaban menos de tres paquetes hemorroidales por lo que no fueron incluidos en el presente estudio (Tabla 14).

Es oportuno destacar algunos datos de esta serie: el 58,2% fueron varones, coincidiendo con lo publicado por otros autores como Thompson y col.⁷ en que refieren mayor prevalencia en varones; el 56,6% tenían entre 30 y 49 años, predominando el grupo de entre 40 a 49 años (31,9%) (Tabla 2).

Los síntomas dominantes fueron dolor y sangrado, mientras que el uso permanente de paños protectores en el 9,2% se puede vincular a la gravedad de las lesiones (Tabla 3).

La antigüedad de los síntomas, mayor de 20 años en el 20,7% de los casos en que fue consignado el dato

y de más de 10 años en 42,4%, confirma que el tratamiento más frecuente es de tipo médico y sólo ante su fracaso los pacientes optan por operarse (Tabla 4).

Encontramos antecedentes familiares de hemorroides en el 37,8% y de constipación en el 49%.

El 20,4% de los pacientes ya había recibido algún tipo de tratamiento quirúrgico o de consultorio.

El ayuno de 36-48 hs en el post-operatorio, asociando antibióticos y en algunos casos loperamida, tiene su fundamento en aquellos casos con grandes reparaciones anales con el objetivo de proteger el canal anal durante los primeros días evitando la movilización intestinal precoz.

Se utilizó en el 58% de los casos Complejos y en el 4,4% de los de más de tres paquetes (Tabla 1).

Las complicaciones post operatorias se presentaron en el 12,9% de los casos denominados H. Complejas y en el 6,1% de los casos de más de tres paquetes (Tabla 8).

En el primer grupo, las de mayor importancia fueron dos casos de ensuciamiento (1,6%) que cedieron a las pocas semanas con ejercicios perineales, y tres casos de fístulas superficiales (2,4%) que requirieron reintervención para puesta a plano (Tabla 8).

En el segundo grupo un paciente requirió reintervención por sangrado (1/180: 0,5%), el mismo se resolvió espontáneamente sin transfusión ni reintervención; uno presentó ensuciamiento pasajero (0,5%) y uno fístula superficial (0,5%).

Por medio de la encuesta telefónica se trató de conocer los resultados alejados.

Encontramos en los casos denominados complejos un 93% de asintomáticos y en los de más de 3 Paquetes un 81% resultando esta diferencia significativa ($p=0,023$) (Tabla 9).

Con respecto a los síntomas relevados en la encuesta en ambos grupos, los más frecuentes: sangrado y dolor fueron valorados en la misma como muy esporádicos (1 o 2 veces por año) en el 61,9% y seis veces en el año en el 9,5%, vinculándolos a episodios de constipación o transgresiones alimentarias y en la valoración conceptuados como mejor que antes de operarse en el 93,5%, con la excepción de un caso que aquejó humedad permanente y que fue reoperada antes del año (Tablas 10, 11 y 12).

El caso de estenosis correspondió a un marino mercante que sufrió un severo cuadro de flucción con gangrena en alta mar y debió ser evacuado de urgencia e intervenido con las técnicas descriptas, presentando a los dos años un claro cuadro de estenosis, por lo que se lo reintervino efectuando dos colgajos dermograsos, con buena evolución y actualmente asin-

tomático.

En los 124 casos complejos la estenosis representa pues el 0,8% o el 1,1% de los casos complejos en que se logró llenar la encuesta (1/86).

Si bien sorprende el porcentaje mayor de sintomáticos (18,9%) en los que se pudo efectuar la técnica de Ferguson, con respecto a los casos Complejos (6,7%) en que fue imposible la identificación de paquetes por tratarse de casos más graves (trombosis masiva-gangrena o prolapso importante), sin embargo puede estar la respuesta vinculada a las características de gran sensibilidad de la encuesta.

Efectivamente cuando analizamos el tipo de síntoma vemos que en general son muy esporádicos y la mayor parte (70,9%) los conceptúa como leves como ya se señaló, intenso el 3% y no contestó la consigna el 25,8%, al asignarle probablemente, escasa importancia.

Por otra parte, no es el objetivo de este trabajo la comparación entre las dos técnicas ya que consideramos que cuando los paquetes hemorroidales son identificables, se debe utilizar la resección por paquetes quedando las resecciones de tipo circunferencial reservadas para aquellos casos en que ello no es posible.

Los resultados de nuestra serie se comparan favorablemente con los referidos por Claudio Mattana y col., de la Univ. del Sag. Corazón de Roma,⁹ quienes siguieron pacientes con hemorroides grado IV, 100 con Tca. de Milligan y Morgan y 100 con hemorroidopexia. Los primeros con seguimiento de 92 meses y los segundos 54 meses.

Los resultados a largo plazo fueron muy satisfactorios con la técnica resectiva mientras que el retorno al trabajo fue más temprano en la hemorroidopexia.

Guenin M y Ackerman del St Claraspital de Suiza¹⁰ efectuaron un análisis retrospectivo de pacientes, operados entre 1993 y 1997, con técnica de Ferguson en 514 pacientes, edad media de 52 años (r 22-96); 7 presentaron hemorragia post operatoria y dos debieron ser reintervenidos, 15 (3% precisaron sondaje vesical.

El seguimiento promedio fue de 4,7 años (2,1 a 7,8). El síntoma dominante fue aliviado en 275 pacientes (67,4 %), mejorado en 111 (27,2 %) y sin variar o peor en 22 (5,4%).

Estos autores refirieron ensuciamiento leve en 86 pacientes (21,2%); moderado en 25 (6,1%) y severo en 4 (0,98%), re operados por recidiva 0,8%.

Evaluaron el procedimiento como excelente 70,5%, bueno 21,4%, moderado 6,2% y malo 1,9%.

Es posible que la mayor juventud de nuestra serie

podiera ser un factor en la diferencia ya que nuestro promedio de edad fue de 43,4 años, mientras que la de Guenin y col. la misma fue de 52 años.¹⁰

Los resultados presentados también se comparan favorablemente con los de Cruz y col.¹¹ que presentaron una serie personal de 2417 casos, de los cuales en 2014 se utilizó la técnica de Milligan y Morgan, 232 la de Ferguson y en 171 procedimientos mixtos, refiriendo en los que se utilizó la técnica cerrada 4 casos de estenosis (1,7%), 1 caso de sangrado (0,4%) y otras complicaciones, no encontrando diferencias estadísticas en la comparación de los procedimientos abiertos o cerrados.

La serie más numerosa de técnica de Ferguson corresponde a Ganchrow y col.¹² que presentaron 2038 pacientes refiriendo estenosis anal en el 1,2%, sangrado en 1,3%, abscesos anales en 0,8% y fistulas en el 0,2%.

También es importante considerar que nuestra serie, a diferencia de las publicaciones citadas, ha excluido casos en que se trataron menos de tres paquetes, es decir son todos pacientes con patología anal florida.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de enfermedad hemorroidal representó el 68,3% de los diagnósticos de patología anal, entre 1980 y el 2012, en el Consultorio del primer autor. Correspondiendo a fisuras el 23,8%, fistulas: 3,9%, estenosis: 1%, condilomas acuminados: 0,8%, prurito anal idiopático: 0,9%.

El 54,2% de los pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal recibieron tratamiento médico; el 14,7% se trataron en forma ambulatoria con LE y FCI y el 31% fueron operados.

El 14,4% de los diagnósticos de enfermedad hemorroidal correspondieron a casos de menos de tres paquetes (264/1832); 9,8% a pacientes con tres o más paquetes hemorroidales (180/1832) y 6,8% a casos complejos como fue definido en Material y Métodos (124/1832), constituyendo estos dos últimos grupos la serie de estudio presentada.

Las complicaciones post-operatorias se presentaron en el 12,9% de los casos de Hemorroides Complejas y en el 6,11% de los de más de tres paquetes y tratados con técnica de Ferguson (p= 0,06).

En ambos casos la mayor parte de las complicaciones fueron vanales y se resolvieron sin internación el 81,5% (22/27); un caso de hemorragia fue internado en observación sin ser transfundido y en ambos grupos en conjunto se presentaron cuatro casos de fístu-

las superficiales que requirieron reintervención para puesta a plano (4/27, 14,8%) El caso que presentó estenosis y fue intervenido a los dos años fue incluido en Complicaciones Alejadas.

El seguimiento alejado por medio de la encuesta telefónica mostró en el grupo de Hemorroides Complejas un 6,7% de sintomáticos y en el grupo de más de tres paquetes tratados con técnica de Ferguson el 18,9%.

En ambos grupos, la mayor parte de los síntomas, predominantemente dolor y sangrado fueron calificados por los pacientes como muy esporádicos: una o dos veces en el año el 61,9% y 6 veces al año el 9,5%, vinculado a transgresiones alimentarias o episodios de constipación. Con respecto a la gravedad el 67,4% lo evaluó como leve y 6,4% como intenso. El 93,5% consideró estar mejor y 3,2% igual que antes

de operarse.

Tanto los resultados inmediatos como el seguimiento alejado en la serie presentada han sido muy satisfactorios.

AGRADECIMIENTOS

El primer autor agradece a los cirujanos que lo ayudaron en la serie presentada: médicos Carlos Garrido, Cristian Rios, Jorge Josid y Juan Carlos Gallucci, a la Instrumentadora Andrea Carbonara de Staffa, a la alumna de Medicina Noelia Bruss que extrajo todos los diagnósticos del fichero, a los colegas anestesiólogos, a las Bioestadísticas de la Universidad Nacional del Sur Prof. Loreto Yañez y Lic. Gabriela Serralunga, a la bioquímica M. Soledad González y al Dr. Claudio Iribarren por sus sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laura E A, Evolución alejada de los pacientes operados por fisura anal con esfinterotomía lateral interna. Rev. Argent. Coloproct.; 2004, 15 (3-4);35-42.
2. Espeche, A., Laura E: Nuevo anoscopio operador. Extractos 64º Congreso Argentino de Cirugía, Revista Argentina de Cirugía, 1993.
3. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of haemorrhoids and chronic constipation, an epidemiological study. Gastroenterology 1990; 98:380-6.
4. Acheson RM. Haemorrhoids in the adult male. A small epidemiological study. Guys Hospital reports 1960; 109:184-95.
5. Gazet JC, Redding W, Rickett JWS. The prevalence of haemorrhoids. Proc R Soc Med 1970; 63:78-8017.
6. Hyams L, Philpot JJ. An epidemiological investigation of haemorrhoids. American Journal of Proctology 1970; 21: 117-93.
7. Thomson JPS, Leicester RJ, Smith LE. Haemorrhoids in Henry MM, Swash M. eds Coloproctology and the pelvic floor. 2nd ed. Oxford Butterworth-Heinemann 1992: 373-93.
8. Minetti A M, Pitaco J I, Sarra C A et al. Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Hemorroidaria Estudio Comparativo Entre una Técnica Convencional y Dos de Reciente Aplicación Sanatorio de la Trinidad Quilmes Rev Argentina de Coloproct. 2014 VOL. 25, Nº 1:1-14.
9. Mattana C, Coco C, Manno A, et al. Stapled hemorrhoidopexy and Milligan Morgan hemorrhoidectomy in the cure of fourth-degree hemorrhoids: long-term evaluation and clinical results. Diseases of the Colon & Rectum 11/2007; 50(11):1770-5.
10. Guenin M, Rosenthal R, Kern B et al. Ferguson Hemorrhoidectomy: Long-Term Results and Patient Satisfaction After Ferguson's Hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2005;48:1523-7.
11. Cruz G, Santana S, Santana J et al. Complicações. Pós-Operatórias Cirúrgicas da Hemorroidectomia: Revisão de 76 Casos de Complicações. Rev Bras Coloproct, 2007;27(1):042-057.
12. Ganchrow MI, Mazier WP, Friend WG, Ferguson JA. et al. Hemorrhoidectomy revisited – a computer analysis of 2.038 cases. Dis Colon Rectum 1971;14(2):128-33.

COMENTARIOS SESIÓN SACP 11 DE JULIO DE 2014

DISCUSIÓN

Carlos Alberto Vaccaro: Deseo realizar una pregunta al doctor. A lo mejor lo dijo y yo no estaba lo suficientemente atento. Respecto a los resultados alejados, que era el objetivo del trabajo, ¿se basaron en la encuesta hecha en forma telefónica o también en datos obtenidos durante el seguimiento en las fichas que mostró inicialmente?

CIERRE DE DISCUSIÓN

Dr. Eduardo Laura: El cuadro que se refiere a complicaciones postoperatorias está extraído de la evaluación de las historias clínicas. En cambio, en los resultados alejados, 218 casos se pudieron ubicar telefónicamente y contestaron la encuesta. Algunos se habían olvidado, y cuando decían que sí, que tenían alguna molestia se trataba de caracterizarla en qué tipo de molestia, en qué frecuencia y cómo la calificaba, si era leve o importante. Un paciente fue operado por mí a los dos años. A este no lo incluí en los llamados telefónicos.

Tratamiento Laparoscópico Resectivo por Endometriosis Severa con Compromiso Colorrectal: Factibilidad y Seguridad

Virginia Cano Busnelli¹, Ricardo Mentz^{1,2}, Carlos Vaccaro¹, Renan Antelo Galarza¹, Victor Im, Santiago Gil², Guillermo Ojea¹, Gustavo Rossi¹

¹Sección de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y ²Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires

RESUMEN

Introducción: La endometriosis intestinal es una forma severa de esta entidad, afectando hasta un 12% de estas pacientes. Su tratamiento quirúrgico resulta difícil debido a la distorsión anatómica que genera, más aún cuando el abordaje es el laparoscópico.

Objetivo: Analizar la factibilidad y seguridad terapéutica de las resecciones colorrectales laparoscópicas por endometriosis severa. **Diseño:** Observacional retrospectivo de una base de datos prospectiva.

Material y métodos: Pacientes operadas con diagnóstico de endometriosis con compromiso colorrectal a las cuales se les realizó una resección intestinal entre enero de 2003 y septiembre de 2013.

Resultados: De 1343 casos operados, 17 pacientes fueron intervenidas por endometriosis severa con compromiso colorrectal. Edad media 35 años (rango 23 - 47), IMC medio 22 kg/m² (rango 18 - 35). El segmento frecuentemente afectado fue el recto (52%) y la unión rectosigmoidea (30%). En 9 pacientes se realizó una resección anterior baja, 4 de ellas requirieron ostomía derivativa; 5 pacientes recibieron una Resección anterior alta y 3 pacientes una hemicolectomía derecha. Tiempo operatorio medio 187 min (rango 60 - 360) y el sangrado operatorio medio 90cc (rango 20 - 500). Índice de conversión 11%. No se registraron complicaciones intraoperatorias. Estadía hospitalaria media 4 días (rango 2 - 10). Morbilidad global 23%. Se observaron complicaciones postoperatorias mayores en 1 caso (dehiscencia anastomótica) y menores en 3 casos (retención urinaria). No se registró readmisión hospitalaria y la mortalidad fue nula.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico de la endometriosis intestinal severa es una opción factible y segura. En centros entrenados, puede ser adoptada como primera opción en el manejo de la endometriosis pélvica con severo compromiso colorrectal.

Palabras claves: Endometriosis Severa; Resección Colorrectal Laparoscópica

ABSTRACT

Background: Deep infiltrating endometriosis with bowel involvement is an aggressive form of endometriosis with an incidence up to 12%. It's surgical management represents a challenge because of the distortion of the anatomy this entity produces, even more so when the approach is laparoscopic. The aim of this study was to evaluate the feasibility and security of colorectal laparoscopic resections for bowel endometriosis.

Materials and methods: All patients presenting to the Department of Colorectal Surgery with bowel endometriosis from January 2003 to September 2013 were identified from a prospective database and retrospectively analyzed.

Results: From 1343 colorectal laparoscopic procedures, 17 patients received surgery because of bowel endometriosis. Median age 35 years (range 23 to 47) and median BMI 22 kg/m² (range 18 to 35). The most affected segments included Rectum 52% and the Rectosigmoid junction 30%. Resections included 9 low anterior resections (4 of them required fecal diversion), 5 High anterior resections and 3 Right Hemicolectomies. Median operating time was 187 minutes (range 60 to 360). Conversion rate 11%. Median length of stay was 4 days (range 2 to 10). There were none intraoperative complications. Global morbidity rate was 23%. Postoperative major complications occurred in 5.8%: one patient presented an anastomotic leak. There were 3 minor complications consistent of urinary retentions. There were no readmissions and mortality rate was nule.

Conclusions: Laparoscopic surgery of bowel endometriosis is a feasible and safe therapeutic option. In trained centers, it can be adopted as the first option in the management of deep infiltrating pelvic endometriosis with bowel involvement.

Key words: Deep Pelvic Endometriosis; Laparoscopic Colorectal Resections

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una entidad clínica caracteriza-

Leído en Sesión SACP 8 de agosto de 2014

Recibido 6 de agosto de 2014

Corregido y aceptado para publicación el 8 de septiembre de 2014

Dr. Gustavo Rossi

gustavo.rossi@hospitalitaliano.org.ar

da por la presencia de tejido endometrial en localización extrauterina. La infiltración profunda de la pelvis con compromiso colorrectal es una de las formas más agresivas de endometriosis con una incidencia estimada entre el 5,3% y el 12%,¹ entre las pacientes que padecen la enfermedad. Los sitios más frecuentemente afectados son el recto y la unión rectosigmoidea con una frecuencia del 70 al 93% causando

dolor pelviano severo, dispareunia, dolor evacuatorio y en algunos casos infertilidad alterando la calidad de vida de las pacientes.

El manejo de la endometriosis intestinal es amplio y complejo el cual abarca desde el tratamiento médico hasta diferentes opciones quirúrgicas. Estas últimas van desde escisiones simples (con cauterio o láser), mucosectomías o resecciones en cuña con cierre primario, hasta resecciones del segmento colorrectal afectado.² A su vez, Redwine³ ha sugerido un score de severidad del compromiso intestinal por endometriosis basado en el tipo de manejo quirúrgico requerido: Grado I superficial o seromuscular, Grado II espesor parcial hasta la mucosa, Grado III espesor total y Grado IV compromiso de un segmento intestinal. Se ha reportado que los mejores resultados en términos de recurrencia o mejoría de los síntomas se han obtenido mediante cirugía radical la cual incluye a la histerectomía, la escisión completa de los implantes endometriósicos y la resección del segmento intestinal afectado en caso que éste se encontrara comprometido.²⁻⁴

El tratamiento quirúrgico representa un desafío debido a la gran distorsión anatómica que esta patología genera, más aún cuando el abordaje propuesto es el laparoscópico.

