

Revista Argentina de **COLOPROCTOLOGÍA**

Publicación oficial de la
Sociedad Argentina de Coloproctología



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

Tipos de artículos:

Artículos de Revisión

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

Artículos originales

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

Notas técnicas

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

Reporte de casos

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

Casos en Imágenes

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

Cartas al Editor

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

Investigación en Seres Humanos

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

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

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

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

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

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



COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Presidente	Carlos Miguel Lumi
Vicepresidente	Luis Zanoni
Secretario General	Fernando Serra
Tesorero	Rita Pastore
Secretario de Actas	Pablo Farina
Vocal titular 1°	Karina Collia Ávila
Vocal titular 2°	Alejandro Moreira Grecco
Vocal titular 3°	Alejandro Canelas
Vocal suplente 1°	Adrian Mattacheo
Vocal suplente 2°	Romina Bianchi
Vocal suplente 3°	Leonardo Salim
Órgano de Fiscalización	Mario César Salomón (<i>Titular</i>) Fabio Oscar Leiro (<i>Titular</i>) Alejandro Gutiérrez (<i>Suplente</i>)

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

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

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología

Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil

Revista Indizada en Latindex, UNAM, México

EDITOR

Néstor Marchetti

Hospital Privado de Rosario, Santa Fé

EDITORES ASOCIADOS

Hugo Amarillo

Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán

Ricardo Mentz

Hospital Italiano, Buenos Aires

Maximiliano Bun

Hospital Alemán, Buenos Aires

Rubén Miravalle

Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires

Mariano Cillo

Hospital Británico, Buenos Aires

Marcelo Pollastri

Hospital Privado de Rosario, Santa Fé

Sebastián Guckenheimer

Hospital Pirovano, Buenos Aires

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Mariano Laporte

Hospital Alemán, Buenos Aires

CONSEJO ASESOR

Jorge Hequera

Sanatorio Dupuytren, Buenos Aires

COMITÉ CIENTÍFICO

José Devesa Mugica

España

Emilio Pollastri

Universidad Nacional de Rosario, Santa Fé

Alessio Pigazzi

EE.UU.

Jorge Rodríguez Martín

Clínica Modelo de Lanús, Buenos Aires

Rodrigo Oliva Pérez

Brasil

Steven Wexner

EE.UU.

Andrew Zbar

Israel

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

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

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



REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

ÍNDICE

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 1 **Manejo No Operatorio del Cáncer de Recto con Respuesta Clínica Completa luego de Quimiorradioterapia Neoadyuvante, Experiencia en 8 Casos**
Cecilia B. Rossi, Franco Pomilio di Loreto, Janina Abbud
- 7 **Resección Rectal por vía Perineal Mediante Engrapadora Lineal: Experiencia Inicial de una Nueva Técnica para el Tratamiento del Rectocele Anterior**
Miguel C. Montero (h), Miguel C. Montero
- 16 **Tratamiento de Fístula Anal Compleja Asistida por Video. Resultados a Largo Plazo**
Leonardo R. Salim, Cristian Alberto Gomez

REPORTE DE CASO

- 22 **Leiomioma Rectal: Reporte de un Caso**
Juan C. Aguayo Romero, Víctor Salazar Pierotic, Karen Schonfeldt Guilisasti, Gonzalo Guíñez Robertson, Sebastian Oyanedel Pérez, Benjamin Guiloff Scarneo, Daniella Espinola Marin
- 25 **Tuberculosis Anal como Diagnóstico Diferencial de Lesión Ulcerada Anal**
Daniel Slavkes, Federico Podestá, Diego Ferreyra, Melisa Debuck, Federico Galván
- 28 **Reconstrucción Perineal con Colgajo Miocutáneo Vertical de Recto Anterior del Abdomen Luego de Amputación Abdomino Perineal Extraelevador. Una Alternativa Factible para el Cirujano Colorrectal**
Hernán Vaccarezza
-

Manejo No Operatorio del Cáncer de Recto con Respuesta Clínica Completa luego de Quimiorradioterapia Neoadyuvante, Experiencia en 8 Casos

Cecilia B. Rossi, Franco Pomilio di Loreto, Janina Abbud

Policlínico PAMI II. Rosario, Santa Fe, Argentina.

RESUMEN

Introducción: Se diagnostican hasta 13000 nuevos casos de cáncer colorrectal por año, y esto va en aumento. El cáncer de recto debe ser tratado mediante un abordaje multimodal. Luego de la implementación del tratamiento neoadyuvante y de la aparición de la respuesta patológica completa se implementó el manejo no operatorio. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con el manejo inicial no operatorio de pacientes con cáncer de recto, que recibieron neoadyuvancia y desarrollaron una respuesta clínica completa inicial.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Pacientes y Métodos: 49 pacientes con diagnóstico de cáncer de recto bajo (< 8 cm), recibieron tratamiento neoadyuvante con radioquimioterapia (RQT). Se realizó radioterapia (RT), a una dosis de 5040 cGy por un total de 5 semanas, y concomitante a esta, quimioterapia (QT) con 5-Fu-leucovorina en las semanas 1 y 5. Aquellos pacientes en los cuales se encontró cCR inicial a la neoadyuvancia, y la cirugía resectiva implicaba alto riesgo quirúrgico debido a sus comorbilidades y/o imposibilidad de la conservación de esfínteres se planteó la posibilidad de tomar una conducta no operatoria.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes con cCR. El promedio de edad de los pacientes fue de 70 años (mediana 69,5 años), el promedio de altura del tumor fue de 5,8 cm; todos en estadio IIa. La mediana de seguimiento fue de 72,5 meses. 3 pacientes presentaron recaídas, todas endoluminales, 2 fueron tempranas (9 y 12 meses) y una tardía (18 meses), los cuales fueron operados, 2 de ellos se encuentran actualmente libres de enfermedad y el tercero óbito a los 30 días POP. La supervivencia global de los pacientes fue de un 87,5% y se evitó una cirugía mayor en 5 pacientes (62,5%).

Conclusión: La implementación del tratamiento inicial no operatorio del cáncer de recto en aquellos pacientes que desarrollaron cCR luego del tratamiento neoadyuvante puede ser seguro, siempre y cuando estos pacientes estén incluidos en un programa de seguimiento estricto que permita una cirugía de rescate. El tratamiento conservador sin cirugía debe ser reservado para pacientes de alto riesgo quirúrgico o en los que la cirugía implique la necesidad de una cirugía de amputación abdominoperineal.

Palabras Clave: Cáncer de Recto; Neoadyuvancia; Watch and Wait

ABSTRACT

Introduction: 13000 new cases of colorectal cases are diagnosed per year. Rectal cancer must be treated with a multimodal approach. After the administration of neoadjuvant treatment and the appearance of a pathologic complete response, nonoperative management was implemented. Our objective is to describe our experience with nonoperative management of patients with rectal cancer that received neoadjuvant therapy and developed an initial complete clinical response.

Design: Retrospective descriptive observational study.

Patients and Methods: Forty-nine patients with low rectal cancer (< 8 cm) received neoadjuvant radiochemotherapy. Radiotherapy was performed with a total dose of 5040 cGy for 5 weeks, and concomitant 5-FU-leucovorin-based chemotherapy in weeks 1 and 5. Nonoperative management was attempted on patients experiencing initial cCR to neoadjuvant therapy and with a higher surgical risk due to their comorbidity and/or impossibility of conserving the sphincters.

Results: Eight patients with cCR were included. The average age of the patients was 70 years; the average height of the tumor was 5.8 cm; all of them at stage IIa. Median follow-up was 72.5 months. Two patients developed an early endoluminal recurrence (after 9 and 12 months) and one had a late recurrence (18 months). All of them had surgery. Two of them are disease-free and one died 30 days after surgery.

Conclusion: Implementation of initial nonoperative treatment of rectal cancer in patients that developed cCR after neoadjuvant therapy can be safe, provided that those patients are included in a strict monitoring programme that would allow for a rescue surgery. Conservative treatment without surgery must be reserved for patients with a higher surgical risk or who require an abdominoperineal resection.

Key Words: Rectal Cancer; Neoadjuvant; Watch and Wait

INTRODUCCIÓN

En nuestro país el cáncer colorrectal representa el segundo en frecuencia. Por año se diagnostican más de 13.000 casos y mueren 7.000 personas, aun siendo uno de los más

Cecilia Rossi

ceciliarossi_86@hotmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

factibles de prevenir. Se prevee para el año 2030, en Argentina, una incidencia de 16.000 nuevos casos por año, lo que representa un incremento del 46% respecto del 2008.¹

Muchos de los pacientes en quienes se diagnostica un cáncer de recto se presentan con un estadio avanzado en el momento de la consulta, por lo que se requiere para su tratamiento de un abordaje multimodal.

Desde la descripción de Heald de la cirugía con escisión

total del mesorrecto (ETM),² se estableció esta como tratamiento estándar, a lo que luego se agregó, el uso de la radioquimioterapia neoadyuvante, que resultó, en los casos que la misma estaba indicada, en una disminución del índice de recidiva local de la enfermedad.³

Luego de la implementación del tratamiento neoadyuvante se observó que en muchas de las piezas operatorias no se encontraron células tumorales (T0), lo cual se definió como respuesta patológica completa (pCR), que aparece en un rango de entre el 15 y el 40% según las series.⁴⁻⁶ De acuerdo a esta observación se propuso una alternativa de manejo no quirúrgico del cáncer de recto en pacientes que desarrollan una respuesta clínica completa (cCR) luego del tratamiento neoadyuvante.⁷ Esto requiere un estricto seguimiento clínico e imagenológico durante el cual se puedan reconocer indicios de recidiva de enfermedad que determinen la necesidad de tratamiento quirúrgico de "rescate". Tanto la estadificación tumoral, como la evaluación de la respuesta a la neoadyuvancia y el posterior seguimiento ante una cCR mediante imágenes eran realizadas, en un primer momento, con tomografía computada y/o ecografía endorectal; actualmente se utiliza como método de elección la resonancia magnética de recto de alta resolución, con o sin técnica de difusión.⁸

El manejo no operatorio, se conoce como protocolo Watch and Wait, fue descrito por el grupo de la Dra. Habr-Gama y se presenta como una alternativa de tratamiento, existiendo reportes de hasta un 94% de sobrevida global de pacientes con cCR inicial, incluyendo aquellos que requirieron posteriormente cirugía de rescate por recidiva local.⁹

Si bien el grupo brasilero propone dicho manejo en todos los pacientes con tumores de recto que recibieron quimiorradioterapia neoadyuvante y cumplen con los criterios clínicos e imagenológicos de cCR, esto aún no es una conducta aceptada mundialmente.

El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia con el manejo inicial no operatorio de pacientes con cáncer de recto que recibieron neoadyuvancia y desarrollaron una cCR inicial.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre al 1/1/2008 hasta 1/1/16, en el Policlínico PAMI II de Rosario, 49 pacientes con diagnóstico de cáncer de recto bajo (< 8 cm), luego de la evaluación por el comité de tumores, recibieron tratamiento neoadyuvante con radioquimioterapia (RQT).

En nuestro servicio, según guías NCCN, se indica neoadyuvancia a todos los pacientes con tumores T3 con cualquier estadio N, y a pacientes con tumores T2/3 y N+. Hoy existen guías europeas que recomiendan cirugía sola en algunos subtipos de tumores T3, pero en nuestra serie no obtuvimos en ningún caso información en la resonancia magnética acerca del subtipo de tumor.

Se realizó radioterapia (RT), a una dosis de 5040 cGy por un total de 5 semanas, y concomitante a ésta los pacientes recibieron quimioterapia (QT) con 5-flu- leucovorina en las semanas 1 y 5.

La evaluación clínica inicial consistió en examen clínico general, tacto rectal y rectosigmoidoscopia rígida (RSC). Como exámenes complementarios se solicitaron, CEA, colonofibroscopia, tomografía de abdomen y pelvis o resonancia magnética de recto de alta resolución (RMI) y tomografía de tórax para estadificación.

Luego de completada la RQT la respuesta fue evaluada a las 6 semanas y reevaluada a las 8 y 12 semanas, estas evaluaciones fueron realizadas mediante tacto rectal, RSC, biopsia en algunos casos, tomografía de pelvis o RMI de recto de alta resolución con técnica de difusión y CEA. Aquellos pacientes en los cuales por dichos métodos se encontró cCR inicial, y la cirugía resectiva implicaba alto riesgo quirúrgico debido a sus comorbilidades y/o imposibilidad de la conservación de esfínteres, se planteó la posibilidad de tomar una conducta no operatoria y ser incluidos en un programa estricto de seguimiento, bajo consentimiento informado y luego de explicar la posibilidad de cambio de conducta en cualquier momento del seguimiento.

La cCR se definió como hallazgo en la RSC de mucosa sana, cicatriz blanquecina o telangiectasias, junto con CEA normal y tomografía sin evidencia de tumor residual o RMI con o sin engrosamiento de las paredes rectales y sin restricción en la técnica de difusión. En algunos casos se realizó biopsia de la cicatriz a las 12 semanas de completada la RQT.

El protocolo de seguimiento de estos pacientes fue la realización de examen clínico y tacto rectal mensualmente durante el primer año, trimestral durante el segundo año y de 4-6 meses durante el tercer año de seguimiento y en adelante; RSC se realizó en forma bimestral durante el primer año, cada cuatro meses en el segundo año y semestral desde el 3 año y en adelante; se solicitó resonancia magnética o tomografía cada 3 meses en el primer año, semestral en el segundo año y anual en el tercer año y en adelante; del mismo modo se realizó dosaje de CEA.

Ante la aparición de alteración en la mucosa y/o pared rectal sospechosas de recidiva se realizó cirugía con escisión total del mesorrecto, con o sin conservación esfinteriana según el caso, como cirugía de rescate.

RESULTADOS

De los pacientes en quienes se observó una cCR inicial, se describen 8 de ellos en los cuales se decidió una conducta no quirúrgica inicial e inclusión en un plan de seguimiento.

Las características demográficas se describen en la tabla 1.

Dentro de la estadificación inicial, en ninguno de los casos la resonancia proveía información acerca del subtipo de T3 y/o la presencia de invasión vascular extramural.

Todos los pacientes incluidos presentaban múltiples comorbilidades (ASA III-IV). Aquellos que presentaban un riesgo operatorio habitual, que la cirugía no requiriera una amputación abdominoperineal y/o que no fueran susceptibles de seguir el programa de vigilancia fueron enviados a cirugía una vez finalizada la neoadyuvancia.

El promedio de edad de los pacientes fue de 70 años (mediana 69,5 años), el promedio de altura del tumor fue de 5,8 cm; todos estadios IIa. Sólo un paciente presentó CEA elevado (16,8) pre-neoadyuvancia.

Luego de completada la neoadyuvancia, se evaluó la respuesta tumoral a las 6, 8 y 12 semanas, en la mayoría de los pacientes se encontró una mucosa blanquecina como signo de cCR en la RSC (gráf. 1). En 6 pacientes se realizó biopsia de dicha región como otra prueba diagnóstica en la evaluación de respuesta, todas negativas.

La mediana de seguimiento fue de 72,5 meses. Durante este período 3 pacientes presentaron recaídas, todas endoluminales, 2 fueron tempranas (9 y 12 meses) y una tardía (18 meses).

Los pacientes con recaídas fueron operados, 2 de ellos al momento del diagnóstico y se realizó en uno una resección anterior con anastomosis ultrabaja y colostomía de protección y en el segundo caso una amputación abdominoperineal, los dos pacientes se encuentran actualmente libres de enfermedad.

El tercer paciente se reusó a la intervención quirúrgica al diagnosticarse la recaída local, y consultó 12 meses después por proctorragia, por lo que se reestadifica y se realiza amputación abdominoperineal; este paciente obita a los 30 días POP.

La anatomía patológica final de la pieza quirúrgica de los pacientes operados fue en 2 casos un tumor T3N0, y en 1 caso un T2N0.

El resto de los pacientes continúan en seguimiento libres de enfermedad.

La sobrevida global de los pacientes fue de un 87,5% y se evitó una cirugía mayor en 5 pacientes (62,5%).

DISCUSIÓN

El tratamiento actual del cáncer de recto debe considerarse dentro de un abordaje multimodal. La cirugía con

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

Paciente N°	Edad	Sexo	Estadif pre nQRT	ASA
1	73	M	T3N0M0	III
2	69	F	T3N0M0	IV
3	76	F	T2N1M0	III
4	66	F	T3NoMo	III
5	68	F	T3N0M0	III
6	64	F	T3NoMo	III
7	70	M	T3NoMo	III
8	76	M	T3NoMo	III

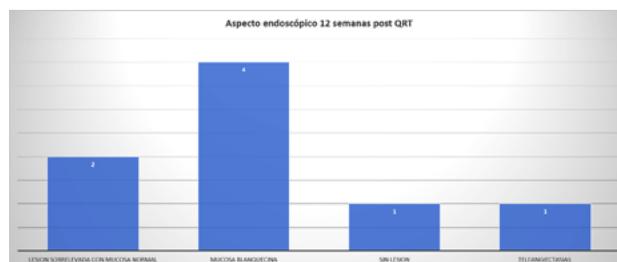


Gráfico 1: Aspecto endoscópico de la mucosa rectal a las 12 semanas luego de completado el tratamiento neoadyuvante.

ETM^{2,10} presenta una importante tasa de éxito en el control local de la enfermedad. Desde la implementación de esta técnica quirúrgica se ha logrado una disminución en las tasas de recidiva local. En los casos de enfermedad localmente avanzada la quimiorradioterapia ha mejorado aún más las tasas de control local y a distancia¹¹⁻¹³ con bajas tasas de toxicidad¹⁴ y ha permitido índices más altos de cirugías con preservación de la función esfíntérica.

Lamentablemente, la cirugía de ETM, principalmente en tumores de recto bajo, donde muchas veces se requiere una anastomosis ultrabaja, una resección interesfínteriana o una cirugía de amputación abdominoperineal, conlleva el riesgo de una gran morbimortalidad perioperatoria, incrementándose estos riesgos en pacientes añosos (>70 años) y/o con otras comorbilidades.¹⁵⁻¹⁷ Más aún, el hecho de preservar el aparato esfínteriano no garantiza una correcta función evacuatoria, ya que existe un porcentaje no despreciable de pacientes con anastomosis bajas que desarrollan el llamado Síndrome de resección anterior baja (LARS)¹⁸ caracterizado por tenesmo, urgencia defecatoria, aumento del número de las deposiciones y grados variables de incontinencia. Es obvio que un tratamiento que conserve el esfínter anal tendrá mejor calidad de vida, pero la preservación del recto en muchos casos albergaría el mismo beneficio.

Todos nuestros pacientes eran mayores de 70 años, portadores de múltiples comorbilidades a los que al momento de ofrecerles una conducta expectante entendieron y aceptaron el estricto programa de seguimiento y vigilancia.

A partir de la implementación del tratamiento neoadyuvante, se ha observado que en muchas de las piezas de re-

sección quirúrgica no se encontraba tumor residual (pT0), por lo que se comenzó a plantear la posibilidad de tratar estos pacientes dentro de un manejo no operatorio, extrapolando el manejo que se realiza en el cáncer de ano luego del tratamiento de Nigro.¹⁹

De este modo el grupo brasilero de la Dra. Angelita Habr-Gama describe el protocolo Watch and Wait,⁷ que consiste en la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante y en los casos en que esta sea una respuesta clínica completa (cCR), incluir a los pacientes en un programa de manejo no operatorio, con estricto control y seguimiento y ante una recaída de la enfermedad realizar una cirugía de rescate. Los primeros trabajos publicados por este grupo reportan una tasa de cCR de 28%, y porcentajes de recurrencia y sobrevida sin diferencias con relación a los pacientes que tuvieron persistencia de la enfermedad y en quienes se les realizó una cirugía en primera instancia. Publicaciones posteriores han demostrado una tasa de cCR inicial de hasta un 68%,²⁰ lo que representó que un 50% de los pacientes diagnosticados de cáncer de recto no requirieran ningún tipo de cirugía. Por lo que este abordaje se plantea como una alternativa a la cirugía, evitando las potenciales complicaciones de esta.

