

PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE

Esta nueva sección de la revista está desarrollada y dirigida fundamentalmente a cirujanos en formación y tiene por objetivo presentar situaciones que en ocasiones plantean respuestas controversiales. Si bien se busca principalmente que el lector determine cual es la respuesta correcta, el fin último es despertar el interés a la espera del desarrollo de su justificación que se difundirá por las redes sociales en las semanas siguientes a la publicación de la revista.

1. Paciente femenino de 24 años con antecedente reciente de apendicetomía laparoscópica de urgencia acude a consultorio con resultado de anatomía patológica. Informa: tumor neuroendocrino en región distal del apéndice cecal de 2,2 cm, G2. Actualmente se encuentra asintomática.

¿Cómo continuaría la atención de esta paciente?

- a) El tratamiento fue suficiente con la apendicetomía
- b) Solicito PET – CT con galio
- c) Estadificación completa y colectomía derecha con resección oncológica
- d) Derivo atención a endocrinología

Autor: Mauro Trama, Residente de Coloproctología (UBA), Hospital Penna. Buenos Aires, Argentina.

2. Se encuentra en seguimiento de paciente masculino de 52 años con diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma de recto bien diferenciado. Resonancia magnética de alta resolución informa lesión a 70 mm del margen anal que compromete mínimamente la submucosa con muscular propia conservada, sin adenopatías, EMVI negativo y MCR libre (T1 N0). Le realiza una rectoscopia rígida evidenciando lesión de aproximadamente 25 mm a 6 cm del margen anal. Ecografía endorrectal que informa compromiso superficial de la submucosa.

¿Qué tratamiento le propone?

- a) Resección total del mesorrecto laparoscópica
- b) Resección de lesión por cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS)
- c) Interconsulta con Oncología para realizar TNT y esperar respuesta clínica y patológica completa
- d) Resección endoscópica

Autora: Julieta Espino Campagna, Residente de Coloproctología (UBA), Hospital Penna. Buenos Aires, Argentina.

3. Las Laterally Spreading Tumors (LST) son lesiones planas que se extienden lateralmente más que en profundidad y suelen tener un tamaño considerable (≥ 10 mm). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las LST es correcta?

- a) Las LST-NG (no granulares) tienen menor riesgo de invasión submucosa en comparación con las LST-G (granulares).
- b) Las LST-G homogéneas suelen presentar un menor riesgo de invasión submucosa que las LST-G nodulares mixtas.
- c) El manejo de las LST siempre requiere colectomía debido a su alta probabilidad de invasión linfática.
- d) La clasificación de París no es aplicable a las LST porque estas lesiones tienen un patrón de crecimiento diferente.

Autor: Dr. Cristian Rodríguez, Staff Servicio de Coloproctología, Hospital Churruca-Visca. Buenos Aires, Argentina.

4. Paciente de 45 años que se realiza una colonoscopia de screening, completa, Boston 8/9, con evidencia de un pólipo en colon sigmoidees de 1 cm, 0-Ip de la clasificación de París con un Kudo IV, que se reseca con ansa fría. El informe anatomopatológico describe adenocarcinoma Haggitt 4, Kikuchi III con márgenes de 0,5 mm. En función al riesgo de tumor residual, ¿debe realizarse una cirugía resectiva?

- a) No, porque fue resecado por completo con buenos márgenes
- b) No, porque es un carcinoma intramucoso Haggitt 4, Kikuchi III con lo cual tiene bajo riesgo de tumor residual y afectación ganglionar
- c) Sí, porque es un carcinoma intramucoso Haggitt 4, Kikuchi III con márgenes insuficientes en un paciente joven.

Autora: Claudia Bustamante, Fellow Coloproctología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

5. ¿Cuál es la principal utilidad clínica de la clasificación de París en la evaluación de pólipos colorrectales?

- a) Determinar el tipo histológico de la lesión.
- b) Predecir el riesgo de invasión submucosa y guiar el manejo terapéutico.
- c) Clasificar las lesiones según su origen genético.
- d) Seleccionar la técnica quirúrgica más adecuada.

Autor: Dr. Cristian Rodríguez, Staff Servicio de Coloproctología, Hospital Churruca-Visca. Buenos Aires, Argentina.

6. Paciente femenina de 21 años consulta por antecedentes de múltiples drenajes de abscesos perianales en atención por urgencias. Antecedentes personales de tabaquismo. Al examen físico se evidencian múltiples cicatrices fibróticas perianales en horas 1, 2, 5 y 8

¿Qué le propone a esta paciente?

- a) Programa cirugía para realizar fistulotomía de todos los trayectos fistulosos
- b) Al no presentar infección activa toma conducta conservadora
- c) Solicita resonancia magnética de pelvis y videocolonoscopía
- d) Propone realizar una ligadura del trayecto fistuloso interesintérico (LIFT) ya que se trata de una fistula compleja

Autora: Julieta Espino Campagna, Residente de Coloproctología (UBA), Hospital Penna. Buenos Aires, Argentina.