

Revista Argentina de
COLOPROCTOLOGÍA

Publicación oficial de la
Sociedad Argentina de Coloproctología





1. Siempre priorizar al paciente.
2. Ayudar a los médicos clínicos a mejorar y prolongar vidas.
3. Recordar que la calidad es trabajo de todos.
4. Creer en lo que haces.
5. Hacerlo bien.

**Boston
Scientific**
Acercando el futuro.™



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.

Capa de protección que mantiene un sellado seguro evitando el riesgo de fugas.

Capa para el cuidado de la piel que previene la irritación cutánea y absorbe el exceso de humedad.





AVASTIN es el único producto biológico que ha demostrado mejorar la sobrevida global en primera línea, segunda línea y más allá de la primera progresión de CCRm, independientemente del esquema de quimioterapia y status del gen KRAS.^{1-4, 16}

Primera y segunda línea del tratamiento de cáncer de colon o recto
Disposición ANMAT N° 5027, N° 3095, N° 5176 y N° 1809.

AVASTIN[®]
bevacizumab
Liderando la inhibición
de la angiogénesis

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.

Para ser considerados los trabajos deberán cumplir con los requisitos que se detallan a continuación:

Preparación del trabajo:

El trabajo debe contar con las siguientes secciones:

- Título.
- Resumen (en castellano e inglés).
- Palabras claves: 3 a 10 palabras para su indexación. (en castellano e inglés).
- Texto: Constará de los siguientes subtítulos que no requieren comenzar en una página nueva: **Introducción** (incluye el objetivo), **Material y Métodos** (Material y Métodos si no se trata de pacientes), **Resultados**, **Discusión**, **Conclusiones** (pueden estar incluidas en la discusión).
- Agradecimientos.
- Referencias bibliográficas.
- Tablas (cada una en una página diferente).
- Leyendas de las figuras (todas en la misma página).

Título

Debe incluir el título del artículo. Los nombres y apellidos de todos los autores, y el lugar donde fue realizado el trabajo.

Debe consignarse el grado o cargo de mayor jerarquía de cada autor, y la dirección, teléfono y correo electrónico del autor a quien se debería dirigir la correspondencia.

Debe indicarse si el trabajo recibió apoyo financiero de alguna institución, laboratorio u otra fuente. Además, si fue presentado en alguna sociedad, congreso o simposio, debe consignarse dónde y en qué fecha.

Resumen estructurado

En forma breve y concisa debe sintetizar y enfatizar sólo las observaciones importantes. No deberá exceder de 400 palabras cuando el mismo sea estructurado (dividido en secciones); en caso de Nota técnica, caso clínico el número de palabras será no mayor a 250 si el diseño del mismo no es estructurado. Constará de las siguientes partes: **Introducción**, **Diseño**, **Pacientes y Métodos** (**Material y Métodos** si no son pacientes), **Resultados**, **Conclusiones**.

Texto

Introducción: Debe establecer en forma clara y breve el objetivo del trabajo, sin revisar el tema extensamente y citando sólo las referencias bibliográficas más significativas.

Diseño: Describir el tipo de estudio (ej. observacional, retrospectivo, experimental, prospectivo, con o sin randomización, etc.).

Material y métodos: Describir los sujetos a ser estudiados, el lugar y el período de estudio, y los métodos utilizados, identificando con suficiente detalle los aparatos y procedimientos para permitir la reproducción de los mismos por otros autores.

Resultados: Deben responder a los objetivos planteados en el trabajo y serán presentados en una secuencia lógica sin repetir la misma información en texto, tablas y figuras.

Discusión: Enfatizará los aspectos importantes y nuevos del estudio comparándolos con otros provenientes de la literatura. Podrá hacer sugerencias, o proponer nuevos estudios con base en los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de los mismos.

Agradecimientos

Se mencionarán (antes de la Referencia bibliográfica) sólo las personas o instituciones que hayan hecho contribuciones sustanciales para la realización del trabajo.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas (sólo las citadas en el texto) se colocarán al final del trabajo y se ajustarán a las normas recomendadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (JAMA 1997; 277:927-34). No deben exceder de 30, excepto para los trabajos de revisión. Serán numeradas por orden de citación en el texto, usando números arábigos entre paréntesis.

Cada cita debe constar de:

- Artículo de revista: Apellido e iniciales de los nombres de todos los autores (hasta 6 autores; si son 7 o más, se citarán los primeros 3, seguido de “y col.” o “et al.” si la cita no es en español). Título del artículo. Nombre de la publicación (abreviada según el Index Medicus), año; volumen: página inicial y final. Ejemplo: De Hass-Kock DF, Baeten CG, Jager JJ, et al. Prognostic significance of radial margin of clearance in rectal cancer. *Br J Surg* 1996; 83:781-5.
- Libro: Apellido e iniciales de los nombres de todos los autores y/o editores. Título del libro, edición (si hay más de una), ciudad donde se editó y nombre de la editorial, año de publicación, página inicial y final.
- Capítulo de libro: Apellido e iniciales de los nombres de todos los autores. Título del artículo. Citar luego el libro en que figura el artículo del modo como se indica en el párrafo precedente. Ejemplo: Rothenberger DA. Anal incontinence. In: Cameron J, ed. *Current surgical therapy*, 3rd ed. Toronto; BC Decker Inc. 1989:185-94.

Tablas

Cada tabla debe figurar en una hoja separada, estar escrita a doble espacio y numerada (números arábigos) en forma correlativa según se cita en el trabajo. Debe tener un título breve. Al pie de la tabla deberán aclararse las abreviaturas y explicar cualquier otro dato, según se considere necesario.

Leyendas de las figuras (fotos, dibujos, gráficos)

Las leyendas que figurarán al pie de las figuras deben escribirse a doble espacio, en orden correlativo de citación en el trabajo, identificadas con los números arábigos correspondientes a la figura. Explicar las flechas, letras o símbolos de las figuras. En las microfotografías identificar método de tinción y magnificación.

Fotos y Gráficos

Se publicarán sin cargo 2 fotos en blanco y negro (de hasta 10 x 15 cm). La publicación de fotos en color, o en un número mayor, correrá por cuenta del autor. Deben tener una etiqueta al dorso donde conste número de la figura, su parte superior, los nombres de los autores y un breve título del trabajo. Las radiografías deben ser fotografías del negativo (elementos radiopacos en blanco). Los gráficos y dibujos también se publicarán en blanco y negro.

Abreviaturas

Evite las abreviaturas en el título. La primera vez que se usa una abreviatura o sigla, ya sea en el texto o resumen, debe figurar entre paréntesis, precedida por las palabras completas a las que representa.

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 2 a 4 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 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.

Conflictos de Interés

La Revista solicita a los autores que revelen cualquier asociación comercial que pueda originar un conflicto de interés en relación con el manuscrito. Todos los subsidios, becas, recursos o asignaciones usadas se agregaran en un pie de página.

ENVIO DEL MANUSCRITO

Todos los manuscritos serán presentados electrónicamente en el sitio ON-LINE de la revista a través del formulario de envío donde se deberá registrar como autor y será guiado paso a paso para cargar su artículo. Las comunicaciones acerca del manuscrito serán enviadas por e-mail al autor responsable.

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

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. Ana M. Barravecchia, Farmacéutica.



2 comprimidos al día

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

EDITOR

Hugo Amarillo
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán

EDITORES ASOCIADOS

Maximiliano Bun
Hospital Alemán, Buenos Aires

Leonardo Salim
Rosario, Santa Fé

Gonzalo Castellano
Hospital Italiano, San Justo, Buenos Aires

Gustavo Rossi
Hospital Italiano, Buenos Aires

Luis Díaz
Hospital Provincial, Neuquén

Carlos Sarra
Sanatorio La Trinidad, Quilmes, Buenos Aires

Mariano Laporte
Sanatorio Güemes, Buenos Aires

Pablo A. Tacchi
CIDEC, Salta, Salta

Alejandro Moreira Grecco
Hospital de Clínicas, Buenos Aires

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

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

CONSEJO ASESOR

Mirta L. Fajre
Academia Argentina de Cirugía

Fabio Leiro
Hospital J. A. Penna, Buenos Aires

Rita L. O. Pastore
Hospital J. A. Fernández, Buenos Aires

EDITORES EMÉRITOS

Hugo R. Amarillo
Academia Ciencias de la Salud, Tucumán

Jorge Hequera
Sanatorio Dupuytren, Buenos Aires

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

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 Triñanes Gráfica - www.trinanes.com.ar - info@trinanes.com.ar

Diseño y diagramación: Visión Producciones: Sergio Epelbaum, Laura Mizzau, Nehuén Hidalgo y Dana Jounguzian
www.visionproducciones.com.ar - info@visionproducciones.com.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



COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Presidente	Fabio Oscar Leiro
Vicepresidente	Jorge Héctor Arias
Secretario General	Jorge Alberto Latif
Tesorero	Nicolás Agustín Rotholtz
Secretario de Actas	Fernando Gabriel Bugallo
Vocal titular 1°	Juan Carlos Patrón Uriburu
Vocal suplente 1°	Karina Andrea Collia Ávila
Vocal titular 2°	Marcelo Javier Colinas
Vocal suplente 2°	Mauricio Abel Fantozzi
Vocal titular 3°	Gustavo Leandro Rossi
Vocal suplente 3°	Sergio Hernán Labiano

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

ÍNDICE

SESION PÚBLICA SOLEMNE 2012

- 1 - Maestro de la coloproctología Prof. Dr. Hugo R. Amarillo**
Semblanza por Prof. Dr. Arturo Heindenreich
Discurso Prof. Dr. Hugo Amarillo

COMUNICACIONES

- 3 - Neuroestimulación del nervio tibial posterior. Impacto en el score de incontinencia. Resultados iniciales.**
Fernando G. Bugallo, Luis Diaz, Juan Carlos Patrón Uriburu, Mariano Cillo, Brenda Tanoni, Diego Estefania, Carlos Tyrrell, Mario Salomon
- 9 - Tumor colorrectal de células granulares. Presentación de dos casos y revisión de la literatura**
Adrián Mattacheo, Hernán Etchepare, Norberto Lucili, Darío Venditi, Luis Pedro
- 12 - Prolapso rectal, abordaje laparoscópico. Un tratamiento simple y efectivo**
Mariano Cillo
- 15 - Prótesis biológica para el tratamiento de las fistulas anales complejas**
Julio Baistrocchi

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 21 - Resultados oncológicos a largo plazo de pacientes sometidos a resección laparoscópica por cáncer de recto**
Francisco López-Köstner, Alejandro José Zárate, Nicolás Kerrigan, Katya Carrillo, María Isabel Quijada, Eliana Pinto, Udo Kronberg, Claudio Wainstein
- 29 - Cirugía abierta vs. laparoscópica: calidad de vida y sintomatología ansioso-depresiva en cáncer colorrectal**
María Soriano, Ramón Cantero, Juan Carlos García Pérez, Carlos Ferrigni, Juan Antonio Cruzado, Juan Antonio Blasco

HISTORIA

- 37 - Dr. Alberto Laurence**
Roberto Cerutti

AUTOEVALUACIÓN

- 39 - Preguntas de autoevaluación**

RESÚMENES SELECCIONADOS

- 41 - Cirugía y laparoscopia**
Mariano Laporte
- 44 - Colonoscopia y técnicas endoscópicas**
Luis Díaz
- 47 - Cirugía orificial**
Pablo A. Tacchi

mayor seguridad
mayor confort

diseños ergonómicos
mayor discreción

la salud como objetivo

UN GRUPO DE ASESORES, ENFERMEROS ESPECIALIZADOS (OSTOMATERAPEUTAS) QUE LES BRINDARÁN UN SOPORTE PROFESIONAL Y HUMANO, SIEMPRE QUE LO NECESITE.

ASESORAMIENTO GRATUITO AL PACIENTE OSTOMIZADO

0800-999-2728

BBraun Medical, fundada hace más de 160 años en Alemania, es una empresa que produce y comercializa productos y servicios para la salud, en más de 50 países alrededor del mundo.

Nuestra misión es adquirir, preservar y expandir el conocimiento y la experiencia en el área de la salud, compartiendo con nuestros clientes el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.



Sesión pública solemne, 12 de abril 2013

Maestro de la coloproctología

Distinción otorgada al Prof. Dr. Hugo Rubén Amarillo

Prof. Dr. Arturo Heidenreich*

*Maestro de la Coloproctología y Miembro Honorario Asociación Argentina de Cirugía y Sociedad Argentina de Coloproctología

Tengo el honor de presentar a mi amigo y discípulo el Profesor Hugo Rubén Amarillo, que desde muy joven se destacó en la Cirugía y en la Coloproctología.

Formó parte de la tercera promoción de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán creada en el año 1950.

A raíz de haber decretado la Revolución Libertadora en 1955, el cierre de todas las Universidades del país con excepción de la de Córdoba, los estudiantes tucumanos que no pudieron trasladarse a esa casa de estudios, solicitaron al director del Hospital Ángel Cruz Padilla les permitiera concurrir a las Guardias para continuar con su aprendizaje práctico con los enfermos.

Aceptada esa sugerencia se alivió el trabajo de los cuatro únicos Médicos de Guardia que cubrían solos todas las emergencias del Hospital, y se incrementó la formación práctica y adquisición de conocimientos de los alumnos.

De esta manera Hugo, como yo, nos enamoramos de la cirugía al efectuar nuestra primera apendicectomía en el segundo año de práctica. Ambos tenemos en común el haber formado con discípulos de la Escuela Finochietto.



Prof. Dr. Hugo Rubén Amarillo

Hugo se adiestró en el Servicio de Cirugía General del Hospital Padilla, Sala I, dirigido por el Dr. Alejandro Torres Posse (1909–1980), recibido en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, que se radicó en Tucumán, luego de un período de aprendizaje en el Hospital Rawson en los Servicios de los hermanos Enrique (1881–1948) y Ricardo (1888–1962) Finochietto.

El Dr. Alejandro, como le gustaba que lo llamaran, era un clínico sagaz y un habilidoso cirujano que operaba con sencillez, y sus delicadas maniobras lo hacían de gran eficacia que se traducían en los buenos resultados postoperatorios. Impuso orden y normas en la sala de internación y en el quirófano, exigiendo un riguroso cumplimiento del horario.

Hugo comentaba su examen de Clínica Quirúrgica, del 6° año de su Carrera, que había versado sobre megacolon, cuando un compañero de Guardia le informa que había ingresado un paciente con un vólvulo de sigmoides. Ayudado por el Médico Interno le efectúa una desvolvulación simple y colopexia, intervención habitual en esa época.

Reflexiona luego que el haber sido colónica su primera intervención mayor, dedicara con el correr de los años sus esfuerzos para tratar el megacolon y sus complicaciones, y por extensión hacerse coloproctólogo.

Tiene Hugo un emocionado recuerdo de sus compañeros de Guardia donde nació y se forjó la “mística del Hospital Padilla” basada en disciplina en el trabajo, dedicación permanente, desinterés pecuniario y por sobre todo: respeto por los pacientes y amor por el Hospital.

Torres Posse al no tener Encargado de Proctología en su Servicio subsana esta falencia impulsando a Hugo a especializarse en un servicio de jerarquía, y fue así como éste se integra al Sector Proctología de la Sala XV del Hospital Guillermo Rawson de la Capital Federal durante el año 1969, época en la que comienza nuestra amistad.

A su regreso a Tucumán, en 1970, Hugo se hace cargo del consultorio externo de Proctología en el Servicio de Torres Posse en su amado Hospital Padilla, le asignan un sector de camas, la mayoría siempre ocupadas por pacientes con megacolon, y comienza a emplear los procedimientos alternativos sin internación para el tratamiento de las hemorroides (esclerosantes, ligaduras elásticas, crioterapia y fotocoagulación infrarroja).

En 1974 el hospital compra un colonoscopio con el que el diagnóstico, la prevención y el tratamiento temprano del cáncer colorrectal se consiguen. Desde 1981, nuevo salto hacia adelante, se comienzan a emplear las anastomo-

sis mecánicas. Todo esto asociado a la cirugía laparoscópica y robótica, la videocápsula, las prótesis autoexpandibles y la terapia génica auguran un futuro promisorio a la Coloproctología.

Hugo R. Amarillo representa la culminación del esfuerzo de las comunidades médicas de algunas capitales provinciales para desarrollar una especialidad. La Coloproctología tucumana comenzó en 1916, fecha en la que el Dr. José Olmos empezó a operar hemorroides. La antorcha pasó al correntino Julio U. Leites (1910–1999) graduado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1937, que fue discípulo de Alberto García Mata (1903–1966) y de Arnaldo Yódice (1897–1993) e inició la especialidad en Tucumán.

De su también exitosa vida familiar diremos que Hugo R. Amarillo está casado con María Cristina Velarde, que le ha dado 3 hijos, de los que el mayor Marcelo se dedica a la diagnóstico por imágenes y Hugo, el segundo, es cirujano coloproctólogo. Ambos terminaron su formación en Buenos Aires, regresaron a Tucumán donde actúan, el tercero Fernando es ingeniero informático y se desempeña en la Capital Federal.

La Carrera Académica de Hugo es muy meritoria por el sacrificio que representa para un médico que vive en San

Miguel de Tucumán, a 1300 kilómetros de Buenos Aires, tener que trasladarse semanalmente para asistir a las reuniones de Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía, es decir que recorrió 171.000 kilómetros en colectivo y 62.000 en avión, que suman 233.000 Km, más de los 2/3 de la distancia de la Tierra a la Luna (384.000 Km) la mayor parte de las veces viajó en colectivo, por hacerse cargo la Asociación Argentina de Cirugía de los pasajes en avión recién cuando fue Presidente (2006–2007).

Su carrera Hospitalaria culminó con el cargo de Jefe de Departamento de Cirugía del Hospital Padilla y en la Docencia fue Titular de la III Cátedra de Cirugía, Director de la Carrera de Doctorado en Medicina, Profesor Consulto y Vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán.

Es Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Argentina de Cirugía y Miembro, de la recién creada Academia de Ciencias de la Salud de Tucumán.

El merecido Honor que le confiere hoy la Sociedad Argentina de Coloproctología al Profesor Hugo R. Amarillo la enaltece, al designar “Maestro” a un profesional dedicado, justo, inteligente, con gran espíritu de sacrificio, que es motivo de admiración y deseos de parecerse de sus colegas y amigos.

Discurso del Prof. Dr. Hugo Rubén Amarillo*

*Miembro Honorario Asociación Argentina de Cirugía y Sociedad Argentina de Coloproctología

Estimado Fabio y Autoridades presentes

Arturo: querido maestro y amigo, gracias por su elogiosa presentación fruto de nuestra cimentada amistad a lo largo de más de 40 años.

Colegas, amigos. Señoras y señores:

Quiero agradecer a la HCD y a todos aquellos que en la Asamblea del año pasado me designaron “Maestro de la Coloproctología”. Es un gran honor tal designación, aunque despierta en mi sentimientos encontrados, pues me da la sensación, por un lado, que con esta designación he llegado al final de un camino en el ejercicio de la especialidad; por el otro pienso que no es así. He tenido mucho tiempo para hacer cosas y espero tener largo tiempo por delante, ya que este premio lo recibo absolutamente consciente de que aún resta mucho por hacer.

Valoro en toda su magnitud y considero que esta distinción que hoy recae en mi persona es un reconocimiento de nuestra Sociedad a todos los coloproctólogos del interior del país, que con su esfuerzo y muchas veces con recursos limitados difunden la especialidad.

Es el momento también de decir que deseo compartir esta distinción con todos esos viejos amigos sin cuya ayuda, con quienes disfrutamos gratos momentos en el ejer-

cio de nuestra especialidad, sin cuyo acompañamiento no hubiera podido realizar todo lo que Arturo ha mencionado sobre mi vida. Mi satisfacción es aún mayor al ver que nuestra Sociedad mantiene entre sus socios fuertes lazos de unión, que a mi modo de ver la hacen distintas de otras sociedades. Cuando quiero conocer una sociedad no pregunto por sus estatutos ó reglamentos, sino por quienes la constituyen y trabajan por ella.

He tenido el privilegio de haberme incorporado a la Sociedad cuando me inicié como especialista, encontrando aquí el afecto de colegas quienes me regalaron su amistad y a quienes agradezco el haberme permitido desarrollar una relación humana inolvidable.

Las personas como parte integrante de una sociedad al elegir un camino eligen también un destino. Camino y destino son partes integrantes de un viaje hacia el futuro. Así llegué a este momento tan importante para mí donde puedo decir con orgullo que el destino me condujo a ser una pequeña parte de esta Sociedad, pero a la vez a un gran grupo de amigos.

Quiero expresarles humildemente que creo que cumplí con mi vocación y deber; a esta distinción la recibo, en consecuencia, como un reconocimiento al deber cumplido haciendo más las palabras de Jean Baptista Massieu “La gratitud es la memoria del corazón”.

Neuroestimulación del Nervio Tibial Posterior. Impacto en el Score de Incontinencia. Resultados Iniciales

Fernando G. Bugallo¹, Luis Díaz¹, Juan C. Patrón Uriburu¹, Mariano Cillo², Brenda Tanoni³, Diego Estefanía³, Carlos Tyrrell¹, Mario Salomón⁴

Servicio de Coloproctología, Hospital Británico de Buenos Aires

¹Staff, ²Jefe Residentes, ³Residentes, ⁴Jefe de Servicio

RESUMEN

Antecedentes: La incontinencia fecal es una afección cuya causa es multifactorial y que tiene un profundo impacto en la calidad de vida.

La neuroestimulación del Nervio Tibial Posterior es una opción de tratamiento de la incontinencia fecal, cuya característica es de ser mini-invasiva. Los resultados iniciales son inciertos.

Objetivo: Valorar la eficacia de la neuroestimulación del Nervio Tibial Posterior en pacientes con incontinencia fecal

Material y Métodos: Se realizó un trabajo prospectivo, longitudinal, piloto, no controlado. Durante el período entre enero de 2010 a junio de 2011, 14 pacientes fueron tratados con NTP. Todos los pacientes fueron evaluados con ecografía endoanal de 360 grados y manometría anal. Cada paciente completo el score de incontinencia de Jorge-Wexner.

Resultados: Todos los pacientes toleraron el procedimiento, no registrándose complicación alguna. El score de Incontinencia de Jorge-Wexner, previo al tratamiento, tuvo una media de 10,7 (DS: 3,7). En la 6ta sesión la media del score fue de 6,4 (DS: 2,5); mientras que en la sesión 12 dicho score presentó un valor de 1,5 (DS: 1,5).

Conclusión: La estimulación del nervio Tibial Posterior es una opción de tratamiento mínimamente invasivo y eficaz, para pacientes con incontinencia fecal.

Palabras Clave: Incontinencia Fecal, Neuroestimulación, Tibial Posterior.

ABSTRACT

Background: Fecal incontinence is a condition with a multifactorial cause, and that has a profound impact on quality of life.

Objective: To evaluate the efficacy of the posterior tibial nerve neurostimulation in patients with fecal incontinence.

Patients and Methods: We performed a prospective, uncontrolled pilot study. During the period from January 2010 to June 2011, 14 patients were treated NTP. Endoluminal ultrasound and anal manometry were also performed in each patient. All patients completed the Wexner Fecal Continence Scale, a fecal incontinence scale.

Results: All patients tolerated the procedure without complications. The Jorge-Wexner incontinence score before treatment had a mean of 10.7 (SD 3.7). At the 6th session, the average score was 6.4 (SD: 2.5). While in session 12, this score had a value of 1.5 (SD 1.5).

Conclusion: Percutaneous tibial nerve stimulation is a minimally invasive and effective treatment option for patients with fecal incontinence

Keywords: Peripheral Neuromodulation, Fecal Incontinence, Percutaneous Stimulation, Tibial Nerve.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal es una afección cuya causa es multifactorial y tiene un profundo impacto en la calidad de vida.¹

La prevalencia de la incontinencia fecal oscila entre el 1-21%, según diferentes estudios.^{2,3}

El manejo inicial es conservador, se incluye medicación que favorece la constipación, "biofeedback" como terapia de re-educación del piso de la pelvis.¹

Procedimientos quirúrgicos como la esfínteroplastia han demostrado resultados disímiles. En otras ocasiones será

necesario recurrir a técnicas tales como: la graciloplastia dinámica, al esfínter artificial, a la colostomía o bien a materiales biológicos.¹

La motivación a desarrollar procedimientos miniinvasivos ha permitido que la estimulación sacra sea una técnica alentadora y aún hoy con un mecanismo de acción carente de claridad. En nuestro medio Lumi y col. muestran resultados iniciales favorables.⁴

La neuroestimulación del nervio Tibial Posterior, surge como otra forma de tratamiento de la incontinencia fecal en forma mini-invasivas, simple y asequible por vía percutánea o transcutánea. Logra la estimulación del plexo sacro en forma indirecta en pacientes con incontinencia urinaria,⁵ y si bien los datos son insuficientes, potencialmente ciertos pacientes con incontinencia fecal se beneficiarían con la NTP.

Leído en Sesión SACP 14 de septiembre 2012

Recibido 15 de octubre 2012

Corregido y aceptado para publicación 10 de noviembre 2012

Correspondencia:

Perdriel 74. CABA, Argentina.

Tel: +54 11 4304-1081/ 89 int. 2120

fbugallo@gmail.com

OBJETIVO

Valorar la eficacia de la neuroestimulación del nervio tibial

posterior en los pacientes con incontinencia fecal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 2010 a junio de 2011, 14 pacientes cumplieron el protocolo completo de NTP. Trabajo prospectivo, piloto, longitudinal, no controlado.

Criterios de Inclusión:

- Edad mayor a 18.
- Duración de los síntomas mayor a 6 meses y fracaso del tratamiento médico conservador, y que no hayan realizado sesiones de biofeedback.
- Pacientes sin patología colorrectoanal activa.
- Pacientes sin neuropatía periférica diabética.
- Protocolo completo de NTP: 3 sesiones de neuroestimulación por semanas hasta completar 12 sesiones, luego una sesión mensual hasta completar 6 sesiones. Cada sesión: 30 minutos. Seguimiento sin tratamiento por 6 meses.
- Pacientes con lesiones esfinterianas diagnosticadas por ecografía menores a 60 grados.

Para la evaluación de los pacientes se realizó:

- Historia clínica y examen físico.
- Ecografía endoanal con transductor de 360 grados (sólo antes del tratamiento) realizada con Ecógrafo BK Leopard 2000.
- Manometría anorrectal de 6 canales, previo a iniciar el tratamiento.
- Evaluación del grado de incontinencia por medio de la escala de Jorge y Wexner.⁶ La misma se realizó previamente al inicio del tratamiento, en la 6ª y en la 12ª sesión.
- Manometría luego de la sesión número 12.

Los datos fueron analizados en una base de datos Excell y para el análisis se utilizó el test de Signo con significancia estadística con una $p < 0.005$.

TÉCNICA

La estimulación del Nervio tibial se realiza con un electroestimulador AMRRA® doble canal.

Se utilizó la técnica transcutánea con un electrodo a nivel retromaleolar interno de un pie sobre el territorio cutáneo del nervio tibial posterior, y el otro adyacente a éste para cerrar el circuito. Se confirma la correcta ubicación del electrodo cuando con voltajes crecientes en frecuencia y amplitud se percibe la flexión del hallux del pie ipsilateral. Luego, se fija la estimulación por debajo del umbral motor en un nivel tolerable para el paciente.

La electroestimulación siempre se efectuó en el mismo pie. Las sesiones se realizaron en forma totalmente ambulatoria.

La edad media fue de 57 con un rango de 37 a 84. 12 pacientes femeninos y 2 masculinos.

RESULTADOS

Los hallazgos ecográficos fueron los siguientes: 4 normales, 6 adelgazamiento del esfínter interno, 4 lesiones esfinterianas menores a 45 grados (3 mixtas, 1 esfínter interno).

Todos los pacientes toleraron perfectamente el procedimiento, no registrándose complicación alguna. No hubo que suspender procedimiento por intolerancia o efecto adverso.

La severidad de la incontinencia al inicio del protocolo fue: leve en 1 paciente, moderada en 5, grave en 6 y severo en 2.

En la 6ª sesión: leve 5, moderada 8, grave 0 y severo 1.

Al final del mismo, 12 pacientes tenían incontinencia leve, moderada 1, grave 0 y severa 1 (Tabla 1).

Todos los pacientes mejoraron la severidad de la incontinencia, excepto 1 paciente que no tuvo mejoría alguna a lo largo del tratamiento.

El score de Incontinencia de Jorge-Wexner previo al tratamiento tuvo una media de 10,7 (DS: 3,7).

En la sesión 60 la media del score fue de 6,4 (DS: 2,5). En la sesión 120 dicho score presentó un valor de 1,5 (DS: 1,5). Sin presentar variación en los primeros 6 meses. Utilizando el test de Signo, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los valores del score Jorge-Wexner entre las sesiones 10 y 60. Esta diferencia se mantiene los valores de la 60 y 120 sesión (Gráfico 1).

La manometría anorrectal pre-tratamiento mostró los siguientes resultados: PR media: 18,2 rango de 9-31, PE: 56,7 con un rango de 40-80.

TABLA 1: SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA

Severidad incontinencia	Nº pacientes inicio	Nº paciente 6ª sesión	Nº Pacientes final
Leve	1	5	12
Moderada	5	8	1
Grave	6	0	0
Severa	2	1	1

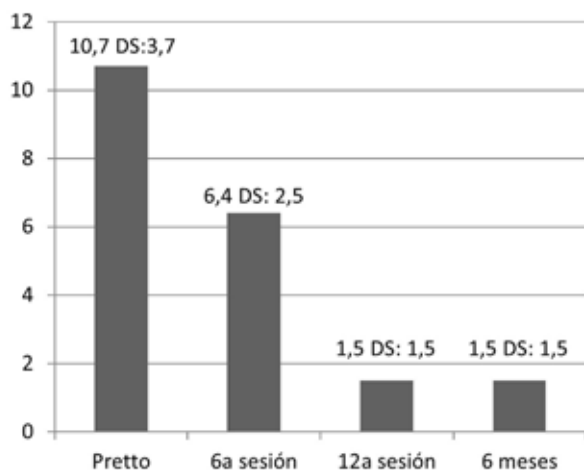


Gráfico 1

Luego del tratamiento las presiones en la manometría, se pudo realizar en 10 pacientes con una media para la PR de 20 (10-31) y para la PE de 58 (43-80).