En la actualidad existen escasos reportes que han asociado el tratamiento quirúrgico de la endometriosis con compromiso colorrectal con el abordaje laparoscópico,^{7,8,11-13} los cuales enfatizan los beneficios del abordaje miniinvasivo en el manejo de esta patología. Sin embargo, la factibilidad y seguridad del método continúan siendo motivo de estudio. El objetivo de este trabajo es evaluar la factibilidad y seguridad de las resecciones colorectales laparoscópicas

por endometriosis severa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó la base de datos prospectiva de cirugía laparoscópica colorrectal durante el período comprendido entre enero de 2003 y septiembre de 2013. De ésta, se identificaron aquellas pacientes operadas con diagnóstico de endometriosis y se excluyeron las pacientes a las que no se les realizó una cirugía resectiva colorrectal. Todas las pacientes fueron estudiadas mediante resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis y colon por enema para identificar el grado de afectación parietal del segmento intestinal afectado (Fig. 1). En aquellas pacientes que presentaban proctorragia se asoció como estudio prequirúrgico una rectoscopia o colonoscopia.

Todas las pacientes habían recibido terapia hormonal para el tratamiento de la enfermedad hasta el momento de la cirugía.

Las pacientes recibieron preparación mecánica intestinal y una dosis de heparina de bajo peso molecular ajustada al peso el día previo a la cirugía. Todas las cirugías fueron realizadas en posición de Lloyd Davies y a todas las pacientes se les colocaron bombas de compresión neumática secuencial en ambos miembros inferiores durante las mismas.

En todos los casos el equipo tratante estuvo constituido por un integrante de la Sección de Cirugía Colorrectal y en un miembro del Servicio de Ginecología, con especial dedicación al tratamiento de la endometriosis. Los detalles técnicos de los distintos tipos de resecciones colorectales fueron previamente descriptos.¹⁵

Los datos analizados incluyen: edad, índice de masa

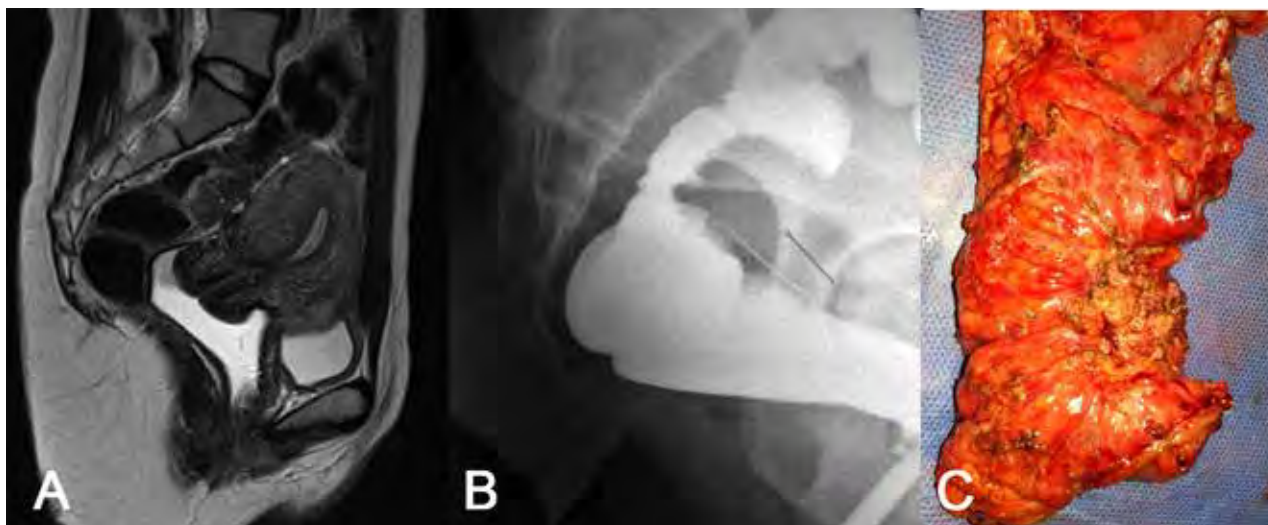


Figura 1: A: Corte sagital de RMN donde se observa implante endometriósico sobre la cara anterior del recto. B: Colon por enema que muestra estrechamiento de la luz del recto. C: pieza quirúrgica del caso presentado.

corporal (IMC), historia previa de endometriosis, síntomas previos, cirugías previas por endometriosis, tipo de cirugía, procedimientos asociados, tiempo operatorio, complicaciones intra y postoperatorias y estadía hospitalaria. Las complicaciones postoperatorias fueron analizadas según el score de complicaciones de Clavien-Dindo.¹⁶ El manejo postoperatorio de estas pacientes fue realizado siguiendo los lineamientos de un programa de recuperación acelerada (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) recientemente reportado por nuestro grupo.¹⁰ Se realizó un seguimiento postoperatorio de las pacientes en forma ambulatoria. Los síntomas se midieron en términos de mejoría de los síntomas y se evaluó la fertilidad en las pacientes que desearon embarzarse.

Las variables categóricas fueron expresadas en términos de frecuencia y las variables continuas mediante media y rango.

RESULTADOS

Sobre 1343 cirugías colorrectales realizadas por vía laparoscópica, se identificaron 31 pacientes que se operaron con diagnóstico de endometriosis. De éstas se analizaron 17 pacientes que recibieron una resección colorrectal por afectación endometriósica. La Figura 2 describe la distribución de las pacientes.

La edad media de las pacientes fue de 35 años (rango 23 a 47) y las características demográficas restantes de la población estudiada se detallan en la Tabla 1.

Todas las pacientes presentaban dolor pélvico crónico con alteración del ritmo evacuatorio y evacuaciones dolorosas. El resto de los síntomas preoperatorios se describen en la Tabla 2.

El segmento más frecuentemente afectado fue a nivel del recto medio (tabique rectovaginal) en 9 casos. El resto de las localizaciones se distribuyeron a nivel de la unión rectosigmoidea en 5 casos y en el colon derecho en 3 casos.

El tipo de resección colorrectal más frecuente fue la resección anterior baja en 9 casos (en 4 de los cuales se asoció una ostomía derivativa), seguida de la resección anterior alta en 5 casos y tres casos de colectomía derecha.

La media de tiempo operatorio fue de 187 min (rango de 60-360) y la de pérdida hemática fue de 90 cc (rango de 20 a 500).

Se realizaron procedimientos asociados en 13 pacientes. Los mismos se detallan en la Tabla 3. El índice de conversión global de la serie fue del 11% (2/17). Ambos casos requirieron conversión a lapar-

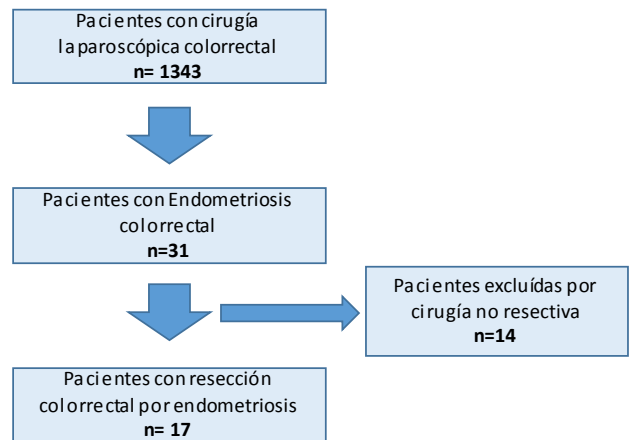


Figura 2: Distribución de los pacientes del estudio.

TABLA 1: DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Media de edad en años (rango)	35 (23 – 47)
Media de IMC en kg/m ² (rango)	22 (18 – 35)
ASA	
ASA I	4 (23%)
ASA II	13 (77%)
ASA III	0
Cirugía previa por endometriosis	13 (77%)

IMC: Índice de Masa Corporal.

ASA: American Society of Anesthesiology

TABLA 2: DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y DISTRIBUCIÓN DE LOS MISMOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS

Síntomas	Pacientes (n=17)	%
Dolor pélvico crónico	17	100
Dispareunia	17	100
Dolor evacuatorio	14	82
Proctorragia	5	29
Infertilidad	9	56

TABLA 3: DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS

Procedimientos asociados	n = 13	%
Quistostomía de ovario	8	61
Prueba de permeabilidad tubaria	7	53
Anexohisterectomía total	3	23
Anexectomía unilateral	1	7,6

tomía debido a múltiples implantes endometriósicos firmes que dificultaban la disección. La media de estadía hospitalaria fue de 4 días (rango de 2 a 10).

No se registraron complicaciones intraoperatorias. La morbilidad global de la serie fue de 23% (4/17). Se registró una complicación postoperatoria ma-

yor (5,8%) que consistió en una dehiscencia anastomótica (Grado III B) de la paciente que había sido convertida y a quien se le había realizado una resección anterior alta. La misma fue reoperada por vía laparoscópica y se le realizó drenaje de la peritonitis y una ostomía derivativa. Se observaron 3 complicaciones menores; 3 pacientes presentaron retención aguda de orina las cuales requirieron recolocación de sonda vesical. Ninguna paciente debió ser readmitida luego del alta y la mortalidad de la serie fue nula.

Se completó el seguimiento en el 89% de la población (dos pacientes fueron consideradas perdidas). La media de seguimiento fue de 33 meses (rango 3-120). Durante el mismo, el 88% de la población (15 pacientes) refirió desaparición completa del dolor, y hasta el momento de considerarlas perdidas, dos pacientes habían referido mejoría de los síntomas. Sobre 9 pacientes con deseo de lograr un embarazo, 4 mujeres lograron concebir en el postoperatorio. De estas, una tenía historia previa de infertilidad y logró concebir con fertilización in vitro, dos lograron concebir naturalmente llegando a término con su embarazo y la última paciente luego de concebir presentó un aborto espontáneo. El resto de las pacientes que buscaron embarazarse pero no lograron concebir, tenían diagnóstico de infertilidad previo a la cirugía. Las 8 pacientes restantes del estudio, no buscaron embarazarse aún.

DISCUSIÓN

La resección quirúrgica de un segmento del colon o recto en el tratamiento de la endometriosis pelviana continúa siendo motivo de controversia. Aunque se dispone de múltiples estrategias, ningún tratamiento no quirúrgico ha logrado hasta el momento la desaparición completa de los síntomas asociados a la endometriosis con compromiso colorrectal.^{17,18} Por otro lado la endometriosis es una condición benigna con tendencia relativamente limitada a la progresión, por lo que un procedimiento quirúrgico que requiera extensa lisis de adherencias o resecciones colorrectales debería utilizarse en casos seleccionados, en pacientes muy sintomáticos con alteración de su calidad de vida.¹⁹

El manejo de la endometriosis intestinal depende generalmente del grado de profundidad de invasión de la pared del intestino (superficial, parcial o del espesor total), llevando a diferentes opciones quirúrgicas desde resecciones en cuña a resecciones segmentarias.^{14,20} Se han propuesto numerosos abordajes conservadores para lidiar con esta condición técnica-

mente demandante y para preservar la fertilidad. A pesar de esto, algunos estudios resaltan las mayores tasas de recurrencia de los síntomas con cirugías no radicales o "incompletas".^{21,22} Más aún, se ha reportado que los mejores resultados en términos de recurrencia o mejora de los síntomas se han alcanzado con la resección del segmento intestinal afectado.⁸

Así como observamos en nuestra serie, la eficacia de la resección colorrectal en la endometriosis ha sido demostrada en ensayos clínicos randomizados,¹⁷ como el aportado por Darai y col.¹³ con un importante alivio de los síntomas tanto ginecológicos como digestivos, especialmente el dolor evacuatorio, con menores tasas de recurrencia. Esto puede ser debido a que, como ya se ha demostrado, la recurrencia de la enfermedad usualmente inicia en el tabique rectovaginal; de esta manera la escisión completa de todas las lesiones endometrióticas asociadas a resecciones rectales permite no sólo un alivio sintomático sino también mejor pronóstico en términos de recurrencia.^{13,18}

Si bien nuestra serie representa una población pequeña, de los estudios retrospectivos disponibles la mayoría son series con menos de 20 pacientes reseccionadas por vía laparoscópica.¹⁹ El trabajo con mayor número de pacientes corresponde a una población de 52 mujeres.^{8,11} Se trata de una serie prospectiva randomizada pero sólo incluye 26 pacientes en el grupo de resecciones colorrectales por vía laparoscópica con resultados a favor de esta vía de abordaje. En cuanto al tipo de cirugía realizada, pocos trabajos especifican el tipo de resección colónica o rectal realizada;¹² en contraposición nuestra serie describe los segmentos resecados con más frecuencia.

Con respecto al tiempo operatorio, reportamos una media de 187 min. En otras series retrospectivas se mostró la misma tendencia con medias de 180 o 190 min,^{12,13} salvo en la serie francesa de Darai y col. que reportó una media de 6.3 horas siendo así la serie con tiempo operatorio más prolongado.¹¹ En general todos los estudios retrospectivos y prospectivos muestran una tendencia a un tiempo operatorio ligeramente mayor con el abordaje laparoscópico versus el convencional, pero esto no fue estadísticamente significativo.⁸ Cabe destacar que en nuestra serie se realizaron procedimientos asociados en 13 pacientes, detallados en tabla 3. El tiempo operatorio mayor de nuestra serie fue de 360 min correspondiente a la paciente que requirió conversión a laparotomía y en la que se asoció una anexohisterectomía en bloque.

Respecto al índice de conversión, hemos observado una incidencia del 11%. Este dato es consistente

con la mayoría de las series publicadas que reportan tasas entre el 7 y 11%.¹¹⁻¹³ Sin embargo, cabe destacar que a diferencia de otras series, la mayoría de los procedimientos realizados en la nuestra han sido resecciones anteriores bajas de recto las cuales, como hemos descrito previamente en el tratamiento laparoscópico del cáncer de recto, presentan un índice de conversión mayor de hasta un 15%.¹⁶ Teniendo en cuenta lo recién mencionado, sumado al carácter infiltrativo de esta enfermedad y que la mayoría de las pacientes presentaban el antecedente de cirugías previas por endometriosis, consideramos que nuestro índice de conversión resulta aceptable.

Nuestro estudio arroja una morbilidad global de 23%, siendo las complicaciones mayores de un 5,8% del total de pacientes resecadas.²¹ Estos hallazgos se encuentran por debajo de la serie prospectiva de Darai y col. quienes observaron una morbilidad global del 34,6% siendo las complicaciones mayores de un 9%.⁸ Bazot y col., sobre una serie retrospectiva de 40 pacientes resecadas, reportaron una morbilidad global de 27,5%. Sin embargo, la tasa de complicaciones mayores fue de un 10% representado por 3 fistulas rectovaginales que requirieron reintervención y un absceso pelviano. Otra de las complicaciones frecuentemente descripta en las diferentes series publicadas es la retención aguda de orina (RAO). Si bien la RAO es considerada una complicación menor (C-D II) representa algún grado de lesión intraoperatoria de alguno de los nervios hipogástricos que regulan la motilidad vesical. Esto podría explicarse debido a la retracción tisular hacia la línea media de las distintas estructuras de la cavidad pelviana secundaria a los implantes endometriósicos, con la consecuente alteración de los planos de disección.

En nuestra serie registramos 3 pacientes con RAO que requirieron recolocación de sonda vesical y rehabilitación.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio debemos destacar principalmente su diseño retrospectivo, el cual conspira contra el nivel de evidencia. Sin embargo, el registro prospectivo de los datos analizados contribuye a mitigar este efecto negativo. Otra limitación de este trabajo es debido al tamaño muestral de la población analizada. Sin embargo, como fuera mencionado previamente, la condición benigna de esta enfermedad como así también su limitada progresión, hacen que el número de casos seleccionados para realizar una resección colorrectal sea escaso. Por último, mencionamos la ausencia de una valoración objetiva de los síntomas pre y postoperatoria como así también de calidad de vida. A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos apoyan el hecho de que la cirugía laparoscópica resulta ser una opción segura para las pacientes que requieren una cirugía por endometriosis profunda, incluso en aquellas pacientes en las que se requiere resección colorrectal.

CONCLUSIÓN

El tratamiento laparoscópico de la endometriosis con afectación colorrectal es una opción terapéutica factible y segura. Si bien la morbilidad global asociada a la cirugía no es menor, el porcentaje de complicaciones mayores parece ser bajo. En centros entrenados en cirugía colorrectal laparoscópica puede ser adoptada como una primera opción en el manejo de la endometriosis profunda severa con infiltración del colon y el recto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neme R, Schraibman V, Okazaki S et al. Deep Infiltrating Colorectal Endometriosis Treated With Robotic-Assisted Rectosigmoidectomy. *JSL.S.* 2013 Apr-Jun; 17(2): 227-234.
2. H. Dupree, T. Falcone et al. Laparoscopic resection of deep pelvic endometriosis with rectosigmoid involvement. *J Am Coll Surg.* 2002 Dec;195(6):754-8.
3. Redwine DB. The visual appearance of endometriosis and its impact on our concepts of disease. *Clin Biol Res* 1990;323:393.
4. Stepniewska A1, Pomini P, Guerriero M, Scioscia M, Ruffo G, Minelli L. Colorectal endometriosis: benefits of long-term follow-up in patients who underwent laparoscopic surgery. *Fertil Steril.* 2010 May 1;93(7):2444-6.
5. Darai E, Bazot M, Rouzier R, et al. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19:308-313.
6. Darai E, Dubernard G, et al. Randomized Trial of Laparoscopically Assisted Versus Open Colorectal Resection for Endometriosis. Morbidity, Symptoms, Quality of Life, and Fertility. *Annals of Surgery.* Volume 251, Number 6, June 2010.
7. G. Rossi, H. Vaccarezza, C. Vaccaro, R. Mentz, V. Im, A. Alvarez, G. Ojea Quintana. Two-day Hospital Stay After Laparoscopic Colorectal Surgery under an Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Pathway. *World J Surg.* 2013 Oct;37(10):2483-9.
8. E. Darai, M. Bazot et al. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am Journal of obstetrics and gynecology* (2005)192, 394-400.
9. P. De Nardi, C. Staudacher. Laparoscopic treatment of Deep pelvic endometriosis with rectal involvement. *Dis Colon Rectum.* 2009 Mar;52(3):419-24.
10. Rossi G., Vaccaro C., Ojea Quintana G., Jalón M., Carrozzo E. (h), Benati M., Bonadeo F. Laparoscopia Colorrectal: Evaluación de 100 casos consecutivos. *Revista Argentina de Coloproctología* 2006; 17: 243-249.
11. Jatan AK1, Solomon MJ, Young J, Cooper M, Pathma-Nathan N. Laparoscopic management of rectal endometriosis. *Dis Colon Rectum.* 2006 Feb;49(2):169-74.
12. Koh CE1, Juszczak K, Cooper MJ, Solomon MJ. Management of deeply infiltrating endometriosis involving the rectum. *Dis Colon Rectum.* 2012 Sep;55(9):925-31.

