

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. En la estadificación por RMN de un cáncer de recto medio, según los criterios MERCURY, ¿cuál de los siguientes hallazgos se considera que amenaza el margen de resección circunferencial (MRC)?

- A. Tumor T3c con extensión de 6 mm más allá de la muscular propia, ubicado a 2 mm de la fascia mesorrectal.
- B. Depósito tumoral a ≤ 1 mm de la fascia mesorrectal.
- C. Invasión venosa extramural (EMVI) en el mesorrecto, sin contacto con la fascia mesorrectal.
- D. Tumor primario que contacta la reflexión peritoneal anterior, sin compromiso de la fascia mesorrectal.

Autora: Pierina Testa, Fellow de Coloproctología. Hospital Alemán, Buenos Aires.

2. Paciente de 72 años con cáncer de colon derecho obstructivo a la que se le realizó una colectomía derecha laparoscópica de urgencia. La anatomía patológica informa un adenocarcinoma pT3N0 (0/27 ganglios), moderadamente diferenciado, sin invasión linfovascular ni perineural, márgenes negativos. La inmunohistoquímica muestra expresión conservada de MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2 (pMMR/MSS). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a la indicación de quimioterapia adyuvante?

- A. La obstrucción intestinal al diagnóstico, en un tumor pMMR/MSS, justifica considerar adyuvancia con fluoropirimidinas.
- B. El perfil pMMR/MSS contraindica el uso de adyuvancia en estadio II.
- C. La edad mayor de 70 años contraindica la quimioterapia adyuvante.
- D. Al tratarse de pT3N0 con márgenes negativos, no debe ofrecerse adyuvancia.

Autora: Franco Ortiz, Fellow de Coloproctología. Hospital Alemán, Buenos Aires.

3. Un paciente de 61 años presenta adenocarcinoma de recto inferior, con borde inferior tumoral a 2 cm del anillo anorrectal. La estadificación inicial por resonancia magnética informa un tumor cT3, mesorrecto con adenopatías sospechosas y un ganglio lateral derecho en cadena ilíaca interna de 10 mm de diámetro en el eje menor, de morfología irregular y señal heterogénea. Luego de terapia neoadyuvante total de consolidación, se observa en los estudios de reestadificación, disminución de tamaño de la lesión primaria y de las adenopatías mesorrectales. Sin embargo, hay persistencia del ganglio lateral ilíaco interno derecho, ahora de 6 mm de diámetro en el eje menor, con morfología aún sospechosa. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- A. Realizar escisión total del mesorrecto exclusivamente, ya que todo ganglio lateral menor de 7 mm luego de neoadyuvancia se considera esterilizado.
- B. Considerar al ganglio lateral como enfermedad metastásica sistémica y contraindicar la cirugía con intención curativa.
- C. Discutir en comité multidisciplinario la realización de escisión total del mesorrecto asociada a linfadenectomía lateral pélvica selectiva derecha, especialmente por tratarse de un ganglio persistente en cadena ilíaca interna.

- D. Indicar linfadenectomía lateral pélvica bilateral, dado que la presencia inicial de un ganglio lateral mayor de 7 mm obliga siempre a realizar disección lateral extendida, independientemente de la respuesta a la neoadyuvancia.

Autor: Antonella Cipollone, Fellow de Coloproctología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

4. Paciente de 21 años de edad con antecedente de colitis ulcerosa y cirrosis hepática secundaria a hepatitis autoinmune, que consulta por diarrea líquida de 14 días de evolución, posteriormente asociada a deposiciones sanguinolentas y mucosas.

Se realiza videocolonoscopia, que evidencia pérdida del patrón vascular, eritema, friabilidad mucosa y múltiples úlceras en sacabocado, profundas, con predominio en colon sigmoides, por lo que se toman biopsias para descartar infección por citomegalovirus (CMV).

Durante la internación presenta deterioro clínico progresivo, fiebre, taquicardia, distensión abdominal y dilatación colónica compatible con megacolon tóxico, sin respuesta al tratamiento médico intensivo inicial.

¿Cuál sería la conducta más adecuada?

- A. Iniciar infliximab como terapia de rescate y reevaluar respuesta clínica a las 72 horas.
- B. Indicar ciclosporina endovenosa como terapia de rescate, difiriendo la cirugía hasta lograr estabilidad clínica.
- C. Realizar colectomía total/subtotal con ileostomía terminal.
- D. Realizar proctocolectomía total con reservorio ileal.
- E. Continuar tratamiento antibiótico y soporte intensivo, dada la sospecha de infección por CMV y el alto riesgo perioperatorio asociado al shock séptico y a la cirrosis hepática.

Autor: Claudia Bustamante Valdiviezo, Fellow de Coloproctología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

5. Varón de 47 años, tabaquista severo (30 cigarrillos/día), consulta por un cuadro de diarrea mucosanguinolenta asociada a dolor abdominal leve en hemiabdomen derecho de 4 meses de evolución. Como antecedente, un mes antes del inicio de la diarrea, presentó lesiones nodulares eritematosas en la cara anterior de ambos miembros inferiores, interpretadas en la guardia como infecciosas, por lo que recibió dos semanas de antibióticos de amplio espectro sin mejoría.

El médico de cabecera solicita los siguientes estudios complementarios:

- Colonoscopia: Evaluada hasta el ángulo hepático, sin hallazgos patológicos.
 - Tomografía de abdomen y pelvis: Escaso líquido libre, divertículos aislados en colon derecho y engrosamiento parietal del íleon terminal.
 - Laboratorio: Glóbulos blancos normales, anemia leve y PCR elevada.
 - Coprocultivo y coproparasitológico: Negativos.
- Ante este escenario clínico, ¿qué conducta tomaría?

- A. Indicar dieta astringente, probióticos y loperamida para manejo sintomático.

- B. Solicito completar la colonoscopia con ileoscopia, laboratorio con calprotectina fecal y evaluación por dermatología para eventual biopsia cutánea.
- C. Indicar ciprofloxacina + metronidazol y trimebutina ante la sospecha de diverticulitis derecha.
- D. Iniciar tratamiento empírico con mesalazina oral ante la sospecha de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Autor: Emiliano Monti, Coloproctología. Sanatorio San Carlos, Bariloche.

6. Paciente masculino de 32 años cursando internación por brote severo de colitis ulcerosa en tratamiento con corticoides IV por 72hs. Presenta persistencia de 9 deposiciones sanguinolentas por día. Al examen físico: TA 110/60 mmHg, FC 110 lpm, T 38.2 °C, abdomen doloroso difusamente, sin defensa ni reacción peritoneal. Laboratorio:

leucocitosis de 13.500/ μ L, PCR: 145 mg/L. La TC abdominal muestra dilatación del colon transversal de 5,5 cm, sin evidencia de neumoperitoneo. Se realiza sigmoidoscopia que evidencia ulceraciones y sangrado espontáneo continuo desde el recto hasta colon sigmoide (Score de Mayo 3). ¿Cuál es la conducta más apropiada?

- A. Continuar tratamiento con corticoides IV por 5-7 días más antes de modificar conducta
- B. Iniciar tratamiento de rescate con infliximab o ciclosporina y evaluar respuesta precoz
- C. Realizar colonoscopia completa para decidir conducta
- D. Indicar colectomía total inmediata en todos los casos refractarios a las 72 h

Autora: Nahir Queiro, Residente de Coloproctología. Hospital Británico de Buenos Aires.