Como tratamiento neoadyuvante nuestros pacientes recibieron quimiorradioterapia con una dosis de radioterapia de 5040 cGy durante 5 semanas, acompañado de quimioterapia con 5Fu- leucovorina en las semanas 1 y 5 (curso largo). Aunque actualmente se han encontrado mejores tasas de cCR y pCR con el aumento de la dosis de radiación y/o el cambio en el esquema de quimioterapia.

La estadificación preoperatoria y la evaluación de la respuesta tumoral a la neoadyuvancia en nuestros pacientes se realizó mediante examen clínico (tacto rectal y rectosigmoidoscopia), teniendo en cuenta la definición de respuesta clínica completa descrita por el grupo brasilero.⁷ Esta evaluación fue complementada con métodos diagnósticos por imágenes como TAC o RMI, siendo esto uno de nuestros principales sesgos, porque si bien antiguamente ambos métodos eran utilizados para la evaluación de los tumores de recto, actualmente el Gold Estándar para la estadificación preoperatoria del cáncer rectal es la resonancia de recto de alta resolución.⁸ Al agregar la técnica de difusión y/o la determinación del grado de regresión tumoral (mrTRG) este estudio se corona como el método de elección para evaluar la respuesta tumoral a la neoadyuvancia.²¹⁻²⁶

Cabe destacar que se ha estudiado también el uso del PET/CT para la evaluación de la respuesta tumoral a la neoadyuvancia, los resultados reportados indican una sensibilidad del 45-100% pero con baja especificidad 10.9-70%, por lo que aún no es de elección en esta etapa de la evaluación.^{27,28}

Otro método que utilizamos para la determinación de la respuesta tumoral fue la toma de muestras de biopsia de la mucosa rectal, éstas fueron realizadas en el lugar donde se observó una cicatriz blanquecina, telangiectasias o alguna sobre-elevación de la pared con mucosa normal; hoy sabemos que estas biopsias no son necesarias, o más aún, no deben ser tenidas en cuenta en la determinación de una posible cCR, debido a que los trabajos publicados demostraron una baja sensibilidad de las mismas (50- 69%), con valores predictivos negativos también bajos (21 y 50%),^{29,30} en nuestra serie 2 de los 6 pacientes a quienes se les realizó biopsias tuvieron recaída local del tumor, ambas endoluminales.

Uno de los principales problemas que presenta el protocolo Watch and Wait es que una respuesta clínica completa no garantiza la total desaparición del tumor (respuesta patológica completa). Inclusive las nuevas y sofisticadas técnicas imagenológicas (RMI de alta resolución con técnica de difusión, PET CT) no pueden garantizar índices de sensibilidad y especificidad que certifiquen una completa ausencia de células tumorales, lo que obliga a un estricto seguimiento clínico e imagenológico para detectar precozmente la recaída de la enfermedad.^{23,31}

Es aquí donde creemos se encuentra el aspecto más controvertido del protocolo: ¿cuál hubiera sido la evolución oncológica de los pacientes que presentaron una recaída y fueron luego operados si la resección tumoral se hubiese hecho al finalizar su neoadyuvancia según dicta el standard de tratamiento?

Esta pregunta no puede ser actualmente respondida ya que no existen estudios prospectivos randomizados que evalúen el pronóstico a largo plazo de los pacientes que desarrollan una cCR comparando tratamiento expectante con eventual cirugía de rescate (Watch and Wait) versus cirugía de inicio.

La respuesta brindada por los que preconizan la conducta expectante es que los pacientes que deben ir a cirugía de rescate tienen igual pronóstico en términos de recurrencia y sobrevida global que los pacientes que no logran una cCR.²⁰ Las últimas publicaciones reportan, con una media de seguimiento de 60 meses, una tasa de recurrencia local del 31%, todas pudieron ser diagnosticadas de manera temprana, por lo que se pudo realizar cirugía de rescate en un 93%. Y teniendo en cuenta todas las recurrencias la sobrevida libre de enfermedad fue de un 68%, con una sobrevida global del 94%.⁹ Estos resultados se describen en otros grupos, con una media de seguimiento menor (33 meses), reportan un 34% de recaídas locales, de las cuales un 88% pudieron recibir cirugía de rescate, sin diferencias significativas en la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global en 3 años cuando los compararon con el grupo de pacientes que recibieron cirugía como primer tratamiento.³²

Es debido a estos hechos que este protocolo no es totalmente aceptado y solo es planteado en un grupo seleccionado de pacientes, siempre con su consentimiento e informando los probables riesgos.

En nuestra experiencia la implementación de la conducta expectante permitió obviar una cirugía mayor en 5 de 8 pacientes, y en el caso de las recaídas estas fueron diagnosticadas de manera precoz, los pacientes fueron operados y, con excepción de un óbito durante el postoperatorio, se encuentran actualmente libres de enfermedad.

CONCLUSIONES

Según nuestra experiencia podemos concluir que la implementación del tratamiento inicial no operatorio del cáncer

de recto en aquellos pacientes que desarrollaron cCR luego del tratamiento neoadyuvante puede ser seguro, siempre y cuando estos pacientes estén incluidos en un programa de seguimiento estricto que permita una cirugía de rescate y así se podría evitar en algunos casos una cirugía mayor de alta morbilidad.

Lamentablemente no podemos predecir qué pacientes van a desarrollar una respuesta clínica completa y de los que lo hacen cuales son los que realmente han desarrollado una respuesta patológica completa, por lo que el tratamiento conservador sin cirugía debe ser reservado para pacientes de alto riesgo quirúrgico o en los que la cirugía implique la necesidad de una cirugía de amputación abdominoperineal.

BIBLIOGRAFÍA

- Rotholtz, N.A., Tratamiento multimodal del cáncer de recto. *Rev Arg Cir*, 2013. p. 109-245.
- Heald, R.J., The 'Holy Plane' of rectal surgery. *J R Soc Med*, 1988. 81(9): p. 503-8.
- Kapiteijn, E., et al., Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med*, 2001. 345(9): p. 638-46.
- Maas, M., et al., Long-term outcome in patients with a pathological complete response after chemoradiation for rectal cancer: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Oncol*, 2010. 11(9): p. 835-44.
- García-Aguilar, J., et al., Effect of adding mFOLFOX6 after neoadjuvant chemoradiation in locally advanced rectal cancer: a multicentre, phase 2 trial. *Lancet Oncol*, 2015. 16(8): p. 957-66.
- Gerard, J.P., et al., Clinical complete response (cCR) after neoadjuvant chemoradiotherapy and conservative treatment in rectal cancer. Findings from the ACCORD 12/PRODIGE 2 randomized trial. *Radiother Oncol*, 2015. 115(2): p. 246-52.
- Habr-Gama, A., et al., Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. *Ann Surg*, 2004. 240(4): p. 711-7; discussion 717-8.
- Group, M.S., Diagnostic accuracy of preoperative magnetic resonance imaging in predicting curative resection of rectal cancer: prospective observational study. *BMJ*, 2006. 333(7572): p. 779.
- Habr-Gama, A., et al., Local recurrence after complete clinical response and watch and wait in rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation: impact of salvage therapy on local disease control. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2014. 88(4): p. 822-8.
- Cecil, T.D., et al., Total mesorectal excision results in low local recurrence rates in lymph node-positive rectal cancer. *Dis Colon Rectum*, 2004. 47(7): p. 1145-9; discussion 1149-50.
- Sauer, R., et al., Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med*, 2004. 351(17): p. 1731-40.
- Swedish Rectal Cancer, T., et al., Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. *N Engl J Med*, 1997. 336(14): p. 980-7.
- Habr-Gama, A., et al., Low rectal cancer: impact of radiation and chemotherapy on surgical treatment. *Dis Colon Rectum*, 1998. 41(9): p. 1087-96.
- Minsky, B.D., et al., Combined modality therapy of rectal cancer: decreased acute toxicity with the preoperative approach. *J Clin Oncol*, 1992. 10(8): p. 1218-24.
- Rutten, H.J., et al., Controversies of total mesorectal excision for rectal cancer in elderly patients. *Lancet Oncol*, 2008. 9(5): p. 494-501.
- Lemmens, V.E., et al., Which comorbid conditions predict complications after surgery for colorectal cancer? *World J Surg*, 2007. 31(1): p. 192-9.
- Longo, W.E., et al., Risk factors for morbidity and mortality after colectomy for colon cancer. *Dis Colon Rectum*, 2000. 43(1): p. 83-91.
- Ziv, Y., et al., Low anterior resection syndrome (LARS): cause, effect, and reconstructive considerations. *Tech Coloproctol*, 2013. 17(2): p. 151-62.
- Nigro, N.D., et al., Combined preoperative radiation and chemotherapy for squamous cell carcinoma of the anal canal. *Cancer*, 1983. 51(10): p. 1826-9.
- Habr-Gama, A., et al., Watch and wait approach following extended neoadjuvant chemoradiation for distal rectal cancer: are we getting closer to anal cancer management? *Dis Colon Rectum*, 2013. 56(10): p. 1109-17.
- Maas, M., et al., Assessment of Clinical Complete Response After Chemoradiation for Rectal Cancer with Digital Rectal Examination, Endoscopy, and MRI: Selection for Organ-Saving Treatment. *Ann Surg Oncol*, 2015. 22(12): p. 3873-80.
- Lambrechts, D.M., et al., MRI and diffusion-weighted MRI to diagnose a local tumour regrowth during long-term follow-up of rectal cancer patients treated with organ preservation after chemoradiotherapy. *Eur Radiol*, 2016. 26(7): p. 2118-25.
- Patel, U.B., et al., Comparison of magnetic resonance imaging and histopathological response to chemoradiotherapy in locally advanced rectal cancer. *Ann Surg Oncol*, 2012. 19(9): p. 2842-52.
- Siddiqui, M.R., et al., Defining response to radiotherapy in rectal cancer using magnetic resonance imaging and histopathological scales. *World J Gastroenterol*, 2016. 22(37): p. 8414-8434.
- Douglass, H.O., Jr., et al., Survival after postoperative combination treatment of rectal cancer. *N Engl J Med*, 1986. 315(20): p. 1294-5.
- Lambrechts, D.M., et al., Long-term follow-up features on rectal MRI during a wait-and-see approach after a clinical complete response in patients with rectal cancer treated with chemoradiotherapy. *Dis Colon Rectum*, 2011. 54(12): p. 1521-8.
- Kristiansen, C., et al., PET/CT and histopathologic response to preoperative chemoradiation therapy in locally advanced rectal cancer. *Dis Colon Rectum*, 2008. 51(1): p. 21-5.
- Martoni, A.A., et al., Prospective study on the FDG-PET/CT predictive and prognostic values in patients treated with neoadjuvant chemoradiation therapy and radical surgery for locally advanced rectal cancer. *Ann Oncol*, 2011. 22(3): p. 650-6.
- Perez, R.O., et al., Role of biopsies in patients with residual rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation after downsizing: can they rule out persisting cancer? *Colorectal Dis*, 2012. 14(6): p. 714-20.
- Smith, F.M., et al., Assessment of a novel, full-thickness incisional biopsy model to restage rectal tumours after neoadjuvant chemoradiotherapy: results of an ex vivo pilot study. *Tech*

- Coloproctol, 2015. 19(3): p. 159-64.
31. Lambregts, D.M., et al., Diffusion-weighted MRI for selection of complete responders after chemoradiation for locally advanced rectal cancer: a multicenter study. *Ann Surg Oncol*, 2011. 18(8): p. 2224-31.
32. Renehan, A.G., et al., Watch-and-wait approach versus surgical resection after chemoradiotherapy for patients with rectal cancer (the OnCoRe project): a propensity-score matched cohort analysis. *Lancet Oncol*, 2016. 17(2): p. 174-83.

COMENTARIO

El estudio presentado por la Dra. Rossi y col. resulta de interés dado que el tratamiento no operatorio del cáncer de recto ante una respuesta clínica completa luego de neoadyuvancia, es motivo de controversia en la actualidad. A pesar de no ser un tratamiento estándar para el cáncer de recto, diversos centros de referencia a nivel mundial han logrado reproducir los resultados obtenidos por el grupo que originalmente utilizó esta estrategia (Dra. Habr-Gamma y col.). Cabe destacar que es de gran relevancia poder seleccionar correctamente los pacientes al inicio de su evaluación ya sea para un tratamiento neoadyuvante, con o sin cirugía posterior, o cirugía sin neoadyuvancia. En este sentido, en la actualidad la toma de decisiones debe basarse en una estadificación adecuada, que incluya una ecografía endorrectal y/o la resonancia magnética de alta resolución según el caso y una discusión multidisciplinaria, sobre todo en aquellos centros donde hay pacientes en protocolos de tratamiento no operatorio. Por otro lado, en aquellos grupos que incluyan pacientes para protocolo watch and wait, es fundamental poder realizar un seguimiento estricto con el objetivo de detectar en forma temprana la recurrencia de enfermedad cuando esta se presenta. El presente estudio así lo describe y muestra que la detección precoz de la recurrencia permite una cirugía de rescate con buenos resultados oncológicos. Por último, los autores plantean la controversia que existe con esta estrategia en el tratamiento del cáncer de recto y es por ello que lo utilizan para casos seleccionados con comorbilidades para la cirugía o riesgo de amputación abdominoperineal. Aportan una serie de casos a las series mayores publicadas. En un futuro la publicación de un mayor número de series y/o estudios randomizados con mayor nivel de evidencia tal vez permitan colocar a la estrategia de watch and wait como un estándar de cuidado en pacientes seleccionados con cáncer de recto.

Maximiliano Bun
Hospital Alemán. C.A.B.A., Buenos Aires.

Resección Rectal por vía Perineal Mediante Engrapadora Lineal: Experiencia Inicial de una Nueva Técnica para el Tratamiento del Rectocele Anterior

Miguel C. Montero (h), Miguel C. Montero

Instituto Privado de Gastroenterología, Sector Coloproctología. San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.

RESUMEN

Introducción: Analizar los resultados a corto y mediano plazo del tratamiento del rectocele anterior mediante la resección rectal transperineal con engrapadora lineal y refuerzo del tabique rectovaginal con malla. Prospectivo de casos consecutivos.

Pacientes y método: Entre 01 de abril de 2008 y 31 de Marzo de 2010, 12 pacientes fueron tratados en nuestra institución por presentar diagnóstico de Rectocele Anterior. Los pacientes fueron evaluados por cirujanos entrenados; sometidos a manometría anorrectal y estudios imagenológicos dinámicos. Se realizó una técnica de Resección Rectal por vía perineal con engrapadora lineal y la aplicación de malla. Se aplicaron distintos scores para evaluar los resultados.

Resultados: El 100% fueron sexo femenino, edad promedio 44,6 años. El tiempo promedio de cirugía fue 164 minutos (r: 135-180). No hubo complicaciones intraoperatorias. La estadía media hospitalaria fue 2,6 días. La morbilidad fue del 16,6% (2) y no hubo mortalidad relacionada al procedimiento. La evaluación basal del score ODS mostró un promedio de 19,16, mientras el promedio determinado al 7 y 21 día postoperatorio fue 0,5 y 0,16 respectivamente ($P = 0,001$). La evaluación del estreñimiento usando el score PAC-SYM mostró un resultado basal promedio de 17,08, mientras que al 7 y 21 día postoperatorio fue 3,25 y 1,32 respectivamente ($P = 0,002$). El cuestionario de Satisfacción a los 6 meses mostró mejoría significativa respecto al valor basal ($p = 0,001$).

Conclusión: Esta nueva técnica permite restaurar el tabique rectovaginal resecando el defecto rectal. Los resultados funcionales obtenidos son favorables, con baja morbilidad y pocas complicaciones relacionadas al uso de mallas.

Palabras claves: Rectocele; Cirugía del Rectocele-SOTS

ABSTRACT

Objective: To analyze short and mid-term results of anterior rectocele treatment by trans perineal rectal resection with linear stapler and rectovaginal septum reinforcement with mesh.

Patients and methods: Between 01 April 2008 and 31 March 2010, 12 patients were treated at our institution with diagnosis of Anterior Rectocele. Patients were evaluated by trained surgeons, underwent anorectal manometry and dynamic images studies. We performed a novel technique called "Stapled Perineal Rectocele resection". Different scores were applied to evaluate the results.

Results: 100% were female, average age 44.6 years. The mean surgical time was 164 minutes (r: 135-180). There were no intraoperative complications. The average hospital stay was 2.6 days. The morbidity was 16.6% (2) and there was no procedure-related mortality. Baseline of ODS showed an average score of 19.16, while the average determined at 7 and 21 days postoperatively was 0.5 and 0.16 respectively ($P = 0.001$). The assessment of constipation using the PAC-SYM score showed a mean baseline of 17.08 results, while at 7 and 21 days after surgery was 3.25 and 1.32 respectively ($P = 0.002$). The patient satisfaction score after six months showed significant improvement from baseline ($p = 0.001$).

Conclusion: The novel technique restores rectovaginal septum and extirpates the rectal defect. The functional results are favorable, with low morbidity and few complications related to the use of mesh.

Key words: Rectocele; Rectocele Surgery-ODS

INTRODUCCIÓN

Aunque la incidencia real del Rectocele Anterior es desconocida, constituye una de las principales causas de Síndrome de Obstrucción del Tracto de Salida (SOTS) rectoanal, con una prevalencia estimada del 76% en pacientes de sexo femenino.¹

El rectocele es resultado de una debilidad del tabique recto-vaginal debido a la tracción y el descenso del suelo pélvico durante el parto vaginal;² o consecuencia del estreñimiento crónico en pacientes con anismo. El debilitamiento del tabique recto-vaginal durante la defecación permite la formación de un verdadero reservorio constituido por la pared rectal anterior, desplazando la vagina y

generando frecuentemente la necesidad de digitación para completar la defecación.

En un estudio sobre la anatomía del compartimento posterior de la pelvis, De Lancey³ identificó tres niveles de soporte para evitar la formación de un rectocele:

1. El Paracolpium (ligamentos cardinales y útero-sacos).
2. La fascia endopélvica.
3. El tejido denso del rafe perineal.

El tratamiento quirúrgico del rectocele anterior se puede realizar a través de un abordaje transvaginal, transanal o transperineal.⁴⁻⁶ En 1996, Watson et al. describieron el abordaje transperineal del rectocele utilizando una malla de polipropileno para reforzar el tabique rectovaginal.⁷

Debido a la escasa literatura sobre el uso de material protésico en la cirugía transperineal, y teniendo en cuenta el riesgo potencial de infección y/o erosión, la aplicación de mallas en el tratamiento del rectocele por vía transperineal

Miguel C. Montero (h)
drmonteromiguel@hotmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

está sujeta a los resultados de estudios prospectivos y controlados.^{8,9}

El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados a corto y mediano plazo del tratamiento del rectocele anterior mediante la resección rectal transperineal con engrapadora lineal y el refuerzo del tabique rectovaginal con malla no reabsorbible.

Diseño

Prospectivo, de casos consecutivos, no randomizado.

PACIENTES Y MÉTODO

Entre el 01 de abril de 2008 y 31 de marzo de 2010, 12 pacientes fueron tratados con la técnica de Resección Rectal por vía Perineal en forma consecutiva en nuestra institución por presentar Síndrome de Obstrucción del Tracto de Salida (SOTS) con diagnóstico de Rectocele Anterior.

Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino.
- Pacientes con al menos tres síntomas y/o signos de SOTS por seis meses.
- Rectoceles mayores a 4cm por Defecografía y Resonancia Magnética Dinámica de pelvis (RMD), con evacuación incompleta del material del contraste durante el estudio dinámico.
- Pacientes sin resultados favorables al tratamiento de rehabilitación con Biofeedback.

Criterios de exclusión

- Pacientes con patología psiquiátrica documentada.
- Pacientes que presentan patología multi-compartimental por RMD.
- Pacientes que presentan Contracción Paradojal Puborrectal (anismo) en el estudio de manometría anal.

Los pacientes fueron evaluados clínicamente por el mismo equipo de cirujanos colorrectales y de uro-ginecólogos para descartar prolapso de otros órganos pélvicos.