13. Rossi G., Vaccarezza H., Vaccaro C., Mentz R., Im V., Benati M., Bonadeo F., Ojea Quintana G. Tratamiento Laparoscópico del Cáncer de Recto: Resultados Oncológicos a Largo Plazo. *Revista Argentina de Cirugía* 2013; 105 (2): 52-59.
14. B. Dousset, M. Leconte, B. Borghese, A. Millischer, G. Roseau, S. Arkwright, and C. Chapron. Complete Surgery for Low Rectal Endometriosis: Long-term Results of a 100-Case Prospective Study. *Ann Surg.* 2010 May;251(5):887-95.
15. Kondo W1, Bourdel N, Tamburro S, Cavoli D, Jardon K, Rabischong B, Botchorishvili R, Pouly J, Mage G, Canis M. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG.* 2011 Feb;118(3):292-8.
16. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of Surgical Complications. A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann Surg.* 2004 August; 240(2): 205-213.
17. Coronado C, Franklin RR, Lotze EC, et al. Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. *Fertil Steril.* 1990;53(3):411-416.
18. Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rectum.* 1994;37(8):747-753.
19. Chapron C, Dubuisson JB, Chopin N, et al. Deep pelvic endometriosis: management and proposal for a "surgical classification." *Gynecol Obstet Fertil.* 2003;31(3):197-206.
20. Kruse C1, Seyer-Hansen M, Forman A. Diagnosis and treatment of rectovaginal endometriosis: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Jun;91(6):648-57.
21. Fedele L, Bianchi S, Zanonato G, et al. Long-term follow-up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:1020-1024.
22. Ford J, English J, Miles WA, et al. Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *BJOG.* 2004; 111:353-356. *Dis Colon Rectum* 1971;14(2):128-33.

COMENTARIOS SESIÓN SACP – 8 DE AGOSTO DE 2014

DISCUSIÓN

Dr. Jorge Rodríguez Martín: Me parece muy oportuno presentar este tipo de patología, que no siendo frecuente, a veces es bueno traerla a la memoria. Deseo relatar un caso que tuve la oportunidad de tratar: una mujer de 21-22 años, con diagnóstico de endometriosis que había debutado con hematoquecia. Se le propuso tratamiento quirúrgico y los ginecólogos resolvieron no aceptar el mismo, llevando a cabo tratamiento hormonal. La enferma pocos meses después evolucionó con una perforación y peritonitis generalizada que la puso en grave riesgo de muerte. Concluyo que este tipo de endometriosis severa debemos tenerla en consideración porque puede poner en grave riesgo de vida a los pacientes. Muchas gracias.

Dr. Guillermo Osvado Rosato: Dr. Mentz, tengo para hacerle algunas preguntas. En la elección del método por imagen para el diagnóstico, ustedes usan preferentemente la resonancia magnética. Quiero preguntarle si encuentran alguna diferencia en cuanto a la sensibilidad. Nuestro grupo trabaja en conjunto con el servicio de ginecología y en general la recomendación de ellos es utilizar tomografía computada. El servicio de diagnóstico por imágenes nos informa con mucha correlación la anatomía afectada en coincidencia con los hallazgos intraoperatorios. Por otro lado deseo preguntar: ¿el abordaje de estos pacientes los hacen en forma exclusiva en coloproctología o trabajan en conjunto con el servicio de ginecología? ¿Qué hacen con el resto de los nódulos? Digamos, si hay implantes peritoneales u ováricos; ¿los electrocoagulan, utilizan el coagulador bipolar, los resecan con el hook o con algún otro elemento de energía? Deseo destacar que en general, y como bien detallaron ustedes en el estudio, este grupo de pacientes son enfermas jóvenes con casi nula comorbilidad y el motivo que las lleva a tomar la decisión de un tratamiento quirúrgico, es la infertilidad y el dolor pelviano crónico que no remite con los tratamientos médicos. En nuestra casuística nosotros hemos realizado también resecciones discales de la parte superior del recto o del sigmoide involucrando el nódulo endometriótico y suturas intraperitoneales; incluso con el equipo de ginecología tratamos de hacer un shearing muchas veces incluyendo la serosa para evitar tener que llegar a la resección que tiene mayor morbilidad. Muchas gracias.

CIERRE DE DISCUSIÓN

Dr. Ricardo Esteban Mentz: Muchas gracias Dr. Martín, por comentar su experiencia del caso que nos contó. Dr. Rosato, me había preguntado sobre la utilización de la resonancia magnética versus la tomografía. Nosotros utilizamos la resonancia magnética en el hospital probablemente porque consideramos que tenemos mejor definición anatómica de lo que podemos ver en la tomografía, al menos con los equipos que contamos en nuestro hospital. Existe gran interés en lo que son las imágenes rectales por resonancia, sobre todo en relación al adenocarcinoma del recto, y quizás es una herramienta que estamos muy habituados y nos sentimos cómodos en el manejo. Probablemente parte de lo que nosotros podemos discutir es si utilizamos más resonancia o la ecografía para hacer la evaluación de la profundidad de la invasión, y lo cierto es que son pacientes

que muchas veces la utilización del transductor por vía transrectal genera dolor tanto por adherencias como por el mismo nódulo endometriósico. Es decir, en base a nuestra experiencia, preferimos resonancia magnética para estudiar estos pacientes. En cuanto al abordaje, lo hacemos habitualmente con los ginecólogos, tanto en la evaluación preoperatoria como en la elección de la estrategia quirúrgica antes de la cirugía. Durante el acto operatorio habitualmente están uno de los cirujanos proctólogos y uno de los dos ginecólogos que habitualmente hacen endometriosis en el hospital. Y sí, la decisión de hacer una resección o no algunas veces es más sencilla cuando el compromiso es muy extenso y algunas veces es más dificultosa cuando los nódulos son más pequeños y uno puede tener la oportunidad de researlos sin tener que hacer la resección completa. En cuanto al resto de los implantes, la idea es tratarlos en cada cirugía. Lo cierto es que son personas jóvenes que generalmente tienen quistes en el ovario, a los que tratamos con el destechamiento del mismo y quemamos toda la superficie del quiste. Pero lo cierto es que siempre algo de tejido endometrial, a mí parecer, queda. Con eso creo haber respondido las preguntas que me hizo.

Vigencia y Utilidad de la Operación de Buie Modificada en el Tratamiento del Prolapso Hemorroidal

Luis Carlos Ferrari, Julieta Vetere, Martín Barrionuevo, Daniele Belotti,
Daniel García Andrada

Sanatorios Aconcagua y Santo Tomás Privado, Ciudad de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La cirugía del prolapso hemorroidal puede ser controversial, en particular cuando éste es circunferencial o en corona; diversos procedimientos han sido propuestos, algunos de ellos con complicaciones difíciles de solucionar. La técnica de Buie modificada puede resolver esta patología evitando las mismas.

Objetivo: Evaluar prospectivamente los resultados obtenidos en la cirugía del prolapso hemorroidal mediante el empleo de la técnica de Buie modificada, sola o combinada con otra técnica.

Diseño: Prospectivo observacional.

Pacientes y Método: 37 pacientes consecutivos, operados entre agosto de 2007 y mayo de 2014, por prolapso hemorroidal con la técnica de Buie modificada, sola o combinada con otra técnica.

Resultados: La edad promedio de la muestra fue 46,48; de los cuales el 62,16% fueron de sexo masculino; todos los pacientes eran portadores de un prolapso hemorroidal parcial o circunferencial o en corona. El sangrado ocasional fue el síntoma más frecuente (75,67%), seguido de la humedad perianal (67,57%). La técnica de Buie modificada se llevó a cabo solo en el 32,43% y combinado con la técnica de Ferguson en el 67,57%. El promedio de días de internación fue de 1,11. Cinco pacientes evidenciaron un sangrado escaso y de presentación irregular siendo la única complicación postoperatoria (13,5%). En el control a 30 días todos los enfermos tuvieron una adecuada cicatrización. No se constataron estenosis anal o ano húmedo por ectropión mucoso.

Conclusiones: La técnica de Buie modificada sola o combinada resultó un procedimiento adecuado y efectivo para el tratamiento del prolapso hemorroidal con una estadía sanatorial corta, bajo costo y un índice de complicaciones postoperatorias más que aceptables.

Palabras Claves: Prolapso Hemorroidal; Operación de Buie

ABSTRACT

Introduction: Prolapsed hemorrhoid surgery can be controversial, in particular when the surgery involves prolapsed hemorrhoids partial or in "crown". Several procedures have been proposed, some of which have provided with complications difficult to solve. Buie's modified technique can resolve this pathology, preventing these complications

Objective: To assess prospectively the acquired results obtained from prolapsed hemorrhoid surgery after Buie's modified technique, alone or in combination with another technique

Design: Prospective observational

Patients and Method: 37 consecutive patients underwent surgery after Buie's modified technique alone, or combined with another technique, between August 2007 to May, 2014.

Results: The average mean age of the patients was 46,48; from which 62, 16% were males; all carried partial or in "crown" prolapsed hemorrhoids. Occasional bleeding was the most frequent symptom (75, 67%), followed by perianal moisture (67,57%). The Buie's modified technique was performed alone in 32,43% and in combination with the Ferguson technique in 67, 57%. The average days of patients admission was 1,11. Five patients showed scanty and irregular bleeding, this being the only post-operative complication (13,5%). After a 30-day checkup, all patients presented reasonable scaring. No evidence was found for anal stenosis or moist anus by mucosal ectropion.

Conclusions: The Buie's modified technique, alone or combined, turned out to be the most effective and proper procedure for the treatment of prolapsed hemorrhoids; it is inexpensive, besides the patient is admitted to the hospital for a short period of time with a more acceptable index of post-operative complications.

Key words: Hemorrhoid Prolapse; Buie Procedure

INTRODUCCIÓN

El prolapso hemorroidal se define como la protrusión a través del conducto anal de las hemorroides internas cubiertas casi por completo por mucosa rec-

tal, de manera permanente o ante el más mínimo esfuerzo.^{1,2} Dicha protusión, se produce como consecuencia del deslizamiento de las "almohadillas vasculares", descritas por Thompson hace casi tres décadas,³ en dirección caudal, pudiendo ser sectorial o circunferencial o en corona.⁴ La técnica quirúrgica a emplear frente a esta condición resulta un tanto controversial en particular cuando es en corona; algunos procedimientos, como el clásico amputativo de Whitehead^{5,6} y sus posteriores modificaciones⁷⁻¹⁰

Recibido 11 de agosto de 2014

Corregido y aceptado para publicación el 19 de septiembre de 2014

Correspondencia:

Luis Carlos Ferrari

luiscarlosferrari@yahoo.com.ar

y otros, han sido propuestos.¹¹ Algunas complicaciones permanentes, no siempre sencillas de resolver, tales como el ectropión mucoso o la estenosis anal eran observadas durante la práctica de estas técnicas.¹² En 1995, el empleo de suturas mecánicas a partir del trabajo de Longo^{13,14} resultó atrayente y práctico, pero, en principio, sin resolver en un mismo acto el prolapso hemorroidal y los colgajos o protusiones cutáneas remanentes, con el agregado de observarse algunas complicaciones severas.¹⁵ Varios años antes, en 1960, Louis Buie, en la segunda edición de su libro *Proctología Práctica*, publicó una técnica amputativa para el tratamiento del prolapso hemorroidal que hoy lleva su nombre y que en principio evita las complicaciones arriba mencionadas.¹²

A partir de agosto de 2007, interesados y atraídos por este procedimiento y con el objeto de solucionar en un solo acto quirúrgico todo el problema, intervinimos quirúrgicamente una serie consecutiva de pacientes con prolapso hemorroidal, empleando la técnica de Buie con algunas modificaciones. Su descripción y los resultados obtenidos, son presentados a continuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio prospectivo observacional, que incluía a todos los pacientes con prolapso hemorroidal sometidos a hemorroidectomía con técnica de Buie sola o combinada con otra técnica, en dos instituciones privadas de Córdoba, desde agosto del 2007 hasta mayo de 2014. Las variables que se tomaron en la planilla de recolección de datos fueron los siguientes: edad; sexo; síntomas preoperatorios de consulta tales como: constipación, sangrado ocasional, sangrado frecuente, humedad perianal, prurito. Se consignó asimismo si la técnica se empleó sola o combinada y con cual técnica; la estadía sanatorial; la presencia de complicaciones postoperatorias tales como: sangrado, infección, retracción mucosa o desinserción parcial o total de la misma, estenosis o ano húmedo por ectropión mucoso. También se recabaron los controles postoperatorios efectuados a los 15 y a los 30 días. En algunos casos el seguimiento se extendió a 6 y 12 meses. No se estableció una escala de dolor para valorar objetivamente el mismo. En todos los casos se objetivó la presencia de prolapso hemorroidal unilateral parcial o circunferencial o en corona.

Se excluyó a todos aquellos pacientes a los que no se les practicó una hemorroidectomía empleando la técnica de Buie sola o combinada y aquellos que tuvieron una historia clínica incompleta.

Todos los pacientes fueron sometidos a un examen proctológico que consistió en: inspección anal, tacto rectal y fibrocolonoscopia (FCC) de rutina en aquellos mayores de 40 años. También se les solicitó valoración cardiovascular y análisis de sangre preoperatorios. La preparación prequirúrgica fue similar a la descripta previamente, al igual que el protocolo seguido el día de la internación.

Técnica operatoria: bajo anestesia raquídea, paciente en posición de litotomía. Antisepsia de piel con iodopovidona al 10%, colocación de campos operatorios. Inspección anal y a continuación colocación de un anoscopio "en media caña", visualizando los paquetes hemorroidales. En ese momento se decide si se empleará la técnica de Buie sola o combinada con otro procedimiento (Fig. 1). Habitualmente se inicia la cirugía resectiva por el hemi ano derecho. Empleamos dos pinzas de Allis para traccionar la piel perianal y efectuamos una incisión arciforme por dentro de la unión cutáneo mucosa. Disecamos la mucosa con el componente hemorroidal separándolo del plano esfinteriano a tijera, movilizándolo el colgajo que se obtiene en dirección medial (Fig. 2). Se deben seccionar las fibras de Fine y Lawes cuidadosamente, de manera de "liberar" adecuadamente dicho colgajo, a manera de un telón, a fin de que carezca de tensión al momento de ser seccionado (Fig. 3). Una vez completado esto, se va seccionando dicho colgajo alternativamente, por arriba y por abajo y se sutura el borde libre de la mucosa rectal, por encima de la línea pectínea, con el borde libre cutáneo a puntos separados de ácido poliglicólico 3"0", sin incluir fibras esfinterianas en dichos puntos. A continuación, si se decide efectuar la técnica de Buie en el hemi ano izquierdo se vuelven a colocar dos pinzas de Allis para traccionar la piel perianal contralateral y se efectúa una nueva incisión arciforme, también inmediatamente por dentro de la unión cutáneo mucosa, remedando lo ya descripto (Fig. 4). Puntualmente, en estos casos, respetamos un "puente" superior e inferior de al menos 10 mm cada uno. Si se decide no efectuar la técnica de Buie sobre el hemi ano izquierdo, el procedimiento de elección es la operación de Ferguson ya descripta previamente. Finalizado el acto quirúrgico (Fig. 5), se cubre con gasa flu.

Durante la estadía postoperatoria, se indica: hidratación EV, nada por boca hasta el otro día, ketorolac 30 mg EV cada 6 horas, nalbufina 1 cc SC cada 8 horas, cefalotina 1gr EV cada 8 horas (dos dosis). El alta sanatorial se otorga al día siguiente, después de tolerar el desayuno, indicándose: baños de asiento tibios con agregado de iodopovidona; ketorolac 20 mg



Figura 1: Prolapso hemorroidal en corona.



Figura 2: Movilización a tijera del colgajo derecho.

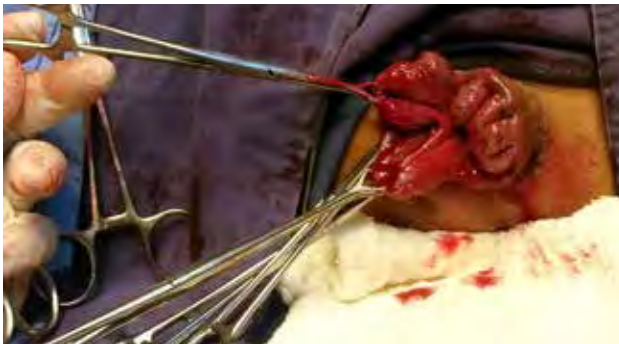


Figura 3: Movilización completa del colgajo derecho.



Figura 4: Movilización a tijera del colgajo izquierdo.



Figura 5: Operación de Buie bilateral terminada.

vía oral (VO) cada 6 horas (5 días), tramadol 50 mg vía oral cada 8 horas (7 días); amoxicilina clavulonato 1 gr (VO) cada 12 horas (7 días); dieta con alto residuo y control postoperatorio a los 15 días. En los pacientes con antecedentes previos de constipación se agrega vaselina líquida (VO) por la noche y eventualmente 5 mg de bisacodilo/día (VO).

RESULTADOS

Entre el 10/08/2007 y el 16/05/2014 (69 meses) fueron intervenidos quirúrgicamente, por el mismo cirujano, 324 pacientes consecutivos con enfermedad hemorroidal, de los cuales 37 (11,42%) presentaron prolapso hemorroidal, por lo que se les practicó una operación de Buie sola o combinada con otra técnica, conformando la muestra a analizar.

La edad promedio fue 46,48 (23/76); de los cuales el 62,16% (23/37) fueron de sexo masculino. El sangrado ocasional estuvo presente en el 75,67%; el sangrado frecuente en el 24,33%; la humedad perianal en el 67,57% y el prurito en el 48,64%. La constipación se asoció en el 59,46% de los casos (Tabla 1). La FCC se indicó en el 64,86% (24/37). Todos los pacientes operados con esta técnica eran portadores de prolapso hemorroidal unilateral parcial o en corona. Durante el examen físico se objetivó prolapso hemorroidal unilateral en el 67,57% (25/37) y en corona en el 32,43% (12/37). La operación de Buie sobre ambos hemisferios se efectuó en el 32,43% (12/37) y combinada con la técnica de Ferguson sobre el hemi

TABLA 1: SÍNTOMAS DE CONSULTA

Síntomas	Pacientes	%
Sangrado ocasional	28/37	75,67
Sangrado frecuente	9/37	24,33
Humedad	25/37	67,57
Prurito	18/37	48,64
Constipación	22/37	59,46

ano izquierdo en el 67,57% (25/37). El promedio de días de internación fue de 1,11 (01/04).

Con respecto a las complicaciones postoperatorias inmediatas, no se objetivó sangrado de la sutura, infección, retracción o desinserción parcial o total de la mucosa. De los 25 pacientes a los que se les practicó una operación de Ferguson sobre el hemiano izquierdo, 4 (16%), presentaron apertura parcial del lecho en el control a los 15 días; ya en el segundo control a los 30 días, la cicatrización era adecuada. Durante esos primeros 30 días, 5 pacientes refirieron deposiciones con sangre escasa y de presentación irregular. En todos los casos cedieron espontáneamente y no requirieron tratamiento alguno, siendo esta la única complicación observada, con un rango total de 13,5% (5/37). En el control a los 30 días todos los pacientes mostraron una correcta cicatrización.

