Revista Argentina de COLOPROCTOLOGÍA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA DE
COLOPROCTOLOGÍA

ISSN 2683-7846 · JUNIO 2023

VOLUMEN 34/2 NÚMERO

SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA 2022-2024

Presidente	Fernando Serra
Vicepresidente	Fernando Bugallo
Secretario General	Guillermo Tinghitella
Tesorero	Alejandro Canelas
Secretaria de Actas	Karina Collia Ávila
Vocal titular 1°	Romina Bianchi
Vocal titular 2°	Cristian Rodríguez
Vocal titular 3°	Alejandro Moreira Grecco
Vocal suplente 1°	Gerardo Martín Rodríguez

AUTORIDADES REVISTA SACP

1987-1994	Roberto A. Garriz, *Director* / Jorge A. Hequera, *Secretario de Redacción*
1995-2003	Marcelo A. Fraise, *Director* / Jorge A. Hequera, *Editor Jefe*
2004-2005	Jorge A. Rodríguez Martín, *Editor* / Alfredo Graziano, *Co Editor*
2006	Rita L.O. Pastore, *Editora* / Jorge A. Latif, *Gerente Editorial*
2007	Rita L.O. Pastore, *Editora* / Sandra Lencinas, Co Editora
2008-2009	Sandra Lencinas, *Editora* / Jorge A. Latif, *Gerente Editorial*
2010-2015	Hugo Amarillo, *Editor* / Alejando Canelas, *Director de Publicaciones*
2016-2017	Guillermo Rosato, *Editor* / Alejando Canelas, *Director de Publicaciones*
2018-2019	Nestor Marchetti, *Editor* / Mariano Laporte, *Director de Publicaciones*
2020-Actualidad	Hugo Amarillo, *Director* / Mariano Laporte, *Editor*

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) CABA, 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. ISSN 2683-7846
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

DIRECTOR
Hugo Amarillo
Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, Argentina

EDITOR
Mariano Laporte
Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

COMITÉ EDITOR

Romina Bianchi
Hospital Penna, Buenos Aires, Argentina

Maximiliano Bun
Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina

Juan Pablo Campana
Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Federico Carballo
Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

Sebastián Guckenheimer
Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

Ricardo Mentz
Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Rubén Miravalle
Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires, Argentina

José Piatti
Unidad Digestiva Baistrocchi, Córdoba, Argentina

Marcelo Pollastri
Hospital Privado de Rosario, Santa Fe, Argentina

Joaquín Tognelli
Sanatorio Sagrado Corazón, Buenos Aires, Argentina

Florencia Ventura
Hospital Durand, Buenos Aires, Argentina

CONSEJO ASESOR

Carlos Miguel Lumi
Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires, Argentina

Rita Pastore
Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina

Juan Carlos Patrón Uriburu
Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

Gustavo Rossi
Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Nicolás Rotholtz
Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

COMITÉ CIENTÍFICO

Fernando de la Portilla
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

Rodrigo Oliva Pérez
Universidad de San Pablo, San Pablo, Brasil

Steven Wexner
Cleveland Clinic, Florida, EEUU

Antonio Caycedo Marulanda
Queens University, Ontario, Canadá

Magarita Murphy
Mount Pleasant, South Carolina, Estados Unidos

Salomone Di Saverio
Universidad de Bologna, Bologna, Italia

REVISORES EXTERNOS

Nicolás Avellaneda
CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Julio Baistrocchi
Unidad Digestiva Basistrocchi, Córdoba, Argentina

Susana Bruzzi
Hospital Centro de Salud, Tucumán, Argentina

Alejandro Canelas
Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Javier Chinelli
Corporación Médica, Canelones, Uruguay

Karina Collia Ávila
Hospital Udaondo, Buenos Aires, Argentina

Adrián Mattacheo
Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Analía Potolicchio
Hospital Español, Buenos Aires, Argentina

Cristian Rodríguez
Hospital Churruca Visca, Buenos Aires, Argentina

Gerardo M. Rodríguez
Unidad de Endoscopía Digestiva y Cirugía Mininvasiva Formosa, Argentina

Alfonso Rossi
Hospital de Paysandú, Paysandú, Uruguay

Sergio Schlain
Hospital San Roque, La Plata, Argentina

Eva Serrano
CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Marcelo Viola
Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

El objetivo de la Revista 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: JOB Agencia de Diseño y Comunicación Visual
www.jobcomunicacion.com.ar | info@jobcomunicacion.com

SUMARIO

06.

ARTÍCULO ORIGINAL

Desarterialización hemorroidal transanal egoguiada. Un año de experiencia en un centro hospitalario de Uruguay

Carolina Guarneri, Patrick Lyford Pike, Gustavo Veirano

Departamento de Cirugía General. Hospital Británico. Montevideo. Uruguay.

11.

Colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea: experiencia inicial

Davrieux Federico[1, 2]; Marcucci Gustavo[1]; Lavallen Gustavo[1]; Giavaresco Ana[1]; Lorenzi Lisandro[1]

[1] Departamento de Cirugía, Sanatorio de la Mujer, Rosario, Santa Fe, Argentina.
[2] Fundación DAICIM, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

CASO CLÍNICO

18.

Angioembolización como opción de tratamiento para hemorragia digestiva baja

Andrés Miranda, Juan Rabellino, Fabiana Domínguez, Noelia Brito, Marcelo Viola

Departamento de Cirugía Médica Uruguaya (MUCAM) Montevideo - Uruguay

21.

Infección necrotizante de los tejidos blandos de la pared abdominal secundaria a adenocarcinoma perforado de colon descendente

Alejandro Mitidieri[1]; Isaac León Morgunovsky[2]; Cristian Rodríguez[1]; Julio Lococo[1]

Servicio de Proctología, Hospital Churruca Visca. Ciudad de Buenos Aires, Argentina
[1] Médico de staff. [2] Residente de Cirugía General Hospital Churruca Visca

REPORTE DE CASO

26.

Cáncer escamoso de ano con metástasis hepáticas durante el embarazo

Facundo Sebastián Carrasco[1], Ignacio Pitaco[2], Juan Manuel O'Connor[3], Hernán Oxilia[4], Ángel Miguel Minetti[5]

Sanatorio Trinidad Quilmes e Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina
[1] Médico Cirujano. Cursista del Curso de Especialista Universitario en Coloproctología. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; [2] Médico de planta, Sanatorio Trinidad de Quilmes; [3] Medico Oncólogo, Instituto Alexander Fleming; [4] Medico Patólogo, Sanatorio Trinidad de Quilmes; [5] Profesor Adjunto. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Encargado del Sector de Coloproctología, Sanatorio Trinidad de Quilmes

31.

Várices colónicas idiopáticas

Sasha Reiderman[1], Cristian Nicolás Lucas[2], Pablo Roberto Catalano[3]

Sanatorio Franchín, Buenos Aires, Argentina
[1] Residente de Cirugía General; [2] Médico de Staff de la Sección Coloproctología y de Cirugía General;
[3] Jefe de Sección Coloproctología y médico de Staff de Cirugía General

34.

Hernia perineal secundaria a operación de Miles. Presentación de dos casos

Gerardo Martín Rodríguez[1], Camilo Sebastián Canesín[1], Ezequiel Palmisano[2]

Unidad de Endoscopía Digestiva y Cirugía Mininvasiva, Clínica Del Angelo y Clínica Sarmiento, Formosa, Argentina
[1] Cirujano de Planta
[2] Cirujano Consultor, Universidad Nacional de Rosario

VIDEO

41.

Reconstrucción laparoscópica luego de procedimiento de Hartmann de urgencia por vía abierta

Javier Chinelli, Gustavo Rodríguez

Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Dr. Jorge Alberto Hequera

1946-2023

IN MEMORIAN

La Sociedad Argentina de Coloproctología me ha encomendado la difícil tarea de hablar de quien fuera un amigo y referente en mi formación.