DISCUSIÓN

Aún estamos lejos de un tratamiento para la incontinencia que sea altamente efectivo, económico y carente de complicaciones. En parte se debería a la multifactorialidad de su etiología y espectro de patogenia;⁵ y si bien, esta afección no pone en riesgo la vida del paciente, puede transformarse en una situación desastrosa.

Entre los procedimientos mini-invasivos, la neuroestimulación sacra ha demostrado ser una opción válida para aquellos pacientes con aparato esfinteriano íntegro, recordando que esta condición no sería indispensable.^{7,8}

Lumi y col. hicieron su presentación en el 2007 con una prueba piloto. Luego de 13 meses de seguimiento demostraron una franca mejoría de los índices de incontinencia y de calidad de vida, con baja morbilidad y corta internación.⁷

Con la necesidad de procedimientos miniinvasivos surge la NTP, y aún hoy el mecanismo de acción no es conocido.⁹

En el 2003, Shafik publica su trabajo y demuestra que la continencia fecal mejora en el 78,2%. La causa de la falta de mejoría en el resto de los pacientes es desconocida por los autores, y sostiene que las contracciones no inhibidas del recto y del ano son suprimidas por la neuroestimulación.¹⁰

Se ha demostrado que en gatos actúa en la motilidad del colon y esfínteres.¹¹

Por similitud con la neuromodulación sacra y la evidencia en la esfera urológica, tendría un efecto modulador sensitivo y motor. Es decir que implicaría una regulación positiva de la vía aferente sensorial rectal. Mejora la irriga-

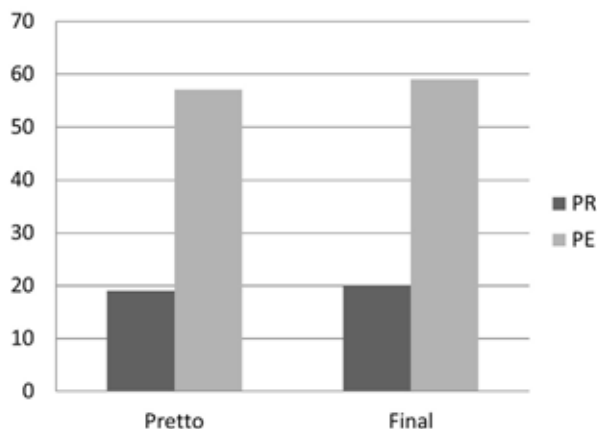


Gráfico 2

ción de la mucosa rectal, siendo un mecanismo indirecto de su efecto a nivel de fibras autonómicas.¹²

De la Portilla propone como mecanismo de acción a un cambio en la neuroquímica de las vías sacras, y por otro lado la estimulación de las raíces sacras activa también el reflejo S-3, y refiere que en primates, la estimulación repetitiva, ejerce un efecto inhibitorio del tracto espinotalámico central.¹³

En las investigaciones realizadas en monos, se demostró que la estimulación repetitiva ejerce un efecto inhibitorio en las fibras aferentes nociceptivas A-Delta espinotalámicas. Este efecto es a su vez progresivo con las estimulaciones, permitiendo surgir la hipótesis que la NTP en forma repetitiva inhibe información aferente patológica como la anormal continencia.¹⁴

La estimulación se logra dado que el nervio tibial posterior es mixto y deriva de raíces sacras. Es decir, es un nervio sensitivo-motor y con fibras autonómicas derivado de 4ta-5ta lumbar y 1 a 3 raíz sacra, produciéndose una estimulación aferente retrograda. Modula somática y autonómicamente, el piso de la pelvis, e innervando directamente vejiga, esfínteres urinarios, recto y esfínteres de ano.¹⁰⁻¹³

En este estudio inicial, la neuroestimulación del nervio tibial posterior parece ser inicialmente efectiva en pacientes con incontinencia fecal, tanto con lesión esfinteriana y sin ella. En nuestra serie de 14 pacientes el score de incontinencia se vio francamente favorecido en 13 casos, y de una media de 10,7 (DS:3,7) al inicio se ubicó en 1,5 (DS 1,5) al final del protocolo. Si bien es estadísticamente significativo deberá confirmarse con un N mayor (Gráfico 1).

Por otro lado, al inicio de NTP el 92% de los pacientes tenían una incontinencia entre moderada y severa. Al final del tratamiento, el 85% de los pacientes tenían una incontinencia leve (Tabla 1).

Una paciente, a lo largo de todo el protocolo, no presentó mejoría sin mejorar el score de incontinencia a lo largo

TABLA 2: RESULTADOS INTERNACIONALES

Estudio	Diseño	N	Valoración	Resultados
Shafik (10)	Prosp, control	32	Score	84,3%(27/32) mejoría más 50%
Queralto (15)	Prosp, no controlado	10 Electrodo superficie	Score Jorge-Wexner	8/10. Score mejor más 60%
de La Portilla (13)	Prosp, nc	16	Score Jorge-Wexner FIIQOL	Mejoría 44% de los pac.
Vitton (11)	Prosp	22 Electrodo superficie	Score Jorge-Wexner Visual análoga	Mejoría 54% pac.
Govaret (17)	Prosp, multicentrico, no controlado	22	Calidad Vida CCF- FI Score	Mas 50% mejoría en 63% pac. x un año
Boyle (5)	Prosp	31	Episodios incont CCF-FI Score	65% mejoría CCF-FI 50% mejoría episodios incontinencia
Findlay (14)	Retrop	13	FIIQOL, diario defecatorio	Mejoría en la media de los episodios de incontinencia
Hospital Británico	Prosp no controlado	14 Electrodo superficie	Score Jorge-Wexner	Mejoría Score en 13/14.

del tratamiento. Al igual que otros autores desconocemos la causa del fracaso en esta paciente.¹⁰⁻¹³

La bibliografía internacional demuestra resultados alentadores (Tabla 2).

Fue Shafik, que en el 2003, muestra resultados satisfactorios, concluyó que es una opción válida en el tratamiento de la incontinencia. Este trabajo está basado en 32 pacientes con aparato esfinteriano normal asumiendo la incontinencia a una carencia de la inhibición del recto o relajación anal. En 27 de ellos la continencia se vio mejorada en más del 50%. 8 pacientes tuvieron retratamiento por recaída y en 6 de ellos se vio mejoría de la incontinencia. Por otro lado, la mejoría tuvo reflejo en los valores manométricos.¹⁰

Queralto, en el 2006, demuestra que el score de Jorge-Wexner, se vio favorecido en 8 de 10 pacientes tratados con electrodo de superficie en el primer mes, con un 60% de mejoría en el score de Incontinencia.¹⁵

De la Portilla et al. realizó la estimulación del nervio tibial posterior a 16 pacientes con severa incontinencia y cuya causa, mayoritariamente, fue postoperatoria. En 44% de ellos, se vio reflejada una mejoría de la incontinencia, mientras que en el resto no hubo recuperación.¹³

El score de Jorge-Wexner en forma global, mejoró de 13 al inicio del tratamiento, mientras que al final del mismo se ubicó en 9 con significancia estadística, y expone que la relación en deposiciones/escapes se ve favorecido. Refiere

que es un tratamiento económico y con alto impacto en la calidad de la vida de los pacientes.¹³

En otro trabajo del 2010, Vitton demuestra que en 22 pacientes cuya causa de la incontinencia fue variable, el 54% de los mismos mejoraron su continencia a los 3 meses de tratamiento. El score de incontinencia se vio favorecido modesta pero significativamente, que se modificó de 14 a 12 con un $p < 0.025$. Los autores refieren no encontrar factores predictores de éxito. Es de mencionar que este autor realiza la estimulación con electrodos de superficie.¹⁶

También en el 2010, Boyle, señala que el Score de Jorge-Wexner, mejoró en 20 de los 31 pacientes que de una media de 13 en el pre-tratamiento se ubicó en una media de 7 en el post-tratamiento. Solo 1 caso tuvo deterioro en el seguimiento. Los episodios de incontinencia mejoraron en más del 50% en 22 de los 31 pacientes, pasando de 4 accidentes semanales pre-tratamiento a 0 post-tratamiento. Por otro lado, 12 pacientes tuvieron ausencia total de urgencia evacuatoria al final del tratamiento. Boyle también señala que no hubo correlación entre los parámetros manométricos y los resultados clínicos.⁵

Findlay, demuestra que en 13 pacientes con una media de edad de 53, tuvieron una reducción de los accidentes tanto a gases, líquidos como a materia fecal sólida, y que paso de 6, 10, 18 episodios pre-tratamiento, a ningún episodio con 12 semanas de tratamiento y la significativa mejoría en la calidad de vida.¹⁴

En otro estudio del 2010 llevado a cabo por Govaert, se demostró que el 63% de los paciente, redujeron a más del 50% los episodios de incontinencia en 6 semanas de seguimiento, y que 13 de 14 pacientes también redujeron los episodios de incontinencia a más de la mitad en un seguimiento de un año.

La media de números de episodios de incontinencia, disminuyó desde 19,6 a 3.6 en 6 semanas con significancia estadística. De igual manera, el tiempo de posponer la evacuación se vio favorecido.¹⁷

Otro punto a aclarar en el futuro, es la reciprocidad de la mejoría clínica con parámetros fisiológicos. Los trabajos actuales ciertamente son contradictorios, es así que Shafik demostró mejoría en los valores manométricos.¹⁰

De la Portilla demostró un aumento en la presión esfuerzo en aquellos pacientes en que mejoraron clínicamente.¹³

Estos hallazgos no fueron comprobados por Queralto et al. y refiere que las variaciones manométricas no son estadísticamente significativas.¹⁵

En nuestra casuística los valores manométricos no se vieron modificados con el tratamiento, no pudiendo explicar la correspondencia entre la mejoría clínica y la ausencia de modificación de éstos.

Entre las ventajas que tiene la NTP es que es francamente económica y por otro lado el efecto terapéutico se mantendría en el tiempo, y pudiéndose realizar estimulaciones adicionales conservando la efectividad.¹⁸

Consideramos que es una técnica fácil y asequible con resultados iniciales alentadores, y que demuestran que es eficaz en el tratamiento de la incontinencia fecal.

Es un opción carente de complicaciones y muy económica. Por otro lado, ante el fracaso potencial de la estimulación del nervio tibial posterior no invalida la posibilidad de otros tratamientos.

La periodicidad de las sesiones, frecuencia y amplitud de la neuroestimulación así como el aval comparativo con otras terapias serán fuente de investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

- Mellgren A. Fecal incontinence. *Surg Clin N Am* 2010; 90:185-94.
- Nelson R, Norton N, Cautley E, et al. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995; 274:559-61.
- Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors; an underdiagnosed problem in the Australian community? *Med J Aust* 2002; 176:54-7.
- Lumi CM, Muñoz JP, La Rosa L. Neuromodulación sacra para el tratamiento de la incontinencia anal. Experiencia piloto prospectiva en Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2007; 37:29-36.
- Boyle DJ, Prosser K, Allison ME, Williams NS, Chan CLH. Percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of urge fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2010; 53:432-7.
- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:77-9.
- Lumi C, Muñoz C. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia fecal. En: Galindo F, Cirugía Digestiva. www.sacd.org.ar, 2009; III- 368, pág. 1-14.
- Pascual I, González-Gómez CC, Ortega R, et al. Sacral nerve stimulation for fecal incontinence. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103: 355-9.
- Eléouet M, Siproudhis L, Guillou N, Le Couedic J, Bouguen G, Bretagne J. Chronic posterior tibial nerve transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) to treat fecal incontinence (FI). *Int J Colorectal Dis* 2010; 25:1127-32.
- Shafik A, Ahmed I, El-Sibai O, Mostafa RM. Percutaneous peripheral neuromodulation in the treatment of fecal incontinence. *Eur Surg Res* 2003; 35: 103-7.
- Vitton V, Abysique A, Gaige S, Leroi AM, Bouvier M. Colonosphincteric electromyographic response to sacral root stimulation: evidence for a somatosympathetic reflex. *Neurogastroenterol Motil* 2008; 20:407-16.
- Mentes BB, Yüksel O, Aydin A, Tezcaner T, Leventoglu A, Aytac B. Posterior tibial nerve stimulation for faecal incontinence after partial spinal injury: preliminary report. *Tech Coloproctol* 2007; 11:115-9.
- De la Portilla F, Rada R, Vega J, González CA, Cisneros N, Maldonado VH. Evaluation of the use of posterior tibial nerve stimulation for the treatment of fecal incontinence: preliminary results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2009; 52:1427-33.
- Findlay JM, Maxwell-Armstrong C. Posterior tibial nerve stimulation and faecal incontinence: a review. *Int J Colorectal Dis* 2011; 26:265-73.
- Queralto M, Portier G, Cabarro PH, et al. Preliminary results of peripheral transcutaneous neuromodulation in the treatment of idiopathic fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21:670-2.
- Vitton V, Damon H, Roman S, Mion F. Transcutaneous electrical posterior tibial nerve stimulation for faecal incontinence: effects on symptoms and quality of life. *Int J Colorectal Dis* 2010; 25:1017-20.
- Govaert B, Pares D, Delgado-Aros S, La Torre F, van Gemert WG, Baeten CG. A prospective multicentre study to investigate percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of faecal incontinence. *Colorectal Disease* 2010; 12:1236-41.
- Cápona R, López K F, Kronber U, Quera P R, Fuentes V B, Suazo LC, Wainstein G C. Neuromodulación central y periférica en incontinencia fecal: Presentación de 2 casos y revisión de la literatura. *Gastroenterol Latinoam* 2010; 21 (3):350-6.

COMENTARIOS SESIÓN SACP 14 DE SEPTIEMBRE 2012**DISCUSIÓN**

Dr. Mariano Laporte: Muchas gracias a los autores por haber enviado el trabajo previamente. Me pareció muy interesante la exposición, con el valor agregado de ser el primero en tratar neuroestimulación del nervio tibial posterior en el ámbito nacional. Analizando el manuscrito observo que en criterios de inclusión determinaron la no realización de sesiones de biofeedback previamente. ¿Esto fue realmente así? Por otro lado, hay dos aspectos que me llaman la atención al compararlo con otros trabajos publicados en la literatura. Los pacientes se mantuvieron en el mismo score luego de haber estado 6 meses sin tratamiento. Esto es diferente a lo observado en otros trabajos, como el de la Portilla, quien muestra que al abandonar las sesiones de mantenimiento los niveles de éxito van bajando. En base a esto surge la recomendación de continuar con sesiones de mantenimiento por más tiempo. ¿Encuentran alguna explicación a esta diferencia de resultados? Por otro lado, llama la atención el excelente resultado que han obtenido a pesar de usar sesiones transcutáneas, y no percutáneas como refieren la gran mayoría de los trabajos. El trabajo de Vitton, publicado en el año 2010, es uno de los que presenta la aplicación transcutánea, pero informa una tasa de éxito más baja que la de ustedes. Son resultados muy alentadores los presentados por su grupo. ¿Han pensado en incluir otro tipo de scores en el análisis, como el de calidad de vida? En nuestro hospital estamos desarrollando una sección de piso pelviano donde, con uno más pequeño, estamos utilizando estimulación percutánea. En estos pacientes hemos observado que generalmente requieren sesiones de mantenimiento para poder mantener esos niveles de score. ¿Cuál es el costo del instrumental? Muchas gracias.

Dr. Carlos Miguel Lumi: Deseo remarcar que este trabajo me parece muy interesante, tanto desde el punto donde se aborda como por la casuística que contiene que se compara a las publicaciones internacionales. Sugeriría algunas modificaciones desde el punto de vista metodológico como mencionó el Dr. Laporte. Uno de ellos son los criterios de inclusión, donde no menciona ROMA III. En lo que respecta a desvío estándar, menciona uno de 1.5, y no me queda claro cuál fue el impacto en la disminución de la incontinencia respecto a la significancia estadística. Con esto digo que el trabajo no me termina de decir el real impacto que tuvo el tratamiento. A su vez, considero que la homogeneidad de la muestra se podría mejorar. La neuromodulación tibial está tomando gran envergadura actualmente, aunque no ha alcanzado los resultados de la neuroestimulación sacra, tanto en tiempo de efectividad y como en efectividad misma. Por otro lado, este trabajo no tiene un grupo control ni análisis estadístico. Pienso que la casuística que tienen se podría aprovechar mucho, logrando un impacto serio en las publicaciones nacionales e internacionales. Gracias.

Dr. Jorge Héctor Arias: Deseo realizar algunas preguntas. ¿Cómo ubican los electrodos y cómo chequean su correcta ubicación? ¿Qué complicaciones tiene el método? Ante la pérdida de efectividad con el tiempo, ¿sugieren sesiones de mantenimiento o pasar a neuroestimulación sacra?

Cierre de la Discusión

Dr. Fernando Bugallo: Agradezco a quienes realizaron comentarios. Trataré de responder las preguntas. Ninguno de los pacientes había realizado biofeedback previamente, ya que optamos realizar directamente este tratamiento. Respecto a los resultados a largo plazo, muchos trabajos, como el de la Portilla, muestran como disminuyen con el tiempo. En nuestra serie esto no ocurrió, pero de darse la situación se pueden realizar sesiones adicionales. Hay tres trabajos previos que hablan de estimulación transcutánea, informando resultados alentadores. A pesar que en esta presentación no se incluyó un análisis de calidad de vida, puedo mencionar en forma subjetiva como esta terapéutica cambió la vida a los pacientes. En un futuro trabajo lo objetivaremos mediante un análisis adecuado. Es un tratamiento muy barato con un costo total de 5000 pesos, el aparato cuesta 3000 pesos. Al Dr. Lumi, mi agradecimiento por sus acotaciones, pero quiero aclarar que este es un trabajo piloto (una experiencia inicial). A partir de estos resultados programaremos un trabajo con un análisis estadístico completo, para el cual seguramente pediré su ayuda. Respondiendo al Dr. Arias, esta técnica es diferente a la neuroestimulación sacra. Considero que es más sencilla y menos agresiva. Nos damos cuenta que estamos en el tibial posterior por la flexión del hallux (no observamos la contracción esfinteriana). No presenta complicaciones y si el paciente recae se pueden realizar sesiones adicionales, y no impide llevar a cabo posteriormente neuroestimulación sacra. Pienso que esta terapéutica va a ocupar un lugar en el tratamiento de la incontinencia junto a la neuroestimulación sacra. Son tratamientos complementarios. Muchas gracias.

Tumor colorrectal de células granulares. Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Adrian Mattacheo¹, Hernán Etchepare², Norberto Lucilli³, Darío Venditti⁴ y Luis Pedro⁵

¹Sector Coloproctología Hospital J. M. Ramos Mejía y Sanatorio de la Trinidad San Isidro, ²Jefe de Residentes de Cirugía General Hospital J. M. Ramos Mejía, ³Jefe de División Cirugía General Hospital J. M. Ramos Mejía, ⁴Cirugía Sanatorio de la Trinidad San Isidro, ⁵Jefe de Cirugía y Coloproctología Sanatorio de la Trinidad San Isidro

RESUMEN

Los tumores de células granulares (Abrikossoff) son tumores estromales benignos que se manifiestan más frecuentemente en la cabeza y cuello. La ubicación colorrectal es menos frecuente. Presentamos 2 casos de ubicación colorrectal. En el primer caso se trató de un tumor ubicado en el recto bajo, a 4 cm del margen anal, que se resecó mediante técnica transanal. El siguiente caso se ubicó en el ciego y, ante la falta de exéresis endoscópica, se resecó mediante hemicolectomía derecha laparoscópica. Ambos tuvieron diagnóstico histopatológico de Tumor de Células Granulares (TCG) confirmado por inmunohistoquímica. Los TCG son tumores generalmente benignos con características inequívocas en el estudio histológico (abundante citoplasma eosinófilo, núcleos pequeños, uniformes y redondos, sin mitosis evidentes) e inmunohistoquímico (PAS y proteína S-100 positivas). Aparecen entre la 4ª y 6ª década en cualquier parte del organismo. En el tubo digestivo aparecen más frecuentemente en el esófago. Debe sospecharse su presencia ante la aparición de un nódulo submucoso sólido, menor de 2 cm, y generalmente único.

Palabras Clave: Tumor de células granulares, Tumor de Abrikossoff.

ABSTRACT

Granular cell tumors (Abrikossoff) are benign stromal tumors that usually appear in the head and neck. Colorectal location is less frequent. We present two clinical cases in this location. The first patient presented with a tumor located in the lower rectum, 4 cm from the anal verge, which was resected via local excision. The second case was located in the cecum, and it was resected by laparoscopic right colectomy. Both cases had histopathology diagnosis of Granular cell tumors (GCT) confirmed by immunohistochemistry. GCT are usually benign tumors with unequivocally features in histological analysis (abundant-eosinophilic cytoplasm, small nuclei, round and uniform, without evident mitoses) and immunohistochemical staining (PAS and S-100 protein positive). The age of presentation is around 4th and 6th decades at any part of the body. In the digestive tract they grow more frequently at the esophagus. Diagnosis should be suspected when facing a unique, solid, less than 2 cm submucosal nodule.

Key Words: Granular cell tumors, Abrikossoff's tumor.

INTRODUCCIÓN

El tumor de células granulares (TCG), también conocido como tumor de Abrikossoff, es una neoplasia benigna e infrecuente, probablemente derivada de las células de Schwann, que puede localizarse en cualquier sector del organismo. Fue inicialmente denominado por Abrikossoff "Mioblastoma de Células Granulares"¹ por su emparejamiento histológico con las células del músculo estriado. Clásicamente aparece como una lesión nodular, solitaria, indolora y de crecimiento lento; que se localiza a nivel cutáneo o subcutáneo y en la cavidad oral. En el tracto digestivo se ubica con mayor frecuencia en el esófago, duodeno y estómago, mientras que su presencia es inusual en el colon y el recto.² En estas ubicaciones constituye, habitualmente, un hallazgo durante los exámenes diagnósticos. Presentamos dos casos de tumores de células granulares en esta ubicación.

Leído en Sesión SACP 10 de agosto 2012

Recibido 6 de agosto 2012

Corregido y aceptado para publicación 26 de noviembre 2012

Correspondencia:

Dr. Adrián Mattacheo

J. L. Cabezón 2463 (1419) CABA

aemattacheo@hotmail.com

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo masculino, de 43 años de edad, que consulta en coloproctología por 8 meses de proctalgia, proctorragia y tenesmo rectal que se intensifican con la defecación. En el examen proctológico presenta una lesión no dolorosa, móvil, duroelástica, de aproximadamente 2 cm, a 4 centímetros del margen anal, no sangrante (Fig. 1). El estudio completo del colon no muestra otras particularidades. Se realizó resección transanal de espesor completo. El informe anatomopatológico mostró fragmentos de mucosa rectal de caracteres típicos, que presenta a nivel subepitelial una formación nodular delimitada constituida por células de núcleos ovoides y citoplasma eosinófilo granular dispuestas en nidos compactos, compatible con tumor de células granulares (Abrikossoff). La inmunomarcación resultó positiva para proteína S-100. El paciente tuvo una favorable evolución postoperatoria, con egreso hospitalario al primer día postquirúrgico y sin complicaciones alejadas.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino, de 40 años de edad, que se realizó una videocolonoscopía para estudio de proctorragia, en la cual se halló un tumor submucoso en ciego, el que se biopsió sin resección. La biopsia informó un tu-



Figura 1: TCG de recto bajo.



Figura 2: TCG de ciego con escara por biopsia endoscópica (flecha ancha), próximo a la válvula ileocecal (flecha angosta).

mor de células granulares. Se realizó una hemicolectomía derecha laparoscópica (Fig. 2), cuyo estudio diferido informó mucosa colónica sobreelevada a expensas de proliferación submucosa compuesta por células de amplio citoplasma eosinófilo con núcleo central redondo. La lesión infiltra la submucosa y la capa muscular. Inmunomarcación: proteína S-100 positiva, desmina, a.m.liso, CD34 y CD117 negativos. Conclusión: Tumor de Células Granulares. El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Los TCG pueden afectar a todas las edades, razas o sexos, pero son más frecuentes entre la cuarta y sexta décadas de la vida en mujeres y en la población de raza negra. Son tumores relativamente infrecuentes y benignos en la mayoría de los casos.

En un principio Abrikosoff los denominó mioblastomas, ya que creía se originaban en el músculo estriado. Se denominaron luego neuromas debido a que podrían crecer a partir de la diferenciación de células de Schwann. Hoy la terminología aceptada es la de Tumores de Células Granulares.

Pueden crecer en cualquier sector del cuerpo, pero son típicamente encontrados en la cavidad oral, la piel y tejido subcutáneo. Con menor frecuencia se los encuentra en el tracto gastrointestinal, dentro del cual el esófago es el sitio de aparición más frecuente. Le sigue el colon con predilección por el ciego y colon ascendente y el recto.

La presentación clínica es inespecífica y, generalmente, son diagnosticados durante exámenes clínicos o endoscópicos por otras causas. Nuestros dos pacientes consultaron inicialmente por motivos no relacionados con el tumor. El paciente diagnosticado mediante una colonoscopia consultó por proctorragia, síntoma no atribuible en principio

a un tumor de ciego que presentaba la mucosa indemne. En el paciente con el tumor de ubicación recto-anal, el dolor defecatorio fue el que motivó la consulta. Este síntoma persistió en el postoperatorio y remitió solamente después de modificar hábitos dietarios y evacuatorios.

Endoscópicamente tienen un aspecto sésil, único y de pequeño tamaño. Este no suele superar los 2 cm. También se han descrito algunos casos con lesiones múltiples.

El diagnóstico definitivo depende de los hallazgos histopatológicos: los TCGs se definen como lesiones bien circunscriptas ubicadas por debajo de la mucosa. Están compuestas por nidos de células neoplásicas similares a histiocitos separadas por septos fibrosos. Estas células contienen un abundante citoplasma eosinófilo. Los núcleos son pequeños, uniformes y redondos, sin mitosis evidentes. Puede existir intensa hialinización y calcificación focal. En la inmunohistoquímica muestran positividad para PAS con gránulos diastasa resistentes y expresión uniforme de marcadores neurales como la proteína S-100.²⁻⁵

El diagnóstico diferencial incluye los tumores estromales submucosos como los GIST, y particularmente con hamartomas mucosos de las células de Schwann, epitelomas benignos de la vaina nerviosa y schwannomas colónicos.

Este tipo de tumores presenta una evolución favorable con la resección quirúrgica, sin embargo, existen casos malignos. Esta presentación es extremadamente rara, representando el 1 al 2% de todos los TCGs.^{2,3} Clínicamente, la malignidad se evidencia por el rápido crecimiento, gran tamaño e invasión de estructuras adyacentes. Existe una correlación con el tamaño: más del 60% de los TCG malignos acontecieron en tumores mayores de 4 cm.² La presencia de metástasis confirma esta sospecha. En la histología, existen algunos predictores del potencial maligno: necrosis tumoral, núcleos vesiculares con nucléolos grandes, actividad mitótica, alta relación nucleocitoplasmática, pleomorfismo nuclear y espiculación. Si los tumores pre-

sentan al menos 3 de estos criterios se los considera malignos, uno o dos hacen se lo considere atípico, el resto de los tumores se consideran benignos.

A 13 meses y un mes de seguimiento, ninguno de los pacientes presentó evidencias de recurrencia de la enfermedad, localmente o a distancia.

El tratamiento ideal tratándose de una entidad benigna, en la mayoría de los casos, consiste en la resección endoscópica cuando es posible, o en la resección quirúrgica cuando no se puede utilizar esta opción.^{2,3} Uno de los casos que relatamos (el tumor ubicado en ciego) fue derivado por el gastroenterólogo por no poder realizar la exéresis endoscópica. El otro paciente se operó con la intención de realizar una resección local de espesor parietal completo; ante la incertidumbre diagnóstica, en este caso, se inten-

tó la resección sin biopsia previa. La hemicolectomía derecha laparoscópica se realizó con el diagnóstico de TCG confirmado por biopsia que no pudo resecarse endoscópicamente.

Estos tumores tienden a constituir un hallazgo incidental en los exámenes de rutina o evaluación de síntomas gastrointestinales inespecíficos, por lo que ante la aparición de un tumor nodular submucoso en el colon o el recto, el coloproctólogo debe barajar como consideración diagnóstica la presencia de un tumor de Abrikossoff.

Por otro lado, debe realizarse un esquema de seguimiento, especialmente en los pacientes que muestran alto pleomorfismo celular o dudas de resección completa, a fin de detectar una eventual recurrencia de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrikossoff A. Uber myoma ausgehend von der quergestreiften willkürlichen muskulatur. Virchows Arch Pathol Anat. 1926;260:215-233.
2. Singhi AD, Montgomery EA. Colorectal Granular Cell Tumor: A Clinicopathologic Study of 26 Cases. Am J Surg Pathol 2010;34:1186-1192.
3. Cha JM, Lee JI, Joo KR, Choe JW, Jung SW, Shin HP, Lim SJ. Granular cell tumor of the descending colon treated by endoscopic mucosal resection: a case report and review of the literature. J Korean Med Sci. 2009 Apr;24(2):337-41.
4. Sohn DK, Choi HS, Chang YS et al. Granular cell tumor of colon: report of a case and review of literature. World J Gastroenterol. 2004 Aug 15;10(16):2452-4.
5. Hong R, Lim SC. Granular cell tumor of the cecum with extensive hyalinization and calcification: a case report. World J Gastroenterol. 2009 Jul 14;15(26):3315-8.

Prolapso rectal, abordaje laparoscópico. Un tratamiento simple y efectivo

Mariano Cillo

Servicio de Coloproctología, Hospital Británico de Buenos Aires

RESUMEN

Antecedentes: El prolapso rectal es una afectación poco frecuente. La elección del procedimiento depende de la edad y estado del paciente. El abordaje abdominal ofrece mejores resultados funcionales y menor recidiva. La laparoscopia, en los últimos años ha agregado las ventajas de una técnica mínimamente invasiva favoreciendo una rápida recuperación.

Objetivos: Evaluar los resultados de una serie de pacientes con prolapso rectal que fueron abordados por laparoscopia, utilizando una técnica de promontopexia simple y efectiva.