En el seguimiento a mediano y largo plazo, es decir, 6 y 12 meses respectivamente, pudieron controlarse 27 (73%) y 16 (43,2%) pacientes respectivamente. Este aparente déficit en el control evolutivo durante estos períodos, podría explicarse en el hecho que en los primeros 35 meses, hasta el 16/07/2010 se efectuaron solo 5 (13,5%) procedimientos. Los restantes 32 (86,5%) se llevaron a cabo desde esa fecha al 16/05/2014. No se constataron estenosis anales o ano húmedo por ectropión mucoso.

DISCUSIÓN

La enfermedad hemorroidal tiene una prevalencia que oscila entre un 4 y un 5% en la población general, aunque puede alcanzar hasta un 35–40% en aquellos que consultan por síntomas relacionados a esta afección.¹⁶

En esta serie, el prolapso hemorroidal ha representado solo el 11,42% del total de casos intervenidos quirúrgicamente por enfermedad hemorroidal; y si bien su frecuencia de presentación no ha sido muy relevante, constituye un estado evolutivo avanzado de esta enfermedad con indicación quirúrgica precisa, la cual tiene un nivel de evidencia I y un grado de recomendación B.^{15,17,18}

Distintos procedimientos han sido descriptos para su resolución; de todos ellos, el de Buie, con algunas modificaciones es el de nuestra preferencia. Este autor publicó en 1960, que dicha técnica había sido desarrollada para “corregir las extensas deformaciones usualmente vistas cuando se combinan hemorroides externas e internas complicadas con variados grados de prolapso mucoso, evitando las dificultades que usualmente surgen con la operación de Whitehead como la estenosis y el ectropión mucoso”; también aclaraba que a su parecer, tales complicaciones no se deberían tanto a un defecto de la técnica en sí, como a una interpretación incorrecta de la misma por quienes la ejecutaban.¹²

La técnica de Buie original enunciaba que una vez completada la disección, movilizándolo adecuadamente el colgajo mucoso, este era “aprisionado” por un clamp, cuidando de no incluir músculo esfinteriano en la toma y se seccionaba todo el tejido redundante controlando el sangrado mediante puntos hemostáticos sobre el borde mucoso. A continuación se confeccionaba una sutura continua que involucraba sucesivamente el borde libre de la mucosa, el borde interno del esfínter externo y el borde libre cutáneo; esto podía hacerse también con puntos separados.¹² Atkinson y col., en 1978, incluyen en la sutura al tercio distal del esfínter interno como variante, mediante puntos separados de material absorbible delicado, los cuales eran dados alternativamente anterior y posteriormente.¹¹ Ambos autores dejaban dos “surcos cutáneos laterales” sin suturar como “vía de escape” para prevenir la estenosis.^{11,12}

En nuestros pacientes, una vez movilizado convenientemente el colgajo mucoso, seccionamos el mismo alternativamente, por arriba y por abajo y suturamos el borde libre mucoso al borde libre cutáneo, sin tensión, siempre a puntos separados. Efectuar esta sutura a medida que se va seccionando el colgajo tallado, evita la retracción del mismo y el sangrado. No incluimos tejido esfinteriano en la toma; nos parece innecesario y además podría incrementar el dolor postoperatorio. En aquellos casos en que el prolapso es en corona, respetamos un puente cutáneo mucoso superior e inferior de al menos 10 mm cada uno, a fin de evitar retracciones cicatrizales no deseables y la consiguiente estenosis. No traccionamos la piel eventualmente redundante, desde los laterales a nivel medio ni dejamos “surcos cutáneos laterales” a manera de escape como la técnica original o su posterior modificación.

Según lo antedicho, cuando el prolapso hemorroidal es en corona, efectuamos esta técnica en ambos

hemi anos (32,37%); asimismo cuando es parcial o unilateral la técnica es combinada en todos los casos, con la operación de Ferguson¹⁶ (67,57%).

No hemos tenido complicaciones postoperatorias inmediatas tales como: sangrado de la sutura, infección, retracción o desinserción parcial o total de la mucosa. Solo 5 enfermos refirieron episodios aislados de proctorragia los cuales cedieron espontáneamente, siendo esta la única complicación observada. A los 30 días postoperatorios, todos los pacientes mostraron una adecuada cicatrización ya sea que se haya empleado la técnica de Buie modificada sola o combinada (Figs. 6 y 7). Ninguno de los pacientes controlados a los 30 días, presentaron signos de estenosis anal o ano húmedo por ectropión mucoso. Tampoco aquellos que se pudieron controlar a los 6 y a los 12 meses.

Todos los pacientes refirieron dolor postoperatorio de variable intensidad, particularmente durante las primeras evacuaciones; dicho dolor fue decreciendo con el correr de los días. No establecimos una escala para valorar objetivamente el dolor post operatorio, pero a diferencia de la anterior presentación¹⁶ agregamos nalbufina y tramadol para el manejo del mismo. Subjetivamente, hemos observado en los controles postoperatorios mayor confort con este nuevo esquema.

En 1995 Antonio Longo describió un novedoso procedimiento para el tratamiento del prolapso rectal mediante el empleo de una sutura mecánica la cual efectuaba una sección circunferencial de 5–6 centímetros por encima de la línea pectínea reseca la mucosa prolapsada, salvaguardando la integridad de las hemorroides y del conducto anal, y estableciendo un nuevo reposicionamiento de las mismas, fijadas entonces, por encima de la línea pectínea. Esto generaba dos cosas: el mejoramiento de los síntomas producidos por el desplazamiento casi constante de las almohadillas hemorroidales, y la interrupción del flujo de los vasos hemorroidales por medio de la sección–anastomosis confeccionada, con la consecuente retracción del componente externo.^{13-15,17,19} Su empleo permitía asimismo una corta estadía hospitalaria, menor dolor postoperatorio y retorno laboral precoz.^{20,21}

No tenemos experiencia en el uso de suturas mecánicas circulares para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, pero guardamos ciertas reservas respecto de su empleo. Durante la práctica de esta hemorroidopexia se han descrito complicaciones severas tales como: fístula anovaginal, hemorragia profusa de la línea de sutura, perforación rectal, sepsis retrope-



Figura 6: Operación de Buie bilateral. Control postoperatorio a los 30 días "Posición de Plegaria mahometana".



Figura 7: Operación de Buie unilateral combinada con operación de Ferguson. Control postoperatorio a los 30 días "Posición de Plegaria mahometana".

ritoneal y dolor rectal crónico invalidante.^{15,17,18} Asimismo, seguimientos a largo plazo han mostrado que comparando esta técnica con la hemorroidectomía clásica, la hemorroidopexia muestra índices de recidiva o de persistencia de síntomas mayores.^{15,18} Más allá de la necesidad de cierto entrenamiento específico para emplear esta sutura, no debemos pasar por alto su costo elevado.

En esta serie no tuvimos que asistir ninguna de las graves complicaciones previamente descritas con el procedimiento de Longo; tampoco tuvimos una estadía sanatorial prolongada (1,11 días). Coincidimos con Cataldo y Rivadeneira que el procedimiento de

hemorroideopexia no es útil frente a pacientes portadores de grandes colgajos cutáneos,^{17,18} lo cual es particularmente frecuente en nuestra práctica diaria, radicando allí otra ventaja de la técnica aquí presentada, es decir, resolver todo el problema en un mismo y único acto quirúrgico. Finalmente, debe destacarse el bajo costo que implica llevar a cabo esta técnica dado que los materiales empleados resultan muy económicos y al alcance de cualquier institución.

CONCLUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos en esta serie, pensamos que la técnica de Buie modificada sola o combinada con la técnica de Ferguson se encuentra vigente y resulta adecuada y efectiva en el tratamiento del prolapso hemorroidal, con una estadía sanatorial corta, bajo costo y un índice de complicaciones postoperatorias mínimo.

BIBLIOGRAFÍA

- Calzaretto J: Hemorroides. En: Calzaretto J. Coloproctología práctica. Clínica y cirugía, 1° Ed. Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1990:85-133.
- Goligher J: Hemorroides o almorranas. En: Cirugía del ano, recto y colon, 2° Ed. Barcelona, Editorial Salvat, 1987:92-142.
- Graziano A: Diagnóstico y tratamiento de las afecciones anales benignas. Rev. Argent. Cirug., 2004; Relato Oficial LXXV Congreso Argentino de Cirugía. N° Extraordinario.
- Rodríguez Martínez JA: Enfoque de la enfermedad hemorroidal al comienzo del tercer milenio. Pren. Med. Argent. 2001; 88: 653-59.
- Whitehead W: The surgical treatment of hemorrhoids. Br Med J 1882; 1: 148-50.
- Whitehead W: Three hundred consecutive cases of hemorrhoids cured by excision. Br Med J 1887; 1: 449-51.
- Rand A: The sliding skin-flap graft operation for hemorrhoids: a modification of the Whitehead procedure. Dis Colon Rectum 1969; 12(4): 265-76.
- White J, Syphax B, Funderburk W: A modification of the Whitehead procedure. Surg Gynecol Obstet 1972; 134: 103-05.
- Burchell MC, Thow B, Manson RR: A modified Whitehead hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1976; 19(3): 225-32.
- Wolff BG, Culp CE: The Whitehead hemorrhoidectomy. An unjustly maligned procedure. Dis Colon Rectum 1988; 31(8): 587-90.
- Atkinson KG, Baird RM: Modified Buie amputation for extensive hemorroidal disease. Am J Surg 1978; 135: 861-65.
- Buie LA: Hemorrhoids and rectal prolapse. In: Practical proctology; 2° Ed. Springfield, Charles C Thomas, 1960:218-75.
- Longo A: Mechanical hemorrhoidectomy using a circular stapler. Refresher course on hemorrhoidal disease therapy. 24th International congress of latin Mediterranean. Palermo: Renna s.p.a Graphic, 1995.
- Longo A: Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapsed with a circular suturing device: a new procedure. Proceedings of the 6° World congress of endoscopic surgery Bologna: Monduzzi Editore 1998: 777-84.
- De Miguel M, Oteiza F, Ciga MA, Ortiz H: Tratamiento quirúrgico de las hemorroides. Cir Esp. 2005; 78 (Supl 3): 15-23.
- Ferrari LC, Jamier L, Barrionuevo M, García Andrada D: Análisis y resultados de la operación de Ferguson en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. Rev Argent Coloproct 2013; 24 (2): 84-89.
- Cataldo P, Ellis N, Gregorczyk S, Hyman N et al: Practice parameters for the management of hemorrhoids (Revised). Dis Colon Rectum 2005; 48(2): 189-94.
- Rivadeneira D, Steele S, Ternent C, Chalasani S et al: Armstrong DN, Frankum C, Schertzer ME et al: Practice parameters for the management of hemorrhoids (Revised 2010). Dis Colon Rectum 2011; 54(9): 1059-64.
- Longo A: Stapled anopexy and stapled hemorrhoidectomy: two opposite concepts and procedures. Dis Colon Rectum, 2002; 45: 571-72.
- Beattie G, Loudon M: Stapled haemorrhoidectomy offers substantial benefits. Br Med J 2001; 322: 303.
- Altomare D, Rinaldi M, Chiumarulo C, Palasciano N: Treatment of external anorectal mucosal prolapsed with circular stapler. An easy and effective new surgical technique. Dis Colon Rectum, 1999; 42 (8): 1102-05.

Cirugía Transanal a través de Puerto Único (TAMIS). Presentación de Caso clínico y Revisión de la Literatura

Emilia Beninca, Mariano Laporte, Hernán Vannelli, Esteban Grzona, Juan Manuel Manolizi
Sector Cirugía Colorrectal. Servicio Cirugía General. Sanatorio Güemes de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

RESUMEN

El tratamiento de los tumores de recto ha evolucionado notablemente durante los últimos años. El diagnóstico más temprano de la patología tumoral rectal debido a un mayor acceso a estudios endoscópicos y métodos complementarios que permiten una correcta estadificación preoperatoria locorregional han permitido el desarrollo de técnicas menos invasivas y oncológicamente similares a la cirugía resectiva abdominal. En casos seleccionados de tumores en estadios iniciales, el abordaje transanal es una alternativa válida. La cirugía transanal de puerto único (TAMIS) muestra ciertos beneficios cuando se la compara con la microcirugía endoscópica transanal (TEM). Se desarrollará el caso clínico de un paciente de 62 años de edad, con un adenocarcinoma de recto bien diferenciado T1 según la ecografía preoperatoria, sometido a TAMIS.

Palabras clave: Cirugía Transanal de Puerto Único; Tumores de Recto; Resección Local; Cirugía Mini-Invasiva; Microcirugía Endoscópica Transanal

ABSTRACT

Treatment of rectal tumors has remarkably evolved during the last years. Early diagnose of rectal diseases is possible since the introduction of endoscopy as screening test and different imaging methods that allow a precise preoperative tumor and nodal staging. These facts let to develop less invasive surgical techniques but with similar oncological results than transabdominal resection. In selected cases of early rectal tumors, transanal surgery is a valid alternative. Transanal minimally invasive surgery (TAMIS) shows certain benefits compared to transanal endoscopic microsurgery (TEM). The case of a 62-year-old male patient with a well-differentiated T1 rectal adenocarcinoma on endorectal ultrasonography who underwent TAMIS is described.

Key words: Transanal Minimally Invasive Surgery; Rectal Tumors; Local Excision; Minimally Invasive Surgery; Transanal Endoscopic Microsurgery

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de resección local en patología neoplásica del recto son herramientas útiles en el tratamiento de los estadios iniciales (T1 N0). La recurrencia local ronda entre el 0 y 33%, basado fundamentalmente en la presencia de metástasis ganglionares. Aquellas lesiones más avanzadas (T2) presentan una tasa de recurrencia local que oscila en valores cercanos al 50%, por lo tanto a priori se debería indicar una cirugía radical en este estadio tumoral. Sin embargo, existen casos seleccionados, entre los que destacan: edad avanzada, contraindicaciones de una cirugía abdominal compleja, no aceptación de una ostomía, en los cuales ciertos pacientes con estadios tumorales más avanzados podrían evitar una cirugía abdominal resectiva.

No hay conflicto de intereses por parte de los autores.
Recibido 13 de agosto de 2014
Corregido y aceptado para su publicación 19 de septiembre de 2014

Correspondencia:
ebeninca@yahoo.com

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 62 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, que en una videocolonoscopia solicitada por pesquisa se evidenció una lesión polipoidea de aproximadamente 3 cm a 12 cm del margen anal. La biopsia informó adenocarcinoma bien diferenciado. No se identificaron otras lesiones en el estudio endoscópico. Se realizaron estudios de estadificación locorregional y a distancia. La ecografía endorectal de 360° informó lesión uT1 NO. La tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis no presentó alteraciones. Se realizó una rectoscopia en la que se pudo objetivar la lesión de 3 cm en pared anterior a 9 cm del margen anal. El paciente fue sometido a una cirugía transanal de puerto único, utilizando dispositivo denominado Endorec®. Bajo anestesia general, se colocó al paciente en posición de litotomía. Una vez colocado el dispositivo, se conectó neumorrecto a 14 mmHg. Se realizó la disección de la pared total del recto por medio de bisturí ultrasónico (Fig. 1). Se envió la pieza a congelación, informándose márgenes libres. No se realizó el cierre

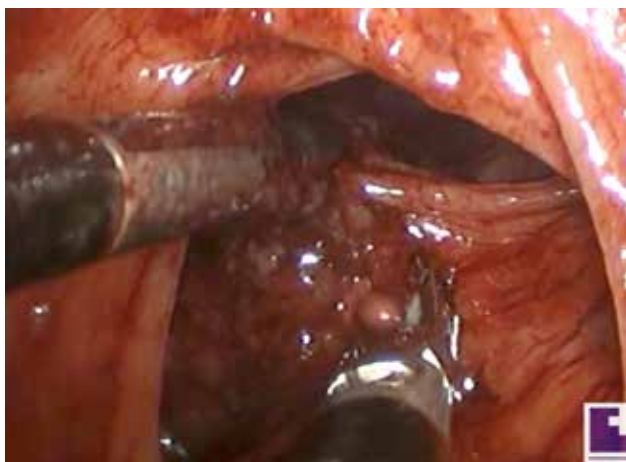


Figura 1: Comienzo de la disección.

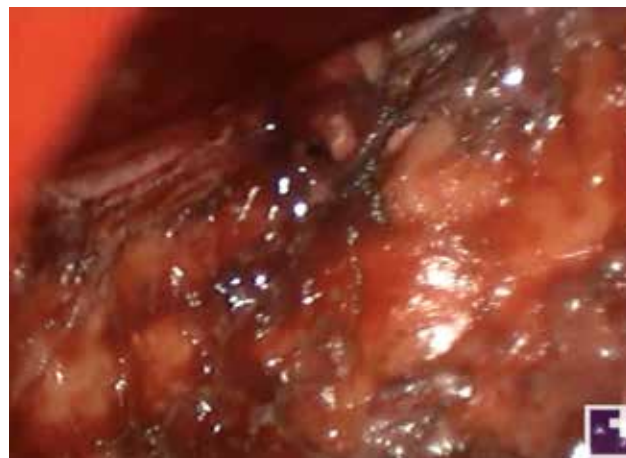


Figura 2: La disección debe realizarse de la pared total del recto. En este caso no se realizó el cierre del defecto

del defecto parietal (Fig. 2). La duración de la cirugía fue de 105 minutos. El paciente evolucionó favorablemente, permaneciendo internado 48 hs. El resultado de la anatomía patológica definitiva fue: adenocarcinoma bien diferenciado, pT2, con márgenes libres de lesión. Se discutió el caso clínico en comité oncológico multidisciplinario y, en consenso con el paciente y sus familiares, se decidió completar el tratamiento con una cirugía resectiva abdominal. Se realizó una resección anterior baja laparoscópica con criterio oncológico, realizando anastomosis con sutura mecánica e ileostomía de protección. El paciente evolucionó favorablemente, otorgándole el alta sanatorial al cuarto día postoperatorio. La anatomía patológica definitiva informó ausencia de lesión primaria y un total de 12 ganglios resecaados, todos negativos.

DISCUSIÓN

El objetivo de la cirugía oncológica es realizar un tratamiento radical del cáncer, tratando de preservar la funcionalidad rectal y mantener la calidad de vida. El

tratamiento de elección para los tumores de recto es la resección anterior baja con escisión total del mesorrecto, o la amputación abdominoperineal, según la distancia de la neoplasia al margen anal. Sin embargo, ambos procedimientos no están exentos de complicaciones y alteraciones funcionales. Con el advenimiento de métodos complementarios de pesquisa que permitieron el diagnóstico de lesiones tumorales rectales en estadios tempranos, se han descrito técnicas de resección local transanal que ofrecen la posibilidad de tratamiento curativo, logrando un abordaje menos invasivo con similares tasas de recurrencia local.