Conocí a Jorge en el año 1983 cuando comencé mi residencia en Cirugía General en el Hospital Español de Buenos Aires, me impactó su presencia y su voz. Esa primera impresión se fue desdibujando con el transcurso del tiempo y mutó por el respeto de quién fue un referente en mi desempeño en la especialidad.

De carácter afable, gran negociador y componedor en las relaciones interpersonales que me tocaron vivir junto a él, fue generando el afecto que nos acompañó durante los años en la Sección Coloproctología del Hospital.

Había ingresado al Español en el año 1977, desarrollo su profesión académica en dicha institución inculcando la actividad académica en cada uno de los integrantes del Servicio de Cirugía con el estímulo de nuestro Jefe el Dr. Vicente Gutierrez. Llegó a ser Jefe del Departamento de Docencia e Investigación poniendo su impronta en su gestión.

Lo asistí en múltiples cirugías en la actividad hospitalaria y extrahospitalaria, generando un ambiente de respeto mutuo y compartiendo decisiones en situaciones complejas. A pesar de mi juventud, me daba el espacio para opinar y respetar mis comentarios.

Incansable lector, escribió múltiples libros, fue motor de la revista de la Sociedad de Coloproctología, como su participación en Congresos Nacionales, Latinoamericanos de la especialidad donde era infaltable su presencia.

Hizo su tesis doctoral sobre Enfermedad Diverticular, Fellow del American College of Surgeon. En la Sociedad Latinoamericana propuso el nombramiento de Maestro a los profesionales en vida destacados en la especialidad, mérito que recibió en el año 20130 por dicha Sociedad y por la Sociedad Argentina de Coloproctología en el año 2022.

Lo antecitado en una breve reseña de algunas de las actidades académicas que desarrolló. Pero desde lo afectivo me generó un vacío su pérdida que sólo es sobrellevado con el recuerdo de nuestro tiempo juntos, sus palabras y sus consejos.

Un abrazo Jorge donde tu alma inquieta esté y que encuentre el descanso y la paz merecida.

DR. JOSÉ LUIS TORTOSA
Director de la Asociación Argentina de Cirugía

Desarterialización hemorroidal transanal egoguiada. Un año de experiencia en un centro hospitalario de Uruguay.

Carolina Guarneri, Patrick Lyford Pike, Gustavo Veirano

Departamento de Cirugía General. Hospital Británico. Montevideo. Uruguay.

RESUMEN

Introducción: Existen múltiples opciones terapéuticas para la enfermedad hemorroidal sintomática, desde tratamientos médicos tópicos hasta tratamientos quirúrgicos de complejidad creciente. La ligadura de los pedículos arteriales hemorroidales guiada por Doppler (HAL), también conocida como desarterialización asociada o no a mucopexia (RAR), es un método no resectivo prometedor.
Objetivo: Presentar nuestra experiencia y evaluar la eficacia y seguridad de la desarterialización hemorroidal con o sin mucopexia.
Diseño: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo.
Material y métodos: Se incluyeron los pacientes con hemorroides grado III y IV y hemorroides grado II en las que fracasaron las ligaduras elásticas, sometidos a HAL ± mucopexia en el Hospital Británico de Uruguay entre 2020 y 2021. Se registraron: tiempo de internación, dolor postoperatorio medido con Escala EVA (EVA 1 a 3 = leve), demanda de analgesia, complicaciones y recidiva a los 6 meses.
Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, 56% hombres y 44% mujeres, edad media 50 (rango 25-75) años. El 66% tenían hemorroides grado III. En el 92% se agregó mucopexia (HAL-RAR). Luego de la curva de aprendizaje el tiempo promedio del HAL-RAR fue 35±10 min.
En 1 paciente el procedimiento fue ambulatorio y el 76% tuvo 24 h de internación. En 4% la internación fue prolongada por dolor. La tasa de complicaciones, incluyendo dolor intenso, fue 10% y la recurrencia 2%. A los 7 días del procedimiento, tuvieron ausencia de dolor la mitad de los pacientes, dolor moderado (EVA 5 y 6) 2 pacientes y dolor leve el resto.
Conclusiones: En nuestro centro, la desarterialización hemorroidal asociada a mucopexia es reproducible, segura y confiable, lográndose tiempos quirúrgicos similares a los de la literatura internacional. El dolor postoperatorio es leve en la mayoría de los pacientes, la morbilidad es baja y la recurrencia mínima.

Palabras clave: *hemorroides, ligadura arterial hemorroidal, desarterialización ecoguiada transanal*

ABSTRACT

Introduction: There are multiple therapeutic options for symptomatic hemorrhoidal disease, from topical medical treatment to increasingly complex surgical treatment. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation (HAL), asociated or not to mucopexy (rectoanal repair-RAR), is a promising non-resective method.
Objective: To present our experience and evaluate the efficacy and safety of HAL-RAR.
Design: Prospective, observational, descriptive study.
Material and methods: Patients with grade III and grade IV hemorrhoids and patients with grade II hemorrhoids in whom rubber band ligation failed, who underwent HAL or HAL-RAR at the British Hospital of Uruguay between 2020 and 2021, were included. Data recorded was hospital stay, postoperative pain measured with the Visual Analog Scale (VAS 1 to 3 = mild), demand for analgesia, complications and recurrence at 6 months.
Results: Fifty patients were included, 56% men and 44% women, mean age 50 (range 25-75) years. Sixty-six percent had grade III hemorrhoids. Mucopexy (HAL-RAR) was added in 92%. After the learning curve, the average time of HAL-RAR was 35 ± 10 min.
In 1 patient the procedure was ambulatory and in 76% hospital stay was 24 h. In 4% of patients hospitalization was prolonged due to pain. The complication rate, including severe pain, was 10% and recurrence 2%. Seven days after the procedure, half of the patients had no pain, 2 patients had moderate pain (VAS 5 and 6), and the rest had mild pain.
Conclusions: In our center, hemorrhoidal dearterialization associated with mucopexy is reproducible, safe, and reliable, achieving surgical times similar to those reported in the international literature. Postoperative pain is mild in most patients, morbidity is low, and recurrence is minimal.

Keywords: *hemorrhoids, hemorrhoidal artery ligation, transanal ultrasound-guided dearterialization*

INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de la patología anal y perianal, la patología hemorroidal es la más frecuente. Su alta prevalencia la convierte en un problema sanitario, más aun teniendo presente la repercusión social y laboral que genera.[1,2]

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Carolina Guarneri: carolaguarneri@gmail.com**
Recibido: mayo de 2022. Aprobado: mayo del 2023

Carolina Guarneri: https://orcid.org/0000-0001-7680-6164, Patrick Lyford Pike: https://orcid.org/0000-0003-3469-2714, Gustavo Veirano: https://orcid.org/0000-0002-8041-0880

La incidencia de hemorroides aumenta con la edad. Se estima que el 50% de la población mayor de 50 años presenta algún síntoma vinculado esta patología y se estima que el 90% de la población general tendrá algún grado de sufrimiento hemorroidal a lo largo de su vida.