Material y Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal de una serie sucesiva de casos, durante el período comprendido entre diciembre de 2001 a marzo de 2011. Se evaluaron 25 pacientes intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de prolapso total de recto mediante abordaje laparoscópico. Los resultados anatómicos funcionales se evaluaron antes y después de la cirugía con una escala diseñada especialmente. Se analizaron como variables la corrección anatómica del prolapso, la recurrencia, los resultados funcionales, el índice de conversión, el riesgo anestesiológico, el tiempo quirúrgico, la morbilidad, y la mortalidad. Se definió recidiva a la aparición de prolapso completo luego de la cirugía. Considerando por separado la recidiva mucosa.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, 15 de sexo femenino y 10 masculino. La media de edad de la serie fue de 51.4 (18-87) años. Diecisiete (68%) pacientes tenían constipación y 8 (32%) incontinencia. En 20 casos se realizó rectopexia sola sin resección, en los cinco casos restantes se agregó resección sigmoidea a la fijación. El tiempo operatorio medio fue 110 min (50-155); sin complicaciones intraoperatoria ni conversiones. La morbilidad temprana fue 4% por un caso de hemoperitoneo postoperatorio. No registrándose morbilidad alejada ni mortalidad. La media de la estadía hospitalaria fue de 2,6 (6-1) días. Con una media de seguimiento de 39 (6-96) meses. Se registraron 3 prolapsos mucosos, resueltos con ligaduras elásticas. La constipación no mejoró en 2 casos (11.8%), no empeorando ninguno de estos. Y la incontinencia se solucionó en 6 de 8 pacientes (75%).

Conclusiones: La rectopexia laparoscópica con agrafes es una buena opción técnica con escasa morbimortalidad, que reduce la estadía hospitalaria con buenos resultados funcionales a largo plazo.

Palabras claves: Prolapso rectal, Rectopexia, Laparoscopia.

ABSTRACT

Background: Rectal prolapse is a rare affection. The choice of procedure depends on the age and condition of the patient. The abdominal approach offers better functional results and recurrence. Laparoscopy in recent years has added benefits of a minimally invasive technique favoring a rapid recovery.

Objectives: Evaluate the results of a series of patients with rectal prolapse who were approached by laparoscopy technique using a simple and effective promontopexy.

Material and Methods: It was designed a retrospective, observational and longitudinal a successive series of cases during the period from December 2001 to March 2011. We evaluated 25 patients who underwent surgery with a diagnosis of rectal prolapse by total laparoscopic approach. The anatomical and functional results were evaluated before and after surgery with a specially designed scale. Variables were analyzed as anatomical correction of prolapse, recurrence, functional results, the conversion rate, the risk anesthesiologist, surgical time, morbidity and mortality. Recurrence was defined as the apparition of complete prolapse after surgery. Considering separately mucosa recurrence.

Results: We included 25 patients, 15 female and 10 male. The mean age of the series was 51.4 (18-87) years. Seventeen (68%) patients had constipation and 8 (32%) incontinence. In 20 patients underwent resection rectopexy alone without resection. In the remaining five cases were added to the fixing sigmoid resection. The mean operative time was 110 min (50-155), without intraoperative complications or conversions. Early morbidity was 4% for a case of postoperative hemoperitoneum, without registration of morbidity or mortality remote. The mean hospital stay was 2.6 (6-1) days. With a mean follow up of 39 (6-96) months. Were recorded three mucosal prolapse that were resolved with elastic ligatures. Constipation did not improve in 2 cases (11.8%), not worse none of these. And incontinence was resolved in 6 of 8 patients (75%).

Conclusions: The laparoscopic rectopexy staples is a good option with low morbidity technique that reduces hospital stay with good long-term functional results.

Keywords: Rectal prolapse, Rectopexy, Laparoscopic.

INTRODUCCIÓN

Se define prolapso rectal al descenso circunferencial o la protrusión del espesor total de la pared rectal a través del

esfínter anal, asociado a incontinencia y/o constipación.^{1,2} Se trata de una afectación poco frecuente que se conoce desde hace más de 3,500 años.

Se presenta en los extremos de la vida, en la población adulta existe una mayor incidencia después de los 50 años, siendo las mujeres las más afectadas, representando un 80 a 90% de los pacientes.³

El tratamiento clásico se divide entre el abordaje abdominal o perineal. El primero se considera de elección y comprende las pexias o fijaciones rectales, combinadas o no con resecciones colónicas.⁴ Mientras que la vía perineal

Leído en Sesión SACP 10 de noviembre 2012

Recibido 9 de noviembre 2012 / Corregido 21 de febrero de 2013

Aceptado para publicación 25 de febrero 2013

Correspondencia:

Dr. Mariano Cillo

Av. Belgrano 225 3 Piso. CABA (1092)

+54 11 15 5 383 9951 / drmarianocillo@live.com.ar

abarca procedimientos como el cerclaje anal, la resección sigmoidea con o sin reparo del piso de la pelvis, y la mucossectomía con plicatura de la pared rectal, reservándola para pacientes con un riesgo quirúrgico más elevado.

De las numerosas técnicas descritas con similares resultados funcionales, la rectopexia con o sin sigmoidectomía es la que mayor difusión tuvo.

La laparoscopia, en los últimos años, ha agregado las ventajas de ser una técnica mínimamente invasiva, con acortamiento de la estadía hospitalaria, menos dolor, sin sacrificar las dos premisas del tratamiento clásico, seguridad y efectividad.⁵

OBJETIVO

Evaluar los resultados del tratamiento laparoscópico del prolapso rectal con el empleo de una técnica simple y efectiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio retrospectivo, observacional, y longitudinal de una serie sucesiva de casos, durante el período comprendido entre diciembre de 2001 a marzo de 2011. Los datos se rescataron de una base de datos prospectiva (Access 2010) del servicio de coloproctología del Hospital Británico de Buenos Aires.

Se evaluaron 25 pacientes, intervenidos quirúrgicamente, con diagnóstico de prolapso total de recto mediante abordaje laparoscópico.

Todos los pacientes fueron examinados en el consultorio de un médico especialista en coloproctología, lo cual fue suficiente para confirmar el diagnóstico clínico.

Se estudiaron mediante videocolonoscopia o colon por enema según indicación formal. Se utilizaron estudios funcionales específicos como manometría anorrectal, videodefecatografía, resonancia dinámica de pelvis y la ecografía endoanal sólo en casos seleccionados y luego de la resolución del defecto anatómico, si persistieron los síntomas.

Se analizaron como variables la corrección anatómica del prolapso, la recurrencia, los resultados funcionales, el índice de conversión. El riesgo anestesiológico mediante el score de la Sociedad Americana de Anestesiología, el tiempo quirúrgico, la morbilidad, y la mortalidad.

Se definió recidiva a la aparición de prolapso completo luego de la cirugía. Considerando por separado la recidiva mucosa.

Estos resultados fueron comparados con una serie histórica de cirugía convencional, presentado por el mismo grupo quirúrgico.

Para la simplificación del análisis, de los resultados ana-

tómicos y funcionales se utilizó una clasificación única que ya fue publicada anteriormente.⁶

Clasificación anátomo-funcional:

Bueno

- Anatómico: ausencia de recidiva del prolapso.
- Funcional: resolución de la alteración de la evacuación.

Regular:

- Anatómico: ausencia de recidiva del prolapso.
- Funcional: mejoría parcial de la alteración evacuatoria.

Malo

- Anatómico: recidiva del prolapso.
- Funcional: ausencia de resolución o empeoramiento de la alteración evacuatoria.

Técnica

La técnica quirúrgica es similar al abordaje laparoscópico del recto. Se realiza neumoperitoneo con técnica de Hasson o cerrada según preferencia del cirujano hasta 10 mmHg por trocar periumbilical (10 mm), se colocan dos trocares en flanco-fosa iliaca derecha (10 y 5 mm). El cirujano utiliza los trocares periumbilical y de fosa iliaca derecha, en tanto que la cámara se coloca en el trocar de flanco derecho. Durante la intervención puede opcionalmente añadirse un trocar de 5 mm en fosa iliaca izquierda.

Tras exponer el promontorio y retraer el colon sigmoide, tomando como referencia los vasos mesentéricos inferiores, se disecciona el mesorrecto liberando la cara posterior del recto a través del espacio presacro avascular, hasta llegar al plano de los elevadores, respetando los plexos nerviosos presacro y el uréter izquierdo.

Se completa la movilización circunferencial mediante la sección de los ligamentos laterales y la disección de la cara anterior. Esta última maniobra se evita solamente en casos de constipación severa.

La tracción de la unión recto sigmoidea de modo firme y sostenida, reduce el prolapso rectal. Una vez completada la movilización circunferencial del recto, realizamos la pexia con el uso de agrafes, tipo EMS® al promontorio, con precaución de no lesionar el uréter derecho ni los vasos. Se utilizan en número variable 2 o 3 agrafes unilaterial derecho.

La indicación de resección sigmoidea se realizó en los casos que se presentaron con constipación severa y sigmoideocele.

Las anastomosis se realizaron en forma clásica intracorpórea con técnica de doble sutura mecánica. Se utilizó como sitios de extracción de la pieza una ampliación del trocar umbilical, o una incisión de Mac Burney izquierda desplazada hacia el hipogastrio.

RESULTADOS

Se incluyeron 25 pacientes, 15 de sexo femenino y 10 masculino. La media de edad de la serie fue de 51.4 (18-87) años. 17 (68%) pacientes tenían constipación y 8 (32%) incontinencia (Tabla 1).

En 20 casos se realizó rectopexia sola sin resección, en los 5 casos restantes se agregó resección sigmoidea a la fijación (Tabla 2).

El tiempo operatorio medio fue 110 min (50-155); sin complicaciones intraoperatorias ni conversiones. La morbilidad temprana fue 4% por un caso de hemoperitoneo postoperatorio, con reexploración por laparoscopia y resolución por este método. No registrándose morbilidad alejada ni mortalidad. Los pacientes reiniciaron la dieta a las

24 hs, con una media de estadía hospitalaria de 2,6 (6-1) días. La media del seguimiento fue de 39 (6-96) meses. Durante el tiempo de seguimiento registramos 3 prolapso mucosos, resueltos con ligaduras elásticas.

TABLA 1: DATOS PREOPERATORIOS DE LOS PACIENTES

Sexo	15 F / 10 M
Edad (promedio)	51.4 (18-87)
Incontinencia	8 (32%)
Constipación	17 (68%)
ASA	
II	13
III	10
IV	2

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES Y PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS

Edad	Sexo	Incontinencia		Constipación		Recidiva	Rectopexia	Rectopexia + Sigmoidectomía
		Antes	Despues	Antes	Despues			
87	F	Sí	No				Sí	
45	M	Sí	No			Mucosa	Sí	
66	F			Sí	Sí			Sí
67	F			Sí	No		Sí	
54	F			Sí	No		Sí	
70	F	Sí	Sí				Sí	
39	F			Sí	No			Sí
46	M	Sí	No			Mucosa	Sí	
46	F			Sí	No		Sí	
44	F			Sí	Sí			Sí
64	F			Sí	No		Sí	
51	M			Sí	No		Sí	
54	F			Sí	No			Sí
45	M	Sí	Sí				Sí	
45	F			Sí	No			Sí
18	M	Sí	No				Sí	
43	F			Sí	No		Sí	
58	F	Sí	No			Mucosa	Sí	
43	M			Sí	No		Sí	
39	M			Sí	No		Sí	
56	M			Sí	No		Sí	
51	M			Sí	No		Sí	
49	F			Sí	No		Sí	
49	M			Sí	No		Sí	
43	F	Sí	No				Sí	

TABLA 3: CLASIFICACIÓN ANÁTOMO-FUNCIONAL POST TRATAMIENTO

	Bueno	Regular	Malo	Total
Constipación	15	2	0	17
Incontinencia	6	2	0	8
Total	21 (84%)	4 (16%)	0	25

La constipación no mejoró en 2 casos (11.8%), no empeorando ninguno de estos. Y la incontinencia se solucionó en 6 de 8 pacientes (75%) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Generalidades

Los objetivos del tratamiento quirúrgico del prolapso rectal son: corregir el defecto anatómico, mejorar la continencia, evitar una mayor constipación mejorando la calidad de vida.

A pesar de la existencia de numerosos procedimientos quirúrgicos, la elección ideal es aún un problema. Dependiendo de la edad del paciente, del riesgo quirúrgico, los síntomas funcionales asociados y la experiencia del cirujano.⁷

El abordaje laparoscópico es una buena alternativa, ofreciendo las ventajas de la cirugía miniinvasiva, ya conocidas para otras intervenciones abdominales.⁵

La utilización de este abordaje favorece la deambulación precoz, la recuperación del tránsito intestinal, disminuyendo las complicaciones respiratorias y acortando los tiempos de internación.

Solomon y col., en un estudio prospectivo randomizado, asegura que aquellos pacientes operados por vía laparoscópica presentaron una menor respuesta metabólica al trauma quirúrgico, con menor dolor postoperatorio, menor requerimientos de analgésicos y movilización más temprana.⁸

La estadía postoperatoria registrada en nuestra serie coincide con la obtenida en otras series publicadas de rectopexia por vía laparoscópica, que la sitúan alrededor de los 5 días, significativamente menor que la presentada por diferentes series publicadas de cirugía abierta, que la sitúan en los 9,6 días.^{9,10}

La edad no ha sido un criterio de exclusión, hemos realizado la pexia en una paciente de 87 años de edad, con buena respuesta funcional postoperatoria.

En general los pacientes añosos con prolapso rectal tienen una elevada morbilidad, por lo que son seleccionados para las técnicas perineales con una mayor tasa de recurrencia, malos resultados funcionales y una morbilidad postoperatoria que oscila el 25%.¹¹

Procedimiento

La media de tiempo de cirugía que registramos fue de 110 minutos, siendo ligeramente menor a la de otros autores. No tuvimos la necesidad de convertir ningún caso.

Demirbas et al.¹² en una serie de 40 pacientes, con abordaje laparoscópico, presenta un tiempo operatorio medio de 140 minutos, comparando los resultados entre el grupo inicial y el final de la serie, con significativa disminución del tiempo operatorio.

Ambas variables se relacionaron con la experiencia del equipo quirúrgico en este tipo de abordaje.

La morbilidad de la serie fue de 4% (Dindo IV) debido a un paciente que presentó hemoperitoneo en el postoperatorio inmediato, con reexploración por vía laparoscópica,

TABLA 4: SERIES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICAS

Autor	Tipo de estudio	Casos	Seguimiento	Técnica	Morbimortalidad	Recidiva (%)
Ashari (2005)	Prospectivo no aleatorizado	117	62 meses	Rectopexia	Morb: < 9% Mort. < 1%	2
Madbouly (2002)	Prospectivo no aleatorizado	24	18 meses	Wells Lap / Resección Lap	Sin diferencias	0
Lachaux (2005)	Prospectivo no aleatorizado	48	36 meses	Wells Lap / Resección +	Sin diferencias	2
Purzakayastha	Metaanálisis	195	12-31 meses	Abierto / Rectopexia Lap.	Sin diferencias	
Hospital Británico	Retrospectivo	25	39 meses	Rectopexia Lap.	Morb: 4% Mort: 0	12%*

* RECIDIVA MUCOSA

TABLA 5: COMPARACIÓN DE SERIES CONVENCIONAL VS LAPAROSCÓPICA, HOSPITAL BRITÁNICO

Serie histórica (convencional)	Bueno	Regular	Malo	Total
Constipación	4	2	0	6
Incontinencia	6	1	0	7
Total	10 (77%)	3 (23%)	0	13

Serie actual (laparoscópica)	Bueno	Regular	Malo	Total
Constipación	15	2	0	17
Incontinencia	3	2	0	8
Total	21 (84%)	4 (16%)	0	25

TABLA 6: RECTOPEXIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA

Autor	N	Diseño	Mortalidad %	Continencia %	Constipación %	Recurrencia %
Convencional						
Carter 1983	32	-	0	-	-	3
Novel 1994	32	Prosp	0	15	31	3
Graf 1996	53	Retros	0	36	30	9
Khanna 1996	65	Prosp	0	75	83	0
Briel 1997	24	-	0	67	-	0
Bugallo et al 2002	13	Retros	0	70	67	0
Laparoscópico						
Kollokumpu '00	17	Prosp	0	82	70	7
Heah 2000	25	Prosp	0	50	14	-
Kesler 1999	32	Prosp	0	-	-	6
Bruch 1999	32	Prosp	0	64	76	0
Benoist 2001	18	Retros	0	77	11	-
H B 2011	25	Retros	0	75	88	0

no identificándose el sitio de sangrado. No se ha registrado mortalidad.

La morbilidad del procedimiento registrada por diferentes autores es del 6% con una mortalidad menor al 1% (Tabla 4).^{13,14}

Nuestro tiempo de seguimiento de 39 meses es comparable al de otras series (Tabla 4).

La estadía hospitalaria de 2/3 días, fue similar a otras series publicadas con 5 días promedio para rectopexia por vía laparoscópica, comparada con 9 días para cirugía convencional.^{15,16}

Funcionalidad

La selección de los pacientes es un punto fundamental para determinar la técnica a realizar, debiendo considerar el estatus de continencia y constipación asociada que pudiera existir, determinando aquellos pacientes que requerirán de una reparación posanal posterior, para corregir el

defecto del esfínter anal¹⁷ y de una sigmoidectomía asociada a la pexia.¹⁸

De los 17 pacientes con constipación, se les realizó sigmoidectomía a 5, de los cuales 15 mejoraron (88%), en tanto que 2 persistieron con síntomas. Esto último podría atribuirse a la sección de los ligamentos laterales, aunque en ninguno de estos presentó recidiva.

Algunos autores coinciden en que la divulsión y sección de estas estructuras anatómicas incrementan las tasas de constipación postoperatoria con disminución de la recidiva.¹⁹

Ashari y col. afirman que la rectopexia es una excelente técnica para el tratamiento del prolapso rectal, pero en pacientes con antecedentes de constipación severa se ha evidenciado una respuesta mixta (igual tendencia a la mejoría que agravamiento de los síntomas), recomendando sigmoidectomía con rectopexia como la técnica más adecuada en estos casos.²⁰

En tanto que dos pacientes con incontinencia persistieron con síntomas, mejorando su sintomatología con tratamiento de biofeedback, sin necesidad de intervención quirúrgica.

Se ha señalado que aproximadamente dos tercios de los pacientes que requieren de tratamiento quirúrgico para corrección de prolapso rectal, tienen incontinencia del esfínter anal, en tanto que un tercio de ellos permanece incontinente posterior a la rectopexia.²¹

Al comparar estos dos grupos con nuestra serie histórica de cirugía convencional, según la clasificación anatómico-funcional descripta anteriormente, observamos un incremento de los porcentajes para los subgrupos buenos y regulares (Tabla 5).

Otros autores afirman que los resultados funcionales y la tasa de recurrencia de la rectopexia vía laparoscópica en

manos experimentadas, son similares o aún mejores que con técnica convencional (Tabla 6).²²

Durante el período analizado no hemos registrado recidivas completas, lo que coincide con resultados publicados en la literatura con un índice de recidiva < 1%,⁸ aunque en series con mayor tiempo de seguimiento el índice de recurrencias tras la rectopexia se sitúa en el 20%, y en el 10% para la rectopexia asociada a sigmoidectomía.¹¹

CONCLUSIONES

La rectopexia laparoscópica con el uso de agrafes es una opción sencilla con escasa morbimortalidad, baja estadía hospitalaria y con buenos resultados funcionales y anatómicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Hargrove R, Parsons S, Payne R. Anterior tibial spine fracture and easy fl- Felt-Bersma RJ, Cuesta MA (2001) Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele and solitary ulcer syndrome. *Gastroenterol Clin North Am*30:199-222.
- Kim DG: Prolapse and Intussusception. www.fascrs.org. Core Subjects 2000.
- Wassef R, Rothenberger DA, Goldberg SM (1986) Rectal prolapse. *Curr Probl Surg* 23:397-451.
- Senagore AJ. Management of rectal prolapse: the role of laparoscopic approaches. *Semin Laparosc Surg*. 2003 Dec;10(4):197-202.
- Kellokumpu IH, Virozen J, Scheinin T. Laparoscopic repair of rectal prolapse: a prospective study evaluating surgical outcome and changes in symptoms and bowel function. *Surg Endosc*. 2000;14:634-640.
- Bugallo F, Patron Uriburu JC, Tyrrell C, Salomón M, Donnelly EJ: Prolapso rectal: evaluación del tratamiento quirúrgico con una modificación a la técnica de Ripstein. *Rev Argent Coloproct*. 2002;13(1 a 4):69-71.
- Kim Do S, Tsang CBS, Wong WD, Lowry AC, Golberg SM, Madoff RD (1999) Complete rectal prolapse; evolution of management and results. *Dis Colon Rectum* 42:460-469.
- Solomon MJ, Young CJ, Eyers AA, Roberts RA. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. *Br J Surg* 2002; 89: 35-39.
- Purkayastha S, Athanasiou T, Paraskevas P, Darzi A. A comparison of open vs laparoscopic abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:1930-40.
- Demirbas S, Akin ML, Kalemouglu M, Ogun I, Celenk T. Comparison of laparoscopic and open surgery for total rectal prolapse. *Surg Today*. 2005;35:446-52.
- Prasad ML, Pearl RK, Abcarian H, Orsay CP, Nelson RL. Perineal proctectomy, posterior rectopexy, and post anal levator repair for the treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1986;29:547-552.
- Demirbas S, Akin ML, Kalemouglu M, Ogun I, Celenk T. Comparison of laparoscopic and open surgery for total rectal prolapse. *Surg Today*. 2005;35:446-52.
- Purkayastha S, Athanasiou T, Paraskevas P, Darzi A. A comparison of open vs laparoscopic abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:1930-40.
- Lechaux D, Trebuchet G, Sliproudhis L, Campion JP. Laparoscopic rectopexy for full-thickness rectal prolapse. A single-institution retrospective study evaluating surgical outcome. *Surg Endosc*. 2005; 19:514-8.
- Ashari LHS, Lumley JW, Stevenson ARL, Stitz RW. Laparoscopically-assisted resection rectopexy for rectal prolapse: ten years' experience. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:982-7.
- Purkayastha S, Athanasiou T, Paraskevas P, Darzi A. A comparison of open vs laparoscopic abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:1930-40.
- Williams JG, Wong WD, Jensen L, Rothenberger DA, Goldberg SM. Incontinence and rectal prolapse: a prospective manometric study. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 209-216.
- Benoist S, Taffinder N, Gould S, Chang A, Darzi A. Functional results two years after laparoscopic rectopexy. *Am J Surg* 2001; 182: 168-173.
- Speakman CT, Madden MV, Nicholls RJ, Kamm MA. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. *Br J Surg* 1991;78:1431-3.
- LHS, Lumley JW, Stevenson ARL, Stitz RW. Laparoscopically-assisted resection rectopexy for rectal prolapse: ten years' experience. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:982-7.
- Parks AG, Swash M, Ulrich H. Sphincter denervation in anorectal incontinent and rectal prolapse. *Gut* 1977; 18: 656-665.
- Madoff RD, Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery. *Dis Colon Rectum* 1999;42:441-50.

COMENTARIOS SESIÓN SACP 9 DE NOVIEMBRE DE 2012**DISCUSIÓN**

Dr. Carlos Miguel Lumi: Deseo realizar un aporte al trabajo presentado. Deseo aclarar que en nuestro grupo el Dr. Muñoz y la Dra. Collia llevan a cabo el abordaje laparoscópico. En 11 años hemos operados 68 pacientes con esta patología, pero la serie que presentamos en este aporte es desde junio de 2006 a marzo de 2012. En este período operamos 48 pacientes, de los cuales 19 se abordaron en forma convencional y 29 en forma laparoscópica. A diferencia de lo que presenta el Dr. Cillo nosotros realizamos la rectopexia en forma suturada. De la serie abordada en forma laparoscópica 26 pacientes se trataron con rectopexia suturada, 1 con malla y en 2 se agregó sigmoidectomía por asociarse el prolapso a constipación. Nosotros en general a los pacientes con constipación, tras realizar su estudio, le indicamos la sigmoidectomía en coincidencia con la bibliografía mostrada por el Dr. Cillo. Cabe aclarar que la constipación asociada al prolapso es muy difícil que remita luego de la pexia sola. 24 pacientes fueron de sexo femenino con una media de edad de 50 años y de índice de masa corporal de 26. El 60% se acompañaron de incontinencia, el 20% de incontinencia y constipación, no hubo pacientes con constipación pura y el 20% no presentaban ni incontinencia ni constipación. El seguimiento medio fue de 43.6 meses. El tiempo operatorio promedio fue 106 minutos y el inicio de tolerancia oral fue a las 10 horas. La estadía hospitalaria media fue de 1.8 días con un rango entre 1 y 4 días. La tasa de conversión fue 3.44%. Si bien el Dr. Cillo presentó trabajos con media de internación de 9 días en el tratamiento convencional, en nuestro centro los pacientes abordados en forma convencional tienen un internación entre 3 y 4 días. Respecto a las complicaciones postoperatorias fueron del 10% (1 hernia, 1 hematoma y una infección urinaria), aunque un paciente desarrolló una espondilitis que puede o no atribuirse al procedimiento. La tasa de recidiva fue del 17% (5 casos), aunque 4 de estos se produjeron dentro de los primeros 80 casos de la experiencia en cirugía colorrectal laparoscópica (que se puede considerar como la curva de aprendizaje). Muchas gracias.

Dr. Jorge Rodríguez Martín: Considero que el trabajo tiene un diseño correcto, pero quiero mencionar que el título debe ser una síntesis del mismo. En el mismo no muestra que es un estudio comparativo. Por otro lado, no diría que es una técnica simple y efectiva porque son solo 25 casos con un seguimiento promedio de 39 meses. En ese período muchas recidivas se pueden pasar por alto en una afección como esta. Gracias.

Dr. Jorge Héctor Arias: Deseo preguntar, ¿Cómo se realizó la selección de los pacientes que van a resección?

Dr. Fabio Oscar Leiro: Deseo realizar unas preguntas. ¿Han utilizado últimamente táckers? Me llamó la atención el alto porcentaje de hombres en la serie y la edad de los mismos. ¿Tuvieron trastornos genitourinarios con este tipo de disección rectal tan amplia?

Cierre de la Discusión

Dr. Mariano Cillo: Quiero agradecer al Dr. Lumi por su aporte. Considero que los números de ambas series son bastante similares. Agradezco los comentarios del Dr. Rodríguez Martín, cuando hago mención a una técnica simple me baso al comparar la que utilizamos con otras que utilizan material protésico o sutura manual. Respecto a la efectividad, la consideramos así al comparar con resultados de recidiva de otras técnicas. En nuestra serie incluimos la recidiva mucosa. Considero que el tiempo de seguimiento es bueno. Respondiendo al Dr. Arias, la selección de los pacientes que iban a resección asociada la realizamos evaluando la clínica, un colon por enema o una videodefecatografía. En pacientes con sigmoideoceles y en aquellos con constipación severa indicamos resección. Respondiendo al Dr. Leiro, no utilizamos tackers. Usamos agrafes teniendo cuidado al momento de colocarlos de no lesionar vasos ilíacos y uréter derecho. Cabe mencionar que cuando se coloca el trócar de fosa ilíaca derecha se debe tener en cuenta la ubicación pensando en el ángulo que lograré para colocar el agrafe. En nuestra serie tuvimos un número importante de jóvenes y no hemos reportado complicaciones en la esfera urogenital.

Prótesis Biológica para el Tratamiento de las Fístulas Anales Complejas

Julio Baistrocchi

Unidad Digestiva Baistrocchi, Córdoba, Argentina

RESUMEN

Introducción: Existen distintas alternativas quirúrgicas para el tratamiento de las fístulas complejas, todas ellas tienen el objetivo de eliminar la fístula sin ocasionar cambios en la continencia del paciente. En el año 2006, Johnson y col. reportaron el uso de un nuevo biomaterial para la fístula anal (PLUG Cook Surgical), alcanzando como resultados tasas de cierre del 87% en un seguimiento a 13 semanas.

Objetivo: Relatar nuestra experiencia temprana con este material bioprotésico, como alternativa para el tratamiento de las fístulas perianales.

Material y Método: Se realizó un análisis observacional y prospectivo de un total de 21 procedimientos quirúrgicos ambulatorios de fístulas perianales complejas, con el uso de un nuevo biomaterial. El resultado fue considerado exitoso si el orificio interno se cerró, si el paciente no tenía secreción en el último seguimiento y la ausencia de formación de abscesos.

Resultados: 21 pacientes con fístulas transesfinterianas altas, fueron sometidos a la colocación del plug. La tasa de éxito global fue de 52,38% (11 pacientes). Los motivos del fracaso fueron infección y expulsión del tapón.

Conclusión: Las series de casos publicadas hasta la fecha con el uso de este material reportan tasas de éxito que van desde un 13,8 hasta un 85%. En nuestra experiencia inicial con esta prótesis biológica fue del 52,38%. Este tipo de cirugía con prótesis tiene la ventaja de volver a realizarse sin afectar la continencia. Dada la baja morbilidad y la relativa simplicidad del procedimiento, el PLUG es un tratamiento alternativo para los pacientes con fístulas complejas, sin embargo su uso está limitado por el alto precio del material.

Palabras clave: Plug Anal, Prótesis Biológica, Fístula Anal, Fístula Compleja, Ano.

ABSTRACT

Introduction: There are many surgical alternatives for the treatment of complex fistulas, they all aim to eliminate fistula without causing changes in the patient's anal continence. In 2006, Johnson & col reported using a Biodesign® Fistula Plug to repair anal fistulas, reaching closure rates of 87% in a 13-week follow-up.

Objective: To report our experience in perianal fistulas treated with The Anal Fistula Plug, and to use this material as an alternative for the treatment.

Methods: We performed a prospective observational analysis of a total of 21 patients with complex perianal fistulas, using the Fistula Plug. The result was considered successful if the internal os was closed, if the patient had no fistula discharge and the absence of an abscess.

Results: 21 patients with high transsphincteric fistulas were treated with Fistula Plug. The success rate was 52.38% (11 patients). The reasons for failure were infection and plug ejection.