El TEM, desde su primera descripción en 1983, ha sido propuesto como tratamiento de elección para tumores rectales benignos y malignos en estadios tempranos, que no son resecables por vía endoscópica. No ha sido aceptado masivamente debido al costo elevado del instrumental específico y alta curva de aprendizaje.¹

El TAMIS es una técnica que utiliza un puerto único y abordaje miniinvasivo transanal de resección local que se propuso como alternativa al TEM. Presenta ciertas ventajas con respecto a éste, que consisten en ser más costo efectivo, más sencillo técnicamente, con menor curva de aprendizaje y con utilización de instrumental laparoscópico.²

Presenta ventajas no menos despreciables con respecto a la resección anterior baja o la amputación abdominoperineal, como son: la menor morbimortalidad, ausencia de cicatrices abdominales, corta estadía hospitalaria, rápida recuperación y retorno a la actividad laboral, con un índice bajo de complicaciones intra y postoperatorias. La morbilidad oscila entre 6 y 31%, siendo las principales complicaciones la hemorragia y la perforación peritoneal. En general, el sangrado postoperatorio es auto-limitado. El índice de re-operación por dehiscencia de la rafia es bajo (menor al 5%), varios autores no realizan cierre de la brecha en forma sistemática.

La utilización de esta vía de abordaje se está expandiendo, con resultados alentadores. Existen publicaciones que así lo demuestran, como lo es el trabajo retrospectivo de Albert y col.³ en el que sometieron a 50 pacientes a TAMIS, ninguno requirió la conversión de este procedimiento a otro, con un 6% de complicaciones postoperatorias tempranas de fácil resolución. El tiempo promedio de duración de la cirugía fue de 75 minutos, obteniendo la resección completa de las lesiones rectales con margen microscópico positivo en sólo 3 pacientes, evidenciado en la anatomía patológica diferida. Registraron sólo un 4%

de recurrencia local durante un período de 20 meses de seguimiento y ningún paciente refirió disfunción esfinteriana. Lee y col.⁴ describieron resultados similares en 25 pacientes, con un tiempo quirúrgico promedio de 45 minutos, sin complicaciones postoperatorias ni morbilidad asociada al procedimiento, y tampoco presentan tasas de recurrencia local, en 9 meses de seguimiento.

Es fundamental la correcta estadificación preoperatoria, ya que solamente los estadios tempranos serían candidatos. La cirugía radical debe reservarse para tumores más avanzados, en los cuales la alta tasa de compromiso ganglionar provoca una recurrencia local elevada. Sin embargo, en ciertos casos seleccionados, la cirugía transanal de puerto único permitiría evitar la morbimortalidad asociada a la resección anterior. En estos casos, se deberá definir la conducta en un comité oncológico multidisciplinario. Además se explicará al paciente los beneficios y riesgos potenciales de tomar una conducta expectante en pacientes con adenocarcinomas T2 en adelante.

Las indicaciones para realizar un TAMIS son:⁴

1. Tumores rectales benignos, carcinoides o GIST.
2. Tumores rectales postneoadyuvancia (para documentar respuesta patológica completa).
3. Tumores rectales malignos T1 seleccionados con factores pronósticos favorables: tamaño hasta 3 cm, bien o moderadamente diferencia-

do, no ulcerado, sin invasión linfovascular y con márgenes de resección negativos.

4. Tumores rectales no resecables por vía endoscópica o por vía transanal que se encuentren hasta 20 cm del margen anal.
5. Pacientes con comorbilidades severas que no son candidatos a cirugía con criterio curativo, o aquellos que rechacen la resección anterior.

Cabe mencionar que si bien es una técnica con resultados oncológicamente similares a la cirugía radical, se debe obtener una correcta clasificación histológica definitiva de la pieza resecada, a fin de evaluar si el tratamiento local realizado es definitivo o si debemos realizar un tratamiento complementario radical. Las recomendaciones de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) indican que luego de una resección local de un tumor T1, cuya anatomía patológica definitiva informa T2N0, se debe realizar resección transabdominal; como la que realizamos en nuestro paciente, para evitar la posibilidad de recurrencia local.

CONCLUSIÓN

El TAMIS es un procedimiento factible para el tratamiento de lesiones neoplásicas rectales en estadios tempranos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allaix ME, Arezzo A, Arolfo S, Caldart M, Rebecchi F, Morino M. Transanal endoscopic microsurgery for rectal neoplasms. How I do it. *J Gastrointest Surg*. 2013; 17 (3): 586–92.
2. Atallah S, Albert M, Larach S. Transanal minimally invasive surgery: a giant leap forward. *Surg Endosc*. 2010; 24 (9): 2200–5.
3. Albert MR, Atallah SB, DeBeche-Adams TC, Izfar S, Larach SW. Transanal minimally invasive surgery (TAMIS) for local excision of benign neoplasms and early-stage rectal cancer: efficacy and outcomes in the first 50 patients. *Dis Colon Rectum*. 2013; 56 (3): 301–7.
4. Heras MA, Cantero R. Cirugía transanal a través de puerto único (TAMIS). Revisión frente otras técnicas de excisión endoscópica de lesiones rectales. *Rev Argent Coloproct* 2013; 24: 55–60.
5. Lee T-G, Lee S-J. Transanal single-port microsurgery for rectal tumors: minimal invasive surgery under spinal anesthesia. *Surg Endosc* 2014; 28 (1): 271–80.

Schwannoma de Recto. Reporte de un caso

Javier Villaggi, Cesar Quijano, Nicolás Romero, Marisol Ferrer, Juan Luis Bernava

Servicio de Cirugía General y Coloproctología, Sanatorio Parque, Rosario, Santa Fé, Argentina.

RESUMEN

Resumen: Se presenta el caso clínico de un paciente de 30 años de edad que consulta por un cuadro de pujos y tenesmo rectal de dos meses de evolución. Al examen físico se constata una lesión submucosa en recto inferior de 3 cm de diámetro aproximado. Se realiza RMI de alta resolución con difusión sin imágenes de restricción por lo cual se decide tratamiento quirúrgico mediante un abordaje transanal a través del plano interesfintérico. El análisis Inmunohistoquímico de la pieza quirúrgica muestra positividad difusa para Proteína S-100 y Vimentina y negativa para otros marcadores, hallazgos compatibles con Schwannoma rectal.

Palabras clave: Schwannoma Rectal; GANT; Cuerpos de Verocay

ABSTRACT

The clinical case of a 30 year old who consults for pushing and rectal tenesmus of over two months of evolution is presented. On physical examination a small submucosal lesion in the lower rectum is found. RMI is performed with diffusion which show no images restraining which surgical treatment is decided by a transanal approach. Immunohistochemical analysis of the surgical specimen shows diffuse positivity for S-100 protein and vimentin, findings consistent with rectal schwannoma.

Keywords: Rectal Schwannoma; GANT; Verocay Corps

INTRODUCCIÓN

El Schwannoma rectal es un tumor muy poco frecuente y existe solo un pequeño número de casos publicados en la literatura.

En el siguiente reporte presentamos un caso que fue exitosamente tratado mediante un abordaje transesfinteriano.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de 30 años de edad, que consulta por cuadro clínico de pujos y tenesmo rectal de dos meses de evolución, no refiriendo otro tipo de sintomatología.

Al examen proctológico presentaba inmediatamente por encima del canal anal en la cara lateral izquierda, tumoración móvil de consistencia duro elástica de aproximadamente 3 cm de diámetro que impresiona respetar la mucosa.

Los análisis de laboratorio y marcadores tumorales (CEA, CA19.9, CA 125, AFP) se encontraron dentro de límites normales.

La videocolonoscopia total a ciego mostró un abombamiento en la ampolla rectal con mucosa con-

servada.

Se realizó una videoecoendoscopia endorrectal de 360° (Fig. 1) donde se constata en cuadrante posterior y lateral izquierdo del recto inferior una masa hipococica, heterogénea, con ligera vascularización al doppler, que parece originarse en la capa muscular propia de la pared rectal con extensión hacia submucosa y grasa perirrectal, que contacta con la rama izquierda del haz puborrectal del elevador del ano. No se observaron adenopatías perirrectales.

Se Realiza RMI de 1.5 TESLA (Fig. 2) con difusión, donde se constató formación ocupante de espacio sin imagen de restricción, de tipo nodular, sólida, de aspecto encapsulado, de unos 35 mm de diámetro AP por 25 mm T con extensión cefalocaudal, en una longitud de aproximadamente 30 mm, provocando compresión extrínseca sobre la pared lateral del tercio inferior del recto, ocupando la interfase entre la pared rectal y el músculo elevador del ano izquierdo, que impresiona de origen parietal.

Se realiza una resección transanal con el paciente en posición de litotomía modificada con preparación rectal y anestesia general (Fig. 3).

Una vez realizada la apertura de la mucosa se constata una lesión blanco nacarada de consistencia duro elástica, redondeada, de bordes regulares de 3 cm de diámetro.

La disección del tumor se realiza a través del plano interésfintérico, en forma relativamente sencilla ya que presentaba una capsula que lo separaba de los te-

Recibido 16 de octubre de 2014

Corregido y aceptado para su publicación 10 de noviembre de 2014

Correspondencia:
jvillaggi@gmail.com

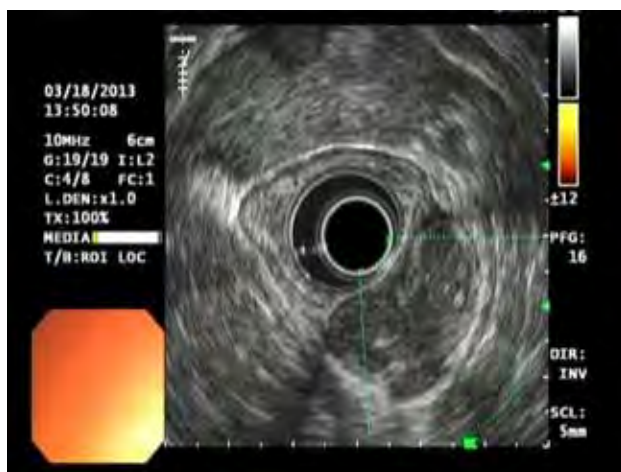


Figura 1: Imagen eco endoscópica donde se constata la lesión hipoeoica en cara lateral de recto, con origen en capa muscular.



Figura 2: RMI que muestra imagen hipo intensa en cara posterior del recto inferior.



Figura 3: Se observa el tumor tras la disección a través del plano interesfinterico.

jididos circundantes y no se evidenció infiltración.

Se realizó biopsia por congelación presentando características de tumor fibroso benigno.

El estudio anatomopatológico describe una formación nodular solida de 2.8 x 2.6 x 2.2 cm de diámetro y 7 gr. de peso, con superficie externa lisa y lobulada que al corte muestra un tejido denso en disposición pseudonodular de consistencia elástica y tonalidad blanco nacarada (Fig. 4).

En la microscopia se describen células fibrilares en haces multidireccionales con áreas fibroesclerosas, reconociendo cuerpos de Verocay (Fig 5). No se encuentran evidencias de pleomorfismo nuclear mientras que existe un índice de mitosis bajo.

El análisis Inmunohistoquímico muestra positividad difusa para Proteína S-100 y para Vimentina (Figs. 6 y 7).

El paciente cursa un postoperatorio tórpido con la formación de un absceso isquiorrectal al quinto día, el cual fue drenado quirúrgicamente, requiriendo para completar el tratamiento una colostomía lateral sigmoidea.

El paciente evoluciona favorablemente, cerrando su ostomía a los 45 días del pop.

A la fecha el paciente lleva 18 meses libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

En la literatura existen autores que identifican a los schwannomas gastrointestinales como un subtipo de GIST (tumores del estroma gastrointestinal), correspondiendo a tumores del sistema nervioso autóno-



Figura 4: RMI que muestra imagen hipo intensa en cara posterior del recto inferior.

TABLA 1: REVISIÓN DE CASOS

Autor	Sexo/ edad	Síntomas	Tamaño (cm)	Tratamiento	Periodo libre de enf.
Kakizoe 1998 ⁴	M/72	No	1.5	RE-TEM	al menos 9 meses
Maciejewski 2000 ⁵	F/67	Dolor Abdominal, Flatulencia.	10	Exploración abdominotranssacra	al menos 144 meses
Miettinen 2001 ⁶	M/82	No conocidos	0.5	Resección endoscópica	al menos 211 meses
Bhardwaj 2002 ⁷	F/35	Dificultad en la defecación	No conocido	No conocido	al menos 24 meses
Mulchandani 2005 ⁸	M/70	Dificultad en la defecación	12	Proctocolectomía	al menos 6 meses
Pescatori 2005 ⁹	M/28	No conocidos	No conocido	Excisión Interesfinterica	al menos 8 meses
Lee 2006 ¹⁰	F/61	Haces Acintadas	4	Excisión transanal	No conocido
K.F. Hsu ¹¹	F/88	Distensión abdominal	4.3	Excisión Interesfinterica	al menos 9 meses
J. Villaggi. 2014	M/30	Dificultad en la defecación	2.8	Excisión Interesfinterica	al menos 9 meses

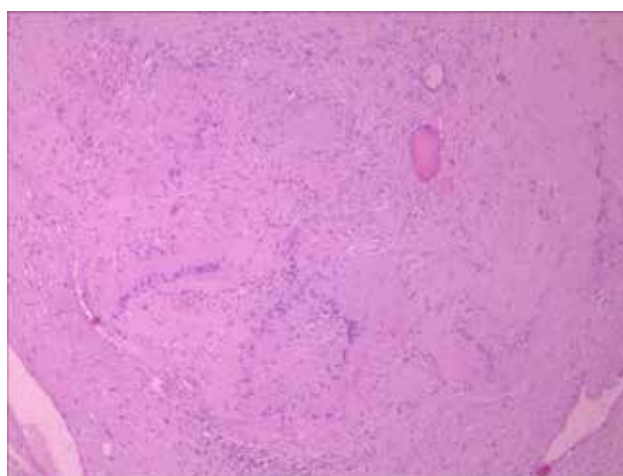


Figura 5: Señalado con flecha en margen izquierdo acumulos longitudinales de Cuerpos de Verocay.

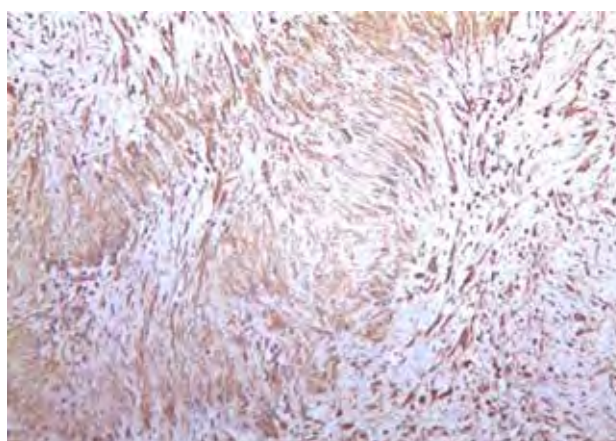


Figura 7: Análisis inmunohistoquímico: Inmunirreactividad difusa proteína S-100.

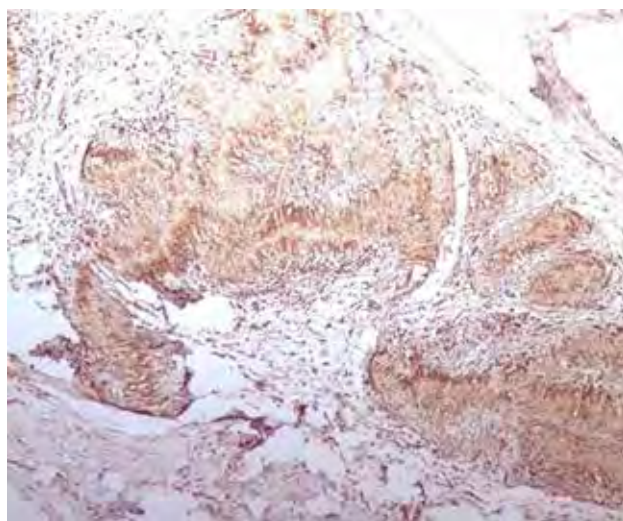


Figura 6: Análisis inmunohistoquímico: inmunirreactividad difusa para vimentina.

mo gastrointestinal (GANT) que son originados en el plexo mioentérico y que representan el 0.1% de los tumores benignos gastrointestinales.¹¹ Otros autores, recomiendan realizar estudios Inmunohistoquímicos para distinguir Schwannomas (inmunoreactividad del 100% para la proteína S-100 y negativos para desmina, Actina, CD-117, y Sinaptofisina) de GIST y leiomiomas.¹

En nuestra revisión de la literatura encontramos que el Scwannoma rectal es un tumor muy infrecuente.³

En el reporte de un caso del año 1996 en Japon, se hace referencia a la identificación de 28 casos de schwannoma rectal hasta esa fecha;² si bien se explica que el diagnóstico se realizó mediante la identificación de cuerpos de Verocay desde el año 1910, no resulta concluyente ya que no se dispone de confirmación por inmunohistoquímica.

En otro reporte de la sociedad Española de Enfermedades Digestiva del año 2010 se mencionan 8 casos de Schwannoma rectal los cuales se muestran en la Tabla 1 junto a nuestro reporte.

CONCLUSIÓN

El tratamiento primario del schwannoma benigno es

la extirpación quirúrgica total y ya que el riesgo de transformación maligna es extremadamente bajo, la escisión amplia no se considera necesaria.

Debido a que el diagnóstico preoperatorio no es posible con certeza, recomendamos el apoyo en la RMI con difusión para determinar la conducta terapéutica a los fines de realizar un abordaje lo menos invasivo posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Digestive Endoscopy. 2014;26:113-116. Plexiform schwannoma of the rectum Shinya Kawaguchi1,* , Rei Yamamoto.
2. The kuruime medical journal. Vol. 43, p. 101-106, 19963. I. Schwannoma of the Rectum: A clinico-therapeutic study. Minerva Chir 1981;36(4):267-7 .
3. Arcidiaco M, Uggeri G, Rumi A, Valenti I. Schwannoma of the Rectum: A clinico-therapeutic study. Minerva Chir 1981;36(4).
4. Kakizoe S, Kuwahara S, Kakizoe K, Kakizoe H, Kakizoe Y, Kakizoe T, et al. Local excision of benign rectal schwannoma using rectal expander-assisted transanal endoscopic microsurgery. Gastrointest Endosc 1998; 48: 90-2.
5. Maciejewski A, Lange D, Włoch J. Case report of schwannoma of the rectum--clinical and pathological contribution. Med Sci Monit 2000; 6: 779-82.
6. Miettinen M, Shekitka KM, Sobin LH. Schwannomas in the colon and rectum: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 20 cases. Am J Surg Pathol 2001; 25: 846-55.
7. Bhardwaj K, Bal MS, Kumar P. Rectal schwannoma. Indian J Gastroenterol 2002; 21: 116-7.
8. Mulchandani MH, Chattopadhyay D, Obafunwa JO, Joypaul VB. Gastrointestinal autonomic nerve tumour report of a case and review of literature. World J Surg Oncol 2005; 3:46.
9. Pescatori M, Bruscianno L, Binda GA, Serventi A. A novel approach for perirectal tumours: the perianal intersphincteric excision. Int J Colorectal Dis 2005; 20: 72-5.
10. Lee SH, Kim TO, Hwang SY, Ryu DY, Lee DH, Park WI, Kim GH, et al. A case of rectal schwannoma presenting with hematochezia. Korean J Gastroenterology 2006; 48: 195-9. Eur Rad 1998; 8: 458-60.
11. Rev Esp Enferm Dig (Madrid). Reporte de un caso Schwannoma rectal Vol. 102, N° 4, pp.282-291, 2010.