Los pacientes realizaron una entrevista con la psicológica de nuestro equipo previo a la cirugía para detectar la presencia de patrones de enfermedades que pueden afectar el resultado de la intervención quirúrgica.¹⁰

Todos los pacientes fueron estudiados por Manometría Anorrectal para descartar trastornos funcionales, principalmente la presencia de anismo.¹¹

La presencia y el grado de rectocele, así como la asociación a patologías de otros compartimientos fueron determinados por Defecografía y Resonancia Magnética Dinámica de pelvis.¹²

Las variables incluidas en el estudio fueron: edad, sexo, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución de los sín-

tomias, la paridad, el grado de Rectocele, duración del procedimiento, dolor postoperatorio, complicaciones postoperatorias, la estadía hospitalaria, Score ODS (Obstructed Defecation Syndrome), Score PAC-SYM (Patients Assessment Constipation Symptom Questionnaire), Score PAC-QoL (Patients Assessment of Constipation-Quality of Life Questionnaire), Score de Watson y la satisfacción del paciente.

Técnica quirúrgica

Todos los pacientes recibieron preparación rectal basada en dieta líquida y un enema evacuante colocado por el propio paciente a las 15 y 22 hs del día previo a la cirugía. Se realizó profilaxis para Trombosis Venosa Profunda (TVP) con heparina de bajo peso molecular, adaptando la dosis al riesgo del paciente y la colocación de vendajes de compresión en los miembros inferiores.

El procedimiento se realizó en posición de litotomía, con anestesia raquídea, sedación y cateterismo vesical. Al momento de la inducción anestésica se administró una dosis de Cefalotina 1 gr. por vía intravenosa.

La vía de abordaje transperineal fue a través de una incisión transversal entre el ano y la vagina. La incisión se infiltró con solución de lidocaína y epinefrina para lograr la disección hidráulica del tabique rectovaginal.

Se continuó con disección roma y riguroso control de la hemostasia liberando el rectocele hasta el plano de los elevadores con especial cuidado del esfínter anal externo.

Una vez liberado el rectocele, se realizaron cuatro puntos de tracción a los extremos del mismo con hilo no absorbible. A continuación, se utilizó una engrapadora lineal cortante de 7.5 cm con cartucho verde para reseca el defecto rectal controlando la compliance del órgano en forma digital por vía transanal.

Identificado el músculo elevador del ano en cada lado, se hizo una plástica sin tensión con 2 puntos de hilo no absorbible. Posteriormente se colocó una malla de Polipropileno de 6 por 4 cm, con puntos de fijación para evitar su desplazamiento (figs. 1 a 4).

El procedimiento finalizó con un lavado vigoroso de la región utilizando solución salina. La herida perineal se suturó con puntos separados de nylon y fue cubierta con una compresa estéril.

Los criterios para el alta del paciente fueron:

- Adecuada tolerancia a la dieta.
- Deambulación.
- Catarsis efectiva.
- Diuresis espontánea.
- Parámetros generales estables.
- Herida perineal en evolución favorable.

Los pacientes fueron dados de alta con un plan nutricional a base de líquidos por 72 hs, tratamiento antibiótico



Figura 1: Identificación de los pubo rectales.



Figura 2: Puntos de tracción.

por 7 días con Amino-penicilina 1gr cada 12 hs y se mantuvo el vendaje compresivo hasta la deambulación normal. Se sugirió el uso de anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) orales en función del grado de tolerancia al dolor y protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones. El inicio de la actividad sexual se retrasó hasta la sexta semana postoperatoria.



Figura 3: Stapler por vía perineal.

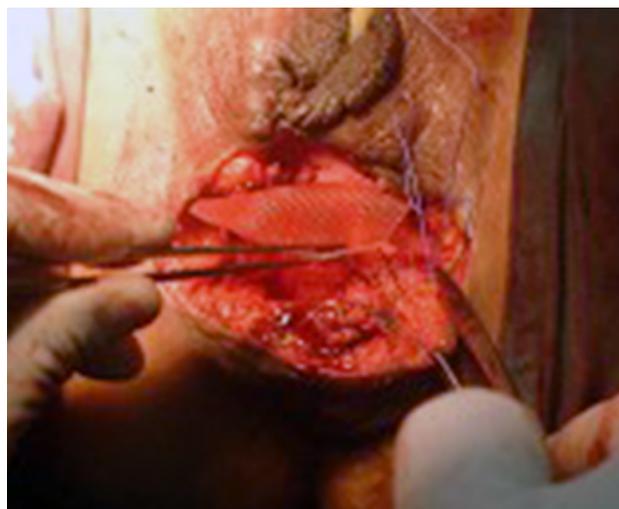


Figura 4: Colocación de la malla.

Seguimiento

Los pacientes fueron referidos al primer control postoperatorio 72 horas después del alta para una evaluación clínica general y de la herida perineal. Los puntos fueron retirados a los 10 días del procedimiento.

Las complicaciones postoperatorias fueron clasificadas por el "Sistema de estratificación de las Complicaciones" (STROC) de Clavien-Dindo.¹⁷

Se consideró como resultados de corto plazo aquellos obtenidos en los controles realizados a los 7 y 21 días del postoperatorio, y resultados de mediano plazo a los determinados en el 6to mes postoperatorio.

En la evaluación postoperatoria a corto plazo (7º y 21º día) se determinó el Score ODS (Obstructed Defecation Syndrome) y PAC-SYM (Patients Assessment Constipa-

tion Symptom Questionnaire) para la comparación con los respectivos valores basales pre-quirúrgicos.

En la evaluación a mediano plazo (6 meses), los pacientes fueron remitidos a consultorio externo para un examen proctológico, evaluar el Score ODS, Score de Watson y el impacto en la calidad de vida mediante el Score PAC-QoL.

Scores aplicados para la evaluación de SOTS y Calidad de vida referida al evento

La gravedad de los síntomas de estreñimiento se evaluó utilizando un score validado conocido como "Patients Assessment Constipation Symptom Questionnaire" (PAC-SYM) cuya puntuación va desde 0 (el mejor) a 48 (tabla 1).¹³

Se utilizó un score específico para evaluar el Síndrome de Obstrucción del tracto de salida anal conocido como "Modified ODS Patients Questionnaire" (ODS Score). El mismo evalúa 7 síntomas relacionados a la obstrucción del tracto de salida y un ítem puntual para la calidad de vida, asignándole un valor según la frecuencia de presentación de los mismos. La puntuación es de 0 (mejor) a 24 (tabla 2).^{14,15}

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes en relación a la severidad de constipación, se realizó con un score validado conocido como "Patients Assessment of Constipation-Quality of Life Questionnaire (PAC-QoL). Las sub-escalas del score PAC-QoL evalúan bienestar físico, bienestar psicosocial, preocupaciones e inquietudes, y la insatisfacción. En nuestro estudio se aplicó la sub-escala de Satisfacción (tabla 3).¹⁶

Por último, para la evaluación independiente de los síntomas relacionados con la obstrucción del tracto de salida se utilizó un score aprobado por Watson y cols.⁷ Esta puntuación evalúa:

1. Frecuencia de las digitaciones,
2. La gravedad de Constipación,
3. Sensación de evacuación incompleta y
4. Presencia de impronta dentro de la vagina. Cada síntoma recibe un valor de 0 a 3 según la frecuencia de ocurrencia. La puntuación más alta posible total es de 12 puntos.

Estadística

Se determinó la media y desviación estándar para comparar el estado preoperatorio y postoperatorio de los diferentes scores. La diferencia entre ambos se estableció con la prueba de Wilcoxon y valores de $p < 0,05$ fueron considerados significativos. El software utilizado fue NCSS versión de 2001.

RESULTADOS

Un total de 12 pacientes fueron intervenidos con el procedimiento descrito en el periodo de estudio. To-

dos los pacientes fueron del sexo femenino, con una edad media de 44,6 años (r: 39-54, SD: 6,7, IC 95% 40.3-48.9). Un 100% (12) de los pacientes refirieron como queja principal la presencia de estreñimiento, con sensación de evacuación incompleta e impronta vaginal. Diez (83%) pacientes reportaron necesidad de digitación vaginal o anal para completar su evacuación. La evolución media de los síntomas fue de 6 años (r: 3-10) y el número promedio de nacimientos por paciente fue 3,6 (r: 1-9).

El examen clínico de los pacientes mostró en todos los casos la presencia de descenso perineal y debilidad de la pared anterior del recto mediante un examen digital.

El estudio defecográfico reveló la presencia de rectocele > 4 cm en el 100% (12) de los pacientes y una longitud media de 5.6cm (r: 4-7, SD 1.08, IC 95% 4.89-6.27); (figs. 5 y 6).

El estudio de Resonancia Magnética Nuclear Dinámica de pelvis evidenció el rectocele en todos los casos con una buena correlación respecto la defecografía y ausencia de patología en otro compartimiento (fig. 7). Los estudios dinámicos por imágenes mostraron en los 12 (100%) pacientes evacuación incompleta del medio de contraste intrarrectal.

El tiempo promedio de cirugía fue de 164 minutos (r: 135-180, SD: 18,19, IC 95%: 152,6 a 175,7) y no hubo complicaciones intraoperatorias.

La estadía media hospitalaria fue de 2,6 días (r: 1-3). En el 100% (12) de los casos, la Escala Visual Análoga (VAS) determinada a las 24 hs, 72 hs y 7 días posteriores a la cirugía fue inferior a 4 (dolor leve y tolerable) con buena respuesta a los analgésicos orales.

La morbilidad fue del 16,6% (2) y no hubo mortalidad relacionada con el procedimiento. Las complicaciones postoperatorias generales fueron 1 (8,3%) caso de rechazo de la malla protésica (stroc 3a) y 1 (8,3%) caso de dehiscencia de la herida perineal superficial (stroc 3a) sin signos de infección de la herida perineal profunda. El paciente con rechazo de la malla fue intervenido para la extracción de la misma a través de la herida perineal, toilette y posterior cierre. En el caso de la dehiscencia de herida perineal el paciente fue llevado a cirugía y se realizó sutura bajo anestesia local y sedación. Las complicaciones postoperatorias generales se detallan en la (Tabla 4).

La evaluación preoperatoria promedio del score ODS fue de 19,16 (r: 16-23), mientras que el ODS promedio determinado en el seguimiento a corto plazo (7° y 21° día postoperatorio) fue de 0,5 y 0,16 respectivamente (grafico 1). La diferencia de las medias fue estadísticamente significativa ($P = 0,001$).

La evaluación de los síntomas de estreñimiento aplicando el Score PAC-SYM mostró un resultado prome-

TABLA 1: PATIENTS ASSESSMENT CONSTIPATION SYMPTOM QUESTIONNAIRE (PAC-SYM)

Severity of constipation	Absent	Mild	Moderate	Severe	Very severe
Symptoms in the last week	0	-1	-2	-3	-4
Abdominal discomfort.					
Abdominal pain.					
Abdominal Rumbling					
Stomach upset					
Painful bowel movements					
Rectal Burning					
Rectal bleeding					
Difficult evacuation					
Inability to evacuate despite trying					
Constipation to evacuate					
Sensation of complete evacuation					
Stool with short pushes					

TABLA 2: MODIFIED ODS PATIENT QUESTIONNAIRE (ODS SCORE)

Question score	Response options			
1- Medication to evacuate	0	1	2	3
2- Difficulties to evacuate	0	1	2	3
3- Digitation to evacuate	0	1	2	3
4- Return to toilet to evacuate	0	1	2	3
5- Feeling of incomplete evacuation	0	1	2	3
6- Straining to evacuate	0	1	2	3
7- Time needed to evacuate	0	1	2	3
8- Lifestyle alteration	0	1	2	3

TABLA 3: PATIENT ASSESSMENT OF CONSTIPATION-QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE- PAC-QOL (SATISFACTION SUBSCALE)

How satisfied are seen in the last week regarding their evacuation	None	Very little	Moderate	Pretty	Very
	0	(1)	-2	-3	-4
1. Has been satisfied on the frequency of bowel movements.					
2. Has been satisfied on the regularity of bowel movements					
3. Has been satisfied with the time it takes for food to reach the intestine					
4. Has been satisfied with the treatment instituted					

dio preoperatorio de 17,08 (SD: 4,3, IC 95%: 14.3-19.8), mientras que en la evaluación a corto plazo (7° y 21° día post-operatorio) la puntuación fue 3,25 y 1,32 respectivamente (gráf. 2). La diferencia entre las medias de las muestras dio un resultado estadísticamente significativo ($P = 0,002$).

En el seguimiento a mediano plazo (6 meses), el examen clínico de los pacientes no evidenció recurrencia de los síntomas relacionados con la obstrucción del tracto de salida. La evaluación del Score ODS no modificó los valores respecto a la evaluación realizada a los 21 días del postoperatorio.

La evaluación comparativa de los síntomas asociados de

forma independiente con obstrucción del tracto de salida recto-anal se detalla en la tabla 5.

El cuestionario PAC-QOL (sub-escala de satisfacción) a los seis meses mostró una mejoría significativa con respecto al valor preoperatorio (preoperatorio 0,66 vs postoperatorio 3,58; $p = 0,001$) (gráf. 3).

DISCUSIÓN

El tratamiento óptimo del rectocele anterior sigue siendo un tema controvertido.¹⁰ Durante 1980, la Colporrafia Posterior fue el procedimiento elegido por los ginecólogos para el tratamiento del rectocele con resultados funciona-

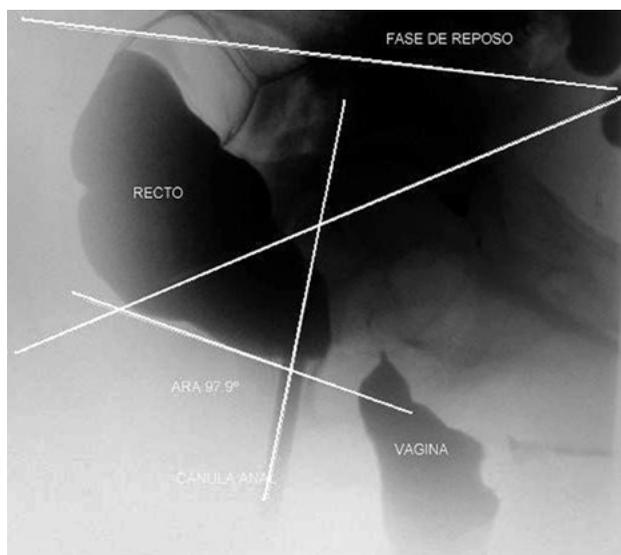


Figura 5: Fase de reposo.

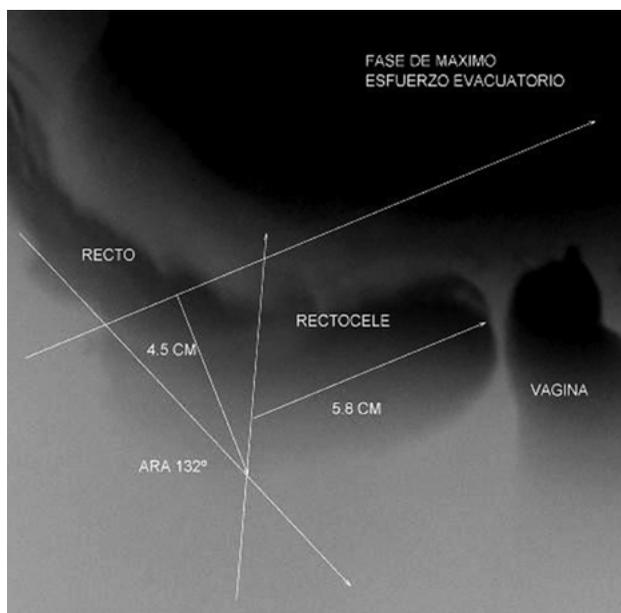


Figura 6: Fase de esfuerzo.

les desfavorables debido a que la atención no se focalizaba en el trastorno evacuatorio.¹¹⁻¹⁴ La literatura coloproctológica considero el tratamiento del rectocele a través de un abordaje transanal sin obtener diferencias significativas respecto de la vía vaginal cuando se evalúa el grado de constipación y dispareunia.¹¹ Sumado a esto, varios autores coinciden en que existiría cierto grado de afección de la continencia anal debido a la dilatación excesiva y mantenida durante el procedimiento. Aunque en la mayoría de los casos es transitorio, esto es un factor a tener en cuenta al tratar a un paciente con trastornos de la continencia anterior.^{15,16}

Recientemente los cirujanos han tratado de lograr una reparación más anatómica y fisiológica, utilizando los propios tejidos del paciente para tratar el defecto específico en el tabique recto-vaginal. Sin embargo, esta modalidad se

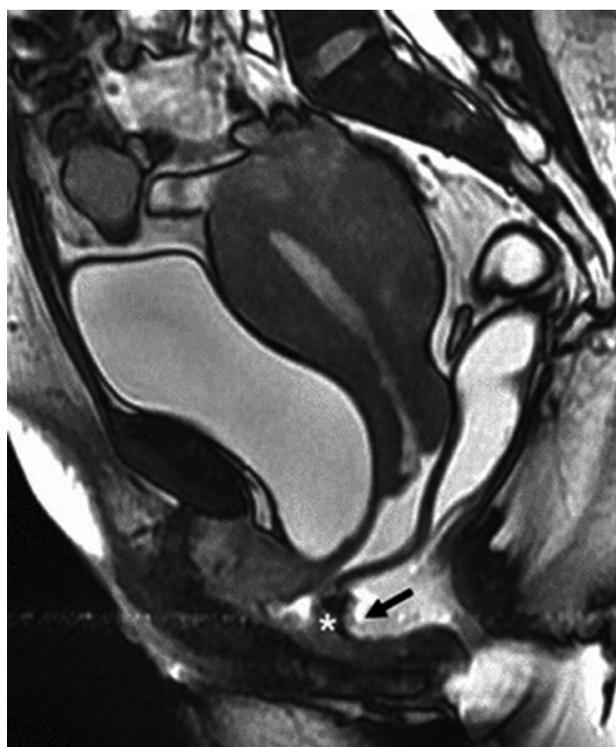


Figura 7: RM dinámica de pelvis en fase de esfuerzo.

TABLA 4: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS GENERALES (N: 12)

Complication	Nº	STROC	%
Rechazo de malla	1	3a*	8,3
Deshicencia de herida	1	3a*	8,3
Total	2		16,6

*STROC: Stratification of Complications (Clavien-Dindo).

TABLA 5: COMPARACIÓN DE LA PUNTUACIÓN PREOPERATORIA VS POSTOPERATORIA (6 MESES) DEL SCORE DE WATSON Y COLS.

Síntomas	Preop.	Postop.	p
Digitación	1.58	0	0,003
Impronta vaginal	1.58	0	0.004
Severidad de constipación	2.41	0	0.001
Evacuación incompleta	1.91	0	0.002
Total	7.5	0	0.002

*Los valores representan la media de cada determinación. Prueba de Wilcoxon ($p < 0.05$).

asocia con altas tasas de dispareunia y recurrencia.^{17,18} Algunos autores sugieren que los malos resultados se deben a los cambios en la conformación del tejido conectivo favoreciendo el desarrollo del rectocele.

Así surgió la colocación de diferentes tipos de malla por vía transperineal con el fin de reforzar el tabique recto-vaginal ofreciendo una matriz permanente para el crecimiento del tejido fibroblástico.^{7,19-22} Jackson et al. observó la presencia de varias proteínas que inducen fibrosis en el componente extracelular de los pacientes con malla colocada.²³ Sin embargo, debido a la escasa literatura,

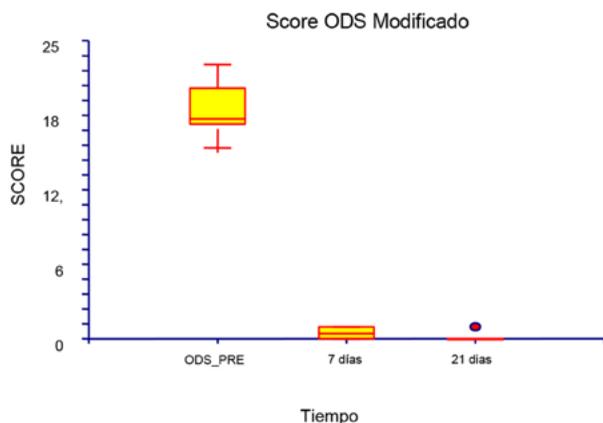


Gráfico 1: Comparación entre la puntuación ODS pre y postoperatorio a corto plazo. Prueba de Wilcoxon ($p = 0,001$).