Conclusion: The case series published with the use of Biodesign® Fistula Plug, reported success rates ranging from 13.8 to 85%. In our initial experience was 52.38%. This type of prosthetic surgery has the advantage that the patient can be reoperated without affecting anal continence; a low morbidity and relative simplicity of the procedure. However its use is limited by the high price of the material.

Key Words: Anal Plug, Fistula, Complex Fistula, Anal.

INTRODUCCIÓN

La fístula anal es una afección que ha sido descripta desde principios de la historia médica. Hipócrates, alrededor del año 430 a.C., propuso que esta enfermedad era causada por las contusiones al cabalgar en las ancas del caballo. Fue el primero en sugerir el uso del sedal, utilizando

una crin de caballo que apretó intermitentemente alrededor del músculo hasta seccionarlo.¹

Definimos a esta patología como una comunicación anormal, a través de un trayecto inflamatorio crónico entre la luz ano-rectal y la piel perianal. Es común en la población general, con una incidencia en hombres de 12,3 por 100.000, y en mujeres de 5,6 por 100.000. Alrededor del 95% se considera la manifestación crónica de una infección criptoglandular,^{2,3} y el 5% restante se le atribuyen a otras patologías que en alguna etapa de su evolución desarrollarán una fístula; entre ellas podemos nombrar: la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la tuberculosis, etc. Con menor frecuencia, las fístulas pueden ser secundarias a tratamientos invasivos de cualquier patología ori-

Leído en Sesión SACP 12 de octubre 2012
Recibido y corregido 21 de febrero de 2013
Aceptado para publicación 22 de marzo 2013

Correspondencia:

Calle Sucre 364, Centro, Córdoba
+54 351 421.3533
juliobaistrocchi@msn.com

ficial (hemorroides, fisura, etc.) o a traumatismos por cámulas de enemas o cuerpos extraños deglutidos (huesos de pollo o pescado).⁴ La mayoría de los autores acepta la clasificación de Parks para las fístulas anales, dividiendo a estas en: interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas. Los principios quirúrgicos a conocer para el tratamiento de esta enfermedad son los siguientes:

- Identificar los orificios interno y externo.
- Encontrar el trayecto y su relación con el anillo ano-rectal.
- Preservar la mayor cantidad de esfínter
- Evitar la distorsión de la anatomía anal.
- Conocer el grado de continencia prequirúrgica.

Las fístulas transesfintéricas altas siguen siendo un desafío quirúrgico, debido a que involucran gran cantidad de masa muscular esfintérica y por ende aumento de índices de incontinencia. Existen distintas alternativas quirúrgicas para el tratamiento de las fístulas complejas, todas ellas tienen el objetivo de eliminar la fístula sin ocasionar cambios en la continencia del paciente; entre las cuales encontramos, el cierre con colgajo de avance, sedales e inyección de adhesivo de fibrina. El éxito de estos procedimientos es variable. La recurrencia de la fístula después del cierre con colgajo de avance, se reporta en un rango entre 10% y 63%.^{5,6,7} Un índice de recidiva del 22% al 30% ha sido reportado en diferentes trabajos con la utilización de sedales.^{8,9} El adhesivo de fibrina tiene una tasa de cierre a largo plazo en un rango de entre el 14% y el 60%.¹⁰⁻¹²

En el año 2006, Johnson y col. reportaron el uso de un nuevo biomaterial para la fístula anal (Surgisis; Cook Surgical, Inc., Bloomington, IN), alcanzando como resultados tasas de cierre del 87% en un seguimiento a 13 semanas.¹³ Este material utilizado es un tapón (plug) biológico desarrollado a partir de colágeno obtenido de cerdos. El plug es un dispositivo de forma cónica y se coloca en el trayecto de la fístula. Como el colágeno de cerdo es tan similar al del humano tiene resistencia natural a la infección, no produce reacción a células gigantes por cuerpo extraño y se asimila con el tejido celular del huésped durante un período de 3 meses, facilitando así el cierre de la fístula. Después de este estudio inicial, la experiencia de varios autores utilizando el plug para fístula perianal, con éxito de cierre, fue entre el 41% y el 89%.¹⁴⁻¹⁶

OBJETIVO

Relatar nuestra experiencia (unidad ambulatoria independiente) con este material bioprotésico, como alternativa para el tratamiento de las fístulas perianales, en términos de: cierre, tipo de fístula, la continencia, la morbilidad, el dolor postoperatorio y la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre noviembre de 2009 a mayo de 2012 se realizó un análisis observacional y prospectivo de un total de 21 procedimientos quirúrgicos ambulatorios de fístulas perianales complejas, con el uso de un nuevo biomaterial para la fístula anal (ANAL FISTULA PLUG Cook Surgical), en nuestro centro "Unidad Digestiva Baistrocchi". Entre las fístulas simples fueron incluidas las subcutáneas, interesfintéricas y transesfintéricas bajas. Contrariamente, las fístulas complejas fueron definidas como las fístulas por enfermedad de Crohn, anteriores en mujeres, con trayectos múltiples y transesfinterianas altas. Los pacientes fueron estudiados con examen proctológico completo bajo anestesia, ecografía endorrectal y manometría. Se recogieron datos demográficos del paciente, la etiología y tipo de fístula, continencia antes y después del procedimiento (Score de Wexner).

Los criterios de inclusión son: edad mayor de 18 años, fístulas transesfinterianas altas de origen criptoglandular, traumáticas y con el consentimiento informado firmado. Los criterios de exclusión son: la falta de localización del orificio interno durante la cirugía, los pacientes VIH-positivos, la enfermedad de Crohn, fístulas simples, rectovaginales, las fístulas de causa maligna, la tuberculosis e hidrosadenitis supurativa. Todos estos pacientes fueron intervenidos con anestesia local y neuroleptoanalgesia, solo necesitando ayuno previo y enema evacuante. Estas intervenciones fueron llevadas a cabo con el paciente en decúbito lateral izquierdo, todos los trayectos se lavaron con agua oxigenada, el tapón se introdujo a través del orificio interno, recorriendo el trayecto fistuloso hasta llegar al orificio externo, luego se invagino el plug a través del orificio interno con vicryl 2-0, y por último se fijó la prótesis al orificio externo sin ocluirlo totalmente. Se indicó analgésicos y antibioticoterapia en el postoperatorio. Se los controló por vía telefónica a las 24 horas. Los pacientes fueron seguidos a una, dos y cuatro semanas, luego de este control al mes y por último a los tres meses. El resultado fue considerado exitoso si el orificio externo se cerró, si el paciente no tenía secreción en el último seguimiento y la ausencia de formación de abscesos. De lo contrario se considera como una fístula persistente.

RESULTADOS

21 pacientes fueron sometidos a la colocación del plug, 90,47% de sexo masculino (19 Pacientes) y 9,53% de sexo femenino (2 Pacientes), con una edad media de 43,2 años. El 100% de los pacientes presentaron fístula transesfinteriana alta. La etiología fue: 95,3% criptoglandular (20 Pacientes) y 4,7% (1 paciente) traumática. Todos los pa-

cientes presentaron antes del procedimiento un grado de continencia según escala de Wexner $2\pm 1,4$. De los pacientes que se incluyeron, 8 pacientes (38,1%) fueron sometidos previamente a la colocación del sedal y 7 pacientes (33,33%) fueron operados anteriormente de fístula (fístulas recidivadas). Durante el acto quirúrgico no se registró ningún tipo de complicación. El seguimiento medio fue de 6,6 meses. Las complicaciones postquirúrgicas fueron del 57,17%, ninguna en la que se tuvo que internar a los pacientes, pudiéndose manejar en forma ambulatoria. 19,05% (4 pacientes) presentaron dolor y 14,3% (3 pacientes) sangrado a las 24 horas, 9,52% (2 pacientes) absceso a los 7 días y 14,3% (3 pacientes) expulsión de parte de la prótesis a los 10 días. No se encontraron cambios significativos de la continencia de los pacientes posterior al tratamiento con plug. La tasa de éxito global fue de 52,38% (11 pacientes). Los motivos del fracaso fueron infección, expulsión del tapón en 3 pacientes y motivos desconocidos, posiblemente mala técnica en el comienzo de la curva de aprendizaje.

DISCUSIÓN

El objetivo principal en el tratamiento de la fístula perianal es la curación de la fístula mediante el cierre del orificio interno, preservando la continencia anal. El plug parece ser una prometedora alternativa a las opciones actuales de tratamiento para fístulas complejas.⁵⁻⁷

En el año 2006 un biomaterial se introdujo como opción para el tratamiento de las fístulas anales compleja que se lo denominó plug (Surgisis; Cook Surgical, Inc., Bloomington, IN). Este es un dispositivo de forma cónica, hecho de submucosa de intestino delgado de cerdo, resistente a infecciones, no produce reacción de cuerpo extraño y es colonizado por células nativas del huésped dentro de las 12 semanas. Es una técnica relativamente fácil de realizar, se coloca en el trayecto de la fístula facilitando así el cierre de la misma, evitando de esta manera lesionar el esfínter y por lo tanto mantiene su función intacta. Después del estudio inicial, realizado por Johnson y col. alcanzando como resultados tasas de cierre del 87% en un seguimiento a 13 semanas;¹³ otros autores como Champagne y O'Connor reportaron tasas de éxito similares, 83% y 80% respectivamente.^{19,20} Esto creo gran expectativa con respecto al Plug, no obstante los siguientes reportes mostraron tasas de éxito que oscilan entre 24% a 71%.²¹⁻²³ todos los estudios anteriores fueron realizados en Estados Unidos. En Europa la tasa de éxito reportada fue de 41% a 61%.^{24,25} Si comparamos los resultados obtenidos por la experiencia extranjera con la nuestra, tuvimos resultados de éxito del 52,38%, en un seguimiento promedio de 6,6 meses.

El Plug es una alternativa terapéutica, para pacientes con

fístulas complejas fundamentalmente en pacientes con cirugías previas y con incontinencia, ya que no se lesiona la masa esfíntérica. Es importante tener en cuenta el detalle en su fijación y la prevención de infecciones (drenaje previo con sedal), para mejorar los resultados y debe emplearse por cirujanos experimentados. Hasta el día de hoy no hay datos para utilizar esta técnica como tratamiento de elección para fístulas complejas.

Se realizó, en la actualidad, para evitar fracasos con esta técnica, una modificación en un extremo con forma abotonada (Biodesign™ Surgisis Fistula Plug), del que solamente se ha publicado escasa eficacia. Otro tipo de tapón (GORE BIO-A Fistula Plug) que consta de un disco de 16 mm recortable para adaptarlo al defecto, y acoplado a 6 tubos de 9 cm de longitud de los que algunos pueden eliminarse para ajustarlos al trayecto. Es una estructura fibroso-porosa compuesta de un polímero sintético reabsorbible de ácido poliglicólico y carbonato de trimetileno, por tanto no es material biológico. Todavía no hay publicaciones con su empleo.

CONCLUSIÓN

Las series de casos publicadas hasta la fecha con el uso de este material, reportan tasas de éxito que van desde un 13,8 hasta un 85%.¹³⁻²⁰ En nuestra experiencia inicial con esta prótesis biológica, el 52,38% de los pacientes con fístulas perianales complejas fueron tratados con éxito. A diferencia de otros trabajos, tuvimos baja tasa de cicatrización de las fístulas y una alta incidencia de recidiva, ya sea por rechazo de la prótesis, por infección u otros motivos. Este tipo de cirugía con prótesis tiene la ventaja de volver a realizarse sin afectar la continencia. Dada la baja morbilidad y la relativa simplicidad del procedimiento, el PLUG es un tratamiento alternativo para los pacientes con fístulas complejas; sin embargo su uso está limitado por el alto precio del material.

Ante toda la evidencia mencionada podemos afirmar que la fistulotomía es el procedimiento con menor tasa de recurrencias ante una fístula simple (trayecto interesfínterico); este debe ser el procedimiento de elección y no intentar manejos más costosos que pueden tener mayor riesgo de fracaso. Cuando nos encontremos con fístulas complejas, deberá de individualizar cada caso para escoger otras alternativas como el PLUG que no lesionen el esfínter, ya que si fracasa, deja el tejido intacto para intentar otro procedimiento como puede ser un colgajo de avance. No descartar de nuestras posibilidades terapéuticas el uso del sedal, ya que existirán casos en que su uso para evitar los procesos sépticos sea la mejor opción para un paciente en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams F. On fistulae. The genuine Works of Hippocrates translated from the Greek with a preliminary discourse and annotation. New York: William Wood; 1849.
2. Fazio V W: Complex anal Fistulae. Gastroenterology Clinics of North America. Anorectal Disorders. Vol. 16, Nº 1 March 1987: 93-113.
3. Goldberg S M, Garcia Aguilar J: Management of complicated anorectal fistulas. Actas del II Curso Internacional de Cirugía Colorectal del Hospital Italiano. 1998, 155-160.
4. Rickard M.J.: Anal abscesses and fistulas. ANZ J Surg 75. 64-72.2005.
5. Ortiz H., Marzo J.: Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas. Br J Surg 87. 1680-1683.2000.
6. Buchanan G.N., Owen H.A., Torkington J., et al: Long-term outcome following loose-Seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula. Br J Surg 91. 476-480.2004.
7. C, Etzioni D, Goldberg S, Madoff R, Mellgren A. Treatment of Complex Anal Fistulas with the Collagen Fistula Plug. Dis Colon Rectum 51: 1482-1487 2008.
8. Theerapol A., So B.Y.J., Ngoi S.S.: Routine use of setons for the treatment of anal fistulae. Singapore Med J 43. 305-307.2002.
9. Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. Colorectal Dis 11: 564-57,2009.
10. Deeba S, Aziz O, Sains P, Darzi A. Fistula-in-ano: advances in treatment. Am J Surg 2008; 196: 95-99.
11. Gisbertz S.S., Sosef M.N., Festen S., et al: Treatment of fistulas in ano with fibrin glue. Digest Surg 22. 91-94.2005.
12. Lindsey I, Smilgin-Humphreys MM, Cunningham C, Mortensen NJ, George BD. A randomized, controlled trial of fibrin glue vs. conventional treatment for anal fistula. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1608-15.
13. Johnson E.K., Gaw J.U., Armstrong D.N.: Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 49. 371-376.2006.
14. Thekkinkattil D., Botterill I., Ambrose S., et al: Efficacy of the anal fistula plug in complex anorectal fistulae. Colorectal Dis. 2008.
15. Ellis C.N.: Bioprothetic plugs for complex anal fistulas: an early experience. J Surg Educ 64. 36-40.2007.
16. Lawes D, Efron J. E, Abbas M, Heppell J, Young-Fadok M. Early Experience with the Bioabsorbable Anal Fistula Plug World J Surg 32:1157-1159. 2008.
17. Piccinini, P; Gualdrini, U; Muñoz, J P; Arias, J; Lumi, C; Fraise, A. Tapón anal bioprotésico. Eficacia en el tratamiento de las fistulas anales complejas. Rev. Arg. Colopro;18(4):509-513, Dic. 2007.
18. Safar B, Jobanputra S, Sands D, Weiss E, Noguera J, Wexner S. Anal Fistula Plug: Initial Experience and Outcomes. DCR: February 2009, 52. 248-252.
19. Champagne BJ, O'Connor LM, Ferguson M, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of criptoglandular fistulas: Long-term follow-up. Dis Colon Rectum 2006;49:1817-21.
20. O'Connor L, Champagne BJ, Ferguson MA, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of Crohn's anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 2006;49:1569-73.
21. Lawes DA, Efron JE, Abbas M, et al. Early experience with the bioabsorbable anal fistula plug. World J Surg 2008;32(6):1157-9.
22. Ky AJ, Sylla P, Steinhagen R, et al. Collagen fistula plug for the treatment of anal fistulas. Dis Colon Rectum 2008;51(6):838-43.
23. Garg P. Flaps, Glues, an Plugs – A view from the east. Semin Colon Rectal Surg 2009;20:52-7.
24. Van Koperen PJ, D'Hoore A, Wothuis AM, et al. Anal fistula plug for closure of difficult anorectal fistula: a prospective study. Dis Colon Rectum 2007;50:2168-72.
25. Schwandner O, Stadler F, Dietl O, et al. Initial experience on efficacy in closure of criptoglandular and Crohn's transsphincteric fistulas by the use of the anal fistula plug. Int J Colorectal Dis 2008;23:319-24.

COMENTARIOS SESIÓN SACP 12 DE OCTUBRE DE 2012**DISCUSIÓN**

Dr. Alfredo Graziano: Me dio la sensación que se incluyeron fístulas con trayecto corto (que si bien las rotulaste como complejas), considero eran fístulas no complejas, dado que desembocaban a nivel de la línea de la cripta. Considero que esta técnica es útil en fístulas extraesfinterianas o supraesfinterianas. Por otro lado, excluiste los pacientes con enfermedad de Crohn. Considero que el plug es de gran utilidad en estos pacientes, aun considerando la alta tasa de fracaso que presentan. Estoy de acuerdo en la exclusión de las fístulas recto-vaginales. Nuestro grupo está realizando un trabajo coordinado por la Dra. Karina Collia, donde observamos que el plug no se adhiere porque el tabique recto-vaginal o pouch-vaginal es de trayecto muy corto y da lugar a que se escape. La modificación del plug para este tipo de fístulas con un botón (aún no disponible en nuestro país) fue evaluado en dos trabajos con malos resultados. Algunos de sus casos yo los hubiera tratado con un colgajo de avance con porcentajes de éxito ya evaluados. Yo no he utilizado esta técnica, pero sí he observado al Dr. Gualdrini con un porcentaje de éxito del 45% aproximadamente, similar al reportado por su trabajo. Pero considerar el éxito con una media de seguimiento de 3 meses es aventurarse, porque debemos considerar que pasa con estos pacientes a largo plazo. Con los adhesivos de fibrina ocurrió que los resultados al aumentar el tiempo de seguimiento empeoraban considerablemente (60% de éxito inicial y 30% a largo plazo).

Dr. Nicolás Agustín Rotholtz: Estoy de acuerdo con los comentarios del Dr. Graziano. En este tipo de trabajo es muy importante que quede bien en claro el tiempo de seguimiento. No me quedó claro si fue de 3 o 6 meses. Se ha observado en diferentes trabajos como cae la tasa de éxito al aumentar el tiempo de seguimiento. Un ejemplo de ello es el trabajo que publicamos nosotros (primer estudio nacional prospectivo evaluando plug), donde claramente observamos la diferencia entre el primer análisis realizado a los 6 meses y el segundo realizado al año. En este último el éxito no alcanzaba el 40%. Considero que es una alternativa más. Ese 40% de éxito (o menor a largo plazo) es valioso, a pesar del costo del material, considerando las serias dificultades existentes para resolver esta patología. Por otro lado, el fracaso de este método no altera la continencia, lo cual lo torna una alternativa con un lugar en el tratamiento. Otro punto relevante, es el tema de la expulsión del plug, la gran mayoría de estos casos ocurren en los primeros procedimientos y tiene relación con una cuestión de técnica. Situación diferente es cuando la expulsión es precedida por infección, donde es una reacción del organismo a la prótesis.

Dr. Carlos Miguel Lumi: Los trabajos que evaluaron la tasa de éxito informan un 50% de curación aproximadamente. Pero, considero fundamental para obtener una conclusión válida llevar a cabo un estudio comparativo, con muestras homogéneas, que lo compare con otro método vigente. Considero que es la única manera de poder obtener una conclusión clara.

Dr. Fabio Oscar Leiro: Deseo realizar una pregunta técnica. ¿Realizan algún curetaje del trayecto?

Cierre de la Discusión

Dr. Julio Baistrocchi: Respondiendo al Dr. Graziano, a las fístulas de Crohn no las incluimos porque en primera instancia realizamos tratamiento médico. Por otro lado, el paciente de la foto con una fístula con orificio interno a nivel de las criptas lo incluimos porque tenía el antecedente de una esfinterotomía y no deseábamos generar más daño al esfínter. Respondiendo al Dr. Rotholtz, la media de seguimiento del trabajo fue de 6 meses. Considero muy valioso el aporte del Dr. Lumi y agradezco su generosidad para conmigo. Respondiendo al Dr. Leiro, no realizamos curetaje habitualmente, solo lavado con agua oxigenada.

Resultados Oncológicos a Largo Plazo de Pacientes Sometidos a Resección Laparoscópica por Cáncer de Recto

Francisco López-Köstner, Alejandro José Zarate, Nicolas Kerrigan, Katya Carrillo, Maria Isabel Quijada, Eliana Pinto, Udo Kronberg, Claudio Wainstein
Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes, Chile

RESUMEN

Introducción: En la actualidad hay consenso en la seguridad oncológica en la cirugía laparoscópica para el tratamiento del cáncer de colon, sin embargo, en el cáncer de recto (CR) los resultados a largo plazo, continúan siendo objeto de estudio. El objetivo de este trabajo es analizar la sobrevida a largo plazo en pacientes operados por adenocarcinoma de recto por vía laparoscópica.

Material y Métodos: Desde la base de datos prospectiva de cirugía colorrectal laparoscópica se seleccionaron los pacientes operados por CR en el periodo entre octubre 2000 y diciembre 2009. Se excluyó a los pacientes con cáncer colorrectal hereditario. Se analizaron los datos de seguimiento los cuales son obtenidos mediante registros clínicos y datos del registro civil. Se realizó un análisis de sobrevida con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: En el periodo mencionado, 60 pacientes fueron operados por CR, 2 (3,4%) pacientes fallecieron en el postoperatorio temprano y fueron excluidos en el análisis de sobrevida, por tanto, 58 pacientes fueron incluidos en el seguimiento. El 41% eran sexo femenino y la edad promedio fue de $60 \pm 11,6$ años. Los tumores se encontraban localizados en el recto superior, medio e inferior en un 28%, 28% y 44% respectivamente. Las cirugías realizadas fueron resección abdominoperineal, resección anterior ultrabaja interesfintérica, resección anterior ultrabaja y resección anterior baja en un 8%, 28%, 5% y 59% de los pacientes, respectivamente. El 50% de los pacientes recibieron neoadyuvancia. Tras la estadificación postoperatoria 4% fueron clasificados estadio 0, 38% estadio I, 17% estadio II, 28% estadio III y 13% estadio IV. El recuento de linfonodos de la pieza operatoria fue de 12,3 en promedio. Aun seguimiento de 42,6 meses (r: 17 a 103 meses) la sobrevida global estimada a 5 años es de 85%. Según estadios la sobrevida estimada a 5 años fue de 100% para el estadio 0 y I, 88% para el estadio II, 74% para el estadio III, 57% para el estadio IV.

Conclusión: La sobrevida a largo plazo en pacientes operados por CR vía laparoscópica es satisfactoria y se enmarca en rangos descritos de las series a través de laparotomía.

Palabras clave: Cáncer de recto, Cirugía Laparoscópica, Sobrevida.

ABSTRACT

Background: Currently there is a consensus in oncological safety for laparoscopic surgery for colon cancer; however, in rectal cancer long term outcomes are still a subject of debate. The aim is to analyze long term survival in patients who underwent laparoscopic surgery for rectal cancer.

Material and Methods: From the prospective database of laparoscopic colorectal surgery, we selected patients operated on between October 2000 and December 2009. Patients with hereditary colorectal cancer were excluded. Follow-up data was obtained by medical records and national vital records. Survival was analyzed using the Kaplan-Meier method.

Results: In this period, 60 patients were operated on for rectal cancer. Two died in the early postoperative period and were excluded from the analysis; therefore, 58 patients were included in follow-up. Forty-one percent were female and mean age was 60 ± 11.6 years old. Tumors were localized in the upper, mid and lower rectum in 28%, 28% and 44%, respectively. Surgeries performed were abdominoperineal resection, ultra-low intersphincteric resection, ultralow anterior resection and low anterior resection in 8%, 28%, 5% and 59% of patients, respectively. Fifty percent received neoadjuvant treatment. After postoperative staging 4% were classified as stage 0, 17% as stage I, 28% as stage II, 28% as stage III, and 13% as stage IV. At a mean 42.6 month follow-up (r: 17-103 months) estimated overall 5-year survival was 85%. When analyzed according to stage, estimated overall 5-year survival was 100% for stages 0 and I, 88% for stage II, 74% for stage III, and 57% for stage IV.

Conclusion: Long term survival in patients undergoing laparoscopic surgery for rectal cancer is satisfactory and is within the values reported by international centers.

Key Words: Rectal Cancer, Laparoscopic Surgery, Survival.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma colorrectal (CCR) se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte por cáncer en la ma-

yoría de los países desarrollados.¹ En Chile, la mortalidad por CCR ha aumentado a más del doble en las últimas dos décadas, lo que se podría explicar por la mejoría de los indicadores socioeconómicos y al aumento de la expectativa de vida de la población.²

El cáncer de recto (CR) se define como un tumor ubicado entre el margen anal y los 15 cm hacia proximal. En el CR, una precisa estadificación preoperatoria permite clasificar correctamente a los pacientes para el tratamiento más adecuado.³ La cirugía es el pilar fundamental en el trata-

Recibido 29 de mayo de 2012

Corregido y aceptado para publicación 2 de julio 2012

Correspondencia:

Francisco Lopez-Kostner

Lo Fontecilla 441. Las Condes, Santiago, Chile.

+56 02 610-8524

miento de los pacientes con CR, lo que se puede complementar con un esquema de radioquimioterapia preoperatoria en casos seleccionados, como son los tumores del tercio medio e inferior, con invasión avanzada de la pared (uT3-4) o presencia de linfonodos (uN+).

El abordaje laparoscópico para patologías intestinales se introdujo en los inicios de 1990. No obstante, a su aceptación inicial, esta técnica no fue ampliamente utilizada ya que se describían mayores tiempos quirúrgicos, larga curva de aprendizaje y reportes que mostraban tasas mayores de implantes de tumor en los sitios de inserción de trócares.⁴

Por lo anterior, el desarrollo de este abordaje para pacientes con cáncer de colon y recto con intención curativa se desarrolló en forma lenta como parte de protocolos de estudio en la mayoría de los centros.

En términos generales, la cirugía laparoscópica colorrectal por patologías benignas ha demostrado su factibilidad y ventajas evidentes en relación al acceso mediante laparotomía, principalmente en una menor morbilidad de la pared abdominal (infecciones de herida operatoria, hernias incisionales),⁵ menor tasa de obstrucciones intestinales⁶ y una menor estadía hospitalaria y reincorporación laboral precoz, mejorando el tiempo de recuperación de los pacientes en el corto plazo.⁷

En pacientes con cáncer de colon, la cirugía laparoscópica ha sido aceptada como una alternativa válida, segura y comparable en términos de resultados quirúrgicos y oncológicos a la cirugía mediante laparotomía.^{8,9} Sin embargo, los resultados oncológicos a largo plazo no se han replicado aún en pacientes con CR y continúa siendo objeto de estudio.¹⁰

En Sudamérica existen reportes de distintos grupos que practican cirugía de cáncer de colon por vía laparoscópica, sin embargo, no existen reportes a largo plazo de pacientes sometidos a cirugía por CR.¹¹⁻¹³

El objetivo de este trabajo es analizar la sobrevida a largo plazo en pacientes con adenocarcinoma de recto, operados por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

El año 1998 se dio inicio a un protocolo de cirugía laparoscópica colorrectal, el cual consistió en la inclusión consecutiva de pacientes con patologías quirúrgicas colorrectales.¹⁴ Desde su inicio se incluyeron prospectivamente todos los pacientes en una base de datos computacional, la cual consistía en el registro de datos demográficos y las variables perioperatorias. La estadificación fue realizada con una tomografía computada de abdomen y tórax, además de una resonancia de pelvis o endosonografía rectal. La radioquimioterapia se indicó a los pacientes

con evidencia de invasión T3 o N(+) en la resonancia o endosonografía, en los tumores de recto medio e inferior, salvo excepciones. La cirugía se programó entre 5 a 6 semanas, posterior a la finalización de la neoadyuvancia. Las intervenciones realizadas fueron divididas en dos etapas, las cuales fueron de complejidad progresiva, secuencial y gradual, comenzando por casos de patologías benignas colorrectales para posteriormente, en el año 2000, iniciar la serie de cirugías con intención curativa en pacientes con cáncer de colon y recto.

Para este trabajo se seleccionaron, de la base de datos prospectiva de cirugía colorrectal laparoscópica, a los pacientes operados por CR. El periodo de estudio comprendió desde octubre 2000 hasta diciembre 2009. En este protocolo se utilizó como criterio de exclusión: los pacientes con cáncer colorrectal hereditario, tumores con invasión de órganos vecinos y las resecciones locales transanales.

Se clasificaron las complicaciones en tempranas precoces (hasta 30 días de la cirugía) y tardías (presentadas posterior al día 30 desde la cirugía).

Los datos de seguimiento fueron obtenidos mediante registros clínicos y datos del registro civil. Se realizó análisis de sobrevida con el método de Kaplan-Meier.

Con respecto a la técnica empleada, los pacientes se colocan en posición de Lloyd Davies con piñeras de Dan Allen. Se realiza un lavado rectal preoperatorio con una mezcla de solución fisiológica con povidona yodada, a través de una sonda Pezzer, hasta obtener un efluente sin elementos particulados. El neumoperitoneo se realizó mediante instalación de trocar umbilical bajo visión directa (Visiport®), con CO₂ hasta una presión de 12 mmHg, para luego instalar 4 trócares (3 de 5 mm y 1 de 10 mm). La pieza operatoria se extrae a través de una pequeña laparotomía suprapúbica (4-5 cm) protegida con anillo plástico.

La cirugía se inicia explorando la cavidad abdominal en búsqueda de evidencia de diseminación tumoral regional o a distancia. Luego se continúa con la disección del retroperitoneo, identificación del uréter izquierdo y luego la sección intracorpórea de la arteria mesentérica inferior en su origen. Posteriormente se efectúa de regla la movilización del ángulo esplénico del colon, para continuar con la resección del mesorrecto. La sección a distal del recto se realiza ya sea con: una corchetera flexible cortante en forma intracorpórea o ampliando la laparotomía de Pfannestiel y procediendo a su sección con un instrumento Countour®. La sección del colon (margen proximal) se realiza con bisturí frío en forma extracorpórea, momento en el cual se instala, además, el cabezal de la engrapadora circular. La anastomosis colorrectal se realiza con engrapadora circular intracorpórea. Posterior a la realización de la anas-

tomosis, se realiza una prueba neumática en la cual mediante una sonda Pezzer se insufla el recto y se visualiza posible filtración bajo visión laparoscópica a nivel de la línea de sutura mecánica. No se utilizan drenajes de rutina salvo en las anastomosis coloanales.