Condilomatosis Anal Extensa ¿Electrofulguración o Colgajos?

A Propósito de Dos Casos y Revisión de Antecedentes

Silvana V. Piussi, Luciana La Rosa, Mariano Vaingurt, Juan Pablo Muñoz, Omar R. Miravalle, Carlos Miguel Lumi, Alejandro Gutierrez

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

RESUMEN

Introducción: La condilomatosis anal que compromete grandes extensiones del anodermo es poco frecuente pero con potenciales complicaciones luego del tratamiento. La recuperación postoperatoria está en relación directa con la cantidad de anodermo reseca ya que resecciones amplias pueden determinar la formación de una estenosis anal.

Objetivo: informar sobre nuestra experiencia en pacientes tratados con resección superficial y electrofulguración por condilomatosis anal extensa, sin la utilización de colgajos.

Material y métodos: El presente trabajo es una serie de casos retrospectiva y descriptiva de dos pacientes que presentaron condilomatosis anal extensa tratados con resección y electrofulguración entre agosto y octubre de 2012 en el Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. Además, se realiza una revisión bibliográfica acerca de este tipo de intervenciones.

Resultados: Se trataron dos pacientes de sexo masculino de 19 y 25 años de edad con lesiones elevadas de aspecto verrugoso que afectaban la región perianal y endoanal de manera circunferencial, y cuya extensión alcanzaba una longitud promedio de 15 cm en su eje mayor. Se realizó el tratamiento quirúrgico de la totalidad de las lesiones; las verrugas más superficiales fueron electrofulguradas y las pediculadas más grandes fueron resecaadas en su base. El seguimiento postoperatorio promedio fue de 18 meses. Se observó la cicatrización completa de las heridas a los 30 días del postoperatorio sin cicatrices retráctiles ni síntomas y/o signos de estenosis anal, alteraciones de la continencia o de la defecación. Al sexto mes se observó recidiva de condilomas pequeños y aislados perianales y endoanales en los dos pacientes que fueron tratados localmente en forma ambulatoria. No se observó el desarrollo de neoplasia intraepitelial anal de alto grado ni lesiones invasivas durante el período de seguimiento.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la condilomatosis anal extensa mediante resección y electrofulguración sin la utilización de colgajos es eficaz y tiene baja morbilidad.

Palabras clave: Condilomatosis Anal; Resección; Electrofulguración

ABSTRACT

Introduction: extensive anal condyloma is rare condition with serious potential complications after treatment. Postoperative recovery is directly related to the amount of resected anoderm; wide resections can result in anal stenosis.

Objective: To report our experience treating extensive anal condyloma with resection and fulguration without the use of flaps.

Material and Methods: analysis of two patients with confluent anal condyloma treated with resection and fulguration between August and October 2012 in the Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. A literature review is done.

Results: Two male patients 19 to 25 years old with multiple warty lesions affecting the perianal and anal region circumferentially with an extension of 15 cm in its long axis were treated. Surgical treatment of all lesions was performed; the most superficial warts were fulgurated and larger pedunculated ones were excised at its base. The average postoperative follow-up was 18 months. Complete wound healing occurred at 30 days postoperatively without retractile scars or symptoms and / or signs of anal stenosis, impaired continence or defecation. Recurrent perianal and endoanal small warts developed at sixth month postoperatively and were treated locally on an outpatient basis. Non high grade anal intraepithelial lesions or invasive carcinoma was observed during the follow-up period.

Conclusions: Surgical treatment of extensive anal condyloma with fulguration and superficial resection without the use of flaps is effective and has low morbidity.

Key Words: Anal Condilomatosis; Resection; Electrofulguration

INTRODUCCIÓN

Las lesiones provocadas por el Virus del Papiloma

Leído en Sesión SACP 13 de junio de 2014

Recibido 11 de junio de 2014

Corregido y aceptado para su publicación el 8 de agosto de 2014

Correspondencia:

vpussi@hotmail.com

Humano (VPH) constituyen la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en la consulta proctológica. La incidencia y prevalencia de las ITS en los Estados Unidos para el año 2008 era de 20 millones y 110 millones respectivamente, correspondiendo al VPH el 70% del total.¹ En nuestro país no hay registros uniformes. El primer informe en Argentina sobre ITS en una población de trabajadores sexuales masculinos estimó una prevalencia del VPH

de 97,4%.²

Las opciones de tratamiento de la condilomatosis anal incluyen la ablación con distintas técnicas y una amplia gama de agentes tópicos. Las verrugas más pequeñas pueden ser susceptibles de medidas conservadoras mientras que las verrugas extensas y confluentes son generalmente refractarias a los tratamientos tópicos y en algunos casos plantean interrogantes sobre su tratamiento y el desarrollo de cáncer.³

La condilomatosis anal que compromete grandes extensiones del anodermo es poco frecuente pero con potenciales complicaciones luego del tratamiento.⁴ La recuperación postoperatoria está en relación directa con la cantidad de anodermo resecado ya que resecciones amplias pueden determinar la formación de una estenosis anal. Con la intención de prevenir esta complicación se ha sugerido la reconstrucción inmediata con colgajos,⁵⁻⁹ procedimiento que también se asocia a importantes complicaciones.

Independientemente del tratamiento utilizado la recidiva de condilomas es frecuente.¹⁰

El objetivo de esta comunicación es informar sobre nuestra experiencia en pacientes tratados con resección superficial y electrofulguración por condilomatosis anal extensa.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es una serie de casos retrospectiva y descriptiva de dos pacientes que presentaron condilomatosis anal extensa tratados con resección y electrofulguración, entre agosto y octubre de 2012 en el Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. Además, se realiza una revisión bibliográfica acerca de este tipo de intervenciones.

No existiendo una propuesta universal sobre el significado de condilomatosis anal extensa, se definió como tal a condilomas confluentes con una extensión radial mayor a 5 cm y que comprometan más del 50% de la circunferencia.

Se incluyeron sólo los pacientes con condilomatosis extensa, excluyéndose aquellos con un grado menor de verrugas.

Se registraron datos sociodemográficos y sobre ITS (sexo, síntomas, sexualidad anal receptiva, serologías para Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y otras ITS y tratamientos previos) y acerca de la evolución local del área quirúrgica, recidiva, trastornos de la continencia y de la defecación, reinicio de la actividad sexual y desarrollo de estenosis.

RESULTADOS

Se trataron dos pacientes de sexo masculino de 19 y 25 años de edad. Uno de ellos, portador de VIH bajo tratamiento antirretroviral y cuyo último recuento de CD4 era de 387 células/ml y carga viral de 279 copias/ml, refería coito anal receptivo y el motivo de consulta fue secreción anal fétida, dolor evacuatorio y prurito anal. En el otro, la sola presencia de las verrugas. Ambos habían sido tratados previamente: el primero con topicaciones locales con ácido tricloroacético al 80% y el otro mediante criocirugía. Ninguno presentaba alteraciones de su continencia al momento de la consulta inicial.

En ambos se observaban múltiples lesiones elevadas de aspecto verrugoso, pediculadas y confluentes de 5 mm a 20 mm cada una, que afectaban la región perianal y endoanal de manera circunferencial, cuya extensión alcanzaba una longitud promedio de 15 cm en su eje mayor (Fig. 1).

Bajo anestesia general, con profilaxis antibiótica y en posición de Lloyd-Davies, se realizó el tratamiento quirúrgico de todas las lesiones en los dos enfermos. Las verrugas más superficiales fueron electrofulguradas hasta su desaparición, cuidando de no alcanzar la dermis profunda o la grasa subcutánea, mientras que las pediculadas más grandes fueron resecadas en su base. Las lesiones resecadas fueron enviadas para su estudio histopatológico, confirmándose el diagnóstico de condilomas acuminados sin evidencia de displasia de alto grado en los dos casos. El alta hospitalaria fue otorgada dentro de las 24 horas del postoperatorio, indicándose curaciones diarias con crema de sulfadiazina de plata, vitamina A, lidocaína y antiinflamatorios no esteroideos orales.

El seguimiento postoperatorio promedio fue de 18 meses (19 y 17). Se observó la cicatrización completa de las heridas a los 30 días del postoperatorio sin cicatrices retráctiles ni síntomas y/o signos de estenosis anal, alteraciones de la continencia o de la defecación. El paciente que practicaba coito anal receptivo reinició su actividad sexual sin dificultad a los 60 días del postoperatorio.

Los controles se realizaron a los 3, 6 y 12 meses mediante citología anal y anoscopía de alta resolución (AAR). Al sexto mes se observó recidiva de condilomas pequeños y aislados perianales y endoanales en los dos pacientes. Fueron topicados localmente en forma ambulatoria con ácido tricloroacético al 80% desapareciendo las lesiones y sin recidivas hasta febrero de 2014.

No se observó el desarrollo de neoplasia intraepite-



Figura 1: Se observaban múltiples lesiones elevadas de aspecto verrugoso.



Figura 2: 3 meses posoperatorio.

lial anal de alto grado ni lesiones invasivas durante el período de seguimiento.

DISCUSIÓN

El virus del papiloma humano, agente causal de esta patología benigna, compromete sólo la epidermis por lo que tratamientos que involucren la sección o resección de capas más profundas de la piel no aportarán beneficio y generarán mayor morbilidad. La extirpación quirúrgica extensa del anodermo se asocia con el desarrollo de estenosis anal.¹¹⁻¹³ Para evitar esta posible complicación luego de la escisión de grandes y confluentes verrugas anales, se sugiere la reconstrucción con colgajos.^{14,15} Sin embargo, estas técnicas pueden presentar complicaciones como dehiscencia, formación de seromas, hematomas e infección

postoperatoria que también conllevan un riesgo de desarrollar cicatrices extensas y estenosis pudiendo comprometer la continencia, la defecación y la sexualidad anal. Klaristenfeld y col.¹⁶ trataron 41 pacientes con verrugas confluentes perianales y endoanales que comprometían más del 50% de la circunferencia pero sin considerar, como aquí fue hecho, la extensión radial de la enfermedad. Al igual que en los casos aquí presentados, realizaron resección y electrofulguración superficial de la totalidad de las lesiones. Con esta técnica se evitó la formación de cicatrices extensas lográndose mejores resultados estéticos, sin estenosis anal (Fig. 2). Por lo tanto, estos resultados llevarían a concluir que el uso preventivo de colgajos es innecesario.

La indicación de grandes resecciones con el objetivo de contar con la pieza completa para identificar posibles neoplasias intraepiteliales de alto grado no se justificaría ya que su tratamiento no difiere del indicado para los condilomas.^{17,18}

Es posible confundir la condilomatosis extensa con el tumor gigante de Buschke Lowentein por sus características macroscópicas.¹⁹ Éste es un carcinoma escamoso bien diferenciado que se localiza en la piel y mucosas de la región anogenital y el diagnóstico diferencial es histopatológico.²⁰⁻²² Esta diferencia cobra importancia porque cambia la terapéutica. Si existiesen sospechas de malignidad, la misma debe ser descartada mediante una biopsia, ya que el tratamiento de los carcinomas escamosos de una extensión mayor al centímetro es mediante quimio y radioterapia.²³

CONCLUSIÓN

Los casos presentados y la bibliografía consultada muestran que el tratamiento quirúrgico de la condilomatosis anal extensa mediante resección y electrofulguración sin la utilización de colgajos es eficaz y tiene baja morbilidad. De todos modos se requieren series más importantes para obtener mayores evidencias que apoyen estos resultados.

Creemos indispensable el seguimiento con citología anal y anoscopía de alta resolución, ya que nos permitió realizar el diagnóstico precoz de lesiones recidivantes, controlar la enfermedad con tratamientos tópicos y descartar y prevenir el desarrollo de lesiones anales invasivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Satterwhite CL, et al. Sexually transmitted infections among U.S. women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis* 2013; 40 (3): 187-93.
- Dos Ramos Farías MS, García MN, Reynaga E, et al. Primer reporte sobre ETS en población trans y trabajadores sexuales masculinos en Argentina. Comisión de SIDA y ETS. Sociedad Argentina de Infectología. Diciembre 2011.
- Congilosi SM, Madoff RD. Current therapy for recurrent and extensive anal warts *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1101-1107.
- Uribe N, Rueda C, López M, et al. Management of giant anal condyloma by wide local excision and anoplasty. *Colorectal Disease* 2012; 14: 1394-1397.
- Uribe N, Millán M, Flores J, Asencio F, Díaz F, Ruiz J. Excision and V-Y plasty reconstruction for gyant condiloma acuminatum. *Tech Coloproctol* 2004; 8: 107-9.
- Chaidemenos G, Kogia M, Souparis A, et al. Radical excision and mesh-skin garfting for giant anorectal condyloma acuminatum. *Dermatol Surg* 2006; 32: 324-328.
- Oh C, Albanese C. S-plasty for various anal lesions. *Am J Surg* 1992; 10: 606-608.
- Mestrovic T, Cavcic J, Martinac P et al. Reconstruction of skin defects after radical excision of anorectal giant condiloma acuminatum: 6 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 541-545.
- Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. *Am J Surg* 2000; 179: 325-329.
- De la Fuente SG, Ludwig KA, Mantyh CR. Preoperative immune status determines anal condyloma recurrence after surgical excision. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 367-373.
- Habr-Gama A, Sobrado CW, de Araujo SE et al. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)* 2005; 60:17-20.
- Eu KW, Teoh TA, Seow-Choen F, Goh HS. Anal stricture following haemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. *ANZ J Surg* 2006; 65:101-103.
- Burt CV. Thick split-skin graft for anal stenosis, Paget's disease, condyloma acuminata, pruritus ani and other anorectal conditions: report of four cases. *Dis Colon Rectum* 1961; 4: 319-326.
- Ulas M, Bostanci EB, Teke Z. et al. Giant Anorectal Condyloma Acuminatum of Buscke-Lowenstein: Successful Plastic Reconstruction with Bilateral Gluteal Musculocutaneous V-Y Advancement Flat. *Indian J Surg* 2013; 75(suppl 1): 168-170.
- Uribe N, Rueda C, López M, Balciscueta Z., Martín MC, Terrádez JJ, Flores J. Management of giant anal condyloma by wide local excision and anoplasty. *Colorectal Dis* 2012, 14: 1394-97.
- Klaristenfeld D, Israelit S, Beart R, et al. Surgical excision of extensive anal condylomata not associated with risk of anal stenosis. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23: 853-856.
- Goldstone SE, Johnstone AA, Moshier EL. Long term outcome of ablation of anal high-grade squamous intraepithelial lesions: recurrence and incidence of cancer. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 316-323.
- Pineda CE, Berry JM, Jay N. et al. High-Resolution Anoscopy Targeted Surgical Destruction of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions: A Ten-Year Experience. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 829-837.
- Battaglia L, Vannelli A, Belli F, et al. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: successful radical surgery with anal reconstruction. *Tumori* 2011; 97: 805-807.
- Martin JM, Molina I, Monteagudo C, et al. Buscke-Lowenstein Tumor. *J Dermatol Case Rep* 2008; 4: 60-62.
- Lnhacre TA, Kong CS, Welton ML. Diagnostic Problems in Anal pathology. *Adv Anat Pathol* 2008; 15: 263-278.
- Levy A, Lebbe C. Tumor: Diagnosis and Treatment. *An Urol (Paris)* 2006; 40: 175-178.
- Steele S, Varma MG, Melton GB. Practice Parameters for Anal Squamous Neoplasms. *Dis Colon Rectum* 2012; 55 (7): 735-749.

COMENTARIOS SESIÓN SACP – SESIÓN 13 DE JUNIO DE 2014

DISCUSIÓN

Dr. Jorge Rodríguez Martín: Mi comentario es muy breve porque los dos casos presentados son un gran desafío para su solución quirúrgica, para tratar de evitar justamente lo que la doctora remarcó, que son las secuelas; por lo tanto los resultados han sido buenos. Pero yo quería hacer una pregunta, ¿qué criterios usaron para decir que era una recidiva y que no era una reinfección? Dado que uno de los pacientes al poco tiempo empezó otra vez con sus prácticas sexuales.

Dra. Laura Svidler Lopez: Deseo resaltar lo interesante del tema. Quería hacer una pregunta en relación a si para prevenir la recidiva suelen hacer algún tratamiento (como imiquimod). Y después comentar que en un caso como el que vos presentaste uno puede hacer fulguración con mejor resultado que colgajo. Nosotros en el hospital, junto a Dr. Bun, entre 1991 y 2012 hemos tenido 15 casos HIV positivos con condilomatosis extensas (considerando como tal aquellas con más de 4 centímetros y con compromiso del conducto). Y son lesiones que a diferencia de las que vos mostraste son como una placa en las que es muy difícil electrofulgurar y lo más complicado es tratar el conducto. En esa situación no hemos encontrado otra alternativa que los colgajos aún con los resultados complicados. Por otro lado, como antecedentes en los pacientes uno había recibido ácido tricloroacético y el otro criocirugía. Quería saber si esos los habían tratado ustedes, si esos tratamientos los habían recibido en otro lado; y si los recibieron en otro lado, si ustedes no utilizan por ejemplo ácido tricloroacético o algún otro procedimiento para disminuir el tamaño de la lesión, aunque sea poca para disminuir después el tamaño de la resección. Y otra pregunta, ¿cuál fue el resultado de la anoscopia de alta resolución? Si encontraron en el conducto algún tipo de displasia o simplemente por la anoscopia diagnosticaron la recidiva de los condilomas. Nada más.

Dr. Jorge Cheli: Simplemente felicitarlos y decirles que nosotros hemos tenido en el Hospital San Martín de La Plata 12 casos de los cuales 2 fueron tumores de Löwenstein. Recuerdo que una de las pacientes fue sometida a tres colgajos deslizados, de los cuales uno solo se había despegado y los restantes dos habían andado

muy bien. Por otro lado, recuerdo ese caso porque la mujer estaba embarazada y creo que la impresión hormonal que tenía en ese momento había hecho que el tumor fuera uno de los más grandes que me tocó ver. Y a similitud de lo que decía recién la colega, el anodermo también estaba tomado y tuve que hacerle colgajo deslizado porque no me quedó otra alternativa porque la estenosis hubiera sido la regla. Porque si uno busca estas lesiones cuando las levanta, puede encontrar que las bases de implantación son pequeñas, pero hay ciertos casos en quienes las bases de implantación son mucho más grandes y el único que le queda como alternativa es hacer un colgajo. Mi pregunta es si les ha tocado paciente embarazada y si han notado alguna diferencia con respecto a la impresión hormonal en relación a otros casos que no tenían esa impresión hormonal, durante el embarazo. Gracias.

