

# 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 femenina de 70 años, con antecedentes de partos vaginales y constipación crónica, consulta por masa que protruye a través del ano durante la defecación. En el examen físico se observa prolapso rectal circunferencial de toda la pared, reductible y con tono de reposo disminuido. Se decide ampliar el estudio preoperatorio para planificar la cirugía y descartar alteraciones asociadas. ¿Cuál es la secuencia de estudios complementarios más adecuada en este caso?

- a) Ecografía endoanal, videodefecografía o resonancia magnética dinámica y manometría anorrectal.
- b) Colonoscopia y biopsia endoscópica del recto.
- c) Colonoscopia y RM dinámica.
- d) TC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso.

**Autor:** Dr. Joseph Carlos Torres Guerrero, Fellow de Coloproctología, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández.

2. Paciente femenina de 30 años que consulta por secreción perianal intermitente, sin alteraciones de la continencia. Al examen físico presenta: orificio externo en hora 10 a 3 cm del margen anal, trayecto transesfinteriano que compromete aproximadamente el 25% del complejo esfinteriano, secreción purulenta escasa, sin celulitis ni colección palpable y sin antecedentes de abscesos recientes. ¿Cuál es la conducta inicial más apropiada?

- a) Antibióticos orales
- b) Fistulotomía con sedal cortante
- c) Fistulotomía simple
- d) Técnica preservadora de esfínter con/sin sedal de drenaje previo (LIFT, FiLaC, VAAFT o células madre)

**Autores:** Dr. Diego Hernán Barletta, Jefe de Coloproctología, policlínico Bancario, cirujano coloproctólogo Sanatorio del Oeste Merlo e Ituzaingó; Dr. Nicolás Avellaneda, cirujano de staff, Inmunología Buenos Aires.

3. En relación a los criterios diagnósticos del carcinoma de fístula perianal indique la opción correcta:

- a) La fístula debe preceder al carcinoma. La abertura interna de la fístula debe ser en el canal anal y no en el tumor en sí. El trayecto muestra una señal hiperintensa en el T2 de la RMN.
- b) El único tumor presente en el recto o canal anal debe ser secundario a la extensión directa del carcinoma de la fístula. El diagnóstico se confirma mediante la elevación del antígeno carcinoembrionario (CEA).
- c) La fístula debe preceder cronológicamente a la aparición del carcinoma. La abertura interna de la misma debe ser en el canal anal y no en el tumor. El único tumor presente en el recto o canal anal debe ser secundario a la extensión directa del carcinoma de la fístula.
- d) El tumor debe ser de estirpe escamosa obligatoriamente. La fístula debe ser de origen idiopático. La abertura interna debe localizarse por encima de la línea dentada.

**Autor:** Dr. Francisco Adrián Mendoza, Ex. Becario INC, Cirujano Endoscopista, Clínica Roca, Gral. Roca.

4. Paciente masculino de 40 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia, consulta por dolor abdominal de inicio brusco, de 6 hs de evolución, generalizado, de intensidad 10/10, sin otros síntomas acompañantes.

Al examen físico se encuentra hemodinámicamente estable, frecuencia cardíaca de 110 lpm, afebril, con abdomen en tabla. Se solicita laboratorio sin hallazgos relevantes y TC de abdomen donde se evidencia neumoperitoneo y proceso diverticular agudo en colon sigmoide. Se interpreta el cuadro como un abdomen agudo perforativo, secundario a diverticulitis aguda complicada.

Se decide resolución quirúrgica, realizando una laparoscopia exploradora donde se evidencia una peritonitis fecal, localizada en fosa iliaca izquierda y fondo de saco de Douglas.

Ante un paciente joven, sin AP de relevancia, hemodinámicamente estable, y con una diverticulitis Hinchey IV, ¿cuál sería su estrategia terapéutica?

- a) Resección y anastomosis.
- b) Lavado y drenaje.
- c) Cirugía de Hartmann.
- d) Drenaje percutáneo.

**Autor:** Dr. Juan Francisco Arrachea, coloproctólogo, Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata.

5. Paciente femenina de 45 años de edad con antecedente familiar de primer grado de CCR presenta en la VCC un adenoma vellosa de 3,5 cm en recto medio, que ocupa el 50 % de la circunferencia. Se toman biopsias que tienen como resultado: adenoma vellosa con displasia de alto grado.

En el examen proctológico, se tacta una lesión de 3-4 cm, a 6 cm del margen anal, superficial y móvil.

Se solicita RMN de recto que informa una lesión exofítica en recto medio, de 3x4x2 cm, en la cara posterior con integridad de la capa muscular propia, sin evidencia de extensión a la grasa mesorrectal ni presencia de adenopatías sospechosas (mrT1N0).

Con dicho resultado, ¿qué conducta tomaría?

- a) TAMIS
- b) Rectoscopia y nueva biopsia.
- c) QT y RT Neoadyuvante.
- d) Resección anterior baja.

**Autor:** Dr. Juan Francisco Arrachea, coloproctólogo, Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata.

6. ¿Cuál es el método de referencia para la detección de CCR?

- a) Colonoscopia
- b) Prueba de inmunoquímica fecal (FIT)
- c) A+B
- d) Colonoscopia virtual

**Autora:** Dra. Gisela A. Guerrero, Coloproctóloga, Hospital Papa Francisco, Salta.