En el postoperatorio se utiliza analgesia endovenosa (antiinflamatorios no esteroideos y opioides) y al día siguiente de la intervención se inicia la deambulación, se les ofrece líquidos y si hay una buena tolerancia se continúa avanzando hasta la dieta sólida al tercer o cuarto día.

RESULTADOS

En el periodo mencionado, 60 pacientes fueron operados por CR, 2 (3,4%) pacientes fallecen en el postoperatorio temprano, uno por peritonitis secundaria a un daño traumático no advertido del intestino delgado y otro por descompensación de una insuficiencia cardíaca con edema pulmonar asociado, fueron excluidos del seguimiento.

Por tanto, 58 pacientes fueron incluidos para análisis, de ellos 24 pacientes fueron mujeres (41%) y la edad promedio fue de $60 \pm 11,6$ años. Respecto de la ubicación de los tumores, estos se localizaron el recto superior, medio e inferior en el 27,6%, 27,6% y 44,8% de los casos, respectivamente.

Las cirugías realizadas fueron resección abdominoperineal, resección anterior ultrabaja interesfintérica (RAUBIE), resección anterior ultrabaja y resección anterior en un 8,6%, 27,6%, 5,2% y 58,6% de los pacientes, respectivamente.

En 11 (19%) pacientes se registraron una o más complicaciones precoces (Tabla 1) y en 5 (8,6%) se presentaron complicaciones tardías (Tabla 2).

TABLA 1: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS PRECOCES

Complicación	Número
Infeción herida operatoria	3
Isquemia colon descendido	2
Colección pélvica	2
Ileo postoperatorio	1
Hernia interna	1
Hernia sitio trócar	1
Sangrado anastomosis	1

TABLA 2: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS

Complicación	Número
Ileo mecánico	3
Rectitis actínica	1
Estenosis ureteral	1

La mitad de los pacientes recibió radioquimioterapia neoadyuvante, de ellos el 93% poseían un tumor en el recto medio o inferior. Un 7% de los pacientes que recibieron radioquimioterapia preoperatoria presentaron una respuesta total.

En el grupo total la estadificación postoperatoria evidenció que 3,4% eran estadio 0, 38,3% estadio I, 16,6% estadio II, 28,3% estadio III y 13,3% estadio IV. El recuento de linfonodos de la pieza operatoria fue de 12,3 en promedio. Todos los pacientes tuvieron margen circunferencial, proximal y distal negativo en la biopsia diferida.

La sobrevida global estimada a 5 años fue de 85%, con un seguimiento de 42,6 meses (r: 17 a 103 meses).

Respecto de las recurrencias, 2 pacientes presentaron recidiva local y a distancia, y 6 pacientes presentaron recurrencia a distancia en forma exclusiva.

La sobrevida estimada a 5 años por estadios fue de 100% para el estadio 0 y I, 88,9% para el estadio II, 73,7% para el estadio III, 57,1 % para el estadio IV (Fig. 1).

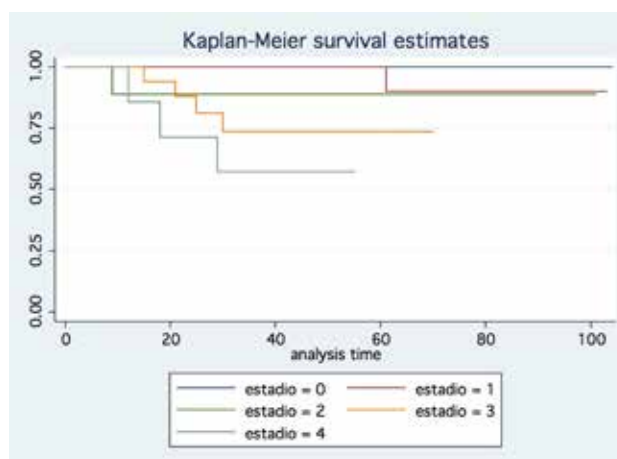


Figura 1: Curvas de sobrevida estimada según estadio.

DISCUSIÓN

Este trabajo representa la primera experiencia chilena publicada que aborda los resultados oncológicos en una serie de pacientes sometidos a resección laparoscópica por cáncer de recto, siendo la sobrevida por estadios comparable a series internacionales abordadas a través de laparotomía.¹⁵⁻¹⁷

Respecto a las cirugías, estas fueron realizadas en el marco de un protocolo de cirugía laparoscópica, lo cual permitió una incorporación secuencial de diagnósticos y cirugías de complejidad creciente.¹⁴ Esta es una razón por la cual las cirugías se lograron estandarizar y lograr piezas operatorias similares a las obtenidas con la resección por laparotomía. De esta forma los factores como el recuento de linfonodos alcanzaron los 12 linfonodos promedio por paciente.

Respecto a los pacientes con CR del tercio medio e inferior, que en esta serie alcanzó al 72%, destaca que en la gran mayoría se realizó una cirugía con preservación de esfínteres, destacando la RAUBIE como alternativa mediante laparoscopia. La factibilidad de esta técnica para pacientes con CR inferior con invasión T3 ha sido demostrada.¹⁸ En un trabajo caso control, que comparó el abordaje abierto vs. el laparoscópico, este último tuvo una estadía postoperatoria más corta y similares resultados quirúrgicos en términos de complicaciones a corto plazo.¹⁵ Respecto los resultados oncológicos el reciente estudio de Park et al. muestra que en un seguimiento 3 años la sobrevida global y recurrencia local son similares entre los pacientes operados vía abierta o laparoscópica, destacando una sobrevida global en ambos grupos mayor al 75% al considerar todos los estadios.¹⁶

En esta serie el 8,6% de los pacientes fueron sometidos a resección abdominoperineal, siendo un porcentaje relativamente bajo en el medio nacional. En un estudio randomizado, prospectivo, se evidenció que la recuperación de movimientos intestinales fue más rápida en el grupo laparoscópico, sin diferencias significativas en el uso de analgesia, ni morbimortalidad postoperatoria. En el mismo estudio la sobrevida general a 5 años no varió, siendo de 75,2% y 76,5% en el grupo laparoscópico y abierto, respectivamente.¹⁷

La administración de radioquimioterapia se focaliza en pacientes con CR medio e inferior. La respuesta clínica completa de 7% es inferior a otras publicaciones,¹⁹ y quizás una de las explicaciones fue el corto periodo de espera antes de la cirugía (5 a 6 semanas). Hay publicaciones que evidencian una mayor tasa de respuesta total con un mayor tiempo entre el fin de la adyuvancia y la intervención quirúrgica,^{20,21} por lo que actualmente utilizamos un periodo más largo que oscila entre 8-10 semanas.

La recidiva local en esta serie fue baja (3,4%) lo que se compara favorablemente con otras series internacionales.²²⁻²⁴ Entre los factores que explican estos resultados está el protocolo de estudio preoperatorio (endosonografía rectal y/o resonancia magnética de pelvis de rutina), lo que permitió una alta tasa de adherencia a la neoadyuvancia para los pacientes con tumores del recto medio e inferior. Por otra parte, la incorporación de la resección anterior ultrabaja con disección interesfintérica permitió una mayor seguridad en la sección distal del recto, lo que puede haber sumado para lograr un 100% de cirugía R0.

La sobrevida general estimada a 5 años alcanzó al 85%, esta cifra se compara favorablemente con series internacionales. Entre los posibles factores que influirían en estos resultados se encuentran el bajo porcentaje de pacientes en estadio IV.

Las diferencias en cuanto al resultado de la sobrevida según estadios son las descritas en diversos grupos, en las cuales pacientes en estadio 0 poseen una excelente sobrevida que en general alcanza al 100%, y en pacientes en estadio III disminuye al 50 a 75%, encontrándose los resultados de esta serie en el rango superior de la sobrevida descrita.

En resumen, este trabajo confirma la factibilidad y seguridad de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de los pacientes con cáncer de recto.

CONCLUSIÓN

Las series de casos publicadas hasta la fecha con el uso de este material, reportan tasas de éxito que van desde un 13,8 hasta un 85%.¹³⁻²⁰ En nuestra experiencia inicial con esta prótesis biológica, el 52,38% de los pacientes con fistulas perianales complejas fueron tratados con éxito. A diferencia de otros trabajos, tuvimos baja tasa de cicatrización de las fistulas y una alta incidencia de recidiva, ya sea por rechazo de la prótesis, por infección u otros motivos. Este tipo de cirugía con prótesis tiene la ventaja de volver a realizarse sin afectar la continencia. Dada la baja morbilidad y la relativa simplicidad del procedimiento, el PLUG es un tratamiento alternativo para los pacientes con fistulas complejas; sin embargo su uso está limitado por el alto precio del material.

Ante toda la evidencia mencionada podemos afirmar que la fistulotomía es el procedimiento con menor tasa de recurrencias ante una fístula simple (trayecto interesfintérico); este debe ser el procedimiento de elección y no intentar manejos más costosos que pueden tener mayor riesgo de fracaso. Cuando nos encontremos con fistulas complejas, se deberá de individualizar cada caso para escoger otras alternativas como el PLUG que no lesionen el esfínter, ya que si fracasa, deja el tejido intacto para intentar otro procedimiento como puede ser un colgajo de avance. No descartar de nuestras posibilidades terapéuticas el uso del sedal, ya que existirán casos en que su uso para evitar los procesos sépticos sea la mejor opción para un paciente en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69-90.
2. Zarate AJ, Alonso FT, Garmendia ML, Lopez-Kostner F. Increasing crude and adjusted mortality rates of colorectal cancer in a developing South American country. *Colorectal Dis* 2012 Aceptado.
3. López-Köstner F, Carrillo K, Zarate AJ, O'Brien A, Ladrón de Guevara D. Cáncer de recto: Diagnóstico, estudio y estadificación. *Rev Chilena de Cirugía* 2012; 64: 199-209.
4. Berends FJ, Kazemier G, Bonjer HJ, Lange JF. Subcutaneous metastases after laparoscopic colectomy. *Lancet* 1994; 344: 58.
5. Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Müller JM. Short term benefits for laparoscopic colorectal resection. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD003145.
6. Gutt CN, Oniu T, Schemmer P, Mehrabi A, Buchler MW. Fewer adhesions induced by laparoscopic surgery? *Surg Endosc* 2004; 18: 898-906.
7. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the short-term outcome of laparoscopic resection for colon and rectosigmoid cancer. *Colorectal Dis* 2006; 8: 375-88.
8. Lacy AM, García-Valdecasas JC, Delgado S, Taurá P, Piqué J. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer; a randomized trial. *Lancet* 2002; 359: 2224-2229. 4.
9. The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 2050-2059.
10. Kuhry E, Schwenk WF, Gaupset R, Romild U, Bonjer HJ. Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (2): CD003432.
11. Zarate AJ, Lopez-Kostner F, Loureiro C, et al. Resultados y eventos adversos de la sigmoidectomía por cáncer: laparoscopia versus laparotomía. *Rev chilena e cirugía* 2008; 60: 29-34.
12. Rotholtz NA, Bun ME, Tessio M, et al. Laparoscopic colectomy: medial versus lateral approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009; 19: 43-
13. Campos FG, Valarini R. Evolution of laparoscopic colorectal surgery in Brazil: results of 4744 patients from the national registry. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009; 19: 249-54.
14. López-Köstner F, Soto G, Zárate A, et al. Protocolo de cirugía laparoscópica intestinal. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 225-31.
15. Yamamoto S, Fujita S, Akasu T, Inada R, Takawa M, Moriya Y. Short-term outcomes of laparoscopic intersphincteric resection for lower rectal cancer and comparison with open approach. *Dig Surg* 2011; 28: 404-9.
16. Park JS, Choi GS, Jun SH, Hasegawa S, Sakai Y. Laparoscopic versus open intersphincteric resection and coloanal anastomosis for low rectal cancer: intermediate-term oncologic outcomes. *Ann Surg* 2011; 254: 941-6.
17. Simorov A, Reynoso JF, Dolghi O, Thompson JS, Oleynikov D. Comparison of perioperative outcomes in patients undergoing laparoscopic versus open abdominoperineal resection. *Am J Surg* 2011; 202: 666-70.
18. Funahashi K, Shiokawa H, Teramoto T, Koike J, Kaneko H. Clinical outcome of laparoscopic intersphincteric resection combined with transanal rectal dissection for T3 low rectal cancer in patients with a narrow pelvis. *Int J Surg Oncol* 2011; 2011: 901574.
19. Rödel C, Liersch T, Becker H, et al. Preoperative chemoradiotherapy and postoperative chemotherapy with fluorouracil and oxaliplatin versus fluorouracil alone in locally advanced rectal cancer: initial results of the German CAO/ARO/AIO-04 randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2012 May 22.
20. Tulchinsky H, Shmueli E, Figer A, Klausner JM, Rabau M. An interval >7 weeks between neoadjuvant therapy and surgery improves pathologic complete response and disease-free survival in patients with locally advanced rectal cancer. *Ann Surg Oncol* 2008; 15: 2661-7.
21. Kalady MF, de Campos-Lobato LF, Stocchi L, et al. Predictive factors of pathologic complete response after neoadjuvant chemoradiation for rectal cancer. *Ann Surg* 2009; 250: 582-9.
22. Kellokumpu I, Vironen J, Kairaluoma M, Jantunen I, Kautiainen H, Nuorva K. Quality of surgical care, local recurrence, and survival in patients with low- and midrectal cancers following multimodal therapy. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 111-20.
23. Feliciotti F, Guerrieri M, Paganini AM, et al. Long-term results of laparoscopic versus open resections for rectal cancer for 124 unselected patients. *Surg Endosc* 2003; 17: 1530-5.
24. Lezoche E, Feliciotti F, Paganini AM, et al. Results of laparoscopic versus open resections for non-early rectal cancer in patients with a minimum follow-up of four years. *Hepatogastroenterology*. 2002; 49: 1185-90.

Cirugía Abierta vs. Laparoscópica: Calidad de Vida y Sintomatología Ansioso-Depresiva en Cáncer Colorrectal

María Soriano¹, Ramón Cantero², Juan Carlos García Pérez², Carlos Ferrigni², Juan Antonio Cruzado³, Juan Antonio Blasco¹

¹Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo, Madrid, ²Unidad de Cirugía Colorrectal, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, ³Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos I. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente estudio es evaluar la calidad de vida, y la sintomatología ansioso-depresiva, en una muestra de pacientes de cáncer colorrectal sometidos a tratamiento quirúrgico, por vía abierta o laparoscópica.

Material y Métodos: 60 pacientes fueron evaluados en Calidad de vida, mediante el cuestionario de la EORTC QLQ-C30, y sintomatología ansioso-depresiva mediante la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Además se realizaron análisis en función de tres variables sociodemográficas: edad, género y nivel socioeducativo.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en función de la modalidad quirúrgica en calidad de vida y sintomatología ansioso-depresiva. La mayor parte de los pacientes presenta niveles de calidad de vida muy satisfactorios, si bien un 27% presentan problemas de calidad de vida. Las medias en sintomatología ansioso-depresiva se encuentran en los rangos normales, no obstante el 18% presenta sintomatología depresiva y el 22% ansiosa.

Discusión y Conclusiones: Se puede concluir que los dos tipos de cirugía, a medio y largo plazo, tienen efectos similares sobre la calidad de vida y la sintomatología ansioso-depresiva de los pacientes. No obstante, aun estando libres de tratamiento activo y habiendo transcurrido más de un año de media desde la cirugía se ha encontrado que hay pacientes que presentan problemas en su calidad de vida, y sintomatología ansioso-depresiva. Por ello es necesario que éstos sean evaluados psicológicamente para prestarles la atención necesaria, y así optimizar la calidad asistencial.

Palabras clave: ansiedad, cáncer colorrectal, depresión, laparoscopia, calidad de vida

ABSTRACT

Background: The aim of this study was to assess the quality of life, and anxious-depressive symptoms in a sample of colorectal cancer patients undergoing surgical treatment, open or laparoscopic approach.

Material and Method: 60 patients were assessed on quality of life, through the questionnaire of the EORTC QLQ-C30, and anxious-depressive symptomatology scale by Hospital Anxiety and Depression (HADS). Further analyzes were conducted according to three demographic variables: age, gender and socio-educational level.

Results: No significant differences were found related to surgical type in quality of life and anxious-depressive symptomatology. Most of the patients have very satisfactory quality of life levels, while 27% of them have problems about it. Means in anxious-depressive symptoms are at normal range, despite of 18% whom presented depressive symptoms and 22% anxiety.

Conclusion: It can be concluded that the two types of surgery, in a medium and long term, have similar effects on quality of life and anxious-depressive symptoms of patients. However, even free of active treatment and over a year after surgery, we found that there are patients who have problems in their quality of life and anxious-depressive syndrome. Therefore it is necessary to evaluate and to give them the attention needed and optimize quality of care.

Key Words: Anxiety, Colorectal neoplasm, Depression, Laparoscopy, Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal representa en conjunto el 15% de los tumores diagnosticados.¹ En la Unión Europea, el cáncer colorrectal causó el 11% de las defunciones por cáncer en hombres y el 15% en mujeres según los datos de 2000.² En España, según el Centro Nacional de Epidemiología se

estima que el número de casos nuevos por año se sitúa en torno a los 21,000 en ambos sexos, el de defunciones alrededor de los 11,900, y la prevalencia en los últimos años es de 64,000-28,000 mujeres y 36,000 varones. La mortalidad es muy elevada, constituyendo la segunda localización tumoral en importancia en hombres y en mujeres.²

El único tratamiento curativo disponible es la resección quirúrgica del tumor. La excisión del tumor es el tratamiento primario para los casos nuevos de cáncer colorrectal potencialmente curativo (80%). En los casos demasiado avanzados para conseguir una curación (20%) se suele recurrir también a la cirugía con fines paliativos, para mejorar la calidad de vida del paciente.³

Recibido 23 de noviembre de 2012

Corregido 3 de diciembre de 2012

Aceptado para publicación 18 de diciembre de 2012

Correspondencia:

Ramón Cantero

ramon.cantero@salud.madrid.org

Tradicionalmente el procedimiento quirúrgico del cáncer colorrectal, se ha venido realizando mediante resección abierta, utilizando la laparotomía para conseguir la resección del tumor primario, con unos márgenes de excisión suficientes y una linfadenectomía adecuada.³ La cirugía laparoscópica debe entenderse como una nueva vía de abordaje en el tratamiento quirúrgico de los tumores colorrectales, que no ha de cambiar en nada los principios y fundamentos de las maniobras quirúrgicas tradicionales en sí. Desde esta perspectiva, es posible entender la aplicación de la cirugía laparoscópica en todas las afecciones colorrectales, incluyendo obviamente los procesos malignos como el cáncer. Así es esperable que esta nueva técnica pueda ofrecer los mismos, e incluso mejores, resultados que los procedimientos tradicionales.⁴

La cirugía laparoscópica es equivalente a la cirugía abierta en pacientes con cáncer colorrectal en términos de recurrencia, supervivencia global y periodo libre de enfermedad temprano. Además, hay que añadir las ventajas de la cirugía laparoscópica en términos de menor dolor, mejor función pulmonar, menor íleo postoperatorio, estancia hospitalaria acortada y mejor calidad de vida.⁵

El valor de las intervenciones sanitarias se juzga por su impacto sobre la tasa de supervivencia y la calidad de vida, medido ello en términos de coste-eficacia. Siempre ha sido fácil medir la tasa de supervivencia, pero no así la calidad de vida.⁶

El malestar emocional es una respuesta frecuente en pacientes diagnosticados de cáncer, ya que este diagnóstico genera numerosas preocupaciones acerca de la enfermedad y sus tratamientos, y el paciente tienen que enfrentarse al estigma comúnmente aceptado que tiene esta enfermedad.⁷ Se estima que alrededor del 50% de los pacientes de cáncer experimentan, en algún momento del proceso de enfermedad, sintomatología depresiva⁸ y en un 40% ansiosa,⁹ aunque estos datos varían mucho de unos estudios a otros.

En pacientes con cáncer colorrectal, los problemas psicológicos están derivados de la propia enfermedad y en el impacto que los tratamientos tienen sobre su funcionamiento general, especialmente sobre el social y la función sexual.¹⁰

Tanto el diagnóstico como el tratamiento del cáncer colorrectal, en especial la cirugía, suponen una importante fuente de estrés, tanto para los pacientes como para sus familiares. Se ha observado que el tratamiento quirúrgico genera en los pacientes una sintomatología ansioso-depresiva que va a influenciar directamente sobre el tiempo de recuperación post-operatoria, el funcionamiento emocional y social de éstos y de sus familiares, y por supuesto en su calidad de vida.¹¹⁻¹³

Por este motivo, y debido a que existen muy pocos es-

tudios con población española, se plantea la siguiente investigación con el fin de evaluar estas variables y de conocer cómo es el proceso de adaptación de los pacientes de cáncer colorrectal que van a someterse a cirugía, y así averiguar qué tipo de cirugía, abierta o laparoscópica, influye de manera positiva en el bienestar y calidad de vida de los mismos.

El objetivo de la presente investigación es determinar los efectos diferenciales de la cirugía laparoscópica vs. abierta en la calidad de vida y variables psicológicas (ansiedad y depresión), en los pacientes de cáncer colorrectal. Así como estudiar las variaciones a lo largo del tiempo en función de la modalidad quirúrgica, desde la finalización de la cirugía hasta los cuatro años de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Procedimiento

La selección de la muestra se hizo en las revisiones médicas de los pacientes intervenidos desde enero de 2003 hasta febrero de 2007, que cumplieran los criterios de inclusión en el estudio y aceptaban la participación en el mismo mediante la firma del consentimiento informado. La evaluación se realizó de forma individualizada con una duración aproximada de 30 minutos, todos los cuestionarios se pasaron en forma de entrevista estructurada, por el único y mismo entrevistador.

Muestra

La muestra está constituida por pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal y sometidos a tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica o por vía abierta, en el Servicio de Cirugía General y Digestiva II del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Edad comprendida entre 18-88 años.
- Con diagnóstico de cáncer colorrectal.
- Intervenidos mediante cirugía laparoscópica o abierta desde enero de 2003 hasta febrero de 2007.
- Sin tratamiento activo contra el cáncer en el momento del estudio.
- Sin otro tratamiento por patología oncológica.
- Sin existencia de metástasis a distancia.
- Pacientes pertenecientes al Área de Salud 7 de Madrid.

Los criterios de exclusión fueron:

- Existencia de un déficit cognitivo.
- Dificultades para la comprensión y expresión del castellano.
- Presencia de psicopatología severa.
- Pacientes en fase terminal.

Variables e instrumentos

Las variables dependientes que han sido objeto de estudio en esta investigación han sido la calidad de vida y la sintomatología ansioso-depresiva. Las variables independientes han sido al tipo de cirugía y el tiempo transcurrido desde la misma.

Se aplicaron los siguientes instrumentos para la medición de las variables:

Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (adaptación española):^{14,15} sistema de evaluación de la calidad de vida de pacientes oncológicos sometidos a un tratamiento. El coeficiente Alpha de Cronbach de instrumento se sitúa en 0,7; y la validez del mismo se calculó mediante correlaciones entre las distintas dimensiones, estas correlaciones son todas significativas.

Está compuesto de 30 ítems, 28 de ellos con 4 alternativas de respuesta (en absoluto, un poco, bastante, mucho) y 2 de ellos con 7 alternativas (escala visual analógica donde el 1 es "pésima" y el 7 "excelente"). El marco temporal debe referirse a la semana previa. Las puntuaciones obtenidas en cada escala se transforman de modo que los valores finales estarán comprendidos entre el 0 y el 100.; cuanto mayor sea la puntuación en la escala, mejor será la calidad de vida del sujeto, salvo en las escalas de síntomas, en cuyo caso una puntuación alta corresponde a un deterioro de la calidad de vida. Para este estudio, se han considerado puntuaciones altas las que son superiores a 70.

El instrumento está compuesto a su vez por tres escalas:

1. Estatus de salud global: funcionamiento en cuanto a salud general.
2. Escalas funcionales: compuesto por 5 subescalas de funcionamiento físico, de rol, emocional, cognitivo y social.
3. Escala de síntomas: compuesta por una serie de síntomas: fatiga, náuseas, vómitos, dolor, disnea, insomnio, disminución del apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades económicas.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (adaptación española):^{16,17}

cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). El coeficiente Alpha de Cronbach de cada una de las escalas se sitúa en 0,8; y la validez concurrente se calculó mediante la correlación

de Pearson entre la subescala de ansiedad del HAD y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), y la subescala de depresión del HAD y el Inventario de depresión de Beck (BDI), obteniéndose en ambos casos una correlación significativa.

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal debe referirse a la semana previa. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

Puntuación de:	0-7	Normal.
	8-10	Dudoso.
	≥ 11	Problema clínico.

Análisis de datos

El tratamiento de los datos y análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS (versión 14.0), los análisis que se hicieron fueron: estadísticos descriptivos, diferencias de medias (t de Student) y contraste multivariado con dos criterios de clasificación (Tabla 1).

TABLA 1: ESQUEMA DEL CONTRASTE MULTIVARIADO

Factor B (tiempo desde cirugía)	A ₁ (Abierta)	A ₂ (Lap.)
B ₁ (< 13 meses)	A ₁ B1	A ₂ B ₁
B ₂ (> 13 meses)	A ₁ B2	A ₂ B ₂

RESULTADOS

Datos sociodemográficos y clínicos

El análisis descriptivo indica que la muestra de 60 pacientes, estuvo formada por 30 mujeres y 30 hombres. La edad media fue de 69.88 años (Sx= 10.69), siendo el rango de edad de 33 a 88 años.

En relación al nivel educativo, el 21.7% no tenía estudios, un 58.3% tenía estudios primarios, el 10% tenía bachiller elemental, bachiller superior el 3.3% y tenían estudios universitarios el 6.7% de la muestra. Con respecto a los datos médicos, el 40% de los pacientes, fueron intervenidos mediante cirugía abierta, frente al 60% que fueron intervenidos mediante cirugía laparoscópica. El tiempo medio transcurrido desde la cirugía fue de 14.47 meses (Sx= 10.76) y siendo el rango de 1 a 40 meses (Tabla 2).

Calidad de vida

Los resultados obtenidos en la escala de la EORTC QLQ-C30 muestran que la puntuación media de calidad de vida global es de 74.86 (Sx= 20.90). Las puntuaciones de la escala global y de las escalas funcionales son altas,

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

		Tipo de cirugía		
		Abierta	Laparoscópica	Total
Sexo	Mujer	15 (25.0%)	15 (25.0%)	30 (50.0%)
	Hombre	9 (15.0%)	21 (35.0%)	30 (50.0%)
	Total	24 (40.0%)	36 (60.0%)	60 (100.0%)
Edad	< 69 años	13 (21.7%)	11 (18.3%)	24 (40%)
	> 69 años	11 (18.3%)	25 (41.7%)	36 (60%)
	Total	24 (40%)	36 (60%)	60 (100%)
Estado civil	Soltero	1 (1.7%)	2 (3.3%)	3 (5.0%)
	Divorciado	1 (1.7%)	2 (3.3%)	3 (5.0%)
	Casado	17 (28.3%)	26 (43.3%)	43 (71.7%)
	Viudo	5 (8.3%)	6 (10.0%)	11 (18.3%)
	Total	24 (40.0%)	36 (60.0%)	60 (100.0%)
Nivel educativo	Sin estudios	8 (13.3%)	5 (8.3%)	13 (21.7%)
	Primarios	12 (20.0%)	23 (38.3%)	35 (58.3%)
	Bachiller elemental	3 (5.0%)	3 (5.0%)	6 (10.0%)
	Bachiller superior	1 (1.7%)	1 (1.7%)	2 (3.3%)
	Universitarios	0 (0%)	4 (6.7%)	4 (6.7%)
	Total	24 (40%)	36 (60%)	60 (100%)
Tiempo desde cirugía	< 13 meses	15 (25%)	18 (30%)	33 (55%)
	> 13 meses	9 (15%)	18 (30%)	27 (45%)
	Total	24 (40.0%)	36 (60.0%)	60 (100%)
Presencia de ostomía	No	20 (33.3%)	23 (38.3%)	43 (71.7%)
	Si	4 (6.7%)	13 (21.7%)	17 (28.3%)
	Total	24 (40%)	36 (60%)	60 (100%)
Tto. Radioterapia	No	24 (40%)	30 (50%)	54 (90%)
	Si	0 (0%)	6 (10%)	6 (10%)
	Total	24 (40%)	36 (60%)	60 (100%)

lo que quiere decir que la mayoría de los pacientes perciben y valoran su calidad de vida como buena; no obstante, el 27% de los pacientes presenta problemas de calidad de vida global. Con respecto a la escala de síntomas, el 90% presenta fatiga, el 97% presenta náuseas y el 90% dolor.

Con respecto al tipo de cirugía, la puntuación media de calidad de vida global para los pacientes a los que se les ha intervenido mediante cirugía abierta es de 75.00 ($S_x=23.05$) y mediante cirugía laparoscópica es de 74.77 ($S_x=19.67$). Tras realizar la prueba t de Student, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida en función de la modalidad quirúrgica (Tabla 3).

Para hacer el contraste multivariado con la variable tiempo desde la cirugía, se hicieron dos grupos: pacientes que llevaban operados menos de trece meses (<13 meses) y pa-

cientes que llevaban operados más de trece meses (>13 meses), utilizando como criterio para dividir la muestra, la mediana del tiempo transcurrido desde la cirugía.

Las puntuaciones (QLQ-C30) en status de salud global y en cada una de las escalas funcionales son altas en todos los grupos, los síntomas que mayores puntuaciones obtienen en todos los grupos son fatiga, náuseas y dolor. Al hacer el contraste multivariado, se ha encontrado que existe un efecto significativo entre el tipo de cirugía y el tiempo transcurrido desde la misma, con funcionamiento cognitivo ($F = 5.29$ $p < 0.05$), en el resto de escalas de calidad de vida no se ha encontrado efecto entre las variables (Tabla 4).