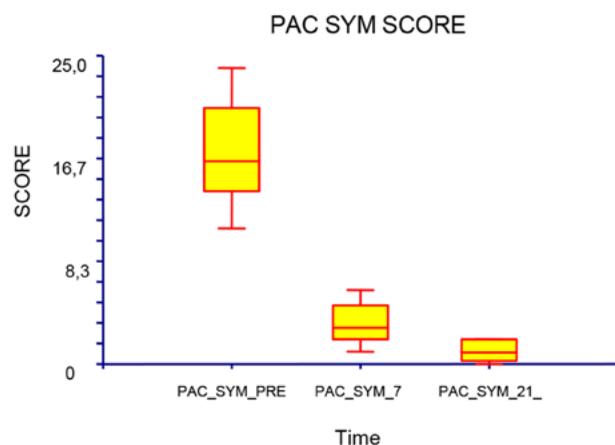


Gráfico 2: Comparación entre la puntuación PAC-SYM pre y postoperatorio a corto plazo. Prueba de Wilcoxon ($p = 0,002$).

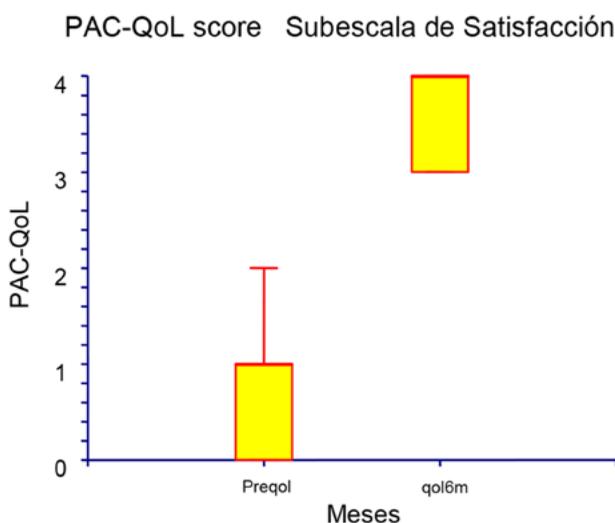


Gráfico 3: Valor de la subescala de Satisfacción del PAC-QoL pre y postoperatorio a mediano plazo. Prueba de Wilcoxon ($p = 0,001$).

la aplicación de la malla en el periné se mantuvo en disputa y sujeta a los resultados de estudios prospectivos y controlados.^{6,8}

Recientemente la técnica STARR (Stapled Transanal

Rectocele Resection) ha cobrado auge en numerosos centros de todo el mundo. Este procedimiento se basa en la recuperación anatómica y funcional del tracto de salida anal mediante la resección del tejido rectal redundante.^{24,25} A pesar de ser un procedimiento adoptado por muchos centros, estudios recientes han reportado una alta tasa de complicaciones, la necesidad de una alta curva de aprendizaje y un bajo nivel de satisfacción con síntomas persistentes en los pacientes.²⁶⁻²⁹

En nuestro estudio hemos aplicado una técnica novel que denominamos por sus siglas en inglés: SPERR (Stapled Perineal Rectocele Resection). Creemos que la premisa a seguir en el tratamiento de un paciente con rectocele es la restitución anatómica y funcional del tabique recto-vaginal. Aunque hoy pocos estudios prospectivos controlados pueden mostrar pruebas sólidas para el uso de mallas en el perineo, su utilización contribuye a reforzar el tabique sin mayores complicaciones. La restitución anatómica y funcional en nuestra experiencia fue del 100% en el seguimiento a mediano plazo. No se observó recurrencia de los síntomas durante dicho periodo. Estudios previos comparten nuestros resultados consiguiendo una recuperación anatómica y funcional favorable, con escasas complicaciones relacionadas por el empleo de malla.^{7,19,22,30-33}

Un tema sujeto a debate es el tipo de malla que se coloca en el perineo. Sezai et al. en su experiencia con la aplicación de malla absorbible, menciona que probablemente la disolución de la misma en un seguimiento a largo plazo no les permitió mantener la firmeza de la pared del tabique rectovaginal.³⁴ Sand y col. obtienen la misma observación en su estudio con un 24% de recurrencia a largo plazo.³⁵ Por otra parte, Mercer y col. sobre su experiencia con malla absorbible mostró resultados con escasas complicaciones relacionadas con la prótesis y a un seguimiento promedio de 25 meses.²² Hoore, en su estudio de la reparación laparoscópica combinada del rectocele (abdominal y transperineal) utiliza una malla absorbible con buenos resultados y sin complicaciones a los 2 años de seguimiento. En nuestra experiencia hemos aplicado malla no absorbible. Sólo tuvimos un caso de rechazo de la malla que se resolvió mediante la extracción quirúrgica de la misma, sin afectar los resultados funcionales. Estamos de acuerdo en que el defecto del tabique debe ser reparado con refuerzo de malla no absorbible para evitar las recurrencias a largo plazo. En nuestra opinión, la reparación quirúrgica con malla es eficiente y no presenta complicaciones mayores relacionadas con su uso como para ser relevantes o afectar los resultados funcionales en los pacientes.³⁶

Por otra parte, así como la técnica de STARR extirpa el recto redundante a través de la vía transanal con una gra-

padora circular, hemos aprovechado la oportunidad para realizar esta resección por vía perineal con una grapadora lineal. Vemos como una ventaja la posibilidad de la resección del reservorio rectal, además de fortalecer el tabique recto vaginal mediante una plástica sin tensión del elevador del ano y la colocación de una malla no absorbible. Esta combinación explica los resultados favorables respecto a los obtenidos por algunos autores que aplicaron la técnica STARR, donde tres meses después la defecografía mostró corrección en sólo el 29% de los casos.²⁶

La recuperación de la función de defecación se evaluó sobre la base de la eliminación o reducción de los síntomas asociados con el síndrome de obstrucción del tracto de salida anal. En este sentido, el score ODS nos permitió objetivar esta premisa, obteniendo resultados favorables cuando se comparan los valores basales respecto a los postoperatorios del 7° y 21° ($p = 0,001$). Del mismo modo el cuestionario PAC-SYM sobre la evaluación de la constipación de los pacientes, mostró una recuperación total de los síntomas, con resultado estadísticamente significativo

($p = 0,002$). La evaluación proctológica a los 6 meses no mostró recidiva clínica del rectocele.

La puntuación de Watson,⁷ score que evalúa de forma independiente los síntomas relacionados a la obstrucción del tracto de salida demostró 100% de recuperación (7,5 preoperatoria frente a 0 a los 6 meses postoperatorios, $p = 0,002$).

CONCLUSIÓN

La técnica denominada SPERR permite restaurar y reforzar el tabique rectovaginal con el uso de una malla y a su vez reseca el reservorio anterior del recto. Los resultados funcionales obtenidos son favorables, con una baja morbilidad general y pocas complicaciones relacionadas con el uso de las mallas. El carácter preliminar de nuestro estudio y el corto tiempo de seguimiento, plantea la necesidad de nuevos estudios prospectivos y controlados con un tiempo de seguimiento más largo.

BIBLIOGRAFÍA

- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:501-6.
- Richardson AC. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36:76-83.
- De Lancy JO. Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 815-823.
- Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 82-86.
- Kubchandani IT, Clancy JP III, Rosen L, Reither RD, Stasik JJ Jr. Endorectal repair of rectocele revisited. *Br J Surg* 1997; 84: 89-91.
- Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, Beer-Gabel M, Pescatori M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 369-384.
- Watson SJ, Loder PB, Halligan S, et al. Transperineal repair of symptomatic rectocele with marlex mesh: a clinical, physiological and radiological assessment of treatment. *J Am Coll Surg* 1996; 183:257-61.
- Segal JL, Karram MM. Evaluation and management of rectoceles. *Curr Opin Urol* 2002; 12:345-52.
- Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, Beer-Gabel M, Pescatori M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 369-84.
- Van Dam JH, Schouten WR, Ginai AZ, Huisman WM, Hop WC. The impact of anismus on the clinical outcome of rectocele repair. *Int J Colorectal Dis* 1996; 11:238-42.
- Pescatori M, Spyrou M, Pulvirenti d'Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. *Colorectal Dis*. 2006 Nov; 8(9):785-9.
- Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989; 30: 1737-1749.
- L. Frank, L. Kleinman, C. Farup, L. Taylor, P. Miner. Psychometric Validation of a Constipation Symptom Assessment Questionnaire. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1999, 34 (9): 870-877.
- Amin AI, Hallbook O, Lee AJ, Sexton R, Moran BJ, Heald RJ. A 5-cm colonic J pouch colo-anal reconstruction following anterior resection for low rectal cancer results in acceptable evacuation and continence in the long term. *Colorectal Dis* 2003; 5:33-7.
- Paul A. Lehur, Angelo Stuto, Michel Fantoli, et al. Outcomes of Stapled Transanal Rectal Resection vs. Biofeedback for the Treatment of Outlet Obstruction Associated with Rectal Intussusception and Rectocele: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. *Dis Colon Rectum* 2008, 51: 1611-1618.
- Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O. Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire. *Scand J Gastroenterol*. 2005 May;40(5):540-51.
- Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of Surgical Complications. A New Proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann Surg* 2004; 240: 205-213.
- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10-7.
- Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 82-6.
- Mellgren A, Anzen B, Nilsson BY, et al. Results of rectocele repair: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 7-13.
- Sullivan ES, Leaverton GH, Hardwick CE. Transrectal perineal repair: an adjunct to improved function after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 106-14.
- Sehapayak S. Transrectal repair of rectocele: an extended armamentarium of colorectal surgeons. A report of 355 cases. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 422- 33.
- Ho YH, Ang M, Nyam D, Tan M, Seow-Choen F. Transanal approach to rectocele repair may compromise anal sphincter pressures. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 354-8.
- van Dam JH, Huisman WM, Hop WC, Schouten WR. Fecal continence after rectocele repair: a prospective study. *Int J Colorectal Dis* 2000; 15: 54-7.
- Porter WE, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karram MM. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1353-8.
- Kenton K, Shott S, Brubaker L. Outcome after rectovaginal fascia reattachment for rectocele repair. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1360-4.
- Parker MC, Phillips RK. Repair of rectocele using Marlex mesh.

- Ann R Coll Surg Engl 1993; 75: 193-4.
28. Oster S, Astrup A. A new vaginal operation for recurrent and large rectocele using dermis transplant. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 493-5.
 29. Kohli N, Miklos JR. Dermal graft-augmented rectocele repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14: 146-9.
 30. Mercer-Jones MA, Sprowson A, Varma JS. Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 864-8.
 31. Jackson SR, Avery NC, Tarlton JF, et al. Changes in the metabolism of collagen in genitourinary prolapse. *Lancet* 1996; 347: 1658-1661.
 32. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1285-96.
 33. Corman ML, Carriero A, Hager T, et al. Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defecation. *Colorectal Dis* 2006; 8: 98-101.
 34. Dodi G, Pietroletti R, Milito G, Binda G, Pescatori M. Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation. *Tech Coloproctol* 2003; 7: 148-53.
 35. Pescatori M, Dodi G, Salafia C, Zbar AP. Rectovaginal fistula after double-stapled transanal rectotomy (STARR) for obstructed defecation. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 83-5.
 36. Binda GA, Pescatori M, Romano G. The dark side of double-stapled transanal rectal resection. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1285-6.
 37. Jayne DG, Finan PJ. Stapled transanal rectal resection and evidence based practice. *Br J Surg* 2005; 92:793-4.
 38. Sullivan ES, Longaker CJ, Lee PY. Total pelvic mesh repair: a ten-year experience. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:857-63
 39. von Theobald P, Labbe E. Three-way prosthetic repair of the pelvic floor. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32:562-70.
 40. de Tayrac R, Picone O, Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. A 2-year anatomical and functional assessment of transvaginal rectocele repair using a polypropylene mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 100-5.
 41. de Tayrac R, Devoldere G, Renaudie J, et al. Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicentre study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18: 251-6.
 42. Sezai Leventoglu, M.D., Bulent Mentez, M.D., Murat AkNn, et al. Transperineal Rectocele Repair with Polyglycolic Acid Mesh: A Case Series. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 2085-2095.
 43. Sand PK, Koduri S, Lobel RW, et al. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1357-1362.

COMENTARIO

El trabajo es un reporte de caso tratados con una técnica quirúrgica durante un período de 18 meses, aproximadamente.

Se trata de una reparación de rectocele anterior utilizando la vía de abordaje perineal. Vía que cuenta con varias ventajas respecto al abordaje vaginal y transanal, ya que se encuentra asociada a menor tasa de dispareunia que las vías vaginales y menor recidiva que las transanales.

Llama la atención que los autores manifiesten un éxito del 100% con este tratamiento y con un número tan bajo de complicaciones, fundamentalmente el bajo número de pacientes que manifestaron dispareunia, complicación que es frecuente en esta vía de abordaje. Y mas aún si le agregan una sutura mecánica lineal para quitar el defecto, con la consiguiente fibrosis que genera y que a su vez le agregan una malla de 4 x 6 cm en el periné, otro factor claramente vinculado a la generación de molestias vaginales no solo con las relaciones sexuales.

Muchos pacientes que presentan rectocele anterior sintomático asocian anismo y/o intususcepción rectoanal. Se desconoce si los pacientes incluidos en la muestra carecían de intususcepción rectoanal, ya que en esos casos el beneficio es mayor con la vía transanal.

El trabajo es interesante desde el punto de vista de la descripción de una nueva técnica.

Rubén Miravalle

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología de la Ciudad de Buenos Aires. C.A.B.A., Buenos Aires.

Tratamiento de Fístula Anal Compleja Asistida por Video. Resultados a Largo Plazo

Leonardo R. Salim, Cristian Alberto Gomez
Sanatorio Parque. Rosario, Argentina.

RESUMEN

Introducción: El tratamiento de las fístulas perianales sigue en la actualidad siendo controvertido, ya que aún no existe una técnica con baja tasa de recidiva, baja morbilidad y escasa o nula alteración de la continencia. Dentro de las técnicas "sphincter sparing", el tratamiento video asistido del trayecto fistuloso (VAAFT) aparece como una técnica con resultados promisorios.

Objetivos: Evaluar la experiencia de 25 pacientes con fístulas perianales tratados con VAAFT.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Pacientes portadores de fístulas criptoglandulares. Anatómicamente 15 eran transesfintericas altas, 3 transesfintericas bajas y 7 interesfintericas altas. Todos los pacientes tenían trayectos crónicos (más de un año de evolución). 20 pacientes ya tenían realizadas cirugías previas de su fístula, todos con sedal cortante. Cuatro de estos pacientes presentaban incontinencia a gases.

Resultados: Entre Mayo 2016 y Abril 2018, se operaron 25 pacientes, 20 del sexo masculino y 5 del sexo femenino. A todos ellos se les realizó en el preoperatorio ecografía endoanal con traductor de 360° y manometría ano-rectal. A todos se les realizó interrogatorio sobre el estado de su continencia. En todos los pacientes se realizó el procedimiento según técnica descrita por Meinerer con alguna modificación. En 3 pacientes no se logró identificar el orificio interno. En 4 pacientes el cierre del mismo se hizo con surget de PDS, en 3 se realizó algún tipo de colgajo (mucoso, locking flap) y en 15 pacientes se utilizó suturas mecánicas lineales de 45 mm. En 3 pacientes se agregó al VAAFT procedimiento LIFT.

Tres pacientes tuvieron recidiva y 5 recurrencia. Se tomó como recurrencia a la supuración por orificio externo y/o ano más allá del cuarto mes posoperatorio, mientras que se clasificó como recidiva a aquellos pacientes que tuvieron más de seis meses sin supuración luego del cierre del orificio externo y posteriormente volvieron a supurar.

No se perdió ningún paciente en el seguimiento postoperatorio.

No se identificaron alteraciones de la continencia posteriores al tratamiento ni empeoramiento de aquellos que tenían incontinencia a gases.

Las complicaciones fueron 4 abscesos en la zona del trayecto fistuloso que drenaron espontáneamente y 1 edema perineal por infiltración con glicina por ruptura del trayecto fistuloso.

Conclusión: El procedimiento VAAFT demostró ser una técnica segura con las ventajas de ser mínimamente invasiva y la única bajo visión directa.

Palabras Claves: Fístula Perianal; Esfínteres Anales; Fistuloscopio; Fístula Anal Compleja

ABSTRACT

Introduction: The treatment of perianal fistulas is still controversial. Actually, there is no surgical technique with low recurrence rate, low morbidity and no alteration of continence.

Between the "sphincter sparing techniques", the Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) appears as a technique with promising results.

Objectives: Evaluate the experience of 25 patients with perianal fistulas treated with VAAFT.

Methods: observational retrospective study. Patients with cryptoglandular fistulas. Anatomically 15 were high transsphincteric fistulas, 3 low transsphincteric fistulas and seven high intersphincteric. 20 of them had previous surgeries with cutting seton.

Results: Between May 2016 and April 2018, 25 patients with fistula -in-ano were operated with VAAFT, 20 male and 5 female. Everyone underwent 360° endorectal ultrasound and rectal manometry before the procedure, which was performed according to the technique describe by Meinerer with some modifications.

The closure of the internal orifice was performed with PDS surget in 4 cases, whereas 3 patients needed a mucosal advance flap and in 15 cases a 45 mm stapler was used. In 3 patients the internal orifice was not identified.

The follow-up was for 2 years.

The complications were four abscesses in the area of the fistulous tract, that drained spontaneously and one perineal edema due to infiltration with glycine due to rupture of the fistulous tract.

Conclusion: The VAAFT procedure proved to be a safe technique with the advantages of the minimally-invasive techniques.. Besides is the only technique under direct vision.

Keywords: Anal Fistula; Video-assisted Anal Fistula Treatment; Complex Anal Fistula; Sphincter-Sparing

INTRODUCCIÓN

La fístula perianal es una patología que históricamente presentó un gran desafío en cuanto a su tratamiento para los especialistas en cirugía colorrectal. Dado no solo por su elevada tasa de recurrencia, sino también por el riesgo de distintos grados de incontinencia postoperatoria.

Las fístulas en general se definen como una comunicación entre dos superficies orgánicas con epitelio y, en el

caso de las fístulas perianales, de la mucosa endoanal con la piel, precedido generalmente de un absceso. El trayecto de dicha comunicación toma distintas relaciones con los esfínteres anales de la cual surgen distintas clasificaciones. Una de ellas es la de Parks, la cual las clasifica en fístulas interesfinterianas: son las que se presentan con mayor frecuencia (60%) y cuyo trayecto desciende entre el esfínter interno y el esfínter externo hasta la piel perianal. Fístulas transesfinterianas: tienen un trayecto que pasa a través de ambos esfínteres. La altura del mismo determinará el riesgo de incontinencia postoperatoria. Éstas represen-

Leonardo R. Salim

leo_salim2000@yahoo.com.ar

tan cerca del 25% de los casos. Fístulas supraesfinterianas: transcurren por el espacio interesfinteriano hasta la región supra elevador, allí la atraviesan y se dirigen hacia la piel perianal. Se presentan en menos del 5% de los casos. Fístulas extraesfinterianas: no tienen origen en una cripta, si no que el orificio interno tiene una ubicación alta. Son consecuencia de traumatismos ano-perineales, iatrogenias, enfermedad inflamatoria intestinal y otras sepsis pelvianas.

Otra clasificación que surge de la relación del trayecto con los esfínteres, la complejidad en cuanto a su resolución quirúrgica y la probabilidad de una incontinencia anal postoperatoria, es la de fístulas simples y fístulas complejas.