CIERRE DE DISCUSIÓN

Dra. Silvana Piussi: La frecuencia de estos pacientes, se refería a que entre agosto y octubre recibimos dos pacientes, yo creo que fue coincidencia en ese corto periodo, lo que nos motivó también a investigar un poquito más sobre este tema. En los meses siguientes tuvimos otro caso y bueno también lo fuimos sumando. La condilomatosis anal ocupa el segundo lugar después de la patología hemorroidal en frecuencia, como consulta en centro ambulatorio.

El segundo paciente no refería mantener relaciones sexuales receptivas. En estos pacientes (hombres que no refieren sexo con hombres) la bibliografía dice que hay entre un 10 y 30% de pacientes que no tienen conductas de riesgo y presentan enfermedad por el virus de papiloma humano. Otra explicación al paciente no le damos.

Respecto a la vacuna, los beneficios son para aquellos pacientes portadores de VIH o hombres que tienen sexo con hombres, para prevenir la infección por cepas que se asocian a lesiones intraepiteliales de alto grado o carcinoma. Entonces en esos pacientes sí la recomendamos, pero en general lo tratamos en concordancia con el infectólogo.

Respecto a cómo definimos la recidiva (si era una recidiva o era una nueva infección), este paciente que refería relaciones sexuales receptivas con su pareja utilizaba preservativo así que interpretamos que teniendo esos cuidados se trataba de una recidiva y no de una reinfección.

Coincidió con la Dra. Laura Svidler Lopez respecto a lo complejo del tratamiento de estos pacientes y vuelvo a insistir, los dos pacientes que presentamos eran diferentes a las otras imágenes quizás en cuanto a las características macroscópicas. No indicamos ningún tratamiento para prevenir la recidiva, simplemente hacemos controles con citología y anoscopia de alta resolución.

Con respecto a si los tratamientos previos habían sido en otro lado, uno de los pacientes sí; y otro paciente había sido tratado, sin tener buenos resultados, por nosotros con topicaciones con ácido tricloracético al 80%, llevábamos mucho tiempo y no se veían buenos resultados.

Respecto a pregunta de Dr. Cheli, él nos preguntaba si habíamos tratado pacientes embarazadas y realmente no, no tuvimos oportunidad de tratar pacientes con esos casos en embarazo.

Dra. Luciana La Rosa: Yo creo que tiene que quedar bien clara la diferencia de los casos presentados con las imágenes traídas por los aportes. Se nota la diferencia macroscópica entre una condilomatosis anal extensa y la condilomatosis de Buschke-Löwenstein. Si yo tengo dudas respecto de eso, el tratamiento es otro, es otro tipo de patología. Si yo no tengo dudas y pienso que son muchos condilomas en una gran extensión, nada me apura porque no es una patología maligna, tendré que hacer una charla adecuada con el paciente y explicarle que haremos el tratamiento en etapas, pero insisto para mí y concuerdo con el Dr. Bun, hacer grandes colgajos aunque esté comprometido el 100% de la circunferencia del anodermo, no tiene mayor sentido porque es una patología superficial. Ir en más profundidad implica mayor cicatriz, mayor estenosis y estamos en general tratando a pacientes que son jóvenes y que practican la sexualidad anla. Si le dejamos una estenosis no sólo les complicamos su evacuación o continencia, también estamos comprometiendo su sexualidad y es algo que a los pacientes les importa y muchísimo. Y es más, hacer esos colgajos deja unas cicatrices horribles y esas cicatrices a ellos les molestan y les incomoda mucho para encarar nuevas relaciones.

Autoevaluación

Carlos Alberto Vaccaro MAAC-MSACP

1. ¿Cuál de los siguientes tumores NO están incluidos en los criterios de Amsterdam para definir el Síndrome de Lynch?
 - a. Colon
 - b. Recto
 - c. Estómago
 - d. Endometrio.
 - e. Vías urinarias.

2. De acuerdo a la ESMO, ¿Cuál de las siguientes características NO es un criterio para la Neoadyuvancia en cáncer de recto?
 - a. Ct3a n2
 - b. Ct4 n0
 - c. Ct3b n0
 - d. Invasión vascular extra mural
 - e. Ninguna es correcta

Respuestas:

1. ¿Cuál de los siguientes tumores NO están incluidos en los criterios de Amsterdam para definir el Síndrome de Lynch?
 - c. **Estómago**¹

El Síndrome de Lynch, representa el cáncer colorectal hereditario más frecuente. Los criterios para identificar aquellos pacientes con alta probabilidad de presentar la enfermedad se conocen como Criterios de Amsterdam I propuestos en 1997. Los mismos incluyen: 1) Al menos 3 familiares con cáncer colorectal; y así mismo se debe cumplir con todos los siguientes: 2) que uno debe ser familiar de primer grado de los otros dos, 3) que por lo menos 2 generaciones estén afectadas, 4) que al menos uno debe ser diagnosticado antes de los 50 años, 5) se debe excluir Poliposis Adenomatosa Familiar, 6) se debe obtener la confirmación histológica de los tumores. Posteriormente, una revisión de la literatura demostró que otros tumores extracolónicos se asociaban a este síndrome, como el cáncer de endometrio, estómago, ovarios, intestino delgado, uréter, pelvis renal, cerebro y tracto hepatobiliar. De todos ellos, los tumores de endometrio, uréter, pelvis renal e intestino delgado tuvieron mayor riesgo relativo, y por lo tanto eran los más específicos para Síndrome de Lynch. De allí que en 1999 se propusieron los criterios de Amsterdam II, que incluyen a éstos últimos. La incorporación del cáncer gástrico dentro de los mismos fue debatida ya que si bien en los pacientes con síndrome de Lynch de los países occidentales estos eran infrecuentes, en los países orientales los tumores gástricos eran frecuentemente reportados. No obstante, el cáncer gástrico presenta una alta prevalencia en la población general de estos países, por lo que podría tratarse de la asociación de síndrome de Lynch y cáncer gástrico.

En un estudio realizado por nuestro centro, los tumores gástricos fueron los tumores extracolónicos más frecuentes en pacientes de sexo masculino.

En resumen, si bien los tumores gástricos se presentan frecuentemente como tumores extracolónicos en el Síndrome de Lynch, no se encuentran incluidos en los criterios de Amsterdam II.

2. De acuerdo a la ESMO, ¿Cuál de las siguientes características NO es un criterio para la Neoadyuvancia en cáncer de recto?
 - c. **Ct3b n0**²

La guía clínica publicada por la ESMO en 2013, sugiere el tratamiento del cáncer de recto adaptado al riesgo. Así, en aquellos casos con riesgo intermedio y alto (Intermedio: cT2 muy bajos, cT3c-d con margen circunferencial negativo de recto medio o superior, N1-2, EMVI +, y algunos T4a N0 (limitado a compromiso peritoneal); Alto: cT3 con margen circunferencial positivo, cT4a-b, ganglios laterales positivos) sugiere realizar tratamiento neoadyuvante.

En el caso de la opción "A" (T3a N2), si bien no está especificada la profundidad de invasión del T (a, b, c o d), la presencia de ganglios positivos es indicador de tratamiento neoadyuvante. En el caso de la opción "B" (T4 N0), por ser localmente avanzado, también tiene indicación de neoadyuvancia. En el caso de la opción "D", la presencia de EMVI + constituye otra indicación de neoadyuvancia. En cambio, en el caso "C" (T3b N0), por tratarse de un T3 superficial con ganglios negativos, podría plantearse una cirugía radical sin tratamiento neoadyuvante previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vasen HF, et al. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC, Lynch Syndrome) proposed by the International Collaborative Group on HNPCC. *Gastroenterology*. 1999;116:1453-1456
2. Glimelius, et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013; 24 (Suppl 6): vi81-vi88.

Resúmenes Seleccionados – Oncología

Cristian Ariel Rodríguez MSACP

1. Transanal local excision for distal rectal cancer and incomplete response to neoadjuvant chemoradiation - does baseline-staging matter?

Perez R., Habr-Gama A., São Julião G., Proscurshim I., Coelho A., Figueiredo M., Fernandez L., Gama-Rodrigues J. Dis Colon Rectum. 2014 Nov; 57(11):1253-9. doi: 10.1097/DCR.0000000000000215.

Antecedentes: La excisión local puede ofrecer la posibilidad de la preservación de órgano para el manejo de pacientes seleccionados después de radioquimioterapia neoadyuvante. Los resultados oncológicos de esta estrategia han sido claramente asociados con el riesgo de metástasis ganglionares. Por lo tanto, además del status final del ypT, el estadio de base ha sido sugerido como un potencial factor influyente de esta modalidad de tratamiento.

Objetivo: El objetivo de este estudio es comparar los resultados patológicos y oncológicos de los pacientes luego de radioquimioterapia neoadyuvante y respuesta clínica incompleta manejados con microcirugía transanal endoscópica (TEM) de acuerdo a su estadificación de base.

Diseño: Este es un estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva.

Lugar: El estudio fue realizado en un único centro.

Pacientes: Cuarenta y seis pacientes con cáncer distal de recto cT2-4 N0-2 M0 recibieron quimiorradioterapia con 5-fluorouracilo. La evaluación de la respuesta fue realizada, como mínimo, a las 8 semanas de haber completado la radioterapia. Los pacientes con respuesta clínica completa no fueron operados inmediatamente. Los pacientes con respuesta clínica incompleta fueron manejados con cirugía. Aquellos con tumor residual pequeño ≤ 3 cm (ycT1-2N0M0) fueron manejados con TEM.

Principales medidas de resultados: Los pacientes que se sometieron a excisión local luego de radioquimioterapia fueron comparados de acuerdo a su estadificación de base.

Resultados: Quince pacientes (32%) fueron cT2N0 en su estadificación inicial. El estadiaje final ypT fue ypT0 en 3 (20%) pacientes, ypT1 en 2 (13%) pacientes, ypT2 en 9 (60%) pacientes, y ypT3 en 1 (7%) paciente. No hubo diferencias en el estadio final ypT en comparación con aquellos pacientes con un estadio basal cT3-4 o cN+ luego de recibir quimiorradioterapia seguido por TEM ($p = 0.38$). La recurrencia local fue de 1 paciente con un estadio basal cT2N0 (7%) y en 7 pacientes (23%) con estadio II y III ($p = 0.18$).

Limitaciones: Las limitaciones de este estudio son el corto seguimiento, el tamaño de la muestra, y su naturaleza retrospectiva y no randomizada.

Conclusiones: Los pacientes con un estadio de base cT2N0 que no desarrollan respuesta completa a la quimiorradioterapia (ycT0-2 N0; ≤ 3 cm) frecuentemente presentan características patológicas desfavorables para la excisión transanal (ypT2 o 3 en $>66\%$). En presencia de respuesta clínica incompleta luego de quimiorradioterapia, los pacientes con estadio de base cT2N0 tienen resultados patológicos y oncológicos similares a los pacientes con estadio de base II o III, y no son probablemente candidatos ideales para la resección local.

Comentarios: Una alternativa interesante para el tratamiento del cáncer de recto bajo luego de recibir quimiorradioterapia neoadyuvante es la resección transanal microquirúrgica endoscópica (TEM). Sin embargo, la selección de los candidatos para este tratamiento debe ser muy estricta debido al alto porcentaje de recidivas locales. Se ha publicado en el último tiempo que aquellos pacientes con ypT2 independientemente de su estadio de base podrían ser buenos candidatos para TEM. Este trabajo, a pesar de su escaso número de pacientes y corto seguimiento (22 meses), informa en forma detallada los resultados por ellos obtenidos, brindando además la experiencia de uno de los grupos que más ha publicado sobre el tema.

2. A prospective multicenter clinical study of extralevator abdominoperineal resection for locally advanced low rectal cancer.

Han J., Wang Z., Qian Q., Dai Y., Zhang Z., Yang J., Li F., Li X.. Dis Colon Rectum. 2014 Dec; 57(12):1333-40. doi: 10.1097/DCR.0000000000000235.

Antecedentes: Estudios recientes han demostrado que la resección abdominoperineal extraelevador tiene el potencial para reducir el compromiso del margen circunferencial, perforación intestinal intraoperatoria, y recurrencia local; sin embargo, se ha sugerido que la resección extendida puede ser asociada con un aumento de la morbilidad debido a la creación de grandes defectos perineales.

Objetivo: Este estudio fue llevado a cabo para demostrar la factibilidad y complicaciones de la resección abdominoperineal para los tumores de recto inferior localmente avanzados en China.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo.

Lugar: Este estudio fue realizado en 7 hospitales universitarios de China.

Pacientes: Un total de 102 pacientes fueron sometidos a este tratamiento por presentar cáncer de recto inferior localmente avanzado, entre Agosto de 2008 y Octubre de 2011.

Principal medida de resultados: Las principales medidas de resultado comprendieron el margen circunferencial de resección, perforación intraoperatoria, complicaciones postoperatorias y recurrencia local.

Resultados: Las complicaciones más comunes incluyeron disfunción sexual (40.5%), complicaciones perineales (23.5%), retención urinaria (18.6%), y dolor perineal crónico (13.7%). El dolor perineal crónico fue asociado con la coccigectomía ($p < 0.001$), y el dolor disminuyó gradualmente con el paso del tiempo. La reconstrucción del piso pelviano con mallas biológicas fue asociado con una disminución de la tasa de dehiscencia perineal ($p = 0.006$) y complicaciones generales de la herida ($p = 0.02$) en comparación con el cierre primario. El margen circunferencial comprometido fue demostrado en 6 (5.9%) pacientes, y las perforaciones intraoperatorias ocurrieron en 4 (3.9%) pacientes. Todos los márgenes circunferenciales comprometidos y las perforaciones intraoperatorias fueron localizados anteriormente. La recurrencia local fue 4.9% con una media de seguimiento de 44 meses (rango, 18–68 meses).

Limitaciones: Estudio no randomizado, no controlado.

Conclusiones: La resección abdominoperineal extraelevador realizada en posición prona para el cáncer de recto bajo es una técnica relativamente segura, con un aceptable porcentaje de compromiso del margen circunferencial, perforaciones intraoperatorias, y recurrencia local. La reconstrucción del piso pelviano con mallas biológicas podría disminuir el índice de complicaciones a nivel de la herida perineal.

Comentarios: Como ha sido publicado en algunos estudios previos, aquellos pacientes con buena respuesta patológica luego de quimioradioterapia neoadyuvante y posterior cirugía se han asociado a excelentes resultados oncológicos. Es por eso que si podemos identificar a esos pacientes con “buena o mala” respuesta al tratamiento preoperatorio mediante estudios por imágenes podríamos adecuar el tratamiento a cada caso. Si bien este artículo presenta las limitaciones de cualquier trabajo retrospectivo, presenta un interesante diseño como así también un buen número de casos. Informando una efectividad cercana al 70 % en la detección de pacientes con buena respuesta post tratamiento.

3. Diagnostic accuracy and prognostic impact of restaging by magnetic resonance imaging after preoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer

Huh J., Kim H., Lee S., Yun S., Lee W., Park Y., Cho Y., Chun H. *Radiother Oncol.* 2014 Oct; 113(1):24-8. doi: 10.1016/j.radonc.2014.08.023.

Antecedentes: El rol pronóstico de la reestadificación con Resonancia Magnética (MRI) en pacientes que recibieron quimioradioterapia preoperatoria no ha sido bien establecido. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad diagnóstica y el rol pronóstico de la estadificación radiológica a través de la Resonancia Magnética luego de quimioradioterapia preoperatoria en pacientes cáncer rectal.

Métodos: Un total de 231 pacientes consecutivos con cáncer rectal a los que se les realizó quimioradioterapia preoperatoria y resección radical, desde Enero de 2008 a Diciembre de 2009 fueron prospectivamente enrolados. La utilidad diagnóstica y la importancia pronóstica de la reestadificación postquimioradioterapia con resonancia magnética fueron evaluadas.

Resultados: La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del diagnóstico imagenológico de los buenos respondedores (ypTNM estadio 0–I) fue 32%, 90%, 65%, and 69%, respectivamente. La exactitud global de la reestadificación con MRI para los buenos respondedores fue de 68%. La sobrevida libre de

enfermedad con estadio radiológico o patológico (TNM estadio 0, estadio I, y estadio II–III) fue de 100%, 94%, y 76%, respectivamente ($P = 0.037$), y 97%, 87%, and 73%, respectivamente ($P = 0.007$). En el análisis multivariado, la reestadificación radiológica con MRI post neoadyuvancia fue un factor independiente de sobrevida libre de enfermedad.

Conclusión: La reestadificación por Resonancia Magnética luego de quimiorradioterapia neoadyuvante podría ser un factor predictivo independiente de sobrevida en pacientes con cáncer de recto.

Comentarios: Como ha sido publicado en algunos estudios previos, aquellos pacientes con buena respuesta patológica luego de quimiorradioterapia neoadyuvante y posterior cirugía se han asociado a excelentes resultados oncológicos. Es por eso que si podemos identificar a esos pacientes con “buena o mala” respuesta al tratamiento preoperatorio mediante estudios por imágenes podríamos adecuar el tratamiento a cada caso. Si bien este artículo presenta las limitaciones de cualquier trabajo retrospectivo, presenta un interesante diseño como así también un buen número de casos. Informando una efectividad cercana al 70 % en la detección de pacientes con buena respuesta post tratamiento.

4. Is it safe the reversal of a diverting stoma during adjuvant chemotherapy in elderly rectal cancer patients?

Kye B., Kim H., Kim J., Cho H. *Int J Surg.* 2014 Oct 30; 12(12):1337-1341. doi: 10.1016/j.ijso.2014.10.018.

Introducción: El objetivo de este estudio fue investigar los resultados clínicos entre 2 grupos de pacientes añosos con cáncer de recto de acuerdo al tiempo de evolución en cual se les realizó el cierre del ostoma.

Métodos: Se reclutaron 124 pacientes, mayores de 65 años, y a los cuales se les había realizado una ostomía de derivación luego de una cirugía por cáncer de recto. En el grupo 1, el cierre del ostoma fue generalmente realizado luego del 6° ciclo de quimioterapia adyuvante. En el grupo 2, el cierre fue predominantemente realizado luego del 3° ciclo de adyuvancia.

Resultados: El tiempo medio en que los pacientes tuvieron el ostoma fue 28.6 ± 9.9 semanas en el grupo 1 y 17.1 ± 7.4 semanas en el grupo 2. El intervalo entre la creación del ostoma y la aparición de las complicaciones inherentes a la misma fue ligeramente más prolongado en el grupo 1 que en el grupo 2 (13.5 ± 9.7 vs. 8.0 ± 4.9 semanas, $p = 0.075$). Hubo 16 complicaciones relacionadas al ostoma en el grupo 1 (23.2%) y 10 en el grupo 2 (18.2%) ($p = 0.516$). Hubo 6 complicaciones relacionadas al cierre del ostoma en el grupo 1 (8.8%) y 6 en el grupo 2 (10.9%) ($p = 0.766$).