En la Grafico 1 se muestra gráficamente el efecto de la interacción de las dos variables y su efecto sobre la escala de funcionamiento cognitivo del QLQ-C30.

TABLA 3: COMPARACIÓN DE MEDIAS (QLQ-C30) EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CIRUGÍA

	Tipo cirugía	Media	Sx	t	Sign.
Status de salud global	Abierta	75.00	23.05	0.042	0.967
	Laparoscópica	74.77	19.67		
Funcionamiento físico	Abierta	78.33	16.94	-0.675	0.502
	Laparoscópica	81.48	18.18		
Funcionamiento de rol	Abierta	86.81	29.07	-0.688	0.494
	Laparoscópica	91.20	20.50		
Funcionamiento emocional	Abierta	77.78	28.19	-0.305	0.762
	Laparoscópica	79.63	18.94		
Funcionamiento cognitivo	Abierta	89.58	16.16	-0.060	0.952
	Laparoscópica	89.81	13.37		
Funcionamiento social	Abierta	83.33	23.05	-1.722	0.090
	Laparoscópica	92.59	18.44		
Fatiga	Abierta	78.24	20.84	-1.171	0.246
	Laparoscópica	83.64	14.90		
Náuseas	Abierta	97.22	14.90	0.000	1.000
	Laparoscópica	97.22	10.15		
Dolor	Abierta	86.81	21.96	0.111	0.912
	Laparoscópica	86.11	24.72		
Disnea	Abierta	13.89	27.65	1.512	0.136
	Laparoscópica	5.56	13.60		
Insomnio	Abierta	25.00	39.62	0.000	1.000
	Laparoscópica	25.00	27.39		
Disminución del apetito	Abierta	8.33	20.26	0.000	1.000
	Laparoscópica	8.33	21.63		
Estreñimiento	Abierta	19.44	33.93	-0.341	0.734
	Laparoscópica	22.22	28.72		
Diarrea	Abierta	19.44	30.95	0.345	0.732
	Laparoscópica	16.66	30.34		
Dificultades económicas	Abierta	8.33	22.52	-0.275	0.784
	Laparoscópica	10.19	34.15		

Como puede observarse, las puntuaciones medias en esta escala son altas (rango 0-100), los pacientes operados mediante cirugía abierta que llevan menos de 13 meses intervenidos, presentan puntuaciones más bajas que los que han sido operados mediante cirugía laparoscópica; no obstante, una vez pasado el año desde la cirugía, los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta presentan puntuaciones más altas que los que han sido intervenidos mediante cirugía laparoscópica.

Al ajustar por edad, sexo y nivel socioeducativo, las puntuaciones también son altas en todos los grupos. Realizando la prueba t de Student, únicamente se encontraron di-

ferencias significativas en la variable funcionamiento de rol en función de la edad. Los pacientes mayores de 69 años presentan mayores puntuaciones que menores de 69 años ($p < 0.05$).

Ansiedad y depresión

Los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), muestran que la puntuación media de ansiedad es de 3.92 ($Sx = 3.95$) y la puntuación media en depresión es 3.82 ($Sx = 3.64$). Estas puntuaciones son bajas, lo que quiere decir que la mayoría de los pacientes no presentan síntomas de ansiedad y

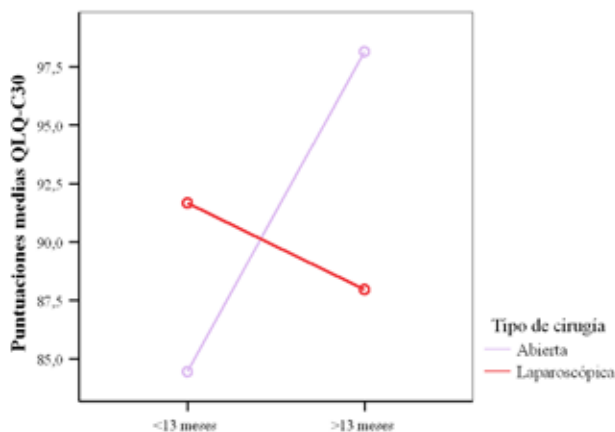


Gráfico 1: Efecto de la interacción (Tiempo desde cirugía/tipo cirugía) en funcionamiento cognitivo.

TABLA 4: CONTRASTE MULTIVARIADO (QLQ-C30) EN FUNCIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA CIRUGÍA Y DEL TIPO DE CIRUGÍA

	F	Signf.
Status de salud global	0.54	0.464
Funcionamiento físico	0.47	0.493
Funcionamiento de rol	0.40	0.530
Funcionamiento emocional	3.41	0.070
Funcionamiento cognitivo	5.29	0.025*
Funcionamiento social	1.24	0.270
Fatiga	3.53	0.065
Náuseas	0.49	0.485
Dolor	0.54	0.462
Disnea	0.96	0.331
Insomnio	3.30	0.075
Disminución del apetito	1.03	0.314
Estreñimiento	1.48	0.228
Diarrea	1.76	0.189
Dificultades económicas	0.69	0.409

* p < 0.05

depresión que se encuentren dentro del rango clínico; no obstante, el 22% de los pacientes presenta puntuaciones superiores a 7 en ansiedad y el 18% en depresión.

Con respecto al tipo de cirugía, la puntuación media en ansiedad para los pacientes a los que se les ha intervenido mediante cirugía abierta es de 3.88 (Sx= 4.29) y mediante cirugía laparoscópica es de 3.94 (Sx= 3.78); la puntuación media en depresión para los pacientes que han sido intervenidos mediante cirugía abierta es de 4.38 (Sx= 4.02) y mediante cirugía laparoscópica es de 3.44 (Sx= 3.38). Tras realizar la prueba t de Student, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en síntomas de ansiedad y depresión en función de la modalidad quirúrgica

ca (Tabla 5).

Para hacer el contraste multivariado con la variable tiempo desde la cirugía, se hicieron dos grupos: pacientes que llevaban operados menos de trece meses (<13 meses) y pacientes que llevaban operados más de trece meses (>13 meses), utilizando como criterio para dividir la muestra, la mediana del tiempo transcurrido desde la cirugía.

Las puntuaciones tanto en ansiedad como en depresión son bajas; el grupo de pacientes que tiene una puntuación mayor tanto en ansiedad como en depresión, es el de intervenidos mediante cirugía abierta hace menos de un año.

Al hacer el contraste multivariado, se ha encontrado que existe un efecto significativo entre el tipo de cirugía y el tiempo transcurrido desde la misma, con ansiedad (F = 6,75 p<0,05) (Tabla 6).

En la Grafico 2 se muestra el efecto de la interacción de las dos variables y su efecto sobre la ansiedad.

Como puede observarse las puntuaciones medias tanto en ansiedad como en depresión, los pacientes operados mediante cirugía abierta que llevan menos de trece meses intervenidos presentan puntuaciones más altas, que los que han sido operados mediante cirugía laparoscópica; no obstante, una vez pasado el año desde la cirugía, los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta presentan puntuaciones más bajas que los que han sido intervenidos mediante cirugía laparoscópica.

Al ajustar por edad, sexo y nivel socioeducativo, las puntuaciones también son bajas en todos los grupos. Realizando la prueba t de Student, únicamente se encontraron diferencias significativas en sintomatología depresiva, los pacientes con un nivel de estudios alto presentan puntuaciones más bajas que los pacientes sin estudios o con estudios básicos (p<0,05).

DISCUSIÓN

El presente estudio tenía como objetivo obtener los datos descriptivos de calidad de vida y sintomatología ansio-

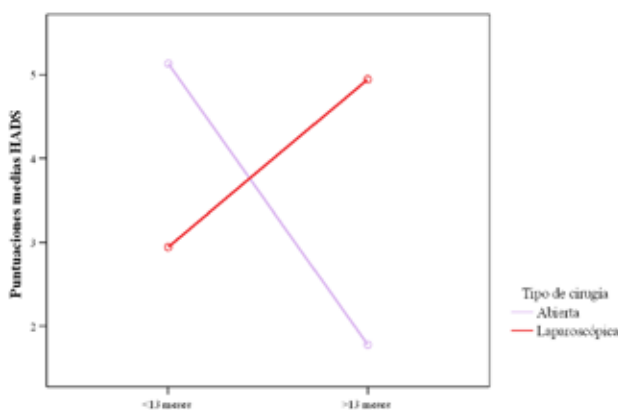


Gráfico 2: Efecto de la interacción (tiempo desde cirugía/tipo cirugía) en ansiedad.

TABLA 5: COMPARACIÓN DE MEDIAS (HADS) EN FUNCIÓN DE LA MODALIDAD QUIRÚRGICA

	Tipo cirugía	Media	Sx	t	Sign.
Status de salud global	Abierta	3,88	4,29	0,969	0,337
	Laparoscópica	3,94	3,78		
Funcionamiento físico	Abierta	4,38	4,02	-0,066	0,948
	Laparoscópica	3,44	3,38		

TABLA 6: CONTRATE MULTIVARIADO (HADS) EN FUNCIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA CIRUGÍA Y DEL TIPO DE CIRUGÍA

	F	Signif.
Ansiedad	6,754	0,012*
Depresión	0,405	0,527

* p < 0,05

so-depresiva de pacientes de cáncer colorrectal, y determinar los efectos diferenciales de la cirugía laparoscópica vs. abierta en esas variables.

Al hacer el análisis comparativo con los dos tipos de cirugía, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas en función de la modalidad quirúrgica; esta ausencia de diferencias, se da en pacientes que de media llevan más de un año intervenidos, eso no excluye que en momentos más cercanos a la cirugía, estas diferencias sí pudieran detectarse, como es el caso de los estudios de Jason et al.,¹⁹ Staudacher et al.²⁰ y Weeks et al.,²¹ que encuentran diferencias significativas en calidad de vida en momentos más cercanos a la cirugía. También es posible que, al igual que afirman King et al.,²² una correcta información sobre la intervención quirúrgica pueda convertir ambos procesos en equivalentes y hacer que no existan diferencias.

Con respecto a la calidad de vida, los datos muestran que la mayor parte de los pacientes tienen unos niveles de calidad de vida muy satisfactorios, algo esperable debido a que son pacientes que se encuentran dados de alta, sin tratamiento activo contra el cáncer y que la media de tiempo transcurrido desde la cirugía supera el año. No obstante, al igual que en el estudio de Soriano et al.,²³ hay un porcentaje de pacientes, alrededor del 27%, que presentan problemas en su calidad de vida a pesar de estar libres de tratamiento, por lo que sería necesario considerar la atención psicológica y social a dichas personas para mejorar su bienestar.

Hay un porcentaje de pacientes que presentan esta sintomatología física con niveles altos, tanto en el momento actual (entre un 90-95%) como a lo largo del proceso de la enfermedad (entre un 40-50%); los síntomas que aparecen con mayor frecuencia son: dolor, fatiga, tristeza y dificultades para dormir, los pacientes refieren tener o haber tenido estos síntomas con una intensidad moderada/alta y

los valoran perturbadores; con respecto a los otros síntomas explorados, sobresale su escasa frecuencia. Esto indica de nuevo la necesidad de hacer una adecuada evaluación, tanto al principio del tratamiento como durante el mismo, de los síntomas físicos, con el fin de poder controlarlos de manera más eficaz y así mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

No se ha encontrado que existan diferencias significativas en función de las variables sociodemográficas, sexo, edad y nivel socioeducativo, salvo en el caso de funcionamiento de rol, en el que los pacientes mayores de 69 años presentan mejores puntuaciones que los menores de 69 años; esto puede ser debido a que conforme progresa la edad, los roles laborales, sociales y de otros tipo, tienden a disminuir. Además, al igual que en estudio de Mastracci et al.,²⁴ ambos grupos de pacientes tienen buena calidad de vida después de la intervención quirúrgica; y no apoyan algunos de los datos obtenidos por Wilson et al.,²⁵ que concluyen que la edad por debajo de 65 años es un factor de riesgo para presentar peor calidad de vida postoperatoria.

En cuanto al efecto de interacción entre el tipo de cirugía y el tiempo transcurrido desde la misma, se ha encontrado que este efecto existe únicamente con la dimensión de funcionamiento cognitivo. Los pacientes que han sido sometidos a cirugía abierta, tienen peor funcionamiento cognitivo en los trece primeros meses posteriores a la cirugía, esto puede ser debido a que en los primeros meses después de la cirugía, los pacientes tienen que tomar medicación analgésica que puede dañar la capacidad cognitiva, y además tienen que acudir periódicamente a las curas de la cicatriz, lo que genera mayor preocupación y puede dificultar su funcionamiento cognitivo.

En lo que respecta a los síntomas de ansiedad y depresión, la mayor parte de los pacientes no presenta sintomatología ansioso-depresiva que pueda considerarse dentro del rango clínico, no obstante, el 22% de los pacientes presenta sintomatología ansiosa y el 18% depresiva. Por lo que al igual que Jacobsen et al.,¹² se ha de considerar necesaria la actuación de un equipo multidisciplinar que detecte las necesidades psicológicas de estos pacientes, para así mejorar la calidad asistencial.

Se ha encontrado que existe efecto de interacción entre el tipo de cirugía y tiempo transcurrido desde la misma con la ansiedad. Los pacientes que han sido sometidos a

cirugía abierta, tienen puntuaciones menores en ansiedad una vez han pasado más trece de meses desde la cirugía; al igual que con el funcionamiento cognitivo una vez pasado ese tiempo, las preocupaciones de los pacientes con respecto a la curación de la herida, son prácticamente inexistentes, lo que puede explicar que las ansiedad baje, pero teniendo en cuenta que la media nunca ha llegado a estar dentro del rango clínico. Estos resultados son similares a los obtenidos por Whynes y Neilson.²⁶

Las variables sociodemográficas no son predictivas de los niveles de ansiedad y depresión, con la excepción del nivel socioeducativo, que se encontró que existían diferencias significativas en depresión, los pacientes con estudios inferiores presentaban puntuaciones más altas que los pacien-

tes con estudios superiores, pero estas puntuaciones no entran dentro del rango clínico.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos con este estudio muestran que los pacientes de cáncer colorrectal sometidos a tratamiento quirúrgico, presentan unos niveles altos de calidad de vida y de funcionamiento; no obstante teniendo en cuenta que un porcentaje de pacientes presenta problemas en su calidad de vida y síntomas ansioso-depresivos, se necesitaría un seguimiento de estos pacientes para proporcionarles la asistencia necesaria con el fin de mejorar estos aspectos y así obtener una mejor calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz-Rubio, E., y Aranda, E. (1999). Cáncer colorrectal. En: H. Cortés-Funes, E. Díaz-Rubio, J. García-Conde (Eds.), *Oncología Médica* (vol.1, pp. 585-636). Madrid: Nona Sidonia Oncología.
- Grupo de trabajo del Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (2005). *La situación del cáncer en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. Obtenido el día 15 de enero de 2006 desde <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/cancer-msc.pdf>.
- Reza, M. M., Blasco, J. A., Andradás, E., Cantero, R., y Mayol, J. (2006). Systematic review of laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer. *The British Journal of Surgery*, 93, 921-928.
- Vázquez, J. M., Docobo, F., y Charlo, T. (2000). Estado actual del tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Cirugía Española*, 68, 150-156.
- Biolchi, M. P., Ebel, C. B., Svriz, C. I., y Gorodner, A. (2006). Cirugía laparoscópica vs. laparotomía convencional en cáncer colorrectal: revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 155, 28-30.
- Cella, D. (2003). Métodos de evaluación de la calidad de vida en psico-oncología. En: M. Die Trill (Ed.), *Psico-oncología* (pp. 779-786). Madrid: Ades.
- Massie, M. J. y Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. En: J.C. Holland (ed.), *Psycho-oncology* (pp. 518-540). Nueva York: Oxford University Press.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, G., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J. y Kieleyka, R. L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 279-283.
- Noyes, R., Holt, C., y Massie, M. J. (1998). Anxiety disorders. En: J.C. Holland (ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 548-563). Nueva York: Oxford University Press.
- Bernard, J., y Hürny, C. (1998). Gastrointestinal cancer. En: J.C. Holland (ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 324-339). Nueva York: Oxford University Press.
- Die Trill, M., y Die Goyanes, A. (2003). La cirugía oncológica. En: M. Die Trill (ed.), *Psico-oncología* (pp. 263-274). Madrid: Ades.
- Jacobsen, P.B., Roth, A.J., y Holland, J.C. (1998). Surgery. En: J.C. Holland (ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 257-268). Nueva York: Oxford University Press.
- Burton, M. y Parker, R. (1997). Psychological aspects of cancer surgery: Surgeons' attitudes and opinions. *Psico-Oncology*, 6, 47-64.
- Tsunoda, A., Nakao, K., Hiratsuka, K., Yasuda, N., Shibusawa, M., y Kusano, M. (2005). Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. *International Journal of Clinical Oncology*, 10 (6), 411-417.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Curran, D., Groenvold, M. (1999). *The EORTC QLQ-C30 scoring manual*. Bruselas: The European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Arraras, J. I., Garrido, E., Pruja, E., Marcos, M., Tejedor, M., y Arias, F. (2000). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 (versión 2.0). Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama. *Clínica y Salud*, 11 (3), 329-349.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Jason, M., Lindholm, E., Anderberg, B., Haglund, E. (2007). Randomized trial of health-related quality of life after open and laparoscopic surgery for colon cancer. *Surgical Endoscopy*, 21(5), 747-753.
- Staudacher, C., Vignali, A., Saverio, D. P., Elena, O., Andrea, T. (2007). Laparoscopic vs. open total mesorectal excision in unselected patients with rectal cancer: impact on early outcome. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50, 1324-1331.
- Weeks, J.C., Nelson, H., Gelber, S., Sargent, D., Schroeder, G.; Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST) Study Group. (2002). Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. *JAMA*, 287(3), 321-328.
- King, P. M., Blazeby, J. M., Ewings, P., Franks, P. J., Longman, R.J., Kendrick, A. H., Kipling, R. M., y Kennedy, R. H. (2006). Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme. *British Journal of Surgery*, 93(3), 300-308.
- Soriano, M., Cantero, R., Olivares, M. E., Cruzado, J. A., Delgado, I., Balibrea, J. M., García, J. C. y Balibrea, J. L. (2007). Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes de cáncer colorrectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *Psicooncología*, 4 (1), 121-132.
- Mastracci, T. M., Hendren, S., O'Connor, B., y McLeod, R. S. (2006). The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49 (12), 1878-1884.
- Wilson, T. R., Alexander, D. J., Kind, P., y Phil, M. (2006). Measurement of health-related quality of life in the early follow-up of colon and rectal cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49 (11), 1692-1702.
- Whynes, D. K. y Neilson, A. R. (1997). Symptoms before and after surgery for colorectal cancer. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 6 (1), 61-66.

Dr. Alberto Laurence

Maestro de la Coloproctología Argentina

Roberto Cerutti

Cirujano de Staff, Servicio de Cirugía General, Hospital Británico de Buenos Aires

Leído en XII Jornadas Nacionales e Internacionales de Coloproctología, Hospital Británico de Buenos Aires

Quiero agradecer la deferencia que han tenido al elegirme para expresar estas palabras referidas al Dr. Alberto Laurence, es para mí un verdadero honor.

Los que tuvimos la posibilidad de conocerlo y compartir con él un largo período en este hospital, pudimos disfrutar de su compañía y conocerlo en dos facetas distintas, el jefe de servicio riguroso, estricto y distante y el Dr. Laurence en el ámbito extra hospitalario, cálido, expresivo y muy cordial.

Este brillante cirujano y magnífica persona, nuestro jefe, nació en Bs. As., hijo de un odontólogo Inglés radicado en Argentina, su madre falleció durante su niñez.

Se educó en Inglaterra y en el Colegio San Jorge de Quilmes como pupilo, y después en el Colegio Nacional Domingo Faustino Sarmiento.

Contrajo matrimonio con Marta Oucinde, cariñosamente Beba para quienes la conocen, y de esa unión nacieron dos hijos Gloria y Alex quienes a su vez les dieron nietos y bisnietos.

Graduado como médico en la Facultad de Medicina de



Dr. Alberto Laurence

Bs. As. en 1941, realizó sus prácticas en el Hospital Ramos Mejía, y adquirió gran experiencia en Gran Bretaña y EEUU; posteriormente desarrolló toda su carrera médica en el Hospital Británico de Bs. As.

Haciendo una síntesis de su currículum, ya que es muy vasto y extenso, sus distintos desempeños fueron ser Jefe de Proctología y luego del servicio de cirugía general, desde 1964 hasta 1981, y presidió la Sociedad Argentina de Coloproctología en 1954 y de Gastroenterología en 1965, la Sociedad Latinoamericana de Coloproctología en 1972, la Academia Argentina de Cirugía en 1978 y la Asociación Argentina de Cirugía en 1982; que luego lo nombró Cirujano Maestro.

En el exterior fue miembro del Royal Society of Medicine, Vicepresidente de la Internacional Society of University Colon and Recto Surgeons y Honorary Fellow of the Royal College of Surgeons of England, entre otras. Por último, en 1989 fue elegido Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina.

Realizó numerosas publicaciones científicas:

- Varices del Miembro Inferior.
- Cáncer del Recto y Colon Sigmoide en colaboración con el Dr. A. Murray (1967).
- Enfermedad Diverticular del Colon con el Dr. E. J. Donnelly (1979).
- Grandes Figuras de la Cirugía Argentina.

El Dr. Alberto Laurence para quienes lo conocían y su esposa y alma gemela según su consideración en el prólogo de su libro Máximas y Mínimas, viajaron mucho, recorrieron el mundo juntos, y en muchas de esas ocasiones para obtener experiencia y aprendizaje, en importantes centros quirúrgicos.

A su retiro continuó con su producción literaria abordando temas que no serían estrictamente médicos.

- Alma del Cirujano – Año 2000.
- Máximas y mínimas – Año 2000.
- Tito Análisis de una Infancia – 2002.
- Recuerdos de un Cirujano – 2003.
- Máximas y mínimas II – 2004.
- La Longevidad – 2006.
- Capítulos del Pasado Médico Argentino – 2010.

En el libro Recuerdos de un Cirujano el Dr. Laurence reflexiona sobre su trayectoria profesional y dice:

“Diré para terminar que aunque considero haber hecho

una vida variada, con interés dominante en la medicina, asistido por los placeres familiares e intelectuales y el deporte, he tenido siempre mucha curiosidad por saber que hubiera sido de mi si hubiera seguido otro camino en distintos momentos de mi vida. Pareciera que no basta una sola vida y queda la incógnita de lo que no fue”.

Sin duda ha sido una suerte la elección del Dr. Laurence, de lo contrario, la Medicina se hubiera privado de un gran Médico y nosotros de un gran Maestro. Además de esta frondosa actividad académica y de formación, complementó su vida con el deporte, y si bien jugó tenis donde se destacó realmente fue en golf. Llegó a tener Handicap de 1 cifra ganando torneos importantes y logrando también, aparte de la satisfacción personal, un lugar destacado

en la práctica de este deporte, que por cierto y bien lo sabemos quienes lo jugamos, requiere de mucha concentración y destreza.

Por último en el libro Máximas y mínimas, el Dr. Laurence escribe una frase dedicada a su padre donde dice: “Si no hubieras sido mi padre, hubiera querido que lo fueras”.

Yo me permití en mi nombre y el todos mi compañeros, los que tuvimos la suerte de conocerlo y compartir muchos años con él: “Muy querido y admirado Tito, si no hubieras sido nuestro jefe, te hubiéramos elegido para que lo fueras”.

Muchas gracias. R. C.

Autoevaluación

1. En cuanto al tratamiento de la enfermedad de Crohn, cuál de las siguientes opciones es correcta:
 - a. Se prefiere comenzar el tratamiento con salicilatos, progresando a corticoides e inmunosupresores para luego pasar a la utilización de agentes biológicos.
 - b. En el caso de resecciones ileocólicas es preferible realizar anastomosis término terminales manuales.
 - c. Una proporción significativa de los pacientes presenta progresión de B1 a B2-3 en el mediano plazo.
 - d. La enfermedad se cura con la coloproctectomía total.

- 2.Cuál de los siguientes factores de riesgo tienen un efecto adverso demostrado en cirugías colorrectales:
 - a. Ser el paciente fumador activo.
 - b. La existencia de cirugías previas.
 - c. Los tumores de colon derecho.
 - d. Ninguna de las anteriores.

3. Luego de una hemorroidectomía tipo Milligan y Morgan, las posibles causas de disfunción anal incluyen:
 - a. Retracción anal por cicatrización y consiguiente reducción de las presiones anales.
 - b. Sección de las fibras esfinterianas.
 - c. Pérdida de sensibilidad por cicatrización por segunda.
 - d. Disminución de la capacidad de discriminación rectoanal.

Autoevaluación

Respuestas:

1. En cuanto al tratamiento de la enfermedad de Crohn, cuál de las siguientes opciones es correcta:
 - c. Una proporción significativa de los pacientes presenta progresión de B1 a B2-3 en el mediano plazo.

En la actualidad, el abordaje médico de la enfermedad de Crohn es de tipo “top down”, comenzando con un tratamiento agresivo con inmunosupresores y agentes biológicos anti TNF- α , lo que ha demostrado disminuir la tasa de progresión de la enfermedad.¹ En el caso de resecciones ileocólicas, las anastomosis amplias mecánicas se asocian a una tasa similar de complicaciones que las manuales, pero con una menor incidencia de estenosis, recurrencia sintomática y necesidad de re operación.^{2,3} 30 a 50% de los pacientes con enfermedad tipo B1 (inflamatoria) progresaran a tipos B2 o B3 dentro de los primeros 5 años de comenzada la enfermedad.⁴

2. Cuál de los siguientes factores de riesgo tienen un efecto adverso demostrado en cirugías colorrectales:
 - a. Ser el paciente fumador activo.

Los pacientes tabaquistas presentan un 30% más de probabilidades de presentar complicaciones postoperatorias en cirugía colorrectal cuando se los compara con los pacientes no fumadores, incluyendo fístulas, estenosis y complicaciones generales. Ésta diferencia es aún mayor cuando se toman en cuenta solamente las complicaciones infecciosas (OR: 1.53).⁵ También, los pacientes fumadores tienen una sobrevida global menor.⁶

3. Luego de una hemorroidectomía tipo Milligan y Morgan, las posibles causas de disfunción anal incluyen:
 - a. Retracción anal por cicatrización y consiguiente reducción de las presiones anales.
 - b. Sección de las fibras esfinterianas.
 - c. Pérdida de sensibilidad por cicatrización por segunda.
 - d. Disminución de la capacidad de discriminación rectoanal.

Todas las anteriores son causas posibles de incontinencia en el postoperatorio de una hemorroidectomía. Esta última se asocia a la presencia de defectos inesperados en el esfínter anal.⁷ La manometría anal puede no mostrar diferencias significativas con respecto a los controles y aun así el paciente presentar episodios de incontinencia.⁸ La eventualidad de esta complicación hace tener presente la evaluación preoperatoria correcta y la indicación de un hemorroidectomía resectiva frente a otras terapéuticas no invasivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cheifetz A. Management of active Crohn's disease. *JAMA* 2013;309:2150-2158.
2. Muñoz-Juarez M, Yamamoto T, Wolf B et al. Wide-lumen stapled anastomosis vs. Conventional end to end anastomosis in the treatment of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2011; 44:20-26.
3. Kanasawa A, Yamana t, Okamoto k et al. Risk factors for postoperative intra-abdominal septic complications after bowl resection in patient with Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2012; 55: 957-962.
4. Cerqueira R, Lago P. Clinical factors predictive of Crohn's disease complications and surgery. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013; 25:129-134.
5. Sharma A, Deeb A, Iannuzzi J et al. Tobacco Smoking and Postoperative Outcomes After Colorectal Surgery. *Ann Surg* 2012; 0:1-5.
6. Hawn MT, Houston TK, Campagna EJ, et al. The attributable risk of smoking on surgical complications. *Ann Surg*. 2011;254:914-920.
7. Felt-Bersma RJ, van Baren R, Koorevaar M et al. Unsuspected sphincter defects shown by anal endosonography after anorectal surgery. A prospective study. *Dis Colon Rectum*. 1995 Mar;38(3):249-53.
8. Johansson H, Pählman L, Graf W. Functional and Structural Abnormalities After Milligan Hemorrhoidectomy: A Comparison With Healthy Subjects. *Dis Colon Rectum* 2013; 56: 903-908.

Resúmenes Seleccionados – Cirugía y Laparoscopia

Mariano Laporte MAAC-MSACP

1. Characteristics of Extremely Early-Onset Pouchitis after Proctocolectomy with Ileal Pouch–Anal Anastomosis

Yoshiki Okita, Toshimitsu Araki, Koji Tanaka, Tadanobu Shimura, Mikio Kawamura, Hiroyuki Fujikawa, Mikihiro Inoue, Yasuhiro Inoue, Keiichi Uchida, Yasuhiko Mohri, Masato Kusunoki. *J Gastrointest Surg.* 2013; 17 (3): 533–539.

Objetivos: Evaluar las características clínicas de pacientes con colitis ulcerosa que desarrollan pouchitis en el postoperatorio temprano (primeras cuatro semanas de la restauración del tránsito intestinal).

Material y métodos: Se incluyeron 225 pacientes sometidos a anastomosis pouch-ileal por colitis ulcerosa entre Enero del 2000 y Mayo del 2011, con un seguimiento mínimo de 12 meses.

La pouchitis de aparición temprana (PATE) se definió como la que aparece dentro de las primeras 4 semanas posteriores a la reconstrucción del tránsito intestinal. Se dividió a los pacientes con pouchitis en dos grupos: PAT y aquellos pacientes con aparición más tardía de dicha complicación (PATa). Sobre un total de 212 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 62 presentaron pouchitis, solamente ocho (3,8%) desarrollaron PATE. Hubo diferencias significativas sobre el dosaje de esteroides previo a la realización de la colectomía entre ambos grupos ($p=0,039$). El “Modified Pouchitis Disease Activity Index” era superior en el grupo de pacientes con PATE ($p=0,0009$). El desarrollo de PATE se asoció a pouchitis crónica ($p=0,0056$).

Conclusión: La aparición de PATE puede estar relacionada a altas dosis de esteroides previo a la colectomía y parecería ser más severa que aquella que se desarrolla después de las primeras cuatro semanas posterior a la reconstrucción del tránsito intestinal.