El término fístulas perianales complejas surge de una serie de situaciones que hacen que la resolución quirúrgica sea más difícil, con mayor riesgo de recurrencia y de generar una incontinencia postoperatoria. Dentro de este término incluimos a las fístulas extraesfinterianas y supraesfinterianas, a las fístulas recidivadas, fístulas de localización anterior en las mujeres, las fístulas múltiples con sus respectivos orificios internos y externos, y a las relacionadas con enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn) o Tuberculosis anal.

Con el correr del tiempo y en vista del gran desafío terapéutico que presenta la patología han surgido múltiples procedimientos con la premisa de la preservación de la musculatura esfinteriana (en inglés "sphincter sparing") y de esta manera preservar la continencia anal. Entre los más importantes podemos mencionar el flap endoanal o endorrectal, lift, fistula plug, glue (fibrina), FILAC, OTSC, células madres y el tratamiento de fístula anal asistida por video (VAAFT).

Esta última técnica, el VAAFT, fue desarrollada en el año 2006 por el Dr. Piercarlo Meinero en Italia.

Objetivo

Evaluar la experiencia en 25 pacientes con fístula perianal operados con el método VAAFT, como lo describe P. Meinero, intervenidos en la ciudad de Rosario, Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de 25 pacientes intervenidos con el método VAAFT para el tratamiento de fístulas perianales complejas, entre el mes de mayo del año 2016 y abril del 2018.

De los pacientes incluidos, 20 fueron de sexo masculino y 5 femeninos. Todos ellos fueron previamente estudiados con ecografía endoanal de 360°, manometría anorrectal y examen proctológico evaluando el trayecto fistuloso, anatomía e indemnidad esfinteriana y funcionalidad anorrectal. Todos los pacientes incluidos en este estudio tenían una fístula de origen criptoglandular. Anatómicamente 15

eran transesfintericas altas, 3 transesfintéricas bajas y 7 interesfintéricas altas. Veinte de ellos tenían el antecedente de una intervención previa con sedal. 4 pacientes presentaban incontinencia a gases (entre 1 y 6 de la escala de Jorge y Wexner). Coincidentemente los cuatro habían sido sometidos a cirugía previa.

A todos se les practicó la técnica VAAFT descrita por P. Meinero. Ésta consta de dos etapas, una primera diagnóstica y la subsiguiente terapéutica, ambas llevadas a cabo en el mismo procedimiento quirúrgico. Para ello, con el paciente bajo anestesia raquídea, se utiliza un endoscopio semirrígido de 3,3 mm de diámetro por 20 cm de largo llamado fistuloscopio de Meinero (Karl Storz GmbH, Tuttlingen, Germany), conectado a una torre de video laparoscopia. El objetivo de la etapa diagnóstica es localizar correctamente el orificio interno fistuloso y los posibles trayectos secundarios o cavidades intermedias. Se inserta el fistuloscopio a través del orificio externo fistuloso utilizando solución acuosa de glicina de manera tal que el líquido genere distensión del trayecto, se avanza el fistuloscopio bajo visión directa identificando la anatomía de la fístula hasta visualizar directamente o por transluminación el orificio interno.

Finalizado esto se procede a la segunda etapa, la terapéutica, cuyo objetivo radica en lograr la limpieza y destrucción de la fístula. Esto se cumple utilizando en primer paso una pinza de presión laparoscópica de 2,5 mm de diámetro que se introduce por el canal de trabajo del fistuloscopio de manera tal de retirar todo el tejido fibroso dejando el trayecto perfectamente limpio (modificación realizada por los autores). A continuación, se utiliza un electrodo de alta frecuencia que cauteriza cm a cm todo el trayecto fistuloso, eliminando así todos los restos de tejido que pudieran haber quedado adheridos a la pared de la fístula. Luego se inserta un endobrush (cepillo) a manera de curetaje.

Finalmente, se cierra el orificio interno con una sutura mecánica lineal cortante 45 mm o como alternativa, si no es factible usar la sutura mecánica, se realiza un flap o sutura continua de PDS (Polidioxanona). Esta última es una variante de la técnica original que cayó en desuso por sus malos resultados.

RESULTADOS

En nuestra serie, en 4 pacientes el cierre del mismo se hizo con sutura continua de PDS, en 3 pacientes se realizó flap y en 15 pacientes suturas mecánicas lineales de 45 mm. En 3 pacientes no se logró identificar el orificio interno con el método VAAFT, por lo que se realizó un procedimiento LIFT.

El seguimiento de los pacientes es de dos años. No hubo pérdidas en el follow up. No se observó incontinencia

cia postoperatoria ni agravamiento de la preexistente. Las complicaciones que se presentaron en el postoperatorio inmediato fueron 4 abscesos en la zona del trayecto fistuloso que drenaron espontáneamente y 1 edema perineal por infiltración con glicina por ruptura del trayecto fistuloso. Todos se resolvieron sin la necesidad de una re-intervención.

Tuvimos 8 fracasos terapéuticos. Tres pacientes con recidiva, es decir que comenzaron con supuración por ano u orificio externo luego de 6 meses de la intervención. A su vez cinco pacientes presentaron recurrencia, es decir la aparición de los síntomas a partir del cuarto mes postoperatorio.

Del total de los fracasos, el cierre del orificio interno había sido con surget de PDS en 4 casos, flap mucoso en dos y stapler en los dos restantes. Un solo paciente volvió a ser operado utilizando técnica VAAFT y fracasó nuevamente. En los 7 restantes se utilizaron otras técnicas con diversos resultados. El mejor resultado terapéutico lo obtuvimos en los pacientes en los que utilizamos la sutura mecánica lineal, incrementando sustancialmente el costo del procedimiento. La tasa de éxito fue del 68%.

DISCUSIÓN

A la fecha existen pocas publicaciones en la literatura mundial con respecto al VAAFT, no existiendo ninguna en nuestro país. La mayor serie de pacientes fue presentada por P. Meinero,¹ en el año 2011, con 136 casos de fístulas

complejas realizados entre el mes de mayo de 2006 y mayo de 2011. Durante su experiencia no se presentaron complicaciones serias como sangrado o infecciones postoperatorias. En su estudio, Meinero, obtuvo una buena respuesta en el 73,5% de los casos a los 2-3 meses. En los pacientes sin curación de la fístula se les realizó un segundo procedimiento VAAFT con el que obtuvo un 83% de curación.

En la publicación del grupo de I. Seow, en F. Seow – Choen y P. K. Koh,² con una casuística de 41 pacientes obtuvieron un 70% de curación. De los pacientes con recidivas de la enfermedad, practicando un nuevo procedimiento VAAFT obtienen un 83% de curación.

Gaurav Kochhar y Col.³ publicaron, en el año 2014, su experiencia en 82 pacientes operados con VAAFT entre el año 2010 y 2014, en ella se presenta una recurrencia del 15,83%.

CONCLUSIÓN

El procedimiento VAAFT demostró ser una técnica segura con las ventajas que representa la mini invasividad.

Es la única técnica bajo visión directa y su tasa de éxito es similar a otras "sphincter sparing" sin riesgos en la continencia. Como contrapartida, tiene un alto costo económico por el equipamiento necesario.

Nuestra experiencia resulta alentadora. Sin embargo, necesitamos un mayor número de procedimientos y un seguimiento más alejado para ser validada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meinero P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): A novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech Coloproctol.* 2011. Vol 15. Pag 417-422.
2. Seow-En I, Seow-Choen F, Koh PK. An experience with video-assisted anal fistula treatment with new insights into the treatment of anal fistulae. *Tech Coloproctol.* 2016. Vol 20. Pag 389-393.
3. Kochhar G, MS, Saha S, MS, Andley M, MS, Kumar A, Saurabh G, MS, Pusuluri R, MS, et al. Video-assisted anal fistula treatment. *JLS.* 2014. Vol 18 Issue 3.

COMENTARIO

El tratamiento quirúrgico de una fístula anal compleja implica un desafío para el proctólogo, ya que se intenta al mismo tiempo resolver la patología y preservar la función esfinteriana, utilizando una técnica lo menos invasiva posible que permita una rápida recuperación postoperatoria. El hecho que existan múltiples opciones quirúrgicas desarrolladas para tal fin, implica que ninguna per sé es lo suficientemente buena como para ser considerada gold standard. El VAAFT es una técnica que permite evaluar bajo visión directa el trayecto fistuloso e identificar trayectos secundarios, abscesos y el orificio interno. A su vez, puede asociarse con otros procedimientos ya conocidos como el colgajo de avance mucoso o el LIFT.

En la bibliografía actual, la publicación con mayor número de casos corresponde a la de Meinero et al., con una serie de 203 pacientes y una tasa de éxito del 70% a los seis meses. También demostró mejores resultados realizando el cierre del orificio interno con sutura mecánica (74% de éxito versus 58% para el cierre con sutura manual).

En el presente estudio retrospectivo de 25 casos, el primero en nuestro país, los resultados obtenidos son similares a los publicados en la bibliografía. Si bien el número de casos es bajo, el seguimiento fue de dos años, y a diferencia de otros trabajos, se utilizó la manometría anorrectal en el preoperatorio, lo que permitió evaluar objetivamente la incontinencia como consecuencia del procedimiento. Debido a su alto costo, es necesario todavía mayor experiencia para evaluar sus beneficios y poder adoptar esta técnica en nuestro medio.

Sebastián Guckenheimer
Hospital Pirovano. C.A.B.A., Buenos Aires.

SESIÓN 11 DE MAYO DE 2018

Presidente: Doctor Alejandro Moreira Grecco

Dr. Alejandro Moreira Grecco: Bueno en primer lugar, felicitarte Leonardo, sé que sos un pionero del VAAFT en la Argentina y te agradezco el trabajo. Te hago una pregunta técnica. Primero ¿la glicina baja por goteo o tenés algún tipo de bomba o de presión como el neumoperitoneo para usar? La segunda es: ¿si consideras esta técnica como un esfínter saving y si la recomendarías en un paciente de alto riesgo de incontinencia fiscal o en una fístula recidivada. Y lo otro es ¿qué papel, por lo que veo, le das vos al cierre del orificio interno? Me parece que es una de las partes claves, porque cuando cambiaste el tipo de cierre mejoraste el éxito. Y la otra sería qué comparación o cómo lo ves vos contra el filácola, la ablación láser del trayecto. Son muchas preguntas, perdón.

Dr. Leonardo Salim: Muchas, sí.

Dr. Alejandro Moreira Grecco: Porque estuvo muy interesante.

Dr. Leonardo Salim: Gracias. Bueno primero, si me olvido alguna me la repreguntás por favor. De la glicina utilizamos solamente a goteo, no tengo una bomba especial, un B109 y cae goteo y lo manejamos, tiene una llave el fistuloscopio de ambos lados que se puede regular más o menos la presión. Los detractores de la técnica dicen que la distensión a alta presión hace que se distienda, valga la redundancia, mucho el trayecto que después no se pueda cauterizar, porque al tener un trayecto muy extendido no se puede coagular todo el trayecto. Segundo, es muy importante el cierre del orificio interno según quién describe esta técnica, por lo tanto, mientras más hermético mejor. En la primera descripción, Meinero utilizaba cianocrilato también para reforzar el cierre, lo ponía en las líneas de la sutura mecánica y llenaba el orificio con cianocrilato. Después le fue mal porque hizo abscesos y algunas cosas, me lo comentó, entonces lo dejó de hacer. Yo filac no hice nunca, hay una nueva idea de utilizar la fibra del láser, la radiada, no la longitudinal sino la radiada, la que quema en 360 grados con el VAAFT, se llama VAAFT C o VAAFT FILAC, no le han puesto todavía el nombre, pero tenés que tener los dos aparatos, el VAAFT o sea el fistuloscopio, y el láser. Eso, lo que haría es disminuir la posibilidad de el sesgo que tiene uno, digamos, para cauterizar cuando el trayecto está muy distendido entonces la fibra láser quema mucho más, es más cara y esa sí es desechable, en cambio el coagulador dura 6, 7, 10 cirugías, dura. ¿Qué otra pregunta Ale, perdón?

Dr. Alejandro Moreira Grecco: Si es un esfínter saving.

Dr. Leonardo Salim: Sí, totalmente.

Presidente: El doctor Rosato dice que te felicita y que ¿qué tercer pagador cubre el costo y si estás de acuerdo, veo, con la desepitelización del trayecto, decile al Dr. Rosato.

Dr. Leonardo Salim: Bueno, al Dr. Rosato le tengo que agradecer primero porque él, yo lo escuché a él hablar de vaaft hace algunos años y, así como con la ecografía, aprendí a hacer vaaft porque lo escuché al Dr. Rosato en la ecografía también, a pesar de que, bueno, no me enseñó. Con respecto al tercer pagador es muy complicado, yo no trabajo en la parte pública, por lo tanto, yo creo que si uno pudiese trabajar en la parte pública tendría una mayor cantidad de casos, yo mis casos son todos privados, privados con obra social, pero de sanatorio, de clínica, no de hospital. Uno tiene que luchar mucho y mi experiencia personal yo lo que he priorizado es hacer los casos antes de el resarcimiento económico, en los primeros casos, después por supuesto uno tiene que pagar el equipo y algunas obras sociales algo cubren, otras no cubren, otras se les pasa algún presupuesto porque es una cirugía no nomencada, pero es muy, muy difícil, por eso la casuística tan baja, en mi modesta opinión.

Dr. Maximiliano Bun: Bueno, felicitaciones Leonardo, muy buena presentación, dos preguntas. La primera es, no sé, por ahí no la vi o la pasé por alto, la media o mediana de seguimiento de estos pacientes para sacar el resultado y la otra pregunta que no me queda claro es los términos recurrencia y recidiva y vos, digamos, una consideración, quizás estás asumiendo las mismas definiciones que Meinero y quizá esto debería asumirse con las definiciones que globalmente se utilizan para valorar recurrencia de una fístula o no en el global de los trabajos de fístula, ya sea la técnica que sea. No me queda claro, no sé qué término está como, que es similar para lo que sería para existencia, que el paciente en realidad no resuelva los síntomas, yo creo que eso es más persistencia a recidiva o recurrencia, no me quedó claro eso. Si uno debería comparar en realidad los términos con los términos se utilizan con el resto de los trabajos y no de los términos que utiliza Meinero para su técnica.

Dr. Leonardo Salim: Gracias Maxi. Bueno, la primera es la respuesta más fácil, 24 meses el follow-up. La segunda una pregunta, digamos, bastante interesante. Coincido con vos, lo que pasa es que al no haber demasiada gente que haga vaaft, digamos, me pareció que me debería remitir a lo que el inventor de la técnica propuso como recidiva y recurrencia. Creo que la recurrencia es una persistencia, es decir que la supuración no termina nunca de curar, y coincido sí con la re-

cidiva, es decir el paciente que curo, no supuró más por un período de tiempo, habría uno quizás que estudiar si ese período de tiempo que él dice que son 6 meses, bueno, por qué no 2, por qué no 4, por qué no un año, y evaluarlo así que coincido contigo, yo me limité a estandarizar la técnica como el inventor lo hizo.

Presidente: Sigue a consideración el trabajo del doctor Leonardo Salim, doctor Minetti.

Dr. Angel Miguel Minetti: Gracias señor presidente.

Presidente: De nada.

Dr. Angel Miguel Minetti: Bueno, felicitaciones, Leonardo, realmente muy buena presentación, muy interesante trabajo, y yo voy a hacer un poco de abogado del Diablo. El equipo, si mal lo entiendo, yo no lo emplee nunca, tiene un objetivo que es cateterizar el trayecto, el segundo es buscar el orificio interno. Los métodos clásicos que nosotros empleamos, probablemente, el hallazgo del orificio interno esté de forma muy parecida o quizás un poco más, porque usando agua oxigenada, cateterizando el orificio interno casi siempre se encuentra. Segundo punto es el tratamiento del trayecto, que en el caso de este procedimiento consiste en electrofulgurarlo, fulgurarlo, en limpiarlo, y en lo clásico quizás ponerlo a plano, hasta cerrar el orificio interno con cualquier otro procedimiento. Y la tercera variante es cerrarlo con una sutura mecánica en vez de lo que conocemos clásicamente. Con lo cual yo pienso que quizás habría que comparar la técnica con las técnicas clásicas como para ver los resultados. En principio tanto lo que se publica como lo que tú has presentado tiene un seguimiento, a mi entender, bastante corto lo cual hace que todavía no haya resultados definitivos como para decir que la técnica puede ser, digamos, de avanzada. Y después, por último, me voy a referir, tú has comentado que se necesitan 3 o 4 semanas de higiene, limpieza, lavado, lo cual hace que la convalecencia sea bastante larga, quizás en los procedimientos que nosotros empleamos clásicamente el enfermo a la semana, 10 días está en actividad. No sé si en este caso tiene que estar en reposo y lo que hace que sea más larga la convalecencia lo cual hay que agregarle al costo de la sutura mecánica, del equipo, del cable, la convalecencia, asique bueno, te felicito nuevamente, realmente interesante trabajo.

Dr. Leonardo Salim: Bueno, muchas gracias por su comentario doctor Minetti. Voy a responder de atrás para adelante. En realidad, el lavaje es solamente con una jeringa de 20 con solución fisiológica dos veces por día, no lleva convalecencia, por supuesto sí el paciente tiene que estar en ese momento acostado, o en alguna posición que permita cateterizar el orificio externo que está reseca y lavarlo, pero no tiene una gran convalecencia, pero por supuesto que es, cabe a su comentario. Con respecto a las otras técnicas, bueno, comparando las técnicas que no son, digamos, fistulectomía o las técnicas esfínter saving tienen todas más o menos esa tasa de éxito, pero la mayoría, o todas, hacen hincapié no en la tasa de éxito sino en el 0% de incontinencia. Yo creo que, por supuesto que uno debería tratar de lograr la mayor tasa de éxito con el porcentaje de incontinencia en 0 y no hay ninguna que lo logre asique agradezco mucho los comentarios, son perfectos, caben a la presentación, claro que sí.

Presidente: Sigue a consideración del trabajo del doctor Salim, doctor Serra.

Dr. Fernando Serra: Bueno, felicitarte y hacerte una pregunta. En los pacientes que tuviste recurrencia o persistencia, ¿cómo encontraste el trayecto y el orificio interno?

Dr. Leonardo Salim: Bueno, la realidad es que los 8 pacientes que anduvieron mal, pongámosle así para no entrar en recurrencia y ese tipo de cosas, a uno solo lo volví a operar con un vaaft, y ese paciente el trayecto estaba ahí porque yo creo que por algo recurrió. Habitualmente el trayecto, lo que hace uno lo cauteriza y el trayecto si uno después le hace una ecografía al paciente sigue viéndolo. Lo que provoca la cateterización es que crezca tejido de granulación y el proceso infeccioso desaparezca y no haya comunicación desde el endoano hasta el trayecto fistuloso por el cierre del orificio interno. Yo el único paciente, con el doctor Gómez que está acá, reoperamos mediante un vaaft también anduvo mal. La realidad es que por lo menos en la parte privada donde yo trabajo, el paciente que se opera de esta técnica, bueno, a la obra social le sale caro o al paciente le sale caro, por lo tanto, el paciente busca esa tasa de éxito, no quiere que uno le hable del 0% sino quiere curarse. Entonces, volverle a hacer otro procedimiento o ya, bueno la mayoría no vuelven, uno sabe que el paciente que recidiva habitualmente va a otro médico y hay muchos detractores de la técnica entonces, yo el único paciente que volví a operar con vaaft tampoco anduvo bien, pero sí, el trayecto estaba. Se ve perfectamente.

Presidente: Doctor Leiro.

Dr. Fabio Leiro: Yo llegué cuando el trabajo ya estaba empezado, pero escuché algo que vos comentaste y me interesa escuchar tu opinión. Vos puntualizaste que los trabajos son solamente de Italia, de la India y no sé de qué otro país, y realmente te pregunto ¿qué crees que significa esto? ¿Por qué los trabajos vienen de esos lugares y no vienen de, digamos, entre comillas, de países donde habitualmente leemos trabajos en las publicaciones internacionales? Creo que también puntualizaste que no están las mejores publicaciones de la especialidad. ¿Qué crees que significa esto y por qué lo remarcaste?