Existen múltiples opciones terapéuticas para la enfermedad hemorroidal sintomática, desde tratamientos médicos tópicos hasta tratamientos quirúrgicos de complejidad creciente. Si bien la resección quirúrgica es considerada el estándar de oro en aquellas clasificadas como grado III y IV, nuevas técnicas menos invasivas se han incorporado al arsenal terapéutico con el objetivo de disminuir el dolor postoperatorio y las alteraciones funcionales.[1,2]

La hemorroidectomía grapada, conocida como PPH, es un procedimiento introducido por Longo que implica la resección de la mucosa rectal, no se considera un método menos invasivo.[3,4]

La ligadura de los pedículos arteriales hemorroidales guiada por Doppler, también conocida como desarterialización asociada o no a mucopexia, es un método no resectivo, descrito por Morinaga et al. en 1995. Esta técnica, centrada en la ligadura selectiva de las ramas terminales de la arteria rectal superior, reduce así el flujo arterial hacia los plexos hemorroidales[5] y se asocia a menor dolor postoperatorio, menor estadía hospitalaria y reintegro precoz a la actividad habitual, comparada con métodos clásicos resectivos como las hemorroidectomías de Milligan-Morgan o Ferguson. Para su realización se han implementados varios tipos de anoscopios asociados a una sonda Doppler. Los términos "ligadura de arterias hemorroidales" (HAL-Hemorrhoidal artery ligation) y "desarterialización hemorroidal transanal" (THD- Transanal hemorroidal dearterialization) se usan indistintamente para denominar este procedimiento.[6-8]

El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia y evaluar la eficacia y seguridad de la desarterialización hemorroidal asociada a mucopexia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, observacional y descriptivo desarrollado en el Hospital Británico de Uruguay en el período comprendido entre enero del 2020 y enero del 2021. El mismo involucra a todo paciente sometido a desarterialización guiada con sonda Doppler incorporada a proctoscopio (asociado a mucopexia en los casos de prolapso), empleándose el equipo A.M.I Trilogy™

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Patología hemorroidal grado III y IV.
- Patología hemorroidal grado II en la que falló el tratamiento conservador con ligaduras elásticas, persistiendo el sangrado o algún grado de prolapso.

Se excluyeron los pacientes con cáncer colorrectal (independientemente de su estadio) hallado durante la valoración preoperatoria.

Todos los pacientes fueron sometidos a evaluación clínica y paraclínica preoperatoria habitual.

No se realizaron enemas ni ningún otro método de preparación intestinal en el preoperatorio.

Se entregó consentimiento informado a cada paciente respetando su identidad. El presente estudio fue aprobado por el comité de ética institucional.

Técnica quirúrgica

Se utilizó profilaxis antibiótica con ampicilina sulbactam en única dosis intraoperatoria.

Se empleó anestesia general y posición de litotomía. Todos los procedimientos fueron realizados el mismo equipo quirúrgico.

Previo al comienzo del procedimiento, se realizó un bloqueo pudendo interno bilateral con bupivacaina al 0.25%. Se introdujo el proctoscopio hasta 6 a 7 cm del margen anal, donde se identificaron los flujos arteriales guiado por la señal auditiva del Doppler.

Se ligaron sistemáticamente los pedículos situados en horas 1, 3, 5, 7, 9 y 11, comprobando la ausencia de señal distal, posteriormente a la ligadura. En los casos con algún grado de prolapso hemorroidario asociado, se completó con mucopexia mediante una sutura continua en sentido distal, conocida como reparación rectoanal (RAR- recto anal repair, de donde deriva la sigla completa para denominar este procedimiento, HAL-RAR).

Cuando en la revisión surgen señales complementarias se ligan con similar técnica, sin asociar pexia mucosa.

Evaluación postoperatoria

El dolor postoperatorio fue categorizado con la escala EVA del 1 al 10. Se consideró dolor leve al categorizado como 1, 2 y 3. Se registró a las dos horas de la cirugía, a las 24 h, a los 7 días y al alta definitiva a un mes de la cirugía.

En todos los casos se usó 1 g de paracetamol intravenoso cada 8 h durante la internación, manteniendo la misma dosis por vía oral al alta, disminuyéndola progresivamente según dolor.
En algunos casos de constipación severa, se usaron laxantes suaves o vaselina oral a bajas dosis desde el preoperatorio. Se indicó dieta rica en fibras y un volumen de líquido mayor a 2 litros por día.
Se protocolizó el seguimiento ambulatorio a los 7 días, al mes y a los 6 meses del procedimiento, registrando parámetros específicos como el tiempo de internación, la demanda de analgesia, las complicaciones vinculadas al procedimiento y la recidiva a los 6 meses.
Todos los pacientes completaron el formulario de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes, 28 (56%) hombres y 22 (44%) mujeres, con una edad media de 50 (rango 25-75) años. La técnica fue indicada mayoritariamente en los pacientes clasificados como grado III (66%). El 56% de los pacientes tenían ligaduras elásticas previas para controlar el sangrado o prolapso hemorroidal. Un paciente de sexo masculino de 68 años, con hemorroides grado III, había sido sometido a una hemorroidectomia tipo Milligan y Morgan 11 años antes (Tabla 1).

Tabla 1. Grado de la patología hemorroidal y tratamientos previos.

Enfermedad hemorroidal	**N (%)**
Grado II	6 (12)
Grado III	33 (66)
Grado IV	11 (22)
Tratamiento previo	**N (%)**
Ligadura elástica	28 (56)
Hemorroidectomia (Milligan y Morgan)	1 (2)

En todos los casos se realizó la desarterialización con 6 puntos de sutura. En 47 (94%) pacientes fue necesario realizar entre 1 y 5 puntos complementarios por detectar señales Doppler adicionales durante la revisión.
En 46 (92%) pacientes con hemorroides grado III y IV se completó el procedimiento con pexia de la mucosa rectal hasta 1 cm proximal a la línea criptopapilar. En los 4 (8%) restantes, solo se hizo la desarterialización sin pexia, ya que se trataba de pacientes con hemorroides grado II, con sangrado puro y sin prolapso, en los que había fallado la ligadura elástica.
A lo largo del año analizado, los tiempos quirúrgicos disminuyeron progresivamente. En los últimos 6 meses, luego de superada la curva de aprendizaje, el promedio fue de 35±10 minutos para el procedimiento completo (HAL-RAR) y 10 minutos menos cuando no se asoció mucopexia.
En 1 (25%) paciente el procedimiento fue ambulatorio. El alta al domicilio fue en la mayoría de los pacientes (76%) a las 24 h. En 2 (4%) mujeres la internación fue prolongada. Una presentó una diarrea aguda infecciosa con 6 a 8 deposiciones liquidas/día, lo que determinó mayor demanda de analgesia y control. Otra paciente joven con hemorroides grado IV, presentó un dolor intenso con alta demanda de analgesia. Ambas se externaron al 5o día. En un solo paciente el procedimiento fue ambulatorio (Tabla 2).
Un síntoma habitual en el postoperatorio fue el tenesmo rectal, presente en todos los casos en mayor o menor medida. Se instruyó al paciente para diferenciar el tenesmo del dolor, con el fin de poder categorizar el dolor postoperatorio de forma objetiva.
Hubo complicaciones postoperatorias, incluyendo dolor intenso, en 5 (10%) pacientes. En dos fue necesario drenar trombosis hemorroidales de paquetes superficiales y uno persistió con rectorragia leve que se controló con dos sesiones de ligaduras elásticas (Tabla 2). Solo hubo una recurrencia (2%).
A los 7 días tuvieron ausencia de dolor la mitad de los pacientes y al mes el 78% (Tabla 3). En ese momento el dolor fue leve (EVA 1, 2 y 3) en el resto de los pacientes, con excepción de las 2 (4%) pacientes comentadas anteriormente que tuvieron dolor

Tabla 2. Tiempo de internación y complicaciones postoperatorias.

Tiempo de internación (días)	N (%)
Ambulatorio	1 (2)
1	38 (76)
2	9 (18)
5	2 (4)
Complicaciones postoperatorias	**N (%)**
Trombosis hemorroidal superficial	2 (4)
Sangrado	1 (2)
Dolor anal moderado	2 (4)
Recidiva	1 (2)

Tabla 3. Dolor (Escala EVA) referido por los 50 pacientes según el tiempo del postoperatorio.