Comentario: La pouchitis es la complicación crónica más frecuente en los pacientes sometidos a proctocolectomía total con reservorio ileal por colitis ulcerosa. Generalmente se desarrolla durante los primeros 6 meses posteriores a la cirugía. La publicación japonesa, al igual que otras series previas, evidencia una relación entre la dosis de corticoides preoperatoria y el desarrollo de esta complicación durante las primeras 4 semanas. A pesar de que el fundamento de esta asociación es desconocido, parece lógico pensar que las colitis ulcerosas más agresivas son las que requieren mayores dosis de corticoides. Sin embargo, esta asociación no pudo objetivarse, como lo detallan los autores del artículo, con otros inmunosupresores. Además, como las formas tempranas son más agresivas por lo tanto el diagnóstico se realiza más precozmente. Sin dudas la limitante más importante de este artículo es el tamaño de la muestra. Por otro lado es una de las primeras publicaciones que se refieren a la pouchitis de aparición temprana (primeras 4 semanas del postoperatorio).

2. Anastomotic leakage after Laparoscopic Proctectomy can be Managed by a Minimally

Invasive Approach. Yong-Geul Joh, Seon-Hahn Kim, Koo-Yong Hahn, Jonah Stulberg, Choon-Sik Chung, Dong-Keun Lee. *Dis Colon Rectum.* 2009; 52 (1): 91-6.

Objetivos: El siguiente estudio fue diseñado para identificar los factores de riesgo relacionado a dehiscencia de anastomosis (DA) posterior a resección anterior por cáncer de recto y evaluar los resultados postoperatorios de la reintervención realizada por vía laparoscópica.

Métodos: Se obtuvieron los datos de una base de datos completada en forma prospectiva de 307 pacientes sometidos a resección anterior laparoscópica. Se analizaron: edad, sexo, ubicación del tumor, estadio tumoral, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades, ileostomía, conversión, pérdida de sangre intraoperatoria, cirugía abdominal previa y estadía hospitalaria. También se analizaron los resultados de los pacientes sometidos a reoperación laparoscópica.

Resultados: Hubo DA en 29 pacientes (9,4%). En 65 (21,2%) se había confeccionado ileostomía de protección. La DA se relacionó con: pacientes jóvenes, sexo masculino, ubicación tumoral cercana al margen anal y tiempo operatorio prolongado. 10 (34,5%) fueron manejados con tratamiento conservador en forma satisfactoria, mientras que 17 (58,6%) requirieron reoperación por vía laparoscópica. En primera instancia se realizó cirugía abierta en dos pacientes: uno con peritonitis fecal generalizada y el restante había requerido conversión en la cirugía inicial. No hubo mortalidad.

Conclusiones: Cuando se presenta una DA no se requiere en forma rutinaria de una laparotomía y/ colostomía derivativa. En primera instancia los pacientes deberían ser abordados por vía laparoscópica porque la mayoría pueden ser manejados por medio del lavado de la cavidad abdominal y la confección de una ileostomía de protección.

Comentario: La dehiscencia de anastomosis es una de las complicaciones más graves de la cirugía colorrectal, con una tasa que puede alcanzar el 15%. Generalmente es difícil comparar diferentes series, ya que difieren notablemente en la definición de esta complicación y en la forma de realizar el diagnóstico. Sin embargo, y a pesar de que se ha incluido un número pequeño de pacientes, los datos obtenidos en el artículo son interesantes. El grupo de Joh y colaboradores presentan una serie en la que la gran mayoría de los pacientes con dehiscencia anastomótica fueron manejados en forma satisfactoria a través del tratamiento médico o por medio de una reexploración laparoscópica. Sin dudas dicha forma de abordaje es una alternativa válida para el manejo de los pacientes con esta complicación. De esta forma los pacientes continuarían gozando los beneficios del abordaje laparoscópico, disminuyendo la tasa de complicaciones parietales que aumentan considerablemente cuando un paciente es reintervenido. A pesar de que no fue objeto de discusión en el artículo analizado, según otras publicaciones cuando se realiza la reexploración por vía laparoscópica aumentan las chances de conservar la anastomosis, evitando una ostomía terminal. Por otro lado, en esta aseveración podría haber un sesgo ya que los pacientes en mejor estado general, los que probablemente tienen un defecto menor de la anastomosis son los que más frecuentemente se abordan por vía laparoscópica.

3. Key Factors Associated With Postoperative Complications in Patients Undergoing Colorectal Surgery

E. Manilich, J. D. Vogel, R. P. Kiran, J. M. Church, Dilara Seyidova-Khoshknabi, F. H. Remzi. *Dis Colon Rectum* 2013; 56: 64–71.

Antecedentes: Los resultados quirúrgicos se determinan por una compleja interacción entre varios factores que incluyen: características de los pacientes, diagnóstico y tipo de procedimiento.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue priorizar el efecto del cirujano (en términos de experiencia y volumen), características de los pacientes, complicaciones intraoperatorias, reinternación, reoperación, sepsis, dehiscencia de anastomosis, obstrucción intestinal, infección del sitio quirúrgico, absceso, requerimiento de transfusiones y trombosis portal y venosa profunda.

Diseño: Se utilizó un sistema nuevo para medir la influencia de los factores de riesgo de complicaciones postoperatorias.

Métodos: Se incluyeron los datos que fueron cargados en forma prospectiva desde 2010 al 2011, sobre 3552 pacientes. No se utilizaron los métodos estadísticos tradicionales, sino que se usó un modelo para examinar y cuantificar el impacto de numerosos factores de riesgo en las complicaciones postoperatorias. Para cada característica se confeccionó un análisis multivariado y de esta forma determinar el impacto de ciertos factores de riesgo sobre los resultados de las cirugías.

Pacientes: Se incluyeron los pacientes sometidos a cirugía colorrectal entre 2010 y 2011.

Resultados: Los factores fueron divididos en dos grupos: de mayor importancia (tiempo operatorio, IMC, experiencia del cirujano, tipo de procedimiento) y de menor importancia (sexo, comorbilidades, laparoscopia y urgencia). El score de ASA y el diagnóstico fueron de importancia intermedia. Las reinternaciones, transfusiones, infección del sitio quirúrgico y los abscesos fueron influidos en gran medida por los factores de riesgo de mayor importancia.

Limitantes: La limitante más importante para este estudio es que los datos provienen solamente de un centro.

Conclusiones: El IMC, tiempo operatorio y la experiencia del cirujano actuante fueron los 3 factores más importantes que afectaron la tasa de reinternación, de transfusión y de infección de sitio quirúrgico. Sin dudas, se pueden minimizar las complicaciones si se identifican adecuadamente dichos factores de riesgo.

Comentarios: Los resultados de la cirugía colorrectal son consecuencia de una interacción de varios factores que dependen del cirujano actuante, de la patología y de las características del paciente. Son numerosos los trabajos publicados sobre factores de riesgo. La serie publicada por Manilich y colaboradores analiza 3552 pacientes operados de patología colorrectal. A pesar de que las conclusiones no difieren en gran medida de las publicaciones previas, siempre es importante tener en cuenta este tipo de publicaciones. Los factores de riesgo más importantes fueron: índice de masa corporal, tiempo operatorio y experiencia del cirujano actuante. Sin dudas una correcta identificación de los factores de riesgo de complicaciones postoperatorias permite identificar los pacientes que potencialmente pueden alterar el postoperatorio con mayor frecuencia.

4. Absence of Lymph Nodes in the Resected Specimen After Radical Surgery for Distal Rectal Cancer and Neoadjuvant Chemoradiation Therapy: What does it Mean?

Angelita Habr-Gama, Rodrigo O. Perez, Igor Proscurshim, Viviane Rawet, Diego D. Pereira, Afonso H. S. Sousa, Desiderio Kiss, Ivan Cecconello.

Objetivo: El número de ganglios linfáticos (GL) obtenidos en una cirugía es un factor importante para asegurar una adecuada estadificación y cirugía resectiva. Sin embargo, dicha aseveración no se puede aplicar a los pacientes sometidos a terapia neoadyuvante ya que frecuentemente se evidencia un menor número de GL encontrados, o la ausencia de los

mismos en la pieza operatoria.

Métodos: Los pacientes con ausencia de GL se compararon con los pacientes ypN0 y con aquellos ypN+.

Resultados: 32 pacientes (11%) presentaron ausencia de GL, 171 (61%) eran ypN0 y 78 (28%) eran ypN+. Los pacientes con ausencia de GL pertenecían en gran medida a un estadio T temprano (ypT0-1, 40% vs.13%; $P<0.001$) y menor tasa de invasión perineural (6%vs. 21%; $P=0.04$) cuando se los comparo con los pacientes ypN0. La sobrevida libre de enfermedad fue similar en ambos grupos (74% vs 59%, $p=0.2$), pero sensiblemente mayor cuando se lo comparo con el grupo de pacientes ypN+ (30%, $P<0.001$).

Conclusiones: La ausencia de ganglios linfáticos en la pieza de anatomía patológica se asocia a características histológicas favorables (ypT e invasión perineural) y aceptable sobrevida libre de enfermedad. En consecuencia, seguramente refleja una mejor respuesta a la quimioradioterapia neoadyuvante y no a una resección quirúrgica subóptima.

Comentarios: Las recomendaciones internacionales consideran adecuado en la estadificación colorrectal un número de ganglios superior a 12. Sin embargo, la aceptación y difusión de la terapia quimioradiante preoperatoria ha alterado en gran medida el número de ganglios obtenidos en piezas operatorias de cáncer de recto. Al efecto obtenido en el tumor (descenso de estadio y tamaño tumoral) se suma una disminución en el número de ganglios con micro metástasis. En consecuencia es frecuente en la práctica diaria evidenciar que el número de ganglios obtenidos en las piezas quirúrgicas desciende notablemente en aquellos pacientes sometidos a neoadyuvancia. El trabajo publicado por Angelita Habr-Gamma concluye que un Nx no necesariamente equivale a un tratamiento quirúrgico deficiente e inadecuada estadificación, sino que se relaciona con mejor pronóstico oncológico debido a una importante respuesta al tratamiento neoadyuvante.

5. Laparoscopic total mesorectal excision with natural orifice specimen extraction

Quan Wang, Chao Wang, Dong-Hui Sun, Punyaram Kharbuja, Xue-Yuan Cao.

Objetivo: Utilizar la vía transvaginal (TV) o transanal (TA) para la resección de la pieza operatoria en cirugía laparoscópica con resección total del mesorrecto (RTM), para evitar la realización de incisión abdominal.

Métodos: Entre enero del 2009 y diciembre del 2011 se incluyeron 21 pacientes sometidos a RTM, utilizando la vía TV y TA. La resección TV fue reservada para pacientes postmenopausicas que requerían de una histerectomía. La edad de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica colorrectal electiva oscilaba entre 30 y 80 años, con un IMC menor a 30. Se analizó la técnica quirúrgica y los resultados en relación a tiempo operatorio, estadía hospitalaria y tasa de complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se pudo realizar la extracción por orificios naturales en 21 pacientes. El tiempo operatorio fue de 185 min (122-260) y la pérdida estimada de sangre fue de 48 ml. La estadía hospitalaria fue de 7.5 días (2-11). Un paciente prolongo su estadía hospitalaria debido a un íleo postoperatorio. No hubo otras complicaciones postoperatorias. El tamaño de la lesión fue de 2.8 cm (1.8-6.0), y el promedio de ganglios linfáticos obtenidos fue de 18.7 (8-27). El seguimiento medio fue de 20.6 meses (10-37), no se identificaron complicaciones por el abordaje (TA o TV). Conclusión: La extracción por vía transvaginal o transanal en pacientes sometidos a RTM es segura y efectiva. De esta forma se puede evitar la confección de incisiones abdominales, con sus potenciales complicaciones.

Comentarios: Una de las ventajas de la cirugía laparoscópica cuando se la compara con la convencional es la menor incidencia de complicaciones parietales debido a un tamaño menor de la herida quirúrgica. Sin embargo, a pesar de ser más pequeñas las heridas en pacientes operados por vía laparoscópica pueden presentar complicaciones, entre las que destacan: infección de herida y eventración. Hace algunos años se han desarrollado variantes técnicas, en las que se extrae la pieza operatoria por orificios naturales, para de esta forma evitar realizar una incisión abdominal para extraer la pieza operatoria. En el trabajo publicado por Wang y colaboradores se analizan los resultados de 21 pacientes en los cuales la pieza se extrajo por vía transanal o transvaginal. A pesar de que el tamaño de la muestra es pequeño, se pudo objetivar que ninguno de los pacientes desarrollo complicaciones relacionadas al sitio de extracción de la pieza. Sin embargo, otras series publicadas previamente alertan sobre la posibilidad de dispareunia cuando la extracción se realiza por vía transvaginal, dicha complicación motivo que inicialmente su utilización sea reservada a mujeres añosas sin actividad sexual frecuente. Por otro lado, publicaciones más recientes, avalan el uso de esta vía proponiendo que la incidencia de complicaciones relacionadas con las vías de extracción son extremadamente infrecuentes.

Resúmenes Seleccionados – Colonoscopia y Técnicas Endoscópicas

Luis Díaz MAAC-MSACP

1. Colonoscopia con tapa transparente vs. colonoscopia estándar para mejorar la intubación cecal

Morgan J, K Thomas, Lee-H Robichaud, RL Nelson, Braungart S. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 12; 12. Fuente: Departamento de Cirugía General, Northern General Hospital, Sheffield, UK. jenna.morgan@doctors.org.uk.

Antecedentes: Se considera a la colonoscopia como el patrón de oro para la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal. Su utilización se está incrementando en forma considerable cada vez más para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de otras enfermedades colorrectales, tales como enfermedades inflamatorias y diverticulitis aguda. Por lo tanto, debido a la creciente demanda de la colonoscopia, se buscan dispositivos técnicos para avanzar en el examen colónico y la colonoscopia con tapa transparente podría ser uno de estos métodos.

Objetivos: Identificar y examinar los datos relevantes con el fin de determinar si la colonoscopia con tapa transparente es una herramienta de diagnóstico más efectiva que la colonoscopia estándar.

Estrategia de búsqueda: Se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y CINAHL, y en el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados para todos los ensayos controlados aleatorios (ECA), que comparan el uso de la colonoscopia con tapa transparente vs. la colonoscopia estándar.

Criterios de selección: Se incluyeron para el estudio los ensayos controlados aleatorios que comparaban el uso de la colonoscopia con tapa transparente vs. la colonoscopia estándar.

Recopilación y análisis de datos: Los datos sobre los métodos de estudio, participantes, intervenciones utilizadas y medidas de resultado fueron extraídos de cada estudio. Se analizaron los datos con el software Administrador de Revisión Cochrane (Rev. Man 5.0, 2008) y se analizaron mediante Cochrane MetaView.

Resultados principales: En el presente meta-análisis, se consideraron 14 ensayos aleatorios controlados publicados hasta ahora. Los resultados de nuestro trabajo indican que la colonoscopia con tapa transparente tiene un tiempo de intubación cecal más rápido en comparación con la colonoscopia estándar. La revisión de los estudios de forma individual también parece favorecer a la colonoscopia con tapa transparente para la tasa de detección de pólipos y el dolor durante el procedimiento, pero debido a la falta de datos comparables no fue posible realizar un meta-análisis para estas variables.

Conclusiones de los revisores: Esta revisión sugiere que una tapa transparente en el extremo del colonoscopio puede reducir en un menor tiempo de intubación cecal en comparación con la colonoscopia estándar. También sugiere que hay una mejor tasa de detección de pólipos y menos dolor durante el procedimiento. Sin embargo, los autores creen que los ensayos controlados aleatorios adicionales en esta área proporcionarán información clínicamente más significativa de este complemento de la colonoscopia.

Comentario: El Dr. Trecca recomienda la lectura de esta revisión. Menciona que el uso de una capsula transparente corta se asocia a una mayor tasa de detección de pólipos mientras que una capsula más larga a una intubación cecal más rápida. Comenta que la reducción estadísticamente significativa del tiempo de intubación cecal cercano a una media de 48 segundos en la presente revisión, no es un tiempo suficiente que permita acortar la lista de espera de los pacientes para realizar colonoscopia. Informa que 17 colonoscopias con capsula transparente se requieren para diagnosticar un adenoma pequeño más en relación a la colonoscopia estándar, abriendo el debate para determinar el rol del mencionado método en el estudio de la pesquisa del cáncer del colon.

Dr. A. Trecca, Department of Operative Endoscopy, Usi Group, Rome, Italy. Tech Coloproctol. 2013 Feb 21. Dtsch Med Wochenschr. 2012 Sep;137 (38).

2. Colonoscopia: ¿Es el óxido nitroso útil para la sedación?

Meining A.

Fuente: II. Medizinischen Klinik, Klinikum rechts der Isar, TU München, Germany.

Antecedentes: La colonoscopia se asocia con malestar y dolor abdominal para los cuales se utilizan ampliamente, analgésicos intravenosos y sedantes. Hay varias desventajas con respecto a esta práctica, incluyendo riesgos de demandas, riesgo de complicaciones y de amnesia después de la sedación. A pesar de los resultados prometedores de estudios anteriores, el óxido nitroso se utiliza raramente en los centros de endoscopia en todo el mundo.

Objetivo: Investigar la eficiencia de óxido nitroso vs. Placebo, como analgésico durante la colonoscopia sin sedación.

Diseño: Estudio doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo.

Lugar del estudio: Unidad de endoscopia del Hospital Universitario Rikshospitalet de Oslo, Oslo, Noruega, entre junio de 2006 y mayo de 2008.

Pacientes: Este estudio incluyó los pacientes sometidos a colonoscopia electiva.

Intervención: Inhalación de óxido nitroso o placebo a demanda por los pacientes.

Principales Medidas de Resultados: Los participantes llenaron un cuestionario en relación a sus experiencias con el

examen. El dolor fue clasificado de 1 (sin dolor) a 4 (dolor intenso).

Resultados: Se reclutaron 199 pacientes. Se aleatorizaron 97 pacientes al grupo de óxido nitroso y 102 para el grupo de control. Los grupos fueron comparables en cuanto a los factores demográficos. La mediana del dolor informada por los pacientes fue de 2 tanto en el grupo de óxido nitroso como en el grupo control (rango intercuartilo 2-3 en ambos grupos). Otros sedantes y analgésicos fueron indicados en la misma frecuencia y dosis en ambos grupos por similar. No se observaron efectos adversos relacionados con la administración de óxido nitroso.

Limitaciones: El cuestionario fue devuelto por el 76% de los pacientes. El gas de estudio fue otorgado a demanda y no de forma continua.

Conclusión: El óxido nitroso administra de forma intermitente no es un sustituto eficaz a la administración de sedantes y analgésicos intravenosos en la colonoscopia sin sedación.

Comentario: La revisión de Cochrane publicada en Agosto del 2010 (Cochrane Database Syst Rev. 2011 Aug 10;(8): Nitrous oxide for colonoscopy. Aboumarzouk OM) concluía que el óxido nitroso era más eficiente y seguro que los diversos métodos utilizados para aliviar el dolor durante la colonoscopia. Debido a que la mencionada revisión de Cochrane analizaba un mayor número muestral que el presente trabajo, se plantea la duda si la muestra es lo suficientemente grande como para objetivar una diferencia entre los grupos evaluados.
Am J Gastroenterol. 2012 Mar;107(3):339-42.

3. Manejo de la hemorragia pospolipectomía tardía: un análisis de decisión

Sonnenberg A.

Fuente: Portland VA Medical Center and Oregon Health & Science University, Portland, Oregon 97239, USA.
sonnenbe@ohsu.edu

Objetivos: El beneficio de repetir la colonoscopia en el manejo de la hemorragia tardía pospolipectomía es desconocida. Este estudio presenta como objetivo evaluar los resultados de repetir la colonoscopia para lograr la hemostasia terapéutica.

Métodos: El tratamiento endoscópico de la hemorragia pospolipectomía fue modelado en un árbol de decisiones, midiendo la fracción global esperada de los pacientes beneficiados de la hemostasia terapéutica y el número de pacientes necesario a tratar (NNT) para lograr una hemostasia beneficiosa.

Resultados: Repetir la colonoscopia para identificar y tratar la hemorragia pospolipectomía es beneficioso en cerca del 22% de los pacientes, lo que corresponde a un NNT de 4,5 pacientes. El resultado del modelo fue sensible a los supuestos que subyacen a las fracciones de los pacientes que necesitan tratamiento y se beneficiarían de la hemostasia endoscópica exitosa. Variando estas probabilidades en un amplio intervalo cambia la fracción de pacientes que se benefician de la endoscopia entre 3% y 33% y el NNT entre 28 y 3 pacientes, respectivamente.

Conclusiones: El resultado esperado de repetir la colonoscopia se encuentra justificado por los resultados de la hemostasia terapéutica endoscópica demostrados. Los resultados también sugieren que en muchos pacientes el tratamiento expectante dirigido a la resolución espontánea de la hemorragia sigue siendo una opción válida.

Comentario: Interesante artículo que utiliza una herramienta matemática llamada "árbol de decisiones" para intentar disipar la incertidumbre referente a la realización de colonoscopia como tratamiento en el sangrado tardío pospolipectomía. En el presente artículo el NNT (número necesario a tratar) es 4,5 expresando la necesidad de re-endoscopia a 4,5 pacientes para favorecer a uno. El árbol de decisiones permite realizar el análisis de sensibilidad el cual consiste en evaluar cual sería el resultado de esta práctica, basados en la modificación del rango de la efectividad de la colonoscopia para el control del sangrado pos polipectomía (publicado en la bibliografía), con valores tan altos como 33% de efectividad hasta tan baja como 3%.

Clin Gastroenterol Hepatol. 2013 Jan 30.

4. Un análisis de decisión de la costo efectividad de la utilización de clip profiláctico después de la extracción endoscópica de pólipos de gran tamaño

Parikh N, Zanocco K, Keswani RN, Gawron AJ.

Fuente: Division of Gastroenterology and Hepatology, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago IL; Center for Healthcare Studies, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago IL.
Electronic address: n-parikh@fsm.northwestern.edu.

Antecedentes y objetivos: Los sangrados tardíos posteriores a una colonoscopia o polipectomía, pueden causar una morbilidad significativa. Una estrategia para reducir los sangrados es colocar un clip endoscópico en el sitio de la polipectomía. Se realizó un análisis de decisión para investigar la relación costo-efectiva de la colocación de clip de rutina después de la polipectomía.

Métodos: Se obtuvieron de la literatura las probabilidades y los rangos plausibles para realizar un análisis de decisión utilizando TreeAge Pro 2011 (TreeAge Software, Williamstown, MA). Nuestro umbral de costo-efectividad era una re-

lación de costo-efectividad incremental de \$ 100.000 por calidad de años de vida ajustados. El caso de referencia fue un paciente de 50 años que tenía un pólipo único de 1.0-1.5 cm removido durante la colonoscopia. Estimamos la tasa de hemorragia post-polipectomía en pacientes sin medicación, pacientes que tienen que reanudar la terapia anti-plaquetaria (sin aspirina) y en aquellos pacientes que reciben tratamiento anticoagulante después de la polipectomía. Se realizaron varios análisis de sensibilidad, variando el coste de un clip, hospitalización, número de clips utilizados, efectividad de los clips en reducir el sangrado post-polipectomía, reducción en días de productividad de los paciente relacionadas con la hemorragia gastrointestinal, y la probabilidad de daño a partir de la colocación de clip.

Resultados: Con base en el caso de referencia, cuando los pacientes no recibieron terapia anti-coagulación, la colocación de clip no resulta rentable. Sin embargo, para los pacientes que reciben terapia anticoagulante o anti-plaquetaria, la colocación de clip profiláctica es una estrategia costo-efectiva. La relación costo-efectividad es sensible al costo del clip, hospitalización, número de clips y la eficacia del clip.

Conclusiones: La colocación profiláctica de un clip después de la polipectomía endoscópica parece ser una estrategia costo-efectiva para pacientes que reciben terapia anti-plaquetaria o anticoagulación. Este enfoque debe ser estudiado en un ensayo controlado.

Comentario: En el presente artículo utiliza la herramienta "árbol de decisiones" para evaluar cual es la conducta costo efectiva más favorable ante un cuadro clínico de referencia. Expresa el resultado relacionando el costo monetario por año de vida ganado con la terapéutica instaurada, ajustando el año de vida ganado a la calidad de vida de cada año (QALYs). Para poder discernir cual es el límite establecido a partir del cual una terapéutica deja de ser favorable en cuanto a la relación del costo y los años ganados, se requiere conocer el umbral de pago (cuanto se está dispuesto a gastar por cada año de vida ganado).

Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(5):1761-6.

5. Repetir la colonoscopia cada 10 años o realizar solo una colonoscopia de cribado para neoplasia colorrectal en población china de riesgo promedio: un análisis de costo-efectividad

Wang ZH, Gao QY, Fang JY.

Fuente: Division of Gastroenterology and Hepatology, Shanghai Jiao-Tong University School of Medicine Renji Hospital, Shanghai, China

Antecedentes: Determinar el intervalo adecuado de examen para la pesquisa de cáncer de colon en los pacientes con colonoscopia negativas es incierto, pero la incidencia de neoplasias avanzadas 10 años posterior a una colonoscopia negativa son bajas en general. Como objetivo se evalúa la relación costo-efectividad del cribado de neoplasia colorrectal y de las diferentes gestiones basado en repetir la colonoscopia de cribado cada 10 años o una sola colonoscopia, en comparación con ningún cribado en la población general.

Materiales y métodos: Se utilizó un modelo de transición de estado de Markov simulado con 100.000 personas mayores de 50-80 años aceptando repetir la colonoscopia de detección cada 10 años o una sola colonoscopia. Los adenomas colorrectales encontrados durante la colonoscopia fueron retirados por polipectomía y los sujetos fueron seguidos con vigilancia cada tres años. Para los sujetos con un resultado normal, la colonoscopia se reanudó dentro de diez años en la estrategia de cribado de repetición. En la estrategia de cribado sencillo, el proceso de detección se concluyó con ese estudio endoscópico. Se incluyeron para el análisis los costos directos como las pruebas de detección, el tratamiento del cáncer y los costos de las complicaciones. Los costos indirectos se excluyeron del modelo. Se utilizó el índice de costo efectividad incremental para evaluar la relación costo-efectividad de las diferentes estrategias de cribado.

Resultados: Suponiendo una tasa de cumplimiento por primera vez del 90%, repetir la colonoscopia de cribado o solo una colonoscopia puede reducir la incidencia de cáncer colorrectal en un 65,8% y 67,2% respectivamente. El índice de costo efectividad incremental de la colonoscopia sola (49 Renminbi Yuan [RMB]) fue mucho menor que la de la colonoscopia de cribado a repetición (474 RMB). Una sola colonoscopia es la estrategia más costo-efectiva, la cual no resultó ser sensible a la tasa de cumplimiento de la colonoscopia y al costo del cáncer colorrectal avanzado.

Conclusión:

La colonoscopia única se sugiere como la estrategia más costo-efectiva para la detección y manejo de las neoplasias colorrectales y se puede recomendar en la práctica clínica de China.

Comentario: El presente trabajo utiliza el modelo de Markov. El mismo consiste en evaluar como varía una cohorte de pacientes que evolucionan de un estado (cuadro clínico) a otro en relación probabilidades de enfermar o no. En este caso se evalúan dos terapias mutuamente excluyentes, es decir, sólo una de las terapias puede ser aplicada sobre un determinado grupo poblacional. El resultado obtenido se expresa como índice de costo-efectividad incremental (cuyo acrónimo en inglés es ICER). Se trata de una medida que expresa si los resultados clínicos adicionales de una alternativa terapéutica se justifican en base a la relación de los beneficios obtenidos con el gasto adicional invertido en dicha terapéutica.

Resúmenes Seleccionados – Cirugía Orificial

Pablo A. Tacchi

FÍSTULA ANO-RECTAL

1. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas

Tratamiento de la fistula anal video asistido (VAAFT): un novedoso procedimiento de ahorro de esfínter para el tratamiento de la fistula anal compleja

P. Meinero and L. Mori. Techniques in Coloproctology - Volume 15, Number 4 (2011), 417-422, DOI: 10.1007/s10151-011-0769-2

Propósito: El tratamiento de la fistula anal video asistida (VAAFT) es una novedosa técnica mínimamente invasiva de ahorro de esfínter para el tratamiento de fistulas complejas. El objetivo de este informe es describir el procedimiento y los resultados preliminares.

Método: Se utiliza equipo de Video de Karl Storz. Los pasos claves son la visualización del tracto fistuloso utilizando la fistuloscopia, la correcta localización del orificio interno de la fistula, su apertura bajo visión directa, tratamiento endoscópico de la fistula y cierre del orificio interno mediante una grapadora o colgajo cutáneo mucoso. El diagnóstico por fistuloscopia es seguida por una fase operativa de fulguración del tracto fistuloso, cierre del orificio interno y refuerzo de la sutura con cianoacrilato.

Resultados: Desde mayo de 2006 a mayo de 2011, hemos operado a 136 pacientes utilizando VAAFT. 98 pacientes fueron seguidos por un mínimo de 6 meses. Se realizaron sin mayores complicaciones. En la mayoría de los casos, el dolor postoperatorio a corto y a largo plazo era aceptable. La curación primaria fue alcanzada en 72 pacientes (73,5%) dentro de 2 ó 3 meses de la operación. 72 pacientes fueron seguidos por más de 1 año. El porcentaje de los pacientes curados después de 1 año fue 87,1%.

Conclusiones: La principal característica de la técnica VAAFT es que el procedimiento se realiza enteramente bajo visión directa endoluminal. Con este enfoque, el orificio interno puede encontrarse en el 82.6% de los casos. Además, la fistuloscopia ayuda a identificar posibles extensiones secundarias o abscesos crónicos. La técnica VAAFT promulga ahorrar esfínter, y las heridas quirúrgicas son extremadamente pequeñas. Nuestros resultados preliminares son muy prometedores.

2. Repeat endorectal advancement flap after flap breakdown and recurrence of fistula-in-ano - is it an option?

Repetir el colgajo de avance después de la recurrencia de la fistula anal, ¿Es una opción?