Discusión: Este estudio demuestra que el cierre del ostoma durante el período de quimioterapia adyuvante no es más perjudicial que el cierre del mismo luego de terminada la quimioterapia adyuvante.

Conclusión: Es posible limitar la duración de las ostomías de derivación luego de la cirugía de recto, aún si los pacientes son añosos y bajo quimioterapia adyuvante.

Comentarios: La presencia de un ostoma conlleva a una disminución en la calidad de vida, secundario a las alteraciones físicas y psíquicas que estas producen. En los pacientes con cáncer de recto bajo muchas veces los coloproctólogos nos vemos en la incertidumbre de cuál es el mejor momento para realizar el cierre del mismo, debido a muchos factores, dos de ellos y quizás los más importantes son los mencionados en este artículo, la edad y la administración de quimioterapia adyuvante. Este estudio, que si bien, presenta las limitantes de todo estudio retrospectivo, nos muestra en concordancia con otros estudios de la literatura, que el cierre del ostoma en pacientes añosos y bajo quimioterapia adyuvante es factible y seguro en la mayor parte de los pacientes luego de una resección rectal con anastomosis colorectal baja o coloanal.

5. Frozen section examination may facilitate reconstructive surgery for mid and low rectal cancer

Khoury W, Abboud W., Hershkovitz D., Duek S. *J Surg Oncol.* 2014 Dec; 110(8):997-1001. doi: 10.1002/jso.23758.

Antecedentes: Un margen distal > 1 cm provee seguridad oncológica en aquellos tumores que asientan en el recto inferior. Hemos evaluado la utilidad de la biopsia por congelación del margen quirúrgico, y su impac-

to en las decisiones intraoperatorias.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por adenocarcinoma de tercio medio o distal de recto, durante 2001-2010 y a los cuales se le realizó intraoperatoriamente biopsia por congelación del margen distal, para confirmar microscópicamente márgenes libres. Los hallazgos intraoperatorios, por congelación y por sección de los tacos embebidos en parafina fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes. El margen libre en la anatomía patológica final, y la recurrencia local, fue comparada en aquellos pacientes con un margen distal > a 1 cm y < a 1 cm. El impacto de un margen < de 5 mm también fue evaluado. El impacto en la toma de decisiones según la biopsia por congelación de aquellos pacientes que habían recibidos o no radioquimioterapia neoadyuvante fue evaluada.

Resultados: La edad media de 64 pacientes estudiados fue de 66, 4 +/- 11, 8 años y una distancia media del tumor al margen distal de 6 cm (rango 1 – 10 cm). 7 pacientes se les realizó una amputación abdominoperineal. 54 resecciones anteriores, y a 2 pacientes operación de Hartman. La sensibilidad y especificidad de la biopsia por congelación fue del 83 y 98% respectivamente. La exactitud de la biopsia por congelación fue elevada para 41 pacientes tratados con radioquimioterapia preoperatoria y 22 que no lo habían hecho. Un margen distal > a 5 mm en la biopsia por congelación aseguró un margen libre en la patología final. La recurrencia local fue comparable entre pacientes con margen distal > a 10 mm y < a 10 mm, 8 vs 11 % p= 0.65.

Conclusiones: La biopsia por congelación podría ayudar a determinar un margen distal libre, y consecuentemente en casos seleccionados, podría facilitar una cirugía conservadora de esfínter en pacientes con tumores de recto bajo.

Comentarios: En los últimos tiempos se ha publicado mucho acerca extender el límite del margen distal a menos de 1 cm, sin alterar los resultados oncológicos, y cambiando consecuentemente la táctica quirúrgica. Es por eso que los autores intentan evaluar la influencia que la biopsia por congelación intraoperatoria desempeña en la toma de decisiones durante la resección rectal en pacientes con cáncer de recto ultrabajo. Aunque este artículo tiene como mayor limitante la escasa muestra de pacientes, principalmente el subgrupo < 5 mm, resulta una experiencia interesante y para tener en cuenta a futuro.

Resúmenes Seleccionados – Cirugía Orificial

Dr. Luis Díaz, MAAC, MSACP

1. Ligadura del trayecto interesfinteriano: ¿Revisión de cuál es la evidencia?

Devesa JM, Herva´s PL, Vicente R, Rey A, Die J, Moreno I, Teruel D. Tech Coloproctol (2011) 15:17–22. DOI 10.1007/s10151-010-0673-1

En términos generales las fístulas complejas son aquellas que no son transesfinteriana bajas o interesfinterianas. Los objetivos del tratamiento quirúrgico son lograr la curación de la fístula, prevenir las recurrencias y no alterar la continencia. El riesgo de incontinencia asociada con las cirugías varía entre 10% a 57%. El objetivo de esta revisión es evaluar la literatura disponible sobre el procedimiento de la ligadura del trayecto interesfinteriano (LIFT) como opción de tratamiento en este tipo de fístula. Se realizó una búsqueda en Medline, PubMed, EMBASE e ISI Web of Knowledge . Se incluyeron estudios publicados entre enero de 2009 mayo de 2013. Los resultados primarios fueron las tasas de curación de la fístula, tiempo promedio de curación y la satisfacción del paciente para con esta técnica quirúrgica. Dieciocho estudios fueron incluidos en la revisión. El número total de pacientes incluidos fue de 592 (65% hombres). La edad media reportada fue de 42,8 años. El tipo más frecuente de fístula reportada era transesfinteriana (73,3% de los casos). La tasa media de curación fue de 74,6%. Los factores de riesgo asociados a la falta de curación fueron: obesidad, tabaquismo, múltiples cirugías previas y la longitud del trayecto fistuloso. El tiempo promedio de curación fue de 5,5 semanas en un período de seguimiento promedio de 42,3 semanas. Las tasas de satisfacción de los pacientes oscilaron entre 72% a 100%. No se desarrolló incontinencia de novo secundaria al procedimiento. No hay suficiente evidencia de las variaciones en la técnica quirúrgica para alcanzar mejores resultados (Bio-LIFT, LIFT-Plug, LIFT-Plus). Esta revisión indica que el procedimiento de LIFT es un tratamiento eficaz logrando un cierre total en el 74,6% de las fístulas transesfintéricas con un bajo impacto en la continencia fecal.

Comentario: Revisión que permite lograr un conocimiento general del rol del procedimiento LIFT en el arsenal quirúrgico del cirujano, orientándolo hacia el tipo de fístula y en cual paciente conviene realizarla. Esta revisión recomienda que este procedimiento logra mejores resultados si se utiliza como primera técnica quirúrgica en el tratamiento de las fístulas.

2. Resultados después de las operaciones por fístula anal: resultados de un estudio multicéntrico prospectivo regional.

Salón JF et al. Dis Colon Recto. 2014 Nov; 57 (11): 1304-8.

Antecedentes: Existen varias técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento de las fístulas anales. Las tasas de adopción y el éxito de las nuevas técnicas no han sido establecidos claramente.

Objetivo: El propósito de este estudio fue determinar la tasa de curación de las cirugías colorrectales en el tratamiento de las fístulas anales en Nueva Inglaterra.

Diseño: Se realizó una revisión retrospectiva de una base de datos recogidos prospectivamente de las prácticas quirúrgicas colorrectal en Nueva Inglaterra.

Paciente: Se creó un registro multicéntrico prospectivo por la Sociedad de Nueva Inglaterra de Cirujanos en Colon y Recto. Se invitó a los cirujanos a recolectar datos en forma prospectiva de los pacientes operados por fístulas anales entre el 1 de enero de 2011 y el 1 de agosto de 2013. El cirujano tratante reportó clasificación de la fístula, intervención quirúrgica realizada, puntuaciones de continencia y curación de la fístula.

Medida Principal: Se midió la proporción de pacientes con fístulas que curaron a los 3 meses de seguimiento.

Resultados: Dieciséis cirujanos reportaron datos de 240 operaciones de fístulas anales con intención curativa. La edad media fue de 45 ± 14 años. Un total de 158 pacientes (66%) eran hombres y 110 (46%) se había sometido a una operación anorrectal previamente. Veintinueve (12%) tenían enfermedad de Crohn. Las tasas de curación a los 3 meses para la fistulotomía, colgajo de avance y el tapón de la fístula fueron de 94% (IC 95%, 89-97), 60% (IC 95%, 33-77) y el 20% (IC del 95%, 5-50). La tasa de curación de la ligadura del trayecto interesfinteriano de la fístula a los 3 meses fue del 79% (IC 95%, 65-88). La única variable asociada con la curación fue el hospital ($p < 0,05$). Los hospitales que realizaban con más frecuencia la técnica de ligadura del

trayecto interesfinteriano de la fistula tuvieron tasas de curación superiores a los 3 meses ($p < 0,0001$).

Limitaciones: Este estudio estuvo limitado por el sesgo de selección y el sesgo de notificación.

Conclusiones: Una amplia variedad de técnicas se utilizan para tratar las fistulas anales de nuestra región. La fistulotomía sigue teniendo excelentes resultados. Ha habido una entusiasta temprana adopción de la ligadura del trayecto interesfinteriano de la fistula. Las tasas de curación temprana después de la ligadura del trayecto interesfinteriano parecen ser excelentes.

Comentario: Si bien el presente trabajo presenta varios sesgos (de registro, reporte, recuerdo y seguimiento) hace referencia que la cirugía de LIFT si bien es un procedimiento sencillo, el adiestramiento en la técnica y mantenerse entrenado en la misma logra mejorar los resultados finales.

3. Ligadura del trayecto interesfinteriano de la fistula perianal y sus modificaciones: Resultados de la técnica en el tratamiento de las fistulas complejas.

Sirikurnpiboon S et al. World J Gastrointest Surg. 2013 Apr 27;5(4):123-8.

Objetivo: Comparar las tasas de curación entre ligadura del trayecto interesfinteriano de la fistula (LIFT) y LIFT más procedimientos con fistulectomía parciales (LIFT plus).

Método: Se realizó estudio de los pacientes con fistulas anales complejas atendidos desde el 1 de Marzo del 2010 al 31 de enero del 2012. Todas las operaciones fueron realizadas por cirujanos colorrectales en un centro de referencia del Hospital Público Ministerial. Los datos recogidos incluyen datos demográficos de los pacientes, determinación por ecografía endorrectal preoperatoria del tipo de fistula, estado de continencia pre y postoperatoria, antecedentes anteriores de operaciones, tiempo del diagnóstico de fistula a la intervención, tipo de cirugía, tasa de curación, tasa de recurrencia, fallos en el examen ecográfico endorrectal, reintervención en los casos de falla o recidivas y complicaciones.

Resultados: En el estudio participaron 41 pacientes con una edad media $40,78 \pm 11,84$ años (rango: 21-71 años). El tipo más frecuente de fistula fue transesfinteriana alta. El período medio de seguimiento fue de 24 semanas. La tasa general de éxito fue del 83%. El éxito en el grupo LIFT (Ligadura del trayecto interesfinteriano de la fistula) fue del 81% y en el grupo LIFT plus (LIFT con curetaje y fistulectomía parcial) fue del 85% ($P = 0,529$). El tiempo medio de cicatrización de las heridas fue de 4 semanas en ambos grupos ($p = 0,262$). El tiempo medio hasta la recurrencia fue de 12 semanas. Ninguno de los grupos presentó incontinencia (Puntaje 0 en la escala de Wexner) y la diferencia en las tasas de curación entre los dos grupos no fueron estadísticamente significativa.

Conclusión: No hubo diferencias de resultados entre las operaciones de LIFT y LIFT plus. El procedimiento es una buena opción para no alterar la continencia en el manejo de la fistula anal.

Comentario: En el presente estudio presenta el limitante del sesgo de selección y de randomización. No existe hasta la fecha, evidencias que la fistulotomía parcial del trayecto desde la porción ligada hasta el orificio externo logre mejores resultados.

4. Ligadura del trayecto interesfinteriano de la fistula frente al colgajo de avance mucoso en pacientes con fistula anal transesfinteriana alta: un ensayo aleatorio prospectivo.

Madbouly KM et al. Dis Colon Rectum. 2014 Oct; 57(10):1202-8.

Propósito: El objetivo de este estudio fue comparar la ligadura del trayecto interesfinteriano con el colgajo de avance mucoso en el tratamiento de las fistulas anales transesfinterianas altas.

Diseño: Estudio aleatorizado prospectivo realizado en los centros médicos académicos. Se incluyeron pacientes con fistulas anales transesfinterianas que involucran la parte superior del esfínter anal.

Intervención: Los pacientes fueron asignados al azar a ligadura del tracto interesfinteriano de la fistula o al colgajo de avance mucoso.

Método: Los resultados finales principales del estudio fueron el cierre de la fistula, recurrencia dentro de 1 año y la medición de la continencia mediante el uso de la escala de Wexner. Las variables secundarias fueron la morbilidad, dolor postoperatorio con el uso de la escala analógica visual y la calidad de vida con el uso de la Escala Global de Calidad de vida de Cleveland.

Resultados: Participaron 70 pacientes (35 en cada grupo). La edad media fue de 36,1 años en los pacientes sometidos a la ligadura del trayecto interesfinteriano vs 32,9 años en los pacientes sometidos a colgajo de

avance mucoso ($p = 0,33$). La media en la escala analógica visual después de 1 semana fue significativamente mayor en el grupo colgajo del avance mucoso que en el grupo de la ligadura del tracto interesfinteriano (3,1 vs 4,8, $p = 0,04$), pero después de 4 semanas no se encontró diferencia significativa. La curación de la fistula se logró en 33 pacientes sometidos a LIFT vs 32 pacientes sometidos al colgajo de avance mucoso ($p = 0,99$). El tiempo medio de curación fue de 22,6 días en el grupo de LIFT vs 32,1 días en el grupo del colgajo ($p = 0,01$). Después de 1 año de seguimiento se logró el éxito en 26 pacientes (74,3%) sometidos al LIFT y en 20 pacientes (65,7%) sometidos al colgajo ($p = 0,58$). Ningún paciente presentó cambios significativos en la puntuación de Wexner a la 4 semanas después de la intervención. No hubo diferencia significativa entre los grupos con respecto a la puntuación de la calidad de vida ($p = 0,5$ y $0,07$ después de 4 y 12 semanas).

Limitaciones: Una probable limitación es el corto plazo de seguimiento. Aunque el tamaño de la muestra fue calculado para detectar diferencia con una potencia del 80% a un nivel de significación del 5%, el resultado negativo dentro de este relativamente pequeño número de pacientes podría ser el resultado de error estadístico tipo II.

Conclusiones: En pacientes con fistulas anales transesfintéricas altas, tanto la ligadura del tracto fistuloso interesfinteriano y el colgajo de avance mucoso presentan tasas similares de curación a largo plazo, recidivas, continencia y la calidad de vida. Sin embargo la ligadura del tracto fistuloso interesfinteriano presenta la ventaja de menor dolor postoperatorio.

Comentario: El presente trabajo induce a pensar que podría haber ventaja en la efectividad del LIFT sobre el colgajo mucoso de avance pero que esta diferencia no se logró evidenciar por el reducido número de participantes. Realizando el cálculo del tamaño muestral se necesitarían 444 pacientes en cada grupo para poder asegurar que LIFT logra la curación al año de seguimiento en el 74% de las veces vs el colgajo en el 65% de los operados.

Una limitante de la técnica de LIFT es la presencia de múltiples cicatrices anales las cuales pueden inducir al operador a realizar colgajo de avance.

5. Evaluación prospectiva del procedimiento de ligadura del trayecto interesfinteriano para la fistula anal compleja en pacientes con enfermedad de Crohn.

Gingold DS et al. Ann Surg. 2014 Dec; 260(6):1057-61

Objetivo: Evaluar los resultados después de la ligadura del trayecto interesfinteriano (LIFT) en la fistula por enfermedad de Crohn (EC).

Antecedentes: El abordaje quirúrgico a fistulas perianales en la EC con frecuencia son ineficaces repercutiendo a veces en curación inadecuada de la herida y la posibilidad de lesión esfinteriana. Se desconoce la eficacia de LIFT en pacientes con EC.

Métodos: Se analizaron prospectivamente casos consecutivos de pacientes con EC con fistulas transesfintéricas. Se evaluaron curación de la fistula y 2 índices de calidad de vida validados.

Resultados: Se identificaron quince pacientes con EC (9 mujeres; edad media = 34,8 años). La ubicación de la fistula fue lateral ($n = 10$; 67%) o en la línea media ($n = 5$; 33%). Se observó curación de la fistula con LIFT en 9 pacientes (60%) a los 2 meses de seguimiento. Ningún paciente desarrolló incontinencia fecal. La curación de la fistula con LIFT se observó en 8 de 12 pacientes (67%) que completaron el seguimiento de un año. Los factores asociados con la curación a largo plazo fueron la ubicación lateral versus la ubicación en la línea media ($P = 0,02$) y extensión media mas larga de la fistula ($P = 0,02$). Los pacientes que tuvieron resultados exitosos mejoraron significativamente el Índice de Wexner para la Actividad perianal de la Enfermedad de Crohn y el Índice de McMaster para calidad de vida en la Actividad de la enfermedad perianal de Crohn a los 2 meses de seguimiento (14,0 a 3,8, $P = 0,001$, y 10.4 a 1.08, $P = 0,0001$, respectivamente).

Conclusiones: Las fistulas anales asociadas a la EC pueden ser tratarse con LIFT. Este es un procedimiento quirúrgico seguro, ambulatorio que minimiza tanto la creación de una herida perianal y la posibilidad de lesiones del esfínter.

Comentario: Se hipotiza que el drenaje inicial con sedal y el mantenimiento de los mismos durante varios meses, frecuente en la Enfermedad de Crohn, puede contribuir a los resultados favorables de la técnica de LIFT en el tratamiento de esta patología asociada a la enfermedad inflamatoria.



Sociedad Argentina de Coloproctología

❖ NUEVO SITIO DE COLOPROCTOLOGÍA ❖
WWW.SACP.ORG.AR



- » Nuevo diseño
- » Más herramientas
- » Más beneficios
- » Más contenido

Contacto SACP

Mail: info@sacp.org.ar | Teléfono: +54 11 4300-9695 | www.sacp.org.ar

*Para obtener los mejores resultados
cada vez que realizo una cirugía...*

[MI SOCIO ES COVIDIEN]

En Covidien innovamos constantemente para ofrecerle a los Profesionales de la Salud; soluciones integrales de vanguardia para el quirófano; que les permitan atender a sus pacientes con la máxima eficiencia, seguridad y precisión.



COVIDIEN

positive results for life™

COVIDIEN, COVIDIEN con logotipo, el logotipo de Covidien y positive results for life son marcas registradas en los EE. UU. y/o internacionalmente de Covidien AG. © 2012 Covidien.