Dr. Leonardo Salim: Bueno, una excelente pregunta también. Gracias Fabio. Primero que no hay ninguna, en Esta-

dos Unidos no se hace. ¿Por qué no se hace en Estados Unidos? No sé, quizás porque el equipo es caro y porque no es el gold standard. Los americanos, digamos, prefieren, o cuando uno va a los congresos hablan mucho más del lift que de cualquier otra técnica de esfínter saiving, y posiblemente porque no sea la técnica maravillosa para hacer una fistula y, te vuelvo a repetir, la tasa de éxito no es demasiado alta y otra cosa no sé por qué, pero debe ser porque no es una técnica maravillosamente exitosa.

Dr. Jorge Latif: Me llama la atención, si es que yo entendí bien, que uses sedal de corte, de corte rápido, asociado a más dolor, corte rápido, mayor incontinencia, casi no usado en ningún lugar de toda la bibliografía que yo busqué para hacer esto. Después no hay muchos trabajos que comparen este método con otros nuevos, ni con el láser, los trabajos son de muy pocos casos, escaso seguimiento y eso hace tambalear los resultados. Quizás últimamente la técnica del lift (13:28) es la que más auge está tomando y quizás la que sea de preferencia para usar en estos casos cuando no querés usar las técnicas comunes. Yo llegué a la conclusión de que estos métodos, ninguno superó al sedal y al colgajo en sus resultados, que son un poco superiores en los últimos años a los que vos nos mostraste un poco allí, y el vaaft en este caso, asociado casi a un 35% de recurrencia porque la tomes como la tomes, o la definamos como la definamos el paciente vuelve a tener el mismo problema. Y con respecto, técnicamente, no lo he usado nunca, pero qué pasa con esos trayectos que son muy anfractuosos, con esos ángulos muy pronunciados para pasarlo. Y yo lo que haría, esta es la pregunta que te quería hacer, las dos preguntas que te quería hacer, y a mí me parece que, si uno no encuentra el orificio interno en un examen bajo anestesia, uno no debería hacer ninguna otra técnica. Yo le recomendaría a mis residentes o a cualquier otro médico que no haga nada y que vuelva otro día a resolver el problema.

Dr. Leonardo Salim: Muchas gracias Jorge. Bueno, con respecto a la primera pregunta, por supuesto que la tasa de éxito de los colgajos y del sedal, bibliográficamente es más alta que esta técnica y mucho menos costosa, sin embargo, tiene, por mínimo que sea, algo de porcentaje de incontinencia, siempre. Y esta técnica, al igual que el láser, al igual que otras técnicas de preservación de esfínteres, el fundamento es que tienen 0% de incontinencia, por lo menos los resultados a largo plazo. Creo que el lift, y esta es una opinión absolutamente personal, creo que el lift es una muy buena técnica y que se ha popularizado porque no es costosa, entonces esa es la opinión. Y la pregunta, esa también, sí, ¿qué es lo que me dijeron a mí que haga? Eso te voy a decir primero. Meiner dice que cuando él encuentra los trayectos anfractuosos lo que hace es, hace un orificio adicional y rectifica el endoscopio porque es semirrígido. Nosotros, con mi compañero que está acá presente lo quisimos hacer en, creo que el segundo o el tercer caso, y se nos dobló el fistuloscopio, por supuesto casi un infarto en el quirófano, era la tercera cirugía, carísimo, y lo tuve que mandar a arreglar a Córdoba, a alguien que arregla endoscopios, que gracias a Dios no se lesionó el canal de trabajo porque si no, no lo podía usar más. Ese paciente primero que, bueno, fue uno de los fracasos, y nosotros, los trayectos que son por lo menos desde el punto de vista ecográfico, anfractuosos, curvilíneos, en herradura directamente no hacemos vaaft, tratamos de hacer otra técnica o no operamos ese paciente.

Presidente: Sigue a consideración el trabajo, bueno, muchas gracias doctor Salim por tu presentación.

Leiomioma Rectal: Reporte de un Caso

Juan C. Aguayo Romero,¹ Victor Salazar Pierotic,¹ Karen Schonffeldt Guilisasti,¹ Gonzalo Guíñez Robertson,¹ Sebastian Oyanedel Pérez,¹ Benjamin Guiloff Scarneo,¹ Daniella Espinola Marin²

¹Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. ²Coloproctología, Hospital Padre Hurtado.

RESUMEN

Introducción: Los leiomiomas (LMS) son tumores raros del tubo digestivo, corresponden a neoplasias malignas originadas de células de músculo liso, representando sólo el 0,1% del total. La localización rectal se da en el 11% de los LMS, aunque representan menos del 1% de los tumores malignos colónicos. En nuestro medio también es una patología de baja frecuencia.

Objetivo: Exponer método diagnóstico, tratamiento, y resultado quirúrgico en paciente con LMS rectal.

Caso Clínico: Paciente mujer, 53 años, atendida en el Hospital Padre Hurtado, gran tabáquica, que se presentó con un cuadro de 1 año de evolución de dolor perianal, defecación laboriosa y 3 episodios de rectorragia. Al examen físico presentaba al tacto rectal a 4 cm del margen anal una masa de ± 2 cm de superficie irregular y de consistencia pétreo. Se realizó colonoscopia objetivando la masa tumoral y tomando biopsia la que se informó como LMS rectal, incluyendo resultados de inmunohistoquímica. Siguiendo con el estudio se realizó TAC y RNM. Se decide la intervención quirúrgica realizándose una resección anterior baja, sin incidentes durante la cirugía y con un buen postoperatorio.

Conclusión: El leiomioma es de extrema baja frecuencia en nuestro país, con sólo pocos casos reportados. La confirmación diagnóstica es con biopsia e inmunohistoquímica. La cirugía sugerida en la literatura es la resección anterior baja, la que se realiza en este caso con buenos resultados.

Palabras Claves: Leiomioma; Recto; Resección Anterior

ABSTRACT

Introduction: Leiomyomas (LMS) are rare digestive tract tumors. It is a malignant tumor originated from smooth muscle cells, representing only 0.1% of the total. Rectal location is given in 11% of LMS, however, they represent less than 1% of all malignant colon tumors. It is a very infrequent tumor in our medium.

Objective: Show the diagnostic method, treatment, and surgical result.

Case Presentation: A 53-year-old female, treated in Padre Hurtado Hospital, heavy smoker, presented with a 1-year history of perianal pain, difficulty during defecation, and three episodes of rectal bleeding. Digital rectal examination showed a mass 4 cm from the anal margin of approximately 2 cm, of irregular surface, and very hard consistency. A colonoscopy was performed, objectivating the tumoral mass and taking a biopsy which was informed as a rectal LMS, including immunohistochemistry results. Continuing with the study, a CT-Scan and MRI were performed. Treatment of choice was surgery; a low anterior resection was carried out with no incidents during the surgery and a favorable post-operative. LMS is extremely infrequent in our country, with only a few cases reported.

Conclusion: Diagnostic confirmation is made through biopsy and immunohistochemistry. Surgery suggested by literature is low anterior resection, which was carried out in this case with good results.

Keywords: Leiomyoma; Rectum; Anterior Resection

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas (LMS) corresponden a menos del 1% de los tumores colónicos¹ y son muy raros en el total del tubo digestivo, representando entre el 0,1-0,5%.² Ahora bien, del total de leiomiomas sólo el 0,3% se identifican en colon y recto.³ Exner en 1908 y luego Adelson en 1948^{4,5} fueron quienes reportaron los primeros casos de LMS rectal. El origen de estos tumores es en su gran mayoría en la musculatura lisa de las capas circular y longitudinal.⁶

Se ha establecido que lo fundamental del diagnóstico del LMS rectal es el estudio histológico de la pieza operatoria y la inmunohistoquímica.

Estos tumores afectan principalmente a mujeres más que a hombres en su mayoría entre la 5ta y 6ta décadas de vida. Los síntomas más frecuentes de presentación son la rectorragia, mas abdominal palpable, dolor perianal y abdominal.⁷

Juan Carlos Aguayo R.
jcaaguayor@gmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

El estudio debe ser con colonoscopia y biopsia, además de TAC y/o RNM. En cuanto a su tratamiento, no hay consenso universal pero la cirugía radical pareciera lo aceptado por la literatura.⁸

Se presenta el caso de una paciente con leiomioma de recto operada en el Servicio de Coloproctología del Hospital Padre Hurtado.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 53 años, tabáquica 40 paquetes/año, con cuadro de 1 año de evolución de dolor perianal, dificultad para defecar y 3 episodios de rectorragia.

Al tacto rectal a 4 cm del margen anal se palpa masa de 2 cm. de consistencia aumentada, superficie irregular. Se solicitó colonoscopia donde se evidenció una lesión solevada de 2-3 cm, de superficie irregular (fig. 1).

El estudio de la biopsia concluye características compatibles con leiomioma rectal, células fusadas dispuestas en haces entrecruzados, con núcleos irregular, lo que se



Figura 1: Colonoscopia. En recto lesión solevantada, de 2 -3 cm, superficie irregular.

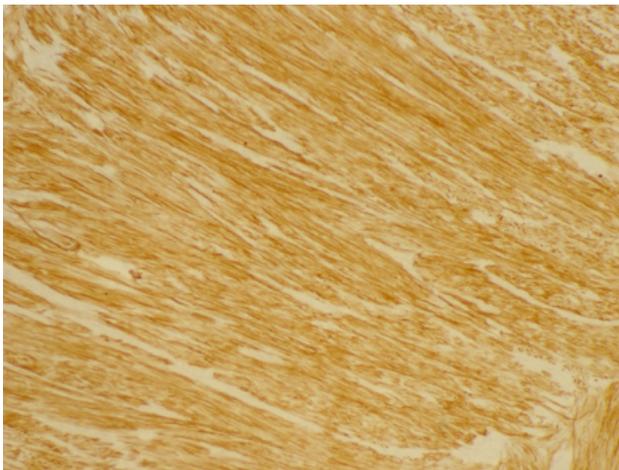


Figura 2: Estudio inmunohistoquímico, se observa Desmina (+) de citoplasma en las células neoplásicas en estudio.

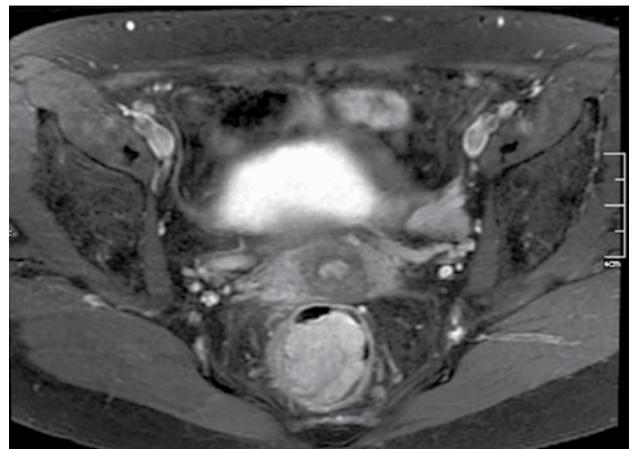


Figura 4: Resonancia Nuclear Magnética. Neoplasia de recto medio, de carácter pediculado, sin compromiso del tejido graso mesorrectal pero con adenopatías mesorrectales sospechosas.

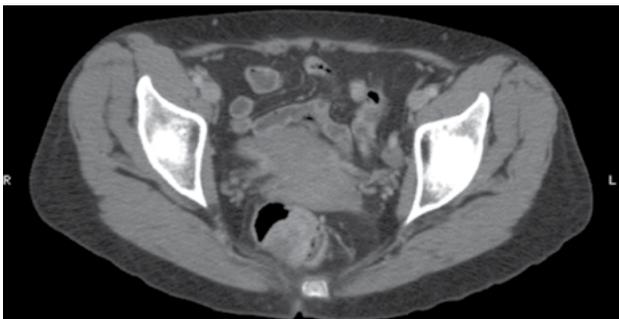


Figura 3: Tomografía computada. Engrosamiento mural irregular, hipercaptante del medio de contraste, que mide 3,9 x 4,2 cm.

corroboró por medio de estudio inmunohistoquímico presentando Actina +, Desmina +, Vimentina +, Ki67 30%, y CD34 -, CD117 -, RE -, S100 -, p53 - (fig. 2).

Solicitamos TAC de etapificación (fig. 3) donde en el recto, aproximadamente a 4,3 cm del margen anal, se identificó un engrosamiento mural irregular, hipercaptante del medio de contraste, de aspecto tumoral, que midió 3,9 x 4,2 cm en sus ejes mayores y adenopatías de la fascia meso rectal de hasta 8,5 mm. Sin adenopatías retroperitoneales ni mesentéricas.

Se decide hacer RNM donde se observó la presencia de



Figura 5: Pieza operatoria. Se observa Tumor con las características ya descritas.

un tumor sólido ubicado en el recto medio, a unos 6 cm del margen anal, de carácter polipoideo, implantado sobre la cara posterior, mide 4,1 x 2,3 cm y presenta un grueso pedículo o tallo vascularizado, que lo fija a la pared posterior en una extensión de aproximadamente 18 mm (fig. 4).

Sin compromiso del tejido graso perirrectal, pero con adenopatías sospechosas.

Se resolvió la intervención quirúrgica siendo sometida a una resección anterior baja de recto (fig. 5), dejando ileostomía de protección.

En el postoperatorio evoluciona favorablemente con disminución del dolor, buen manejo alimenticio por lo que se decidió el alta al quinto día posoperatorio.

DISCUSIÓN

El LMS rectal es extremadamente infrecuente en los reportes internacionales así como en nuestro centro. En la literatura sólo constan aproximadamente 300 casos reportados desde 1908.

Se presenta entre la 5ta y 6ta década de vida mayoritariamente en mujeres y los síntomas más frecuentes son la rectorragia, el dolor perianal y alteraciones del tránsito gastrointestinal.^{7,9} La zona de aparición rectal del LMS no tiene canales linfáticos por lo que las metástasis linfonodales es rara. Los sitios frecuentes de metástasis son la cavidad

peritoneal, el hígado, cerebro y huesos.⁷

En cuanto a su diagnóstico, es fundamental el análisis inmunohistoquímico, sabiendo que sus células tumorales co-expresan actina y desmina, y que las proteínas S100 y CD-117 son negativas,¹⁰ al igual que CD34¹¹ lo que resulta fundamental para el diagnóstico diferencial con otros tumores mesenquimáticos y aquellos estromales.

CONCLUSIÓN

La resección con márgenes negativos amplios pareciera ser el tratamiento de elección dado la elevada recidiva en pacientes manejados con escisión local.¹² En nuestro centro se realizó una resección anterior baja, en éste caso con buenos resultados postoperatorios, y sin recidiva a 4 años. En cuanto a la utilidad de terapias adyuvantes, ésta no ha logrado ser demostrada.

Su pronóstico se ve empeorado en pacientes con tumores de gran tamaño y alto grado histológico, por lo que se concluye que la resección amplia en estos casos debiera ser la norma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderillo RG, Cervantes SG, Sánchez CR. Leiomyosarcoma de colon. Reporte de un caso. *Rev Inst Nal de Cancerol Mex* 1999; 45: 120-121.
2. Sanders RJ. Leiomyosarcoma of the rectum. Report of six cases. *Ann Surg* 1961; 154(Suppl.): S150-S154
3. Meijer S, Peretz T, Gaynor JJ et al. Primary colorectal sarcoma: a retrospective review and prognostic factor study of 50 consecutive patients. *Arch Surg* 1993; 125: 1163-1168
4. Exner A. Ueber nichtmelanotische sarkome des mastdamies. *Med. Klin Berlin* 1908;4:858-61.
5. Adelson L, Newcomb D. Leiomyosarcoma of the rectum: report of a case. *Conn State Med J*. 1948 Sep;12(9):846-9.
6. Walsh TH, Mann CV. Smooth muscle neoplasms of the rectum and anal canal. *Br J Surg* 1984; 71(8): 597-9
7. Piliado-Pérez HJ, Charúa-Guindic L, Avendaño O, Montes JL. Leiomyosarcoma colorrectal. Reporte de dos casos. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45(3): 140-4.
8. Yeh CY, Chen HH, Tang R, Tasi WS, Lin PY, Wang JY. Surgical outcome after curative resection of rectal leiomyosarcoma. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(11): 1517-21.
9. Me in C, Vasile I, Vilcea ID, et al. Axillary and perianal leiomyosarcoma: report of two cases. *Rom J Morphol Embryol* 2010;51:379-85.
10. Kourda N, Kourda J, Aquam J, Zauouche A, Ben JSB, Zermani R. Rectal leiomyosarcoma: report on two cases and a practical approach to differential diagnosis. *Pathologica* 2010; 102(5): 417-9
11. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors and leiomyosarcomas in the colon: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 44 cases. *Am J Surg Pathol* 2000; 24(10): 1339-52
12. Krishna G, Saudi J. Local Excision Inadequate in the Treatment of Anal Canal Leiomyosarcoma. *Gastroenterol*. 2010 July; 16(3): 226-227.

COMENTARIO

El trabajo presentado por Aguayo Romero y colaboradores describe una paciente de 53 años con diagnóstico de leiomyosarcoma de recto sometida a resección anterior baja. Existe poca evidencia en la literatura sobre el manejo de esta neoplasia ya que está basada principalmente en reportes de casos, debido a la baja incidencia.

El tratamiento inicial debe ser agresivo, ya que puede existir cierta discordancia entre la biopsia endoscópica y la de la pieza operatoria. Algunos tumores con biopsia superficial de leiomioma presentan en otros sectores transformación maligna que sin dudas va a determinar el pronóstico del paciente. En consecuencia, la resección radical de este tipo de tumores impresionaría el tratamiento más adecuado, con resultados oncológicos superiores a la resección local.

El tratamiento con radioterapia o quimioterapia es discutible. De hecho, existen ciertas publicaciones que asocian a la aparición de un leiomyosarcoma de recto con radioterapia recibida hasta 10 años antes. En los últimos años el rol cada vez más importante de la radioterapia en los esquemas de tratamiento de neoplasias rectales y anales debería alertar a los cirujanos tratantes sobre la posibilidad del desarrollo de esta neoplasia en territorios irradiados.

Mariano Laporte
Hospital Alemán. C.A.B.A., Buenos Aires.

Tuberculosis Anal como Diagnóstico Diferencial de Lesión Ulcerada Anal

Daniel Slavkes, Federico Podestá, Diego Ferreyra, Melisa Debuck, Federico Galván
Instituto Privado de Gastroenterología, Sector Coloproctología. San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.

RESUMEN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, transmisible, producida por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch.

Puede presentarse como enfermedad pulmonar, extrapulmonar o ambas.

La presentación extrapulmonar, es rara, representando aproximadamente el 11% de todos los casos.

El objetivo del presente trabajo es comunicar un caso clínico de tuberculosis de localización extrapulmonar infrecuente: la región perianal.

Palabras clave: Tuberculosis; Pelvis; Periné; Colon

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a chronic infectious, granulomatous, transmissible disease produced by the Mycobacterium tuberculosis microorganism or Koch's bacillus. It can present as lung disease, extrapulmonary disease or both. Extrapulmonary presentation is rare, representing approximately 11% of all cases.

The objective of the present work is to report a clinical case of tuberculosis of uncommon extrapulmonary location: the perianal region.

Key words: Tuberculosis; Pelvis; Perineum; Colon

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, transmisible, producida por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch.¹

Puede presentarse como enfermedad pulmonar, extrapulmonar o ambas.¹

La presentación extrapulmonar, es rara, representando aproximadamente el 11% de todos los casos.¹

La localización de la enfermedad en el tracto digestivo puede afectar desde el esófago al ano, estimándose una frecuencia entre 0,1-1% de todas las infecciones por este germen, dividiéndose según frecuencia en 42% para íleon-ciego, 35% yeyuno-íleon, colon 12% y ano 7%, motivo por el cual esta última, raramente es considerada en el diagnóstico diferencial de lesiones perianales debido a que representa el 0,07% de todas las infecciones por TBC.²

El objetivo del presente trabajo es comunicar un caso clínico de tuberculosis de localización extrapulmonar infrecuente: la región perianal.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, enfermedad de Von Willebrand y hemicolectomía derecha por cáncer de colon derecho (adenocar-

Miguel C. Montero (h)
drmonteromiguel@hotmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

cinoma bien diferenciado, pt3n0m0 estadio IIa) en el año 2000. Actualmente consulta por proctalgia. Al examen físico presenta lesiones ulcerativas, eritematosas y dolorosas en región perianal.