Authors: Stremitzer, S.1; Riss, S.1; Swoboda, P.1; Dauser, B.2; Dubsky, P.1; Birsan, T.1; Herbst, F.2; Stift, A.1

Source: Colorectal Disease, Volume 14, Number 11, 1 November 2012, pp. 1389-1393 (5).

Objetivo: El flap de avance endorectal es un tratamiento establecido para fistulas transesfínterianas altas y fistulas supraesfínterianas. El resultado de repetir el procedimiento en el caso de recurrencia de la fistula sigue siendo confuso. El objetivo del estudio fue analizar el resultado de la repetición del colgajos de avance endorectal.

Método: Se analizaron retrospectivamente pacientes con recurrencia de la fistula que habían recibido un procedimiento de colgajo endorectal por fistula anal de origen criptoglandular, que había sido tratado en nuestra unidad entre 1994 y 2010.

Resultados: 97 pacientes experimentaron un procedimiento de colgajo endorectal de avance para fistula anal y, de estos, 9 pacientes (5 hombres, 4 mujeres, 9,3%) experimentaron posteriormente una repetición del procedimiento debido a recurrencia por ruptura del colgajo. La edad mediana fue de 40 años (rango 25-60). La media de seguimiento fue de 85 meses (rango 26-136). 7 colgajos de grosor total y dos colgajos mucoso fueron realizados por ocho fistulas transesfínterianas y un supraesfínterianas. El procedimiento de repetición fue curativo en 7 pacientes (78%). En 1 de los 2 pacientes con insuficiencia de la repetición del colgajo, un tercer procedimiento de colgajo falló otra vez. Disturbios de la incontinencia fecal postoperatoria fueron observados en 5 pacientes (55%). En general, la puntuación de incontinencia fecal postoperatoria promedio fue 1 (rango 0-4).

Conclusión: la repetición del colgajo de avance endorrectal son factibles y están asociados con una tasa de recurrencia baja y leve incontinencia fecal posoperatoria. Por lo tanto, un procedimiento de repetición es una opción viable en el caso de una repetición de la fistula.

Comentario: Repetir el colgajo de avance luego del fallo en el primer intento es factible, pero al menos dificultoso por la fibrosis encontrada. Creo que siempre que haya necesidad de repetir la conducta para no dañar el complejo esfinteriano por ser una fistula alta, se debería intentar. En nuestra experiencia personal agregamos una buena apertura del orificio externo hasta la masa esfinteriana y un punto transfixiante ocluyendo el trayecto fistuloso, y siempre tuvimos buenos resultados.

3. Treatment of complex perianal fistulas in Crohn disease: infliximab, surgery or combined approach

Tratamiento de las fistulas perianales complejas en enfermedad de Crohn: infliximab, cirugía o tratamiento combinado

Guido Sciaudone, MD, PhD, Crescenzo Di Stazio, MD, Paolo Limongelli, MD, Ilaria Guadagni, MD, Gianluca Pellino, MD.

Can J Surg. 2010 October; 53(5): 299–304.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue comparar los resultados del manejo de las fistulas perianales en la enfermedad de Crohn entre infliximab, cirugía o una combinación de cirugía e infliximab.

Método: Nosotros subdividimos prospectivamente 35 pacientes consecutivos con enfermedad de Crohn con fistula perianal compleja en 3 grupos: 11 pacientes recibieron infliximab (5 mg/kg por vía intravenosa en 0, 2 y 6 semanas (Grupo A), 10 se sometieron a cirugía (Grupo B) y 14 a una combinación de cirugía+infliximab postoperatorio (Grupo C). Se evaluó la tasa y el tiempo de curación de las fistulas perianales, la tasa de recurrencias y tiempo de recaída en un seguimiento promedio de 18,8 meses (desviación estándar [SD] 10,8, gama 8–38).

Resultados: El tiempo de curación de las fistulas fue significativamente menor entre los pacientes que recibieron combinación de cirugía e infliximab que entre quienes recibieron cirugía sola ($p < 0,05$), y estaba cerca de ser estadísticamente más cortos entre aquellos que recibieron ambos tratamientos que entre quienes recibieron infliximab solo ($p = 0,06$). Los pacientes que recibieron cirugía e infliximab tuvieron un tiempo promedio significativamente mayor de recaída ($p < 0,05$) que quienes recibieron infliximab (significa 2.6 [SD 0,7]) o cirugía sola (significa 3.6 [SD 0,5]).

Conclusión: Hemos encontrado mejores resultados entre los pacientes que recibieron una combinación de cirugía e infliximab. Éstos pacientes experimentaron un tiempo de curación de las fistulas complejas significativamente menor y un mayor tiempo promedio de recaída.

4. Long-term functional outcome and risk factors for recurrence after surgical treatment for low and high perianal fistulas of cryptoglandular origin

Resultado funcional a largo plazo y factores de riesgo de recidiva después del tratamiento quirúrgico de las fistulas perianales bajas y altas de origen criptoglandular

Van Koperen PJ, Wind J, Bemelman WA, Bakx R, Reitsma JB, Slors JF.

Department of Surgery, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands.

Dis Colon Rectum. 2008 Oct; 51(10):1475-81. doi: 10.1007/s10350-008-9354-9. Epub 2008 Jul 15.

Propósito: Este estudio evaluó el resultado funcional a largo plazo y fueron explorados los factores de riesgo para la recurrencia de la fistula, en los pacientes tratados quirúrgicamente para las fistulas criptoglandulares.

Método: 310 pacientes consecutivos tratados quirúrgicamente por fistulas perianales.

Se excluyeron los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y VIH. La muestra final se dividió en dos grupos: aquellos que recibieron Fistulotomía por fistulas perianales bajas y aquellos que recibieron flap de avance endorrectal para las fistulas perianales altas. La variable principal analizada fue el tiempo hasta la recurrencia de la fistula como también distintos factores de riesgo. El resultado funcional fue evaluado mediante el score de Vaizey y cuestionarios de resultado funcional de patología colorrectal.

Resultados: La duración mediana de seguimiento fue de 76 meses (rango, 7-134). La tasa de recurrencia de 3 años para las fistulas perianales bajas tratados por medio de Fistulotomía ($n = 109$) fue de 7% (intervalo de confianza del 95%, 1-13 por ciento). En fistulas transesfinterianas altas tratadas con flap de avance rectal ($n = 70$), la tasa de recurrencia fue

de 21% (intervalo de confianza del 95 por ciento, 9-33 por ciento). En ambos grupos, se informó soiling en un 40 por ciento. Ninguno de los siete factores de riesgo potenciales examinados fueron estadísticamente significativo.

Conclusiones: La tasa de recurrencia de la fistula después fistulotomía fue baja. No se encontraron factores de riesgo claros. En general el resultado funcional en cuanto a la continencia fue bueno. Sin embargo, una cantidad sustancial de pacientes presentaron soiling.

FISURA ANAL:

5. Long-term continence disturbance after lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a systematic review and meta-analysis

Disturbio de la continencia a largo plazo después de la esfinterotomía lateral interna en la fisura anal crónica: una revisión sistemática y metanálisis

Authors: Garg, P.; Garg, M.; Menon, G. R.

Source: Colorectal Disease, Volume 15, Number 3, 1 March 2013, pp. e104-e117(14)

Resumen: Se realizó una revisión sistemática para analizar la continencia anal 2 años o más después de la esfinterotomía lateral interna (LIS), para la fisura anal crónica (CAF). PubMed, MEDLINE, Scopus, Embase, Ovid, SCI, Cochrane Central de ensayos controlados (CENTRAL) y Google Scholar se utilizaron para buscar la literatura desde 1969 a 2012, para los estudios que informaron de un seguimiento de más de 2 años después de LIS para CAF. El parámetro de la medida de resultado primaria analizado fue la continencia. Los parámetros de resultados secundarios incluyeron tasa de éxito, la repetición, la incidencia de satisfacción del paciente y formación de abscesos y fistulas postoperatorias.

De 324 estudios seleccionados, 22 (n = 4512) se incluyeron. El período de seguimiento promedio osciló entre 24-124 meses. El índice de disturbio de la continencia total fue del 14% (IC del 95%: 0.09-0.2). Análisis ponderado demostró incontinencia a gases en 9% (IC del 95%: 0,04-0.16), suciedad/filtración en 6% (IC del 95%: 0.03-0.1), defecación accidental en 0,91% (IC del 95%: 0.003-0.02), incontinencia de heces líquidas en 0.67% (IC del 95%: 0.001-0.02) e incontinencia a heces sólidas en 0,83% (IC del 95%: 0.003-0.02) de los pacientes.

El riesgo a largo plazo de disturbio de la continencia después de una esfinterotomía lateral interna es significativo. Se necesitan ensayos controlados aleatorios con un largo seguimiento a corroborar estos resultados y a redefinir su papel en el tratamiento de la fisura anal crónica.

6. Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty

Cirugía conservadora de esfínter en la fisura anal: un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de 1 año de fissurectomy con anoplastia

Authors: Abramowitz, L.1; Bouchard, D.2; Souffran, M.3; Devulder, F.4; Ganansia, R.5; Castinel, A.6; Suduca, J.-M.7; Soudan, D.5; Varastet, M.8; Staumont, G.7; for the GREP Groupe de Recherche En Proctologie de la Société Nationale Française de Colo-Proctologie and the CREGG Club de Réflexion des cabinets et Groupe d'Hépatogastroentérologie

Source: Colorectal Disease, Volume 15, Number 3, 1 March 2013, pp. 359-367(9).

Objetivos: La esfinterotomía interna es el tratamiento quirúrgico estándar para la fisura anal crónica, pero frecuentemente se complica con incontinencia anal. La fissurectomía se propone como una técnica alternativa para evitar las lesiones del esfínter. Describimos los resultados de 1 año de fissurectomía.

Método: Estudio prospectivo, multicéntrico, observacional. Todos los pacientes con cirugía prevista para la fisura anal crónica fueron incluidos y sufrieron fissurectomía. Se recogieron datos antes de la cirugía, en la cura y 1 año después. Se evaluaron síntomas anales y calidad de vida, también se compararon variables prequirúrgicas y postquirúrgicas.

Resultados: Se incluyeron 264 pacientes (edad mediana 45 años, 52% mujeres). La anoplastia se asoció con fissurectomía en el 83% de los casos documentados de 257. Las principales complicaciones fueron la retención urinaria (n = 3), infección local (n = 4) y la impactación fecal (n = 1). La cura fue alcanzada en todos los pacientes en un promedio de 7.5 semanas después de la cirugía. No se ha producido ninguna repetición. En el 1° año, 210 (79%) cuestionarios fueron devueltos. El dolor anal había caído de 7.3/10 al 0,1/10 (P < 0,001), malestar anal había disminuido de 5.0/10 a 0.1/10 (P < 0,001) y la puntuación de estreñimiento Knowles-Eckersley-Scott síntoma había disminuido desde 9/45 a 5/45 (P <

0.001). Hubo un aumento no significativo en la escala de incontinencia anal Wexner, 1/20 y 1/2/20. La incontinencia anal De-Novo clínicamente significativa (Wexner puntuación > 5) afectó el 7% de los pacientes al año, pero la incontinencia prequirúrgica había desaparecido en un 15% de los pacientes. La anoplastia no impactó sobre los resultados.

Conclusión: Dada su alta tasa de curación y baja tasa de incontinencia anal de-Novo, la fisurectomía con anoplastia con conservación de esfínter es un valioso tratamiento para la fisura anal crónica.

7. **The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper**

El manejo de pacientes con fisura anal crónica primaria: un documento de posición

D. F. Altomare, G. A. Binda, S. Canuti, V. Landolfi, M. Trompetto and R. D. Villani

Techniques in Coloproctology - Volume 15, Number 2 (2011), 135-141, DOI: 10.1007/s10151-011-0683-7.

Resumen: La fisura anal es una de las enfermedades proctológicas más comunes y dolorosas. Su tratamiento se ha debatido durante mucho tiempo y se han propuesto varias opciones terapéuticas diferentes. En las últimas décadas, la comprensión de su fisiopatología ha conducido a una reducción progresiva de los tratamientos invasivos y potencialmente invalidantes en favor del tratamiento conservador basado en la relajación de los músculos del esfínter anal. A pesar de algunas críticas sistemáticas y una declaración de la posición estadounidense, existe un debate sobre el mejor tratamiento para la fisura anal. Esta revisión está dirigida a identificar la mejor opción de tratamiento sobre medicina basada en pruebas y el asesoramiento experto de 6 cirujanos colorrectales con amplia experiencia en este campo, a fin de producir una declaración de la posición italiana acerca de las fisuras anales. Mientras que hay pocas posibilidades de curación con terapia conductual conservadora, el tratamiento médico con antagonistas del calcio, diltiazem y nifepidina o trinitrato de glicerilo, tuvo una tasa de éxito considerable que van desde 50 a 90%. El uso de trinitrato de glicerilo al 0,4% de manera estandarizada parece tener los mejores resultados a pesar de un porcentaje mayor de cefalea, mientras que el uso de la toxina botulínica tuvo resultados incoherentes. Aquellos pacientes que no responden, deberán someterse a esfinterotomía interna lateral. Sólo un grupo cuidadosamente seleccionado de pacientes, sin hipertonia anal, podría beneficiarse con una anoplastia.

Comentario: Se destaca como primera línea de tratamiento para la fisura anal crónica la utilización de Trinitrato de glicerilo pero en una concentración mayor a la de las presentaciones conocidas en nuestro medio (0,4%). Aquellos pacientes que no respondan y que presenten gran hipertonia esfinteriana serán candidatos a una esfinterotomía lateral interna. Y se recurre a la anoplastia solamente, en aquellos que no tengan hipertonia anal.

8. **Results of lateral internal sphincterotomy with open technique for chronic anal fissure: evaluation of complications, symptom relief, and incontinence with long-term follow-up**

Resultados de la esfinterotomía lateral interna con técnica abierta para la fisura anal crónica: evaluación de incontinencia con seguimiento a largo plazo, alivio de los síntomas y complicaciones

Kiyak G, Korukluoğlu B, Kuşdemir A, Şişman IC, Ergül E.

General Surgery Department, Ankara Atatürk Teaching and Research Hospital, Bilkent, Ankara 06800, Turkey.

Dig Dis Sci. 2009 Oct;54(10):2220-4. doi: 10.1007/s10620-008-0621-3. Epub 2009 Jan 1.

Resumen: El objetivo de este estudio es investigar los resultados de la esfinterotomía lateral interna abierta (LIS) y la tasa de recidiva e incontinencia, para realizar una evaluación a largo plazo de la incontinencia y para evaluar las complicaciones y alivio de los síntomas. Se realizó este estudio clínico prospectivo en pacientes sometidos a LIS abierta. 229 pacientes entraron en el estudio. Duración media de alivio del dolor fue 1.2 +/-0.4 días y el tiempo promedio antes de defecación sin dolor fue 1.9 +/-1,0 días. La tasa de complicaciones fue de 41,8%. Encontramos que la retención de la orina fue vista con frecuencia en varones. Demostramos que LIS abierta hasta la línea dentada no tiene una mayor tasa de incontinencia. La incontinencia después de LIS era solo para flatos y dos tercios de ellos se resolvieron en 6 semanas. Ningún paciente mostró mejoría de la incontinencia después de 6 semanas.

9. **A comparison between the results of fissurectomy and lateral internal sphincterotomy in the surgical management of chronic anal fissure**

Una comparación entre los resultados de la fisurectomía y esfinterotomía lateral interna en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica

Mousavi SR, Sharifi M, Mehdikhah Z.

Shohada Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tajrish square, Tehran, Iran.

J.Gastrointest Surg.2009 Jul;13(7):1279-82. doi: 10.1007/s11605-009-0908-5. Epub 2009 May 5.

Objetivos: Comparamos la esfinterotomía lateral interna como un tratamiento eficaz de la fisura anal crónica con la fisurotómia, que es como un tratamiento quirúrgico alternativo.

Método: 62 pacientes consecutivos fueron divididos en dos grupos a través de muestreo secuencial. 30 pacientes experimentaron fisurotómia y 32 esfinterotomía lateral interna. Tras un seguimiento medio de 22 meses, se compararon los resultados de los dos procedimientos. Además de las frecuentes visitas de forma predeterminada, se realizó una encuesta telefónica sobre la recurrencia de la fisura y el estado de la continencia anal.

Resultados: Todos los pacientes en ambos grupos estuvieron sin dolor y sin hemorragia dentro de 1 semana. En ambos grupos, se observó retención urinaria en un paciente. La incontinencia de flatos fue observada en el grupo de fisurotómia (F) en 2 pacientes (6,2%), pero no fue observada en el grupo de la esfinterotomía lateral interna (LIS). Hubo un paciente (3.1%) con la recurrencia de la fisura en el grupo (F), pero ninguno en el grupo (LIS). Ningún paciente en cualquiera de los grupos presentó estenosis anal. Todas las heridas curaron durante ocho semanas. 29 pacientes (96,6%) en el grupo LIS y 28 (87,5%) en el grupo F informaron resultados satisfactorios con su procedimiento.

Conclusión: En el tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica que no responde al tratamiento conservador, LIS puede ser el mejor tratamiento y, quizás, la técnica quirúrgica preferible con menos complicaciones totales ($P < 0,005$).

10. Lateral internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin for healing chronic anal fissure and does not compromise long-term fecal continence: six-year follow-up of a multicenter, randomized, controlled trial
Esfinterotomía lateral interna es superior a la nitroglicerina tópica para la curación de la fisura anal crónica y no compromete la continencia fecal a largo plazo: seis años seguimiento de un ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado

Brown CJ, Dubreuil D, Santoro L, Liu M, O'Connor BI, McLeod RS.

Department of Surgery, Mount Sinai Hospital and University of Toronto, Toronto, Canada.

Dis Colon Rectum.2007 Apr;50(4):442-8.

Propósito: Aunque hay entusiasmo con el manejo no quirúrgico de las fisuras anales, la mayoría de los ensayos ha sido de corta duración (6-8 semanas) y los resultados a largo plazo son desconocidos. El propósito de este estudio fue evaluar el resultado a largo plazo en dos cohortes de pacientes que habían participado en un ensayo aleatorio y controlado para comparar la efectividad de la nitroglicerina tópica con la esfinterotomía interna en el tratamiento de la fisura anal crónica.

Método: Entre febrero de 1997 y octubre de 1998, 82 pacientes con fisura anal crónica fueron asignados al azar a nitroglicerina unguento 0.25% o esfinterotomía lateral interna. En 2004, se realizó una encuesta telefónica realizada a los participantes del ensayo para determinar la recurrencia de los síntomas, la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico y satisfacción del paciente. Además, los pacientes fueron evaluados para los síntomas de incontinencia fecal utilizando la escala de Jorge y Wexner.

Resultados: Total, 51 de los originales 82 pacientes (62 por ciento, nitroglicerina 27, 24 esfinterotomía lateral interna) completaron la encuesta. La media de seguimiento fue de 79 (+/-1) meses. Los pacientes con esfinterotomía tenían menos probabilidades de haber experimentado síntomas de fisura en el último año (0 frente a 41 por ciento; $P = 0.0004$) y tenían menos probabilidades de requerir tratamiento quirúrgico posterior (0 vs 59%; $P < 0.0001$) que los pacientes tratados con nitroglicerina. Los pacientes del grupo de la esfinterotomía lateral interna eran más propensos a decir que eran "muy" o "moderadamente" satisfechos con su tratamiento (100 frente a 56 por ciento; $P = 0,04$), y que elegirían el mismo tratamiento otra vez (92 vs 63 por ciento; $P = 0,02$) que los pacientes en el grupo de nitroglicerina. Por último, la incontinencia fecal y puntuaciones de calidad de vida de la incontinencia fecal a los 6 años de seguimiento fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: Tras 6 años de seguimiento, parece que la esfinterotomía lateral interna es un tratamiento más durable para la fisura anal crónica en comparación con la terapia de la nitroglicerina tópica, y no compromete la continencia fecal a largo plazo. Así, la esfinterotomía sigue siendo un buen tratamiento para los pacientes con fisura anal crónica.

Comentario: Este, como la mayoría de los trabajos presentados en el último tiempo posicionan a la esfinterotomía interna como el “gold estándar” para el tratamiento de la fisura anal crónica, un escalón por encima de la esfinterotomía química, refiriendo una muy baja tasa de incontinencia anal leve a largo plazo y altos índices de curación.

PROLAPSO RECTAL COMPLETO

11. Recurrence and quality of life following perineal proctectomy for rectal prolapse

Repetición y calidad de vida tras proctectomía perineal para el prolapso rectal

Glasgow SC, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW Jr, Dietz DW.

Department of Surgery, Section of Colon and Rectal Surgery, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA.

J Gastrointest Surg. 2008 Aug;12(8):1446-51. doi: 10.1007/s11605-008-0531-x. Epub 2008 May 31.

Objetivos: Demostrar que los resultados quirúrgicos y la calidad de vida (CDV) tras proctectomía perineal para el prolapso rectal siguen siendo mal documentados.

Método: Desde 1994 hasta 2004, fueron tratados pacientes con prolapso rectal de grosor total exclusivamente con proctectomía perineal, independientemente de la edad o comorbilidades. Las repeticiones y las evaluaciones subjetivas de los pacientes se determinaron retrospectivamente por registros de hospital y clínica. Estos pacientes completaron el índice de calidad de vida gastrointestinal (GIQLI).

Resultados: La proctectomía perineal fue realizada en 103 pacientes consecutivos, con una media de edad de 75 años (rango 30-94). En la mayoría de los pacientes se realizó una plástica de los elevadores concurrente (anterior 85.8%, posterior 67.9%). Se obtuvieron resultados duraderos en todos los pacientes; la tasa de recurrencia fue 8,5% en un seguimiento medio de 36 meses. Preoperatorio, 75,5% de los pacientes registraron incontinencia fecal, y en 32.1% había defecación obstruida. La incontinencia mejoró significativamente (41,5%, $p < 0,001$), como lo hizo el estreñimiento (10,4%, $p < 0,001$). Los encuestados GIQLI registraron satisfacción tras la proctectomía con puntuación del 63% dentro de una desviación estándar de controles sanos. Los pacientes con prolapso recurrente informaron un CDV inferior. Factores de riesgo de recidiva incluyeron la duración del prolapso, necesidad de cirugía anorrectal previa y la levatorplastía posterior.

Conclusiones: La proctectomía perineal proporciona una mejoría significativa de incontinencia fecal y alivio de los síntomas obstructivos causados por el prolapso rectal, con una tasa de recurrencia aceptable y baja morbilidad.

Comentario: Muchos nuevos trabajos muestran buenos resultados en cuanto a funcionalidad y recurrencia, luego de la proctosigmoidectomía perineal. En algunos casos asociada a una plástica de los músculos elevadores anterior o posterior. Creo que un seguimiento mayor a tres años sería necesario para ampliar las indicaciones de esta operación.

HEMORROIDES

12. Circular stapled hemorrhoidopexy: experience of a single center with 445 cases

Hemorroidopexia circular con grapadora: experiencia de un único centro con 445 casos

Uras C, Baca B, Boler DE.

Department of Surgery, Cerrahpasa Medical School, Istanbul University, Istanbul, Turkey.

World J Surg. 2008 Aug;32(8):1783-8. doi: 10.1007/s00268-008-9627-4. Epub 2008 Jun 14.

Resumen: Este estudio fue diseñado para examinar los resultados de la hemorroidopexia circular con grapadora (CSH) para el tratamiento de enfermedad hemorroidaria de segundo, tercer y cuarto grado. Se evaluaron las historias clínicas de 483 pacientes que habían experimentado la hemorroidopexia circular con grapas para la enfermedad hemorroidal sintomática, desde junio de 2001 a septiembre de 2006. Se recogieron datos sobre complicaciones, síntomas residuales y recurrencia. El estudio incluyó a 445 pacientes (283 hombres, 162 mujeres) entre 22 y 74 años de edad (39 años de edad mediana). Esto constituyó el 92% de los pacientes. Se realizó al mismo tiempo, esfinterotomía lateral interna, excisión de plicomas anales y trombectomía en 106 (24,0%), 83 (18,5%) y 20 (4,5%) pacientes, respectivamente. El tiempo medio de cirugía fue de 24 minutos (rango 10-45 minutos). La estancia media hospitalaria fue de 40 horas (rango 11 a 72 horas). Las complicaciones observadas durante las primeras 24 horas fueron urgencia fecal (25%), retención urinaria (8%) y sangrado rectal (1%). El prurito anal (21%), las hemorroides externas trombosadas (4%), estenosis de la línea de sutu-

ra (2%), hemorragia rectal (2%), fisura anal (1%) y plicomas anales persistentes (3%) fueron los síntomas que se observan durante el seguimiento a largo plazo. El seguimiento medio fue de 23 meses (rango 6-70 meses). La tasa de recurrencia fue del 1%. La hemorroidopexia circular con grapas se puede realizar con seguridad con bajas tasas de recurrencia y complicación al tiempo que ofrece un período postoperatorio relativamente sin dolor para el paciente.

Comentario: Creo que combinar la hemorroideopexia con sutura mecánica con otros procedimientos de acuerdo a la necesidad de cada paciente, como por ejemplo en prolapso hemorroidario + fisura anal, realizar la esfinterotomía interna, o en prolapso hemorroidario + trombosis hemorroidaria agregar la trombectomía, o reseca grandes plicomas fibrosados o también, realizar una mucopexia con puntos de material reabsorbible en caso de persistencia del prolapso luego de realizar el disparo de la sutura circular, mejora los resultados a mediano y largo plazo. Evita tener que realizar procedimientos posteriores y no aumenta significativamente el dolor posoperatorio.

13. Early recognition of pelvic floor dyssynergia and colorectal assessment in Parkinson's disease associated with bowel dysfunction

Reconocimiento temprano de la disinergia del piso pelviano y evaluación colorrectal en la enfermedad de Parkinson asociada a la disfunción intestinal.

Authors: Wang, C.-P.; Sung, W.-H.; Wang, C.-C.; Tsai, P.-Y.

Source: Colorectal Disease, Volume 15, Number 3, 1 March 2013, pp. e130-e137(8).

Resumen: El tiempo de tránsito colónico lento (CTT) y la disinergia del piso pelviano (PFD) son importantes contribuyentes al estreñimiento en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). Sin embargo, no existe todavía ninguna encuesta que efectivamente distinga las etiologías que contribuyen. La importancia de los comportamientos de la musculatura individual del suelo pélvico y su relación con la dismotilidad colorrectal en pacientes estreñidos con EP están todavía controvertidos y se debería aclarar aún más. Decidimos investigar cómo los síntomas relacionados con el estreñimiento en pacientes con EP pueden identificar agrupaciones de estreñimiento y a registrar las características fisiopatológicas de la musculatura pélvica.

Nuestros temas emprendieron CTT, defaecografía y el cuestionario de síntomas Knowles-Eccersley-Scott. Las etiologías patológicas fueron categorizadas como grupo 1 (CTT lento), grupo 2 (síndrome de puborrectal) o grupo 3 (síndrome de pubococcígeo), según los resultados CTT y defaecography.

Los síntomas relacionados con el estreñimiento como la dificultad de evacuación y defecación incompleta rindieron altas probabilidades post-test (81% y 88%, respectivamente) en grupos de 3 y 2, pero una baja probabilidad post-test en el grupo 1 (58%). Cambios en la pendiente de ángulo anorrectal durante esfuerzo se correlacionaron significativamente con CTT ($r = 0,57$ y $r = 0,61$, respectivamente) y con los demás ($r = 0,82$).

Nosotros observamos que el control neural del puborrectal y pubococcígeo, y la peristalsis colorrectal, estaban en un estado similar de degeneración. Esta información clave debe ayudar a los médicos a una gestión más eficaz de dismotilidad colónica o PFD en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP).

14. Timing and necessity of a flexible sigmoidoscopy in patients with symptoms suggestive of haemorrhoids

Tiempo y la necesidad de una sigmoidoscopia flexible en pacientes con síntomas sugestivos de hemorroides

Vening W, Willigendael EM, Tjeertes EK, Hulsewé KW, Hoofwijk AG.

Departamento de cirugía, Maastrandziekenhuis, Sittard, los países bajos.

Colorectal Dis.2010 Feb;12 (2):109-13. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01755.x. Epub 2008 Dec 18.

Objetivo: Este estudio fue realizado para determinar la probabilidad de encontrar patología adicional, que requieren tratamiento o seguimiento, en pacientes con síntomas sugestivos de las hemorroides. En segundo lugar, para determinar a qué edad una sigmoidoscopia flexible se debe realizar en estos pacientes.

Método: Todos los pacientes referidos para el tratamiento de las hemorroides durante un período de 5 años se incluyeron prospectivamente en una base de datos. Los datos incluyeron características del paciente, información clínica, el análisis histopatológico y los resultados de la sigmoidoscopia.

Resultados: Las hemorroides estaban presentes en 961 (95,6%) de 1005 pacientes. De estos pacientes, 692 (72,0%) pacientes estaban libres de cualquier patología adicional, 161 (16%) de los pacientes tenían divertículos, en 15 pacientes (1,5%) la sigmoidoscopia mostró signos de colitis, 116 (11,5%) pacientes tenían pólipos y ocho de ellos fueron malignos

(0,8%). En el grupo de edad entre 30-40 y 40-50, la presencia de patología adicional aumentó significativamente ($P < 0.05$). Las enfermedades no malignas se encontraron en menores de 40 años.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes referidos para el tratamiento y análisis de las hemorroides estaban libres de cualquier patología adicional. Sin embargo, en los mayores de 40 años, la incidencia de la patología adicional aumentó significativamente. Por lo tanto, sugerimos que una sigmoidoscopia flexible debe realizarse en todos los pacientes mayores de 40, con signos clínicos de las hemorroides.

VIII

Jornadas Argentinas de Coloproctología



14 al 17 de agosto de 2013
Holiday Inn Hotel Córdoba Argentina

www.coloproctologia2013.com.ar

Organizan Sociedad Argentina de Coloproctología
Sociedad de Colonoproctología de Córdoba


GRUPO
BINOMIO
EVENTOS Y CONGRESOS

Informes e Inscripciones
Tel/Fax 54 351 4891914 | www.grupobinomio.com.ar
e-mail: jornadas@coloproctologia2013.com.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.