

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 masculino de 60 años de edad, sin antecedentes de relevancia, se realiza su primera videocolonoscopia por rastreo de cáncer colorrectal. Como hallazgo se identifica una lesión plana de extensión lateral (LST-NG) en colon ascendente de aproximadamente 25 mm. Se le realiza una mucosectomía endoscópica completándose su resección en piecemeal. El resultado de la anatomía patológica informa: adenoma con displasia de alto grado (Viena 4.1). ¿Cómo continuaría la atención de este paciente?

- a) No es necesario controlar con endoscopia. Continúa vigilancia según protocolos de screening poblacional
- b) Vigilancia endoscópica en 6 meses
- c) Vigilancia endoscópica en 3 años
- d) Indico colectomía derecha

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

2. Ante un paciente al que se le realiza una resección transanal mínimamente invasiva de un adenocarcinoma de recto, ¿en cuál de las siguientes opciones Ud. considera que es suficiente el tratamiento realizado?

- a) Adenocarcinoma bien diferenciado que invade 1 mm de la submucosa, invasión linfovascular y perineural negativas. Tumor budding score bajo.
- b) Adenocarcinoma moderadamente diferenciado que invade 1,5 mm de la submucosa. Invasión linfovascular y perineural negativas. Tumor budding score intermedio.
- c) Adenocarcinoma pobremente diferenciado que invade 1 mm de la submucosa, presencia de invasión linfovascular y perineural negativas. Tumor budding score alto.
- d) Adenocarcinoma bien diferenciado que invade 1,2 mm de la submucosa, con presencia de invasión linfovascular, sin invasión perineural. Tumor budding score bajo.

Autoras: Dra. Camila Bras Harriott y Dra. Pierina Testa, Fellow Coloproctología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

3. Según la clasificación de París, ¿cómo se describe una lesión elevada con base amplia sin pedículo?

- a) Tipo 0-Is
- b) Tipo 0-Ip
- c) Tipo 0-IIa
- d) Tipo 0-lib

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

3. Se realiza una videocolonoscopia de pesquisa en un paciente de 52 años sin comorbilidades en la cual se reseca un pólipo pediculado de 15 mm en colon sigmoideos con ansa. Se recibe el informe de anatomía patológica en el que se observa un adenocarcinoma bien diferenciado que invade la submucosa hasta el tallo del pólipo (Clasificación de Haggitt 3), presencia de Invasión linfovascular y Score budding (Gemación) intermedio. Los márgenes de resección están libres de lesión. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a) Indicar marcación endoscópica de la lesión y controlar periódicamente

- b) Mucosectomía endoscópica y marcación con tinta china.
- c) Considerar realizar ESD (Dissección endoscópica submucosa)
- d) Indicar marcación con tinta china y colectomía laparoscópica

Autoras: Dra. Camila Bras Harriott y Dra. Pierina Testa, Fellow Coloproctología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

5. Paciente masculino de 56 años, sin antecedentes personales de relevancia, consulta por hallazgo incidental en videocolonoscopia de una lesión mamelonada de 2 cm de diámetro, localizada en la cara anterior del recto, a 7 cm del margen anal. La biopsia informa adenocarcinoma bien diferenciado. Se solicita resonancia magnética de pelvis con protocolo de recto, que evidencia una lesión confinada a la submucosa (estadio cT1N0), sin signos de invasión de la muscular propia ni adenopatías sospechosas en los territorios mesorrectal, iliaco ni inguinal. Se realiza ecoendoscopia anorrectal que confirma una lesión confinada a la submucosa, sin compromiso de la muscular propia, y sin adenopatías sospechosas.

¿Cuál es la estrategia terapéutica más adecuada en este caso?

- a) Resección anterior ultrabaja
- b) Resección local por TAMIS
- c) Quimiorradioterapia exclusiva
- d) Quimiorradioterapia seguida de resección anterior ultrabaja

Autor: Dr. Francisco Vera, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina.

6. Paciente de 30 años consulta por dolor abdominal de 24 hs de evolución en fosa iliaca derecha. Presenta leucocitosis y en la tomografía se evidencia un apéndice cecal de 8 mm de diámetro. El cuadro es interpretado como una apendicitis aguda, por lo que se realiza apendicetomía laparoscópica (apéndice flegmonoso sin líquido libre). El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa: tumor neuroendocrino de apéndice con tamaño tumoral de 0,9 x 0,4 cm, G1, K67% de 1,5%, invasión angiolinfática y perineural negativas, que invade el peritoneo visceral (T4) con márgenes libres.

¿Realizaría una colectomía derecha por considerarla una paciente de alto riesgo de recaída ganglionar y metástasis?

- a) Si, porque presenta k67% de 1,5%, por lo tanto tiene indicación de hemicolectomía derecha (HCD).
- b) No, porque al ser un tumor menor a 2 cm no tiene indicación de HCD.
- c) Si, porque es un T4 por lo tanto tiene indicación de HCD.
- d) No, porque aunque sea un T4 no tiene indicación de HCD.

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