Al tacto rectal se palpa induración en hemiano izquierdo, indoloro, esfínter normotónico (fig. 1).

RMI: aumento del espesor en segmento distal próximo a unión recto anal, hemicircunferencial, en extensión de 20 mm comprometiendo mucosa sin infiltración de muscular. Adenomegalias rectales superiores, ilíacas externas izquierdas, ilíacas primitivas e inguinales superficiales bilaterales.

El paciente se presenta en comité de tumores donde se decide realizar biopsia rectal y perianal, la cual informa proceso inflamatorio granulomatoso, ulcerado y caseificante, con bacilos ácido alcohol resistentes.

Debido al inesperado hallazgo se interconsulta con el servicio de infectología quienes indican tratamiento vía oral antituberculoso con isoniazida, rifampicina y etambutol.

DISCUSIÓN

La TBC perianal es una forma de presentación extremadamente infrecuente, representando menos del 0,07% de todas las localizaciones.¹

La fístula anal es el síntoma más frecuente de la tuberculosis anorrectal. Desafortunadamente, no hay ningún signo patognomónico o sitio de preferencia que permitan distinguir clínicamente entre una fístula tuberculosa de una criptoglandular.¹

La forma ulcerada de TBC anal se presenta típicamente



Figura 1: Rectosigmoideoscopia: mucosa eritematosa, congestiva con aumento de consistencia de región perianal.

como una ulceración superficial, no endurecida, dolorosa, recurrente, de márgenes irregulares, con una base necrótica hemorrágica que es granular y se cubre con secreciones purulentas gruesas de mucosa. Generalmente se asocia a linfadenopatía inguinal, tal cual como se presentaba en nuestro caso.²

Presenta características similares a otras patologías frecuentes de la zona, con un abanico de diagnósticos diferenciales, entre las cuales cabe mencionar la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa perianal, la amebiasis, la sarcoidosis, el herpes simple, la sífilis, las micosis profundas y los cánceres ulcerados.³

Se puede presentar bajo diferentes formas clínicas: ulcerativa, verrugosa, lupoides, miliar, fisuraria, así como un nódulo de aspecto hemorroidal o un absceso perianal.³

La forma ulcerativa es el tipo más común, se presenta como úlceras poco profundas, dolorosas, de bordes bien definidos, biselados, cubiertas de material pseudomembra-

noso y que presentan descarga mucopurulenta.⁴

El tipo verrugoso frecuentemente se extiende desde el margen anal hacia el conducto anal con un patrón de crecimiento similar al de los condilomas.⁴

El lupoides comienza como un nódulo pequeño y redondo, de color marrón rojizo.⁴

El diagnóstico definitivo solo se puede realizar a través del estudio histopatológico con la detección del bacilo con la técnica de Ziehl-Nielsen o por cultivo para *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Lowenstein-Jensen.¹

Las úlceras por TBC perianal no mejoran espontáneamente si no se tratan y pueden llevar a la muerte por diseminación miliar de los bacilos.¹

El tratamiento es el habitual para la enfermedad tuberculosa e incluye tres o cuatro agentes combinados.⁴

La adherencia terapéutica es el principal determinante del éxito del tratamiento.⁴

La intervención quirúrgica debería reservarse para pacientes con obstrucción o absceso.⁴

CONCLUSIÓN

La TBC perianal es una etiología extremadamente infrecuente de ulceración anal. No se han identificado rasgos endoscópicos, clínicos o imagenológicos que diferencien estas patologías, siendo la biopsia el Gold standard para el diagnóstico.

Tenerla presente y realizar precozmente la biopsia de la lesión permitirá un diagnóstico y tratamiento oportunos, logrando así la curación de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rev. Méd. Urug. vol.30 no.4 Montevideo dic. 2014. "Tuberculosis anal: manifestación extrapulmonar infrecuente de la tuberculosis"
2. www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2002/cg021k.pdf. "Tuberculosis gastrointestinal"
3. Candela F, Serrano P, Arriero JM, Teruel A, Reyes D, Calpena R. Perianal disease of tuberculous origin: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(1):110-2.
4. Sehgal VN, Wagh SA. Cutaneous tuberculosis. *Current concepts. Int J Dermatol* 1990; 29(4):237-52.

COMENTARIO

La tuberculosis periorificial es una variante poco frecuente, presente en 2% de los pacientes con tuberculosis primaria.

La localización anal se presenta con predominio en hombres (4:1) y en la cuarta década de la vida, usualmente coexistiendo con tuberculosis pulmonar. Se presenta generalmente como una o más lesiones dolorosas en la mucosa piel periorificial, como es en este caso.

El contagio es producido la mayoría de las veces por autoinoculación de bacilos de los focos pulmonar, intestinal o genitourinario, siendo mucho menos frecuente el compromiso por diseminación linfática, hematogena o por extensión directa desde otros órganos.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se deben considerar las lesiones venéreas, amebiasis, neoplasias, lesiones por cuerpos extraños y granuloma piogénico. En este caso los estudios directos como la rectoscopia, para evaluación de extensión local y de imágenes (Resonancia) junto con las biopsias, ayudaron a determinar el diagnóstico final.

El diagnóstico definitivo se basa en el estudio histológico, la demostración mediante la tinción de Ziehl-Neelsen de la

presencia del bacilo y el cultivo.

El estudio anatomopatológico suele poner de manifiesto granulomas con necrosis caseosa, úlceras y una importante inflamación submucosa, diferenciándose de otras entidades.

Se debe tener en cuenta la reacción en cadena de polimersa (PCR) del material de biopsia, ya que es más sensible y específica que el cultivo ordinario, con resultados en 48 hs.

El tratamiento se basa en la administración de fármacos anti tuberculosis.

El tiempo y el esquema no difieren del tratamiento estándar de la tuberculosis pulmonar. Pero si no hay mejoría luego de 3 meses, se debe indicar el tratamiento quirúrgico convencional utilizado para tratar las fístulas inespecíficas de origen criptoglandular.

Mariano Cillo

Hospital Británico de Buenos Aires. C.A.B.A., Buenos Aires.

Reconstrucción Perineal con Colgajo Miocutáneo Vertical de Recto Anterior del Abdomen Luego de Amputación Abdomino Perineal Extraelevador. Una Alternativa Factible para el Cirujano Colorrectal

Hernán Vaccarezza

Servicio de Cirugía General del Centro Gallego de Buenos Aires, Sector de Coloproctología.

RESUMEN

Las complicaciones perineales luego de la amputación abdominoperineal son frecuentes y clínicamente relevantes en términos de estadía hospitalaria, costos, calidad de vida y los resultados oncológicos. La utilización creciente de radioterapia preoperatoria y la incorporación gradual a la técnica extra-elevador, ha llevado a un aumento en la morbilidad perineal. Es por ello que la búsqueda de una técnica confiable y con buenos resultados para el cierre perineal se hace necesaria. Se han publicado muchas series que describen diferentes técnicas de cierre del defecto perineal, pero faltan estudios clínicos de alta calidad que indiquen cuál es la mejor opción. Cuando la proctectomía resulta en un amplio defecto perineal, el colgajo vertical del recto del abdomen parece ser la mejor opción. Presentamos dos casos de tumores anorectales localmente avanzados en los que se realizó una amputación abdominoperineal extraelevador con posterior reconstrucción perineal con colgajo de recto anterior y, a su vez, describimos la técnica quirúrgica.

Palabras claves: Cáncer de Ano; VRAM Flap; Amputación Abdominoperineal

ABSTRACT

Perineal complications after abdominoperineal amputation are frequent and clinically relevant in terms of hospital stay, costs, quality of life and oncological results. The growing utilization of pre-operative radiotherapy and the gradual incorporation to the extra-elevator technique, has led to an increase in perineal morbidity. That is why the search for a reliable technique with good postoperative outcomes for the perineal closure is necessary. Many series describing different closure techniques of the perineal defect have been published, but high quality clinical studies have to indicate which the best option is. When the proctectomy results in a wide perineal defect, the vertical rectus abdominis flap seems to be the best option. We presented two cases of locally advanced anorectal tumors in which an extraelevator abdominoperineal amputation was carried out with posterior perineal reconstruction with vertical rectus abdominis flap and we described the surgical technique.

Key words: Rectal Cancer; AAP; ELAPE; VRAM Flap

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones perineales luego de la amputación abdominoperineal (AAP) representan un serio problema para el cirujano colorrectal, creando grandes defectos perineales que favorecen el desarrollo de hematomas, abscesos pelvianos o hernias perineales. Este riesgo se ve aumentado por la reciente introducción de la AAP extraelevador (AAPE) que, si bien brinda márgenes oncológicos más amplios, implica un mayor defecto perineal.¹ Más aún, los cambios tisulares y microvasculares secundarios a la radioquimioterapia, muchas veces asociada, determinan un mayor riesgo de complicaciones perineales. El cierre primario se ha asociado a un índice de complicaciones del 20-60%.²⁻⁴ Más aún, la mayoría de los pacientes operados de AAP recibe radioterapia preoperatoria, y si consideramos la alta frecuencia de fallo del cierre primario perineal, parece conveniente la utilización de una técnica diferente. Actualmente, en pacientes donde el cierre primario no es posible o bien con el objetivo de evitar la morbilidad asociada al mismo, hay

controversia acerca de la necesidad de usar de forma rutinaria mallas, plastias o colgajos de forma profiláctica tras la AAPE para evitar la fistula y la hernia perineal.⁵

Dentro de las opciones, la reconstrucción perineal con colgajos miocutáneos ha demostrado buenos resultados.^{2,3,6-8} Es más, el uso de los colgajos miocutáneos ha demostrado una mejoría en el manejo de las heridas perineales en numerosos estudios.⁶⁻⁸ Un tipo de colgajo miocutáneo utilizado para la reconstrucción de la herida perineal después de la AAPE se realiza con el músculo recto anterior del abdomen el cual es transferido por vía transabdominal a la pelvis para cubrir el defecto perineal (fig. 1 A-D). Entre las ventajas del colgajo miocutáneo vertical de músculo recto del abdomen (VRAM) se encuentran, un amplio arco de rotación basado en los vasos epigástricos inferiores, un gran volumen de tejido, baja morbilidad del sitio donante, y la relativa facilidad y velocidad con la que se realiza.

El objetivo de este trabajo es presentar dos casos clínicos de tumores anorectales localmente avanzados y complicados, tratados mediante AAPE y posterior reconstrucción con colgajo VRAM así como también describir la técnica quirúrgica.

Hernán Vaccarezza
hernanvaccarezza@gmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

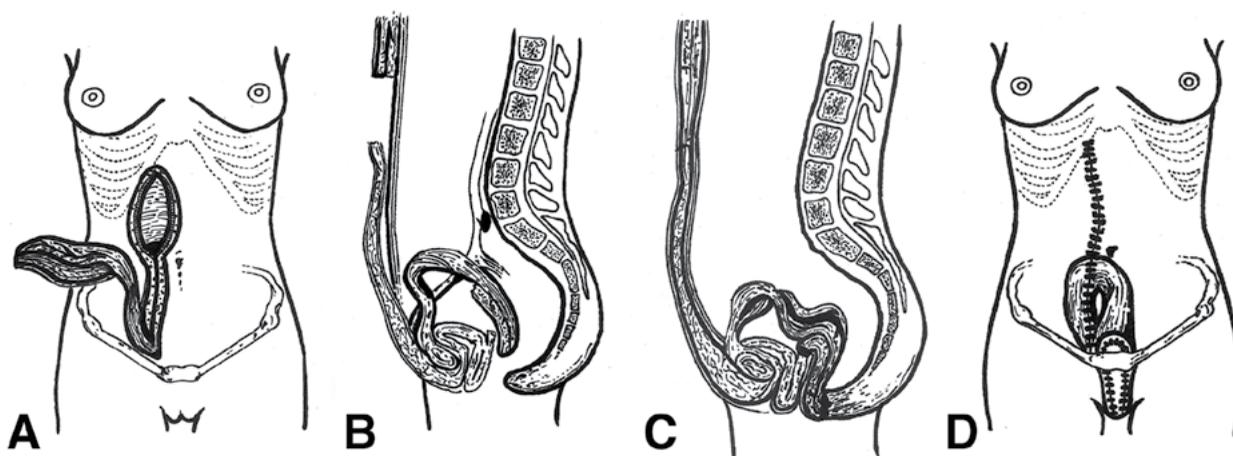


Figura 1: A-B-C-D). Esquema de colgajo VRAM con descenso transpélvico.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 43 años de edad VIH (+) en tratamiento retroviral desde 2009, con antecedentes en julio de 2013 de tratamiento quimioradiante de Nigro, por cáncer de ano, consistente en 5 FU 1000 mg/m² día infusión continua del 1ro al 4to día y del día 29 al 32 + Mitomicina C días 1 y 29 con radioterapia concomitante; 45 GY en 5 semanas y un boost de 20 GY. Consulta en febrero de 2015 con diagnóstico de cáncer epidermoide de ano recidivado y localmente avanzado con compromiso de la grasa de la fosa isquioanal izquierda sin involucrar tabique rectovaginal (fig. 2). La paciente es estadiada mediante resonancia nuclear magnética (RNM) de recto que no evidencia compromiso del sacrococix ni tuberosidades isquiáticas; y PET-scan corporal total sin secundarismo a distancia (ESTADIO IIIA, ycT3N1M0). Se decide el rescate quirúrgico mediante AAPE y reconstrucción con colgajo miocutáneo vertical de recto anterior (VRAM). En este caso, por tratarse de una paciente apendicectomizada, se optó por un colgajo izquierdo. El tiempo operatorio fue de 270 minutos. La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones locales ni generales, siendo externada al 8vo día postoperatorio (fig. 3). El estudio anatomopatológico reveló un carcinoma epidermoide de tipo verrucoso de 6x7 cm a 2.5 cm de la línea pectínea, margen circunferencial más próximo de 1 cm, con ausencia de embolias vasculo-linfáticas y metástasis ganglionares.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 64 años de edad con diagnóstico de cáncer de recto bajo localmente avanzado con infiltración de ambos músculos elevadores del ano. La paciente es estadiada mediante RNM de alta resolución y tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis que evidencia un tumor T3N1M0 con infiltración de los elevadores del ano (figs. 4, 5, 6 y 7).

Se planea tratamiento neoadyuvante con radioquimioterapia con 5040 cGy durante 5 semanas asociado a infusión de 5-FU suministrado en infusión continua durante la primera y quinta semana del tratamiento radiante. Luego de la segunda semana de tratamiento radiante la paciente consulta por dolor, eritema y tumefacción glútea izquierda asociada a fiebre. Se realiza tomografía de pelvis que evidencia un absceso isquiorrectal izquierdo secundario a perforación tumoral. Se realiza colostomía sigmoidea laparoscópica y drenaje de absceso isquiorrectal. Se suspende tratamiento radiante y se programa AAP más colgajo VRAM luego de 20 días. Se realizó AAPE con resección en bloque de cavidad abscedada en fosa isquiorrectal izquierda y reconstrucción con colgajo VRAM derecho. El tiempo operatorio fue de 256 minutos. La paciente evolucionó sin complicaciones siendo externada en 7mo día postoperatorio. El estudio anatomopatológico informó un adenocarcinoma de recto de 10 centímetros de longitud con infiltración de los músculos elevadores del ano y fistulización a la grasa isquiorrectal izquierda (T4N0) con infiltración perineural. Margen circunferencial más próximo a 1 cm.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La cirugía consta de dos tiempos:

1. abdominal; y
2. perineal.

Tiempo abdominal

La resección del recto se realiza de acuerdo los principios de la resección total del mesorrecto (RTM) deteniéndose 3-4 cm por encima de la aponeurosis del elevador del ano como ha sido descrita por autores previos.¹ A continuación se levanta el colgajo de la pared abdominal. El colgajo VRAM consiste en una pastilla de piel de dimensiones variables que incluye la grasa subyacente, así como también el músculo recto anterior del abdomen con su apo-



Figura 2: Cáncer de ano localmente avanzado.



Figura 4: RNM de tumor recto-anal localmente avanzado.



Figura 3: Control 30° día postoperatorio.



Figura 5: RNM de tumor recto-anal localmente avanzado.

neurosis superficial. Generalmente se prefiere movilizar el recto derecho para poder montar fácilmente la colostomía en el flanco izquierdo; excepto que existan cicatrices de cirugías previas que nos hagan sospechar el compromiso de los vasos epigástrico inferiores o que esta situación sea confirmada por estudios preoperatorios (eco-doppler, AngioTC). El diseño de la pastilla de piel se realiza de acuerdo a la necesidad del tamaño del defecto perineal. Existen dos tipos de pastilla de piel: vertical u oblicua.⁹ En el caso de la pastilla vertical, ésta se corresponde con la superficie de piel que se encuentra a lo largo del musculo recto, pudiendo desepitelizarse luego de acuerdo a la necesidad. En el caso de los colgajos VRAM oblicuos la pastilla se extiende oblicuamente en dirección a la punta de la escápula no más allá de la línea axilar anterior (fig. 8). El primer

paso consiste en desinsertar el recto conjuntamente con la aponeurosis superficial a nivel del margen costal. Una vez ligados los vasos epigástricos superiores, la disección continúa hacia abajo liberando el músculo de la hoja posterior de la vaina del recto entre la línea alba hacia medial y la unión de ambas hojas hacia lateral (figs. 9 y 10). Durante esta disección es crucial identificar y preservar los vasos perforantes rectales periumbilicales. A nivel del pubis los vasos epigástricos inferiores son disecados mientras que rara vez se requiere la desinserción distal del recto que podría condicionar la torsión del pedículo vascular.

Tiempo perineal

El paciente es colocado en posición de litotomía. En los casos en donde existe compromiso de la grasa is-



Figura 6: RNM de tumor recto-anal localmente avanzado.

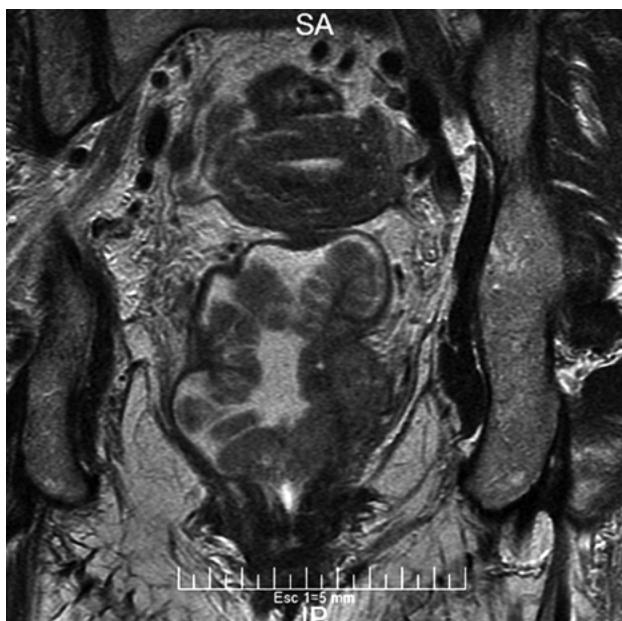


Figura 7: RNM de tumor recto-anal localmente avanzado.

quioanal, es necesaria una resección amplia para alcanzar adecuados márgenes oncológicos, teniendo como límites el coxis en posterior, las tuberosidades isquiáticas a nivel lateral y la pared posterior de la vagina o la próstata en anterior (fig. 11). En caso de tumores anorrectales localmente avanzados con compromiso del tabique rectovaginal en la mujer o la fascia prostática en el hombre obliga a una resección en bloque con la pared posterior de la vagina o la próstata en aproximadamente el 70% y 16% de los pacientes respectivamente.³ La resección del coxis no es necesaria de rutina. Los elevadores son seccionados cerca de su inserción lateral, dejando un adecuado manguito muscular y se comunica con la disección abdominal para finalmente extraer la pieza por vía perineal.⁷ El colgajo miocutáneo



Figura 8: Diseño de pastilla cutánea oblicua.