	0/10	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
2 horas	1(2%)	14(28%)	21(42%)	6(12%)	5(10%)	1(2%)	0	1(2%)	1(2%)	0	0
24 horas	10(20%)	19(38%)	14(28%)	2(4%)	3(6%)	0	0	0	2(4%)	0	0
7 días	25(50%)	20(40%)	3(6%)	0	0	1(2%)	1(2%)	0	0	0	0
30 días	39(78%)	10(20%)	1(2%)	0	0	0	0	0	0	0	0

moderado (EVA 5 y 6, respectivamente) que retrasó su externación (Tabla 2). Al mes, 11 (22%) pacientes aun presentaban dolor muy leve (10 EVA1 y 1 EVA2) (Tabla 3).

A los 6 meses la consulta por plicomas anales secuelares es frecuente por lo que siempre se advirtió al paciente de esta posible evolución. Tres pacientes optaron por su resección quirúrgica, por motivos funcionales o estéticos.

DISCUSIÓN

La opción terapéutica para las hemorroides sintomáticas en los casos leves se centra en el tratamiento médico, quedando el tratamiento quirúrgico como mejor opción para los casos graves o aquellos en los que falla el tratamiento inicial. Si bien la hemorroidectomía convencional se considera el estándar de oro en las hemorroides de grado III y IV, existen otros procedimientos menos mórbidos disponibles.

La desarterialización hemorroidal transanal guiada por Doppler asociada con mucopexia parece estar asociada con menos dolor posquirúrgico, una estancia hospitalaria más corta y un retorno más temprano a la vida normal, comparada con la hemorroidectomia convencional de Milligan-Morgan o Ferguson. Así lo reportan varios estudios, entre los cuales se destaca un meta-análisis de Xu et al.[9] que propone la desarterialización como una técnica tan válida como la convencional, pero con mayor tiempo operatorio.

De igual manera, Trenti et al.[10] demuestran menor morbilidad postoperatoria, pero con tiempo quirúrgico más prolongado, quizás por la curva de aprendizaje de un nuevo método.

Si bien se describe el sangrado postoperatorio y la fistula recto vaginal como las complicaciones más relevantes de este método, no ocurrieron en nuestro estudio. En nuestra serie se destaca la baja morbilidad postoperatoria (10% incluyendo el dolor intenso), el correcto manejo del dolor, la baja recurrencia (2%) y el rápido retorno a la rutina. Respecto al tiempo operatorio, varió conforme evolucionaba la curva de aprendizaje, logrando finalmente un tiempo promedio de 35 min. Ratto et al.[11] resaltan tiempos operatorios de 25 a 45 minutos en series previas de otros autores, siendo en su estudio de 20 a 30 min. El número de paquetes ligados en su serie asciende a 6, de igual manera que en la nuestra.

Una reciente revisión sistemática y meta-análisis de Aibuedefe et al.[12] que incluyó 26 estudios con 3137 participantes y 14 tratamientos quirúrgicos para las hemorroides de grado III y IV, se describen las ventajas de las técnicas mini-invasivas en general. Concluyen que actualmente existen múltiples técnicas favorables sin un estándar de oro claro. Se debe, por lo tanto ajustar la técnica a cada paciente.

Una de las fortalezas del presente estudio es que se logró estandarizar no solo el procedimiento quirúrgico sino también los protocolos pre y postoperatorios, manteniendo el mismo equipo quirúrgico en la totalidad de los pacientes, hecho que se refleja en los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

En nuestro centro, la desarterialización hemorroidal asociada a mucopexia es reproducible, segura y confiable lográndose tiempos quirúrgicos similares a los de la literatura internacional. El dolor postoperatorio es leve en la mayoría de los pacientes, la morbilidad es baja y la recurrencia mínima.

REFERENCIAS

1. Johannsson H, Graf W, Pahlman L. Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects. Am J Gastroenterol. 2005; 100: 401-6.
2. Agbo SP. Surgical management of hemorrhoids. J Surg Tech Case Rep. 2011; 3:68-75.
3. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular stapler suturing device: A new procedure. Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. 1998. pp. 777-84.
4. Ripetti V, Caricato M, Arullani A. Rectal perforation, retropneumoperitoneum, and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed hemorrhoids: Report of a case and subsequent considerations. Dis Colon Rectum. 2002; 45:268-70.
5. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: Ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am J Gastroenterol. 1995; 90:610-13.
6. Giordano P, Overton J, Madeddu F, Zaman S, Gravante G. Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review. Dis Colon Rectum. 2009; 52:1665-71.
7. Sohn N, Aronoff JS, Cohen FS, Weinstein MA. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. Am J Surg. 2001; 182:515-19.
8. Lienert M, Horstmann O. Transanale-Hämorrhoiden-Dearterialisation (THD) und Hämorrhoidal-Arterien-Ligatur (HAL): Evaluation der minimal-invasiven Therapie des Hämorrhoidalleidens. 34. Deutscher Koloproktologen-Kongress: Abstracts. Coloproctology. 2008; 30:77-96.
9. Xu L, Chen H, Lin G, Ge Q, Qi H, He X Transanal hemorrhoidal dearterialization with mucopexy versus open hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a meta-analysis of randomized control trials. Tech Coloproctol. 2016; 20:825-33.
10. Trenti L, Biondo S, Galvez A, Bravo A, Cabrera J, Kreisler E. Distal Doppler-guided transanal hemorrhoidal dearterialization with mucopexy versus conventional hemorrhoidectomy for grade III and IV hemorrhoids: postoperative morbidity and long-term outcomes. Tech Coloproctol. 2017; 21:337-44.
11. Ratto C, Campennì P, Papeo F, Donisi L, Litta F, Parello A. Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) for hemorrhoidal disease: a single-center study on 1000 consecutive cases and a review of the literature. Tech Coloproctol. 2017; 21:953-62.
12. Aibuedefe B, Kling SM, Philp MM, Ross HM, Poggio JL. An update on surgical treatment of hemorrhoidal disease: a systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2021; 36:2041-49.

DOI: https://doi.org/10.46768/racp.v0i0.213

Colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea: experiencia inicial

Davrieux Federico[1, 2], Marcucci Gustavo[1], Lavallen Gustavo[1], Giavaresco Ana[1], Lorenzi Lisandro[1]

[1] Departamento de Cirugía, Sanatorio de la Mujer, Rosario, Santa Fe, Argentina.
[2] Fundación DAICIM, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La cirugía laparoscópica ha avanzado de manera notable en la patología colorrectal. Es más frecuente observar reportes de anastomosis intracorpórea en colectomía derecha laparoscópica ya que pareciera ser menos desafiante. La anastomosis intracorpórea en la colectomía izquierda podría aprovechar al máximo los beneficios de la laparoscopía, manteniendo la misma seguridad quirúrgica.
Objetivo: Analizar los resultados de nuestra experiencia inicial en colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea.
Diseño: Estudio retrospectivo descriptivo.
Material y método: Se analizaron pacientes con diagnóstico de patología colónica izquierda benigna y maligna tratados mediante resolución quirúrgica, en un centro único, entre marzo de 2021 y marzo de 2022. Las variables analizadas fueron demográficas, técnicas operatorias, complicaciones postoperatorias, tiempo operatorio y tiempo de hospitalización.
Resultados: Se analizaron 18 pacientes (44,5% mujeres, 55,5% hombres), con una edad promedio de 55 años. El 61,1% tuvieron patología benigna y el 38,9% maligna. La anastomosis fue latero-lateral (72,2%), latero-terminal (22,2%) y termino-terminal (5,5%). Se realizó sutura manual en el 72,2% de los pacientes y mecánica en el 27,7%. El tiempo operatorio promedio fue de 126,5 minutos ($p > 0,05$). No se registraron conversiones a cirugía abierta. Hubo 33,3% de complicaciones y 16,6% de re-laparoscopías. No hubo mortalidad. El tiempo promedio de hospitalización fue de 6 días ($p > 0,05$).
Conclusiones: La colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea es una técnica segura. Permite aprovechar las ventajas que ofrece la laparoscopía. Requiere un equipo quirúrgico experimentado con un alto nivel de entrenamiento en cirugía laparoscópica y una tecnología apropiada.