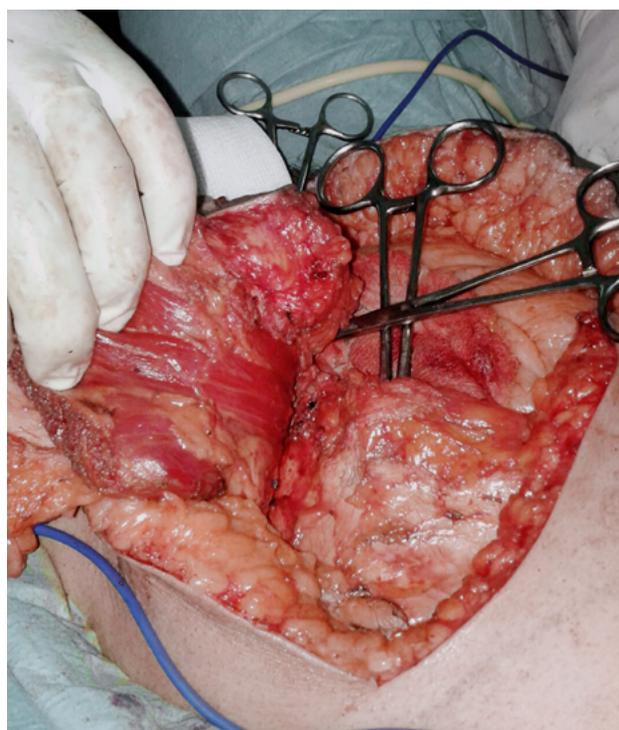


Figura 9: Disección de colgajo de la vaina posterior del recto.

es descendido por vía transpélvica para rellenar el defecto perineal y la pared requiere generalmente del cierre con una malla protésica (fig. 12).⁹ El descenso del colgajo puede realizarse de dos maneras. Algunas autores realizan la desinserción parcial o total del músculo recto a nivel del pubis, realizando una rotación del colgajo de 180°;⁸ o bien descenso sin desinserción ni rotación. La ventaja de la primera variante técnica radica en que libera de tensión al colgajo transferido, sin embargo, aumenta el riesgo de torsión del pedículo vascular. Nosotros preferimos la transferencia sin rotación. De esta manera el extremo cefálico de la pastilla de piel queda en contacto con el periné anterior y la porción caudal con el sacro-coxis. El colgajo se fija por planos



Figura 10: Colgajo VRAM completamente movilizado.



Figura 11: Defecto Perineal.

el tejido celular subcutáneo con sutura reabsorbible 2/0 y la piel con sutura no reabsorbible Mono/polifilamento 3/0 (figs. 13 y 14).

DISCUSIÓN

La AAP fue durante años el estándar de cuidado en los tumores de recto bajo, y en la actualidad su indicación persiste en aquellas lesiones avanzadas o suficientemente bajas en las que no es posible una preservación esfinteriana (80% de los tumores a menos de 5 cm del margen anal y en las recurrencias de los carcinomas epidermoide de ano).¹ La reciente introducción de la AAPE, ha demostrado mejores resultados oncológicos en términos de menores índices de margen circunferencial positivo y recurrencia local.¹⁰ Sin embargo, esta se asocia a un mayor defecto



Figura 12: Descenso transpélvico de colgajo VRAM.



Figuras 13: Colgajo suturado al piso perineal.

perineal donde el cierre primario no es posible sin un alto índice de complicaciones.

Resulta difícil comparar los resultados de las diferentes técnicas utilizadas para la reconstrucción perineal luego de la AAPE. Por un lado, la inclusión en los diferentes estudios de pacientes con diferentes tipos de resección perineal (AAP, AAP extraelevadora, AAP extendida a diferentes órganos como la vagina, la próstata o el sacro) que ocasionan defectos de diferentes dimensiones. Además, habitualmente están incluidos diferentes tipos de patologías y la mayoría de los estudios son series retrospectivas sin grupo control.

Entre las distintas opciones de reconstrucción perineal luego de la AAPE, el cierre primario se asocia a un



Figuras 14: Colgajo suturado al piso perineal.

alto índice de complicaciones perineales tales como la dehiscencia de herida, fístulas y abscesos que conllevan una cicatrización prolongada por segunda intención en aproximadamente el 20-60% de los casos.²⁻⁴ Esto se ve acentuado muchas veces por los efectos de la radioterapia a nivel local en los tejidos perineales. Como alternativa al cierre primario se pueden mencionar los colgajos de epiplón mayor o el colgajo en V-Y, aunque también presentan índice de complicaciones perineales no despreciable de 10-30%.¹¹⁻¹³

Con respecto a la epiploplastia un reciente metaanálisis sobre 14 estudios se analizó los resultados de la epiploplastia para la reconstrucción perineal, aunque solamente 7 estudios contemplaban un grupo control que permitió el análisis de 457 pacientes con epiploplastia y 332 sin epiploplastia.¹⁴ La cicatrización primaria de la herida perineal fue del 62,7% en pacientes con epiploplastia y del 50,1% en el grupo control ($p = 0,05$), con un tiempo medio de curación de la herida más breve (23 frente a 79 días; $p = 0,005$). La tasa de fístula perineal crónica fue del 9,2% en el cierre sin epiploplastia y del 4,5% y la tasa de hernia perineal tras epiploplastia fue inferior al 1%.

La técnica de reconstrucción con colgajo VRAM fue descrita por Taylor y col. en 1983.¹⁵ Buchel y col. ha reportado una tasa de cicatrización de herida, en AAP con colgajo VRAM, dentro de los primeros 30 días postoperatorios del 94,5%.² Más aún, Chessin y col. reportaron una menor tasa de complicaciones perineales asociada a los colgajos VRAM comparado con el cierre primario (15,8% vs. 44,1%, $P=0,03$) en grupo de pacientes sometidos a radioterapia perioperatoria y APR por cáncer de ano.^{7,16,17}

Entre otros colgajos utilizados se pueden mencionar los colgajos musculo gracilis, glúteo mayor. Si bien no existen suficientes estudios comparativos entre los distintos colgajos, el colgajo VRAM representa una opción factible y fácil de realizar, sin requerimiento de cirujano

plásticos reconstructivos, para el cirujano colorectal. En un metaanálisis de 36 estudios (1984- 2008), de los cuales 13 comparaban los resultados con un grupo control en el que se había realizado cierre primario y otros 9 comparaban diferentes tipos de colgajo; la tasa de curación de la herida perineal en los estudios que incluían pacientes con colgajo RAM fue del 87-100%, con una tasa de morbilidad perineal del 18-29%. La tasa de cierre primario de la herida perineal tras colgajo de músculo gracilis era del 94-100%. Los estudios sobre los resultados del colgajo miocutáneo de glúteo son escasos, heterogéneos y con pocos pacientes y describen una tasa de complicación de la herida perineal de entre el 0 y el 56%. Un reporte demostró que el VRAM flap se asoció a menor tasa de complicaciones que el colgajo con músculo gracilis (60% vs. 25% respectivamente), así como a una menor tasa de pérdida del colgajo.^{18,19} Otra de las ventajas del VRAM es que brinda un mayor volumen y un suministro vascular más fiable para la pastilla cutánea del colgajo. La confiabilidad del colgajo VRAM ha sido demostrada en numerosos estudios con tasas de pérdida del colgajo menores al 5%.^{2,19-22}

La reciente introducción de las mallas biológicas ha revitalizado su utilización para cierre de los defectos perineales. La malla se fija por vía perineal a los extremos de los músculos elevadores seccionados y a los ligamentos paracoxígeos. Habitualmente se utilizan mallas de 10 x 10 cm biológicas de origen porcino.²³ El uso de la malla evitaría la morbilidad de la pared abdominal asociada al VRAM. Sin embargo, no rellena el espacio muerto de la pelvis y aumenta la superficie cutánea perineal necesaria para un cierre cutáneo sin tensión en caso de resecciones amplias de piel.

El uso de mallas biológicas ha demostrado buenos resultados en AAPE no extendida a otros órganos. La tasa de complicación perineal varía en diferentes estudios entre 9% y 28%. La incidencia de hernia perineal va de 5% a 3,5%. Sin embargo, las series publicadas no superan los 25 pacientes con un seguimiento no mayor a 1 año.²⁴ Más aún, una reciente revisión sistemática sobre 17 estudios con un total de 463 pacientes reportó una incidencia de complicaciones de la herida perineal del 28% y hernias perineales del 9%.²⁵ Los autores concluyen que si bien las mallas biológicas muestran resultados similares a otras técnicas, aún no existe evidencia suficiente para su uso sistemático luego de la AAPE.

Una de las críticas más comunes al colgajo VRAM es la morbilidad del sitio donante y el desarrollo de eventraciones postoperatorias. McMennamin y col. reportaron una tasa de eventraciones del 19%; por lo que recomiendan el cierre con malla protésica rutinario del sitio donante.²⁶ Otros autores como Weiwei y col. y Petrie et al. reportaron la necesidad de colocar una malla en el 50% de

los casos.^{27,28} Otra de las críticas a la utilización de colgajos miocutáneos es el requerimiento de un equipo de cirugía plástica. El cirujano colorectal está familiarizado con el manejo de la pared abdominal anterior, es por esto que un adecuado conocimiento de la técnica quirúrgica permite levantar este colgajo con relativa facilidad y sin requerimiento de cirujanos plásticos. Así el colgajo VRAM para ser la mejor opción para el cierre perineal luego de la AAPE extendida a otros órganos (sacro, vagina) y con grandes defectos cutáneos.²⁹

CONCLUSIÓN

La reconstrucción perineal con colgajo VRAM luego de la AAP extraelevador por tumores anorrectales localmente avanzados es una opción factible y segura para el cirujano colorrectal.

Agradecimientos: Simón Manterola por la confección de los dibujos.

BIBLIOGRAFÍA

- Holm T, Ljung A, Haggmark T, Jurell G, Lagergren J. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg* 2007;94(2):232-8.
- Buchel EW, Finical S, Johnson C. Pelvic reconstruction using vertical rectus abdominis musculocutaneous flaps. *Ann Plast Surg* 2004;52(1):22-6.
- Lefevre JH, Parc Y, Kerneis S, Shields C, Touboul E, Chaouat M, et al. Abdomino-perineal resection for anal cancer: impact of a vertical rectus abdominis myocutaneous flap on survival, recurrence, morbidity, and wound healing. *Ann Surg* 2009;250(5):707-11.
- Shibata D, Hyland W, Busse P, Kim HK, Sentovich SM, Steele G, Jr, et al. Immediate reconstruction of the perineal wound with gracilis muscle flaps following abdominoperineal resection and intraoperative radiation therapy for recurrent carcinoma of the rectum. *Ann Surg Oncol* 1999;6(1):33-7.
- West NP, Anderin C, Smith KJ, Holm T, Quirke P. Multicentre experience with extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Br J Surg* 2010;97(4):588-99.
- Butler CE, Gundeslioglu AO, Rodriguez-Bigas MA. Outcomes of immediate vertical rectus abdominis myocutaneous flap reconstruction for irradiated abdominoperineal resection defects. *J Am Coll Surg* 2008;206(4):694-703.
- Chessin DB, Hartley J, Cohen AM, Mazumdar M, Cordeiro P, Disa J, et al. Rectus flap reconstruction decreases perineal wound complications after pelvic chemoradiation and surgery: a cohort study. *Ann Surg Oncol* 2005;12(2):104-10.
- Horch RE, Hohenberger W, Eweida A, Kneser U, Weber K, Arkudas A, et al. A hundred patients with vertical rectus abdominis myocutaneous (VRAM) flap for pelvic reconstruction after total pelvic exenteration. *Int J Colorectal Dis* 2014;29(7):813-23.
- Combs PD, Sousa JD, Louie O, Said HK, Neligan PC, Mathes DW. Comparison of vertical and oblique rectus abdominis myocutaneous flaps for pelvic, perineal, and groin reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2014;134(2):315-23.
- Huang A, Zhao H, Ling T, Quan Y, Zheng M, Feng B. Oncological superiority of extralevator abdominoperineal resection over conventional abdominoperineal resection: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2014;29(3):321-7.
- De Broux E, Parc Y, Rondelli F, Dehni N, Turet E, Parc R. Sutured perineal omentoplasty after abdominoperineal resection for adenocarcinoma of the lower rectum. *Dis Colon Rectum* 2005;48(3):476-81; discussion 81-2.
- Nilsson PJ. Omentoplasty in abdominoperineal resection: a review of the literature using a systematic approach. *Dis Colon Rectum* 2006;49(9):1354-61.
- Orkin BA. Perineal reconstruction with local flaps: technique and results. *Tech Coloproctol* 2013;17(6):663-70.
- Killeen S, Devaney A, Mannion M, Martin ST, Winter DC. Omental pedicle flaps following proctectomy: a systematic review. *Colorectal Dis* 2013;15(11):e634-45.
- Taylor GI, Corlett R, Boyd JB. The extended deep inferior epigastric flap: a clinical technique. *Plast Reconstr Surg* 1983;72(6):751-65.
- Bullard KM, Trudel JL, Baxter NN, Rothenberger DA. Primary perineal wound closure after preoperative radiotherapy and abdominoperineal resection has a high incidence of wound failure. *Dis Colon Rectum* 2005;48(3):438-43.
- Chadwick MA, Vieten D, Pettitt E, Dixon AR, Roe AM. Short course preoperative radiotherapy is the single most important risk factor for perineal wound complications after abdominoperineal excision of the rectum. *Colorectal Dis* 2006;8(9):756-61.
- van der Wal BC, Cleffken BI, Gulec B, Kaufman HS, Choti MA. Results of salvage abdominoperineal resection for recurrent anal carcinoma following combined chemoradiation therapy. *J Gastrointest Surg* 2001;5(4):383-7.
- Soper JT, Secord AA, Havrilesky LJ, Berchuck A, Clarke-Pearson DL. Comparison of gracilis and rectus abdominis myocutaneous flap neovaginal reconstruction performed during radical pelvic surgery: flap-specific morbidity. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17(1):298-303.
- Bakx R, van Lanschot JJ, Zoetmulder FA. Inferiorly based rectus abdominis myocutaneous flaps in surgical oncology: Indications, technique, and experience in 37 patients. *J Surg Oncol* 2004;85(2):93-7.
- Bell SW, Dehni N, Chaouat M, Lifante JC, Parc R, Turet E. Primary rectus abdominis myocutaneous flap for repair of perineal and vaginal defects after extended abdominoperineal resection. *Br J Surg* 2005;92(4):482-6.
- Smith HO, Genesen MC, Runowicz CD, Goldberg GL. The rectus abdominis myocutaneous flap: modifications, complications, and sexual function. *Cancer* 1998;83(3):510-20.
- Christensen HK, Nerstrom P, Tei T, Laurberg S. Perineal repair after extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2011;54(6):711-7.
- Butt HZ, Salem MK, Vijaynagar B, Chaudhri S, Singh B. Perineal reconstruction after extra-levator abdominoperineal excision (eLAPE): a systematic review. *Int J Colorectal Dis* 2013;28(11):1459-68.
- Alam NN, Narang SK, Kockerling F, Daniels IR, Smart NJ. Biologic Mesh Reconstruction of the Pelvic Floor after Extralevator Abdominoperineal Excision: A Systematic Review. *Front Surg* 2016;3:9.
- McMenamin DM, Clements D, Edwards TJ, Fitton AR, Douie WJ. Rectus abdominis myocutaneous flaps for perineal reconstruction: modifications to the technique based on a large single-centre experience. *Ann R Coll Surg Engl* 2011;93(5):375-81.
- Petrie N, Branagan G, McGuinness C, McGee S, Fuller C, Chave H. Reconstruction of the perineum following anorectal cancer excision. *Int J Colorectal Dis* 2009;24(1):97-104.
- Weiwei L, Zhifei L, Ang Z, Lin Z, Dan L, Qun Q. Vaginal reconstruction with the muscle-sparing vertical rectus abdominis myocutaneous flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62(3):335-40.
- Frasson M, Flor-Lorente B, Carreno O. Reconstruction techniques after extralevator abdominoperineal rectal excision or pelvic exenteration: meshes, plasties and flaps. *Cir Esp* 2014;92 Suppl 1:48-57.

COMENTARIO

La Amputación Abdomino Perineal Extraelevador, es un procedimiento que presenta frecuentes e importantes complicaciones de la herida perineal como eventración o evisceración perineal. Las diferentes técnicas de reconstrucción perineal intentan reducir la incidencia de las mismas.

El colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen proporciona un gran volumen de tejido vascularizado, que rellena francamente el defecto perineal. Una de sus desventajas es la debilidad que genera en la pared anterior del abdomen, con el consecuente riesgo de formación de eventraciones de la misma; para reducir ese riesgo se puede colocar una malla, la cual se encontraría muy cercana a la colostomía correspondiente a la amputación abdomino perineal. Por otro lado, hay que considerar la posible complicación del colgajo realizado, como la necrosis parcial del mismo.

A la morbilidad que conlleva la amputación abdomino perineal le agregamos las asociadas a la movilización del colgajo miocutáneo del recto anterior del abdomen.

La tendencia actual de realizar la Resección Abdomino Perineal en forma miniinvasiva con abordaje videolaparoscópico, no justificaría llevar a cabo un colgajo miocutáneo del recto anterior del abdomen, teniendo opciones menos agresivas como la colocación de una malla perineal, que evita el desarrollo de eventraciones, refuerza el suelo pélvico y el cierre perineal.

El tratamiento quirúrgico del paciente debe ser individualizado, discutido por un equipo médico multidisciplinario, teniendo en cuenta en cada caso el estadio tumoral, las comorbilidades del paciente como el índice de masa corporal y enfermedades asociadas. La decisión de la técnica quirúrgica va a variar según la extensión del defecto perineal generado y de la experiencia del equipo quirúrgico. Es importante prevenir las posibles complicaciones que se puedan presentar.

Marcelo Pollastri

Centro de Coloproctología y Enfermedades Digestivas. Rosario, Santa Fé.

SESIÓN 8 DE JULIO DE 2018

Presidente: Se abre la discusión, o comentarios para el trabajo que presentó el doctor Hernán Vaccarezza. Doctor Leiro.
Dr. Fabio Leiro: Si, bueno, felicito al doctor Vaccarezza por el trabajo, creo que, la verdad que presentó dos casos que son excepcionales. El primer caso, digamos, es un tumor de ano con una gran lesión y el segundo es un tumor de recto con una importante inversión del elevador que desgraciadamente no pudo completar tratamiento radioquimioterápico, realmente es un caso que uno no quisiera tener. Me preocupa la evolución de esa paciente porque la verdad que haber suspendido el tratamiento radioquimioterápico la condiciona a una alta chance de recaída. Nosotros hacemos amputación abdominoperineal extraelevador desde el año 2009, llevamos 31 casos y no hemos tenido que recurrir nunca a un colgajo de este tipo. Si hemos usado mallas, en realidad cuando uno hace amputación abdominoperineal salvo que tenga un tumor con gran compromiso de la grasa de la fosa isquiorrectal, no necesita hacer una gran resección cutánea ni de la fosa isquiorrectal porque el problema es llevarse el elevador, no la grasa ni la piel del perineo, o sea que en realidad este es un problema muy excepcional, tener que rellenar un colgajo de esa manera. Creo que en estos casos excepcionales el colgajo VRAM es una opción, pero como también se dijo el colgajo VRAM no está exento de morbilidad, ya limita la posibilidad de vía laparoscópica y además deja un defecto que condiciona por más que uno lo repare con una malla, un cierto riesgo de eventraciones de la pared abdominal. Creo que es una opción a tener en cuenta y que hay que saber manejar pero que realmente no es muy frecuente que uno tenga que recurrir a eso.