Palabras clave: *cirugía laparoscópica, cirugía colorrectal, colectomía izquierda, anastomosis intracorpórea*

ABSTRACT

Background: Laparoscopic surgery has advanced in colorectal pathology. Reports of intracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy are more common, as it appears to be less challenging. Intracorporeal anastomosis in left colectomy could maximize the benefits of laparoscopy while maintaining the same surgical safety.
Aim: To analyze the results of our initial experience in laparoscopic left colectomy with intracorporeal anastomosis.
Design: Retrospective, descriptive study.
Method: Patients with a diagnosis of benign and malignant pathology of the left colon treated by surgery in a single center, between March 2021 and March 2022, were analyzed. The variables analyzed were demographics, surgical techniques, postoperative complications, operative time and hospital length of stay.
Results: A total of 18 patients (44.5% women, 55.5% men) with a mean age of 55 years were analyzed. Pathology was benign in 61.1% of patients and malignant in 38.9%. The type of anastomosis performed was side-to-side (72.2%), side-to-end (22.2%), and end-to-end (5.5%). Hand-sewn suture was performed in 72.2% of patients and stapled suture in 27.7%. The mean operative time was 126.5 minutes ($p > 0.05$). The mean hospital stay was 6 days ($p > 0.05$). A complication rate of 33.3% and a relaparoscopy rate of 16.6% were reported. No conversions were recorded. There was no mortality.
Conclusions: Laparoscopic left colectomy with intracorporeal anastomosis is a safe technique. It allows you to take advantage of the benefits offered by laparoscopy. It requires an experienced surgical team with a high level of training in laparoscopic surgery and appropriate technology.

Key words: *laparoscopic surgery, colorectal surgery, left colectomy, intracorporeal anastomosis*

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica ha avanzado de manera notable en todos los campos. Su utilización en la patología colorrectal no ha sido la excepción, demostrando resultados comparables con los procedimientos abiertos.[1, 2]
La colectomía derecha laparoscópica pareciera ser menos desafiante que la colectomía izquierda. Quizás por esto, en la primera

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Federico Davrieux: fededavrieux@hotmail.com**
Recibido: agosto de 2022. Aprobado: abril de 2023

Davrieux Federico: https://orcid.org/0000-0003-2548-1456, Marcucci Gustavo: https://orcid.org/0000-0003-4096-1394, Lavallen Gustavo: https://orcid.org/0000-0001-8967-421X, Giacaresco Ana: https://orcid.org/0000-0001-9627-7829, Lorenzi Lisandro: https://orcid.org/0000-0001-9636-2185

es más frecuente observar reportes de anastomosis intracorpórea, mientras que en la segunda es más común la anastomosis extracorpórea.[3] Esta variante va asociada a una mayor herida quirúrgica y todo lo que conlleva (mayor dolor postoperatorio, infecciones de herida, tiempo operatorio, factor estético).[4]

Varios autores consideran que la anastomosis intracorpórea en la colectomía izquierda podría aprovechar al máximo los beneficios de la laparoscopía. Si bien las publicaciones de esta técnica son aisladas, al momento se ha reportado que ofrece seguridad con respecto a la anastomosis y sus complicaciones (fuga, fístula, estenosis, dehiscencia).[5]

El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de nuestra experiencia inicial en la colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio de diseño retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de patología colónica izquierda benigna y maligna, tratados mediante colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea. Se llevó a cabo en el Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. El período de tiempo comprendido fue de 12 meses, entre marzo de 2021 y marzo de 2022. Todos los pacientes fueron tratados por el mismo equipo quirúrgico.

Se analizaron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo, patología), técnicas operatorias (confección de anastomosis, tipo de sutura utilizada), complicaciones postoperatorias (según Clasificación Clavien-Dindo),[6] tiempo operatorio (minutos) y tiempo de hospitalización (días).

Los criterios de inclusión fueron: 1) paciente con patología benigna del colon izquierdo (fístula crónica, enfermedad diverticular izquierda aguda y crónica, lesión traumática), 2) paciente con patología carcinoma del colon izquierdo. Los criterios de exclusión fueron: coagulopatía severa, inestabilidad hemodinámica, sepsis peritoneal, signos o sospecha de isquemia intestinal asociada, falta de cooperación del paciente.

El diagnóstico se realizó mediante anamnesis, examen físico, análisis de sangre, estudios endoscópicos y estudios de imágenes como Tomografía Computada y Resonancia Magnética. Se realizó la estadificación de la enfermedad oncológica y su posibilidad de resección quirúrgica.

En el preoperatorio, a todos los pacientes se les realizaron estudios completos de laboratorio, identificación de grupo sanguíneo y factor y la respectiva reserva de unidades de sangre, evaluación cardiológica y electrocardiograma, radiografía de tórax y vacunación antitetánica. En casos específicos se realizaron estudios complementarios, tales como ergometría, ecocardiografía, espirometría, entre otros.

Técnica quirúrgica

La cirugía se llevó a cabo bajo anestesia general y con monitoreo contínuo de los parámetros vitales por el anestesiólogo a cargo. Al inicio del procedimiento se colocó sonda nasogástrica K-10 y sonda vesical tipo Foley simple vía de 16 Fr. En caso de sospecha de compromiso ureteral se implantó cáteter doble J cuando fue necesario.

Se contó con un equipo de laparoscopía compuesto por un sistema de video en alta definición (HD 1288®, Stryker, EE.UU.) programado en "modo laparoscopía" acompañado por una fuente lumínica (L9000®, Stryker, EE.UU.) con previo "balance de blanco" y un insuflador de dióxido de carbono (CO2) (Pneumo Sure XL®, Striker, EE.UU.) que se programó en flujo de recuperación alto (40 litros por minuto) con una presión de 12 mmHg.

Se utilizó un equipo de energía (Force Triad®, Medtronic, EE.UU.) mediante monopolar (tipo Hook) y pinza selladora de vasos (LigaSure Blunt Tip®, Medtronic, EE.UU.).

El paciente se colocó en decúbito dorsal con las piernas abiertas y posición de Trendelemburg para favorecer la movilización del epliplón y las asas del intestino delgado. El cirujano principal se colocó a la derecha del paciente, el primer ayudante a la izquierda y el segundo ayudante a la izquierda del cirujano (cámara óptica). La instrumentadora y la mesa se ubicaron a la derecha del cirujano y la torre de laparoscopía con su monitor en posición caudal en relación al paciente. Se estableció el neumoperitoneo mediante aguja de Veress. Se utilizaron 4 trócares dispuestos de la siguiente manera: un trócar umbilical de 10 mm (óptica y cámara), 1 trócar en la fosa ilíaca derecha (de 12 mm para la sutura mecánica), 1 trócar en el hipocondrio derecho (de 5 mm) y un trócar de 5 mm en la fosa ilíaca izquierda (Fig. 1). En ocasiones se utilizó un trócar accesorio en el epigastrio para ayudar en la movilización del colon y la confección de la sutura.

Figura 1. Posición del paciente y colocación de los trócares para el abordaje laparoscópico de una colectomía izquierda.

La cirugía se inició con una evaluación de la cavidad abdominal con el objetivo de descartar lesiones extracolónicas inadvertidas en otros estudios (en caso de patología maligna). Se realizó una disección de lateral a medial. El primer paso de la cirugía fue la disección de la fascia de Toldt izquierda con liberación del ángulo esplénico. Se prosiguió con la disección del mesocolon izquierdo, con disección de la vena mesentérica inferior hasta la cabeza del páncreas para su preservación. Se continuó con la disección del mesocolon con especial cuidado del uréter. Una vez movilizados el colon y parte del recto, se procedió a la identificación y ligadura de los vasos con clips plásticos (Sistema Hem-o-lock®, Weck, Teleflex, EE.UU.). Liberado el segmento intestinal y controlada la hemostasia correspondiente, se continuó con la sección con sutura lineal mecánica (Echelon Flex®, Ethicon-Johnson & Johnson, EE.UU.). La pieza se colocó en una bolsa y se retiró mediante incisión de Pfannestiel menor a 6 cm de longitud, protegida con ayuda de una prótesis de pared (Alexis Wound Protector®, Applied Medical, E.E.U.U) (Fig. 1) En otros casos, con pacientes femeninas, se procedió a la apertura de la cúpula vaginal, extracción de la pieza por vagina y colporrafia final. El espécimen se preparó y envió para su estudio patológico. A continuación se confeccionó la anastomosis colorrectal intracorpórea, ya sea con sutura manual o mecánica (circular o lineal, según el caso) (Fig. 2). La presencia o descarte de fuga anastomótica se llevó a cabo mediante prueba hidroneumática.

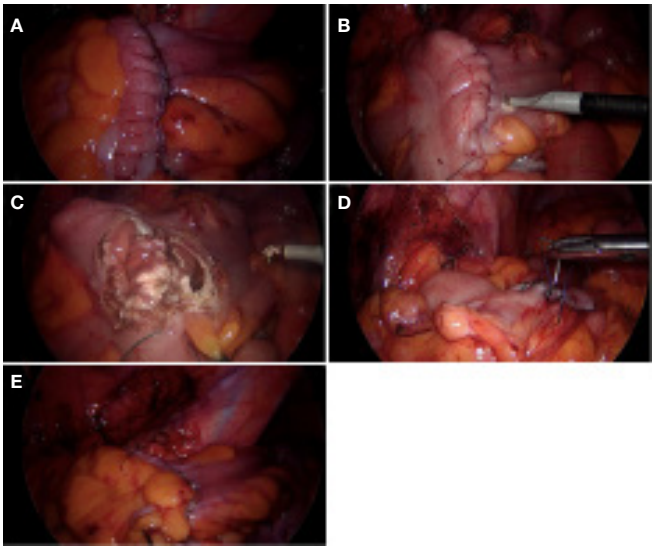


Figura 2. Colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea. A, B y C. Preparación de los cabos anastomóticos y cierre de la pared posterior. D y E. Cierre de la cara anterior de la anastomosis en dos planos con sutura manual.

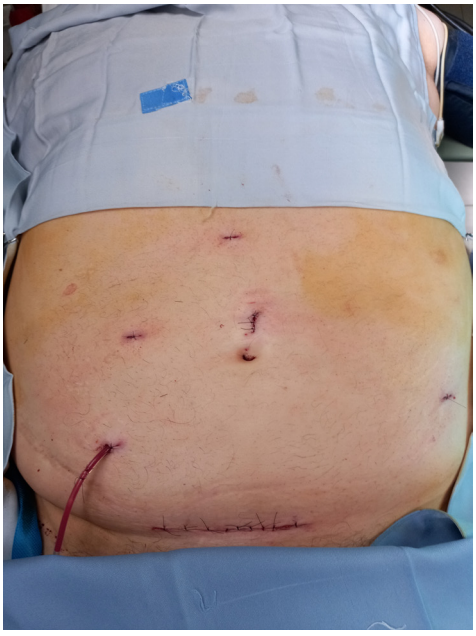


Figura 3. Aspecto estético final, incisión de Pfannestiel y drenaje.

Se ofreció 1 drenaje siliconado multifrenestrado a la anastomosis y el fondo de saco de Douglas. Se procedió a la síntesis por planos de la pared abdominal y curación plana para finalizar el procedimiento (Fig. 3).

Control postoperatorio

Los pacientes permanecieron en la unidad de cuidados intensivos durante el período postoperatorio inmediato. Se les administró protección gástrica, antieméticos, analgésicos, antibióticos y profilaxis para trombosis venosa profunda en todos los casos. Se implementó luego el pase a sala general y nutrición enteral temprana. El retiro del drenaje fue paulativo según las características cuantitativas y cualitativas del débito.

Análisis estadístico

Los datos estadísticos fueron analizados mediante programas informáticos y expresados en promedio, porcentajes, rango y desvío estándar. La prueba de Chi-cuadrado fue utilizada para el análisis estadístico de las variables. Un valor de $p<0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Aspectos bioéticos

Todos los pacientes fueron correctamente informados y firmaron el consentimiento para los procedimientos quirúrgicos y la utilización de sus datos en publicaciones científicas.

RESULTADOS

Se analizaron 18 pacientes, 44,5% mujeres y 55,5% hombres, con una edad promedio de 55 años. El 61,1% se trató por patología benigna y el 38,9% por patología maligna (Tabla 1).

Con respecto a la técnica operatoria, se anastomosaron los cabos de modo latero-lateral en el 72,2% de los casos (n= 13), latero-terminal en el 22,2% (n= 4) y termino-terminal en el 5,5% (n= 1). Se realizó sutura manual en el 72,2% de los pacientes (n= 13) y mecánica en el 27,7% (n= 5) (Tabla 2).

El tiempo operatorio promedio para las dos técnicas fue de 126,5 (rango, 120-165) minutos. No se encontró significancia estadística cuando se compararon las dos técnicas (163 vs. 122 minutos para la anastomosis manual y mecánica, respectivamente).

Tabla 1. Variables demográficas

Análisis demográfico	
N	18
Edad	55 años (rango 35-78)
Sexo	8 mujeres (44,5%) 10 hombres (55,5%)
Patología	
Benigna*	11 (61,1%)
Maligna†	7 (38,9%)

**Enfermedad diverticular 7, fístulas 2 (recto-vaginal 1, recto-vesical 1), desgarro rectal alto 1, pólipo serrato 1. †Cáncer colon Izquierdo.*

Tabla 2. Variables de la técnica operatoria

Técnica operatoria										
Patología (*n*= 18)		Anastomosis								
		Confección de cabos								
Sutura	Latero-Lateral			Latero-Terminal			Termino-Terminal			
		M	MC	ML	M	MC	ML	M	MC	ML
Benigna (*n*= 11)		8	2	-	-	-	-	1	-	-
Maligna (*n*= 7)		-	-	3	4	-	-	-	-	-

M: manual. MC: mecánica circular. ML: mecánica lineal

En relación a los datos de morbimortalidad, se encontró una tasa de complicaciones del 33,3% (*n*= 6) (Tabla 3). Tres de estos pacientes fueron reoperados, lo que representa una tasa de re-laparoscopía del 16,6%. No se registraron conversiones a cirugía abierta. La mortalidad fue nula.

El tiempo promedio de hospitalización fue de 6 (rango, 3-10) días, sin significancia estadística cuando se compararon las dos técnicas.

DISCUSIÓN

El abordaje mínimamente invasivo laparoscópico del colon es bien aceptado por gran parte de la comunidad quirúrgica, ya que se ha demostrado que disminuye la morbimortalidad a corto plazo.[7, 8] Existen varios reportes sobre la factibilidad técnica y los resultados oncológicos de la colectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracoropórea para el cáncer del colon,[9] ya que se considera que es menos desafiante que la colectomía izquierda.[5]

Varios estudios que compararon anastomosis intracorpórea vs. extracorpórea en la colectomía derecha laparoscópica no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.[10-12] Por esta razón, diferentes autores llevaron adelante la empresa de realizar una colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea, sobre todo en el cáncer del colon, obteniendo buenos resultados oncológicos, manteniendo los correspondientes estándares de seguridad requeridos. Se describió como una técnica con aceptable factibilidad, baja tasa de complicaciones, resultados cosméticos acordes y disminución de la estadía hospitalaria, que no prolonga excesivamente el tiempo intraoperatorio.[13] A pesar de todo, muchos cirujanos consideraban controversial la confección de una anastomosis intracorpóreaa, ya que es técnicamente dificultosa y podría prolongar el tiempo intraoperatorio. Esta discrepancia fue analizada por Milone et al. en el 2018, quienes reclutaron 181 pacientes con tumores del ángulo esplénico sometidos a una colectomía izquierda laparoscópica, comparando la anastomosis intracorpórea vs. la extracorpórea. Reportaron buenos resultados postoperatorios con baja tasa de complicaciones y de reintervenciones en el primer grupo.[5]

Tabla 3. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones postoperatorias			
n	18	Clasificación Clavien-Dindo	*p*
Complicaciones	6 (33,3%)		NS
Fístula*	1	Grado IIIb	
Hematoma contaminado*	1	Grado IIIb	
Abdomen agudo*	1	Grado IIIb	
Síndrome febril†	1	Grado I	
Íleo postoperatorio‡	1	Grado I	
Infección urinaria§	1	Grado I	
Re-laparoscopías	3 (16,6%)		
Conversiones	0		
Mortalidad	0		NS

*NS: No significativo. *Requirieron re-laparoscopía. †Buena respuesta al tratamiento luego de 7 días de internación. ‡Evolucion favorable a las 48 hs. §Buena respuesta al tratamiento antibiótico*

Más controvertida aún es la realización del abordaje laparoscópico y la anastomosis intracorpórea en la enfermedad diverticular, ya sea en cirugía programada o de urgencia.[14] Sin embargo, la tendencia actual es hacia esta técnica, ya que varios estudios y meta-análisis han demostrado buenos resultados, aunque sin conclusiones definitivas.[15,16]

En el análisis de nuestra serie se observó que la anastomosis intracorpórea en la colectomía izquierda laparoscópica fue factible y segura. No hubo conversiones y tuvimos una baja tasa de complicaciones tanto intra como postoperatorias. Además del control de los drenajes abdominales, el estricto control clínico durante el postoperatorio inmediato permitió detectar complicaciones tempranas y actuar en consecuencia.

Más allá de ofrecer los beneficios de la laparoscopía con una menor herida abdominal y menor dolor postoperario, consideramos que se obtiene igual seguridad anastomótica que con otras técnicas y una menor tracción de los mesos, con un menor índice de fístulas postoperatorias. Algunos autores sostienen que esta maniobra junto a la preservación de la vena mesentérica inferior podría proveer un mejor resultado funcional y reducir las posibilidades de fuga de la anastomosis.[17]

El presente estudio presenta algunas limitaciones, la principal es el reducido número de pacientes de la serie. Sería recomendable realizar un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico de gran volumen y comparar pacientes sometidos a colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intra vs. extracorpórea. De esta manera será posible determinar el verdadero impacto de esta técnica.

Otra limitación es el uso heterogéneo del material de sutura, tanto en la sutura manual (poliglactina vs.suturas barbadas) como mecánica (lineal vs. circular). La homogenización en este aspecto podría eliminar sesgos.

CONCLUSIONES

Encontramos que la colectomía izquierda laparoscópica con anastomosis intracorpórea es una técnica segura para el tratamiento de la patología del colon izquierdo, ya sea benigna o maligna. Permite aprovechar las ventajas que ofrece la laparoscopía en relación a la buena tolerancia al dolor postoperatorio, menor herida quirúrgica abdominal y rápida recuperación del paciente.

Sin embargo, destacamos que se requiere de un equipo quirúrgico de experiencia con un alto nivel de entrenamiento en cirugía laparoscópica y de una tecnología apropiada.

La correcta selección del paciente y un estricto control clínico postoperatorio son fundamentales para el diagnóstico precoz de las complicaciones relacionadas con la anastomosis.

REFERENCIAS

1. Bonjer HJ, Hop WC, Nelson H, Sargent DJ, Lacy AM, Castells A, et al. Laparoscopically assisted vs open colectomy for colon cancer: a meta-analysis. Arch Surg. 2007; 142:298-303.
2. Wilson MZ, Hollenbeak CS, Stewart DB. Laparoscopic colectomy is associated with a lower incidence of postoperative complications than open colectomy: a propensity score-matched cohort analysis. Color Dis. 2014; 16:382-89.
3. van Oostendorp S, Elfrink A, Borstlap W, Schoonmade L, Sietses C, Meijerink J, et al. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in right hemicolectomy: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2017; 31:64-77.
4. Campana JP, Pellegrini PA, Rossi GL, Ojea Quintana G, Mentz RE, Vaccaro CA. Right versus left laparoscopic colectomy for colon cancer: does side make any difference? Int J Colorectal Dis. 2017; 32:907-12.
5. Milone M, Angelini P, Berardi G, Burati M, Corcione F, Delrio P, et al. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis after laparoscopic left colectomy for splenic flexure cancer: results from a multi-institutional audit on 181 consecutive patients. Surg Endosc. 2018; 32:3467-73.
6. 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; 240:205-13.
7. Lacy AM, García-Valdecasas JC, Piqué JM, Delgado S, Campo E, Bordas JM, et al. Short-term outcome analysis of a randomized study comparing laparoscopic vs open colectomy for colon cancer. Surg Endosc. 1995; 9:1101-5.
8. Arezzo A, Passera R, Ferri V, Gonella F, Cirocchi R, Morino M. Laparoscopic right colectomy reduces short-term mortality and morbidity. Results of a systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2015; 30:1457-72.
9. Milone M, Elmore U, Di Salvo E, Delrio P, Bucci L, Ferulano GP, et al. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis. Results from a multicentre comparative study on 512 right-sided colorectal cancers. Surg Endosc. 2015; 29:2314-20.
10. Sciuto A, Merola G, De Palma GD, Sodo M, Pirozzi F, Bracale UM, et al. Predictive factors for anastomotic leakage after laparoscopic colorectal surgery. World J Gastroenterol. 2018; 24:2247-60.
11. Vignali A, Bissolati M, De Nardi P, Di Palo S, Staudacher C. Extracorporeal vs. Intracorporeal Ileocolic Stapled Anastomoses in Laparoscopic Right Colectomy: An Interim Analysis of a Randomized Clinical Trial. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2016; 26:343-48.
12. Selvy M, Mattevi C, Slim K, Pezet D, Pereira B, Le Roy B. Intra-versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy: a meta-analysis of 3699 patients. Int J Colorectal Dis. 2020; 35:1673-80.
13. Swaid F, Sroka G, Madi H, Shteinberg D, Somri M, Matter I. Totally laparoscopic versus laparoscopic-assisted left colectomy for cancer: a retrospective review. Surg Endosc. 2016; 30:2481-88.
14. Di Saverio S, Vennix S, Birindelli A, Weber D, Lombardi R, Mandrioli M, et al. Pushing the envelope: laparoscopy and primary anastomosis are technically feasible in stable patients with Hinchey IV perforated acute diverticulitis and gross faeculent peritonitis. Surg Endosc. 2016; 30:5656-64.
15. Wu KL, Lee KC, Liu CC, Chen HH, Lu CC. Laparoscopic versus Open Surgery for Diverticulitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dig Surg. 2017; 34:203-15.
16. Masoomi H, Buchberg B, Nguyen B, Tung V, Stamos MJ, Mills S. Outcomes of laparoscopic versus open colectomy in elective surgery for diverticulitis. World J Surg. 2011; 35:2143-48.
17. Melani AGF, Pandini RV, Lima MB, Bertulucci P, Spinelli A. Laparoscopic left colectomy with intracorporeal anastomosis: a complete mesocolic excision with preservation of the inferior mesenteric vein - a video vignette. Colorectal Dis. 2020; 22:2337.

Angioembolización como opción de tratamiento para hemorragia digestiva baja

Andrés Miranda, Juan Rabellino, Fabiana Domínguez, Noelia Brito, Marcelo Viola

Departamento de Cirugía Médica Uruguaya (MUCAM)
Montevideo - Uruguay

RESUMEN

La hemorragia digestiva baja es relativamente frecuente y su incidencia está en aumento. Hasta un 15% de los pacientes requieren terapias invasivas como la endoscopía, la cirugía o la angioembolización. Presentamos un varón de 17 años con una hemorragia digestiva baja importante, originada en un vaso que irrigaba el ángulo izquierdo del colon, diagnosticada con una angiotomografía computarizada. Fue tratado mediante angioembolización con buena evolución.

Palabras clave: *hemorragia digestiva baja, arteriografía angioembolización*

ABSTRACT

Lower gastrointestinal bleeding is relatively frequent and its incidence is increasing. Up to 15% of patients require invasive therapies such as endoscopy, surgery, or angioembolization. We present a 17-year-old male with significant lower gastrointestinal bleeding from a vessel that supplied the splenic flexure, diagnosed by CT angiography. He was treated by angioembolization with good outcome.

Keywords: *lower gastrointestinal bleeding, arteriography, angioembolization*

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como cualquier hemorragia distal al ligamento de Treitz. Constituye alrededor del 20% de todos los sangrados digestivos. La gran mayoría provienen del colon y el ano y solo entre el 5 y 10% se originan en el intestino delgado.[1] La incidencia anual varía entre 20,5 y 27 casos cada 100.000 adultos.

La mortalidad global es del 2 al 4%. Ocurre con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada con una edad promedio de 63 a 77 años.[1,2]

La HDB probablemente está aumentando debido al envejecimiento de la población, las mayores tasas de comorbilidades y el uso creciente de aspirina, anticoagulantes y antiinflamatorios no esteroideos.[2]

Dado que no existe un tratamiento específico, el manejo de HDB aún se basa en la reposición del volumen intravascular, la estabilización hemodinámica y la estrecha vigilancia de los pacientes.[2]

Hasta un 15% de los pacientes requieren terapias invasivas.[3] La endoscopía es el principal pilar para el diagnóstico y la hemostasia posterior en la HDB aguda. Sin embargo, el tratamiento endoscópico tiene limitaciones en los pacientes con inestabilidad hemodinámica, mala preparación intestinal, sangrado del intestino delgado, o en quienes el foco de sangrado no está localizado debido a la hemorragia masiva.

Otras opciones terapéuticas son la cirugía y la angioembolización.[3] La cirugía de emergencia tiene tasas de mortalidad tan altas que llegan hasta el 30%. Además, cuando el foco sangrante no está localizado, la tasa de mortalidad relacionada con la cirugía aumenta hasta un 50%.[4] Mientras tanto, la angioembolización superselectiva es un procedimiento seguro y efectivo para controlar la hemorragia digestiva.[3]

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente con HDB resuelto mediante angioembolización.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Andrés Miranda: andresnmiranda@gmail.com**
Recibido: julio de 2022. Aprobado: abril de 2023

Andrés Miranda: https://orcid.org/0000-0003-4312-9851, Juan Rabellino: https://orcid.org/0000-0003-2372-5189, Fabiana Domínguez: https://orcid.org/0000-0002-1746-7091, Noelia Brito: https://orcid.org/0000-0002-1394-3994, Marcelo Viola: ORCID: Orcid 0000-0003-2733-5276

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 17 años de edad, con antecedentes de doble salida ventricular derecha, operado a los 2 años. Ingresa para una nueva cirugía cardíaca correctiva, la cual se realiza sin incidentes. En el postoperatorio comienza con una enterorragia de entidad, dada por sangre mezclada con la materia fecal y coágulos frescos, a la que se asocia un síndrome funcional anémico.
Al examen presenta hipocoloración mucosa, taquicardia (100 x min), normotensión, ausencia de dolor abdominal. En el laboratorio se destaca una anemia de 7.7 g/dl. Una fibrogastroscopía no evidencia sangrado activo, descartando el origen alto.
Se inicia reposición hidroelectrolítica y se transfunden seis unidades de glóbulos rojos. Dado que persiste con el sangrado se decide solicitar una angiotomografía computada, que evidencia sangrado activo en el ángulo izquierdo del colon (Fig. 1).
Dada la persistencia del sangrado, se solicita una arteriografía de vasos mesentéricos con eventual angioembolización. Durante el procedimiento se identifica la extravasación del medio de contraste a nivel de una rama que se dirige hacia el ángulo izquierdo del colon, dependiente de la arteria mesentérica superior, con un hematoma parietal del ángulo izquierdo. Se accede a la rama sangrante con un microcatéter Echelon 10 sobre una microguía Traxcess 14, y se emboliza con Histoacryl al 30% (Fig. 2). Los controles angiográficos muestran exclusión completa de la rama y de la solución de continuidad de su pared (Fig. 3).
El paciente presenta una buena evolución con el tratamiento instaurado otorgándose el alta en los días posteriores.

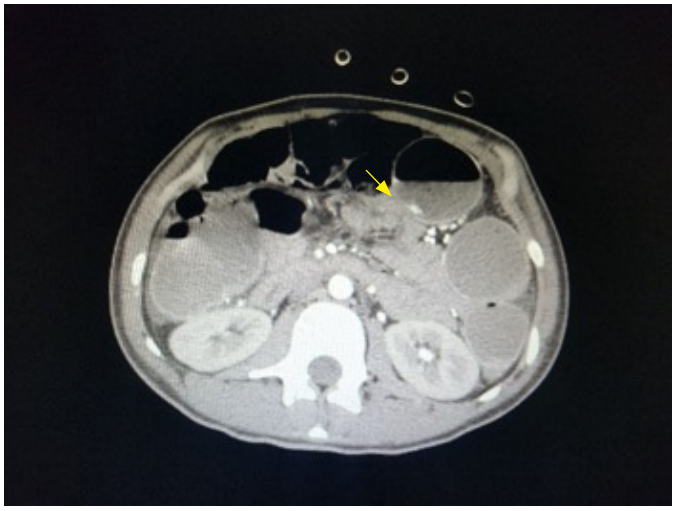


Figura 1. Angiotomografía que evidencia sangrado activo a nivel del ángulo izquierdo del colon (flecha).

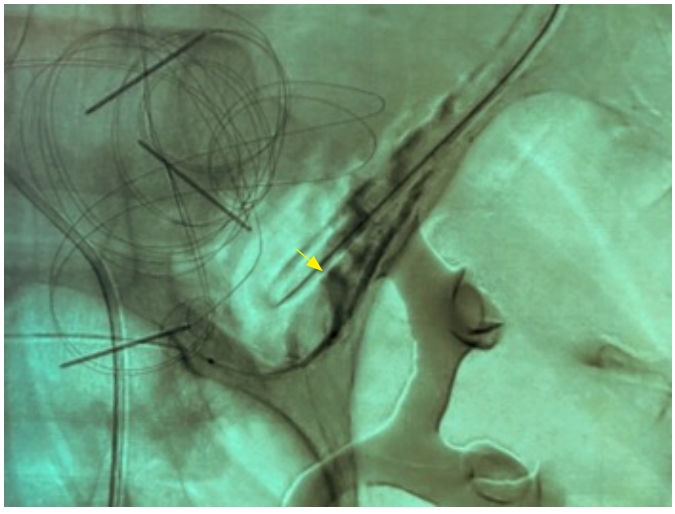


Figura 2. Arteriografía que muestra extravasación del contraste (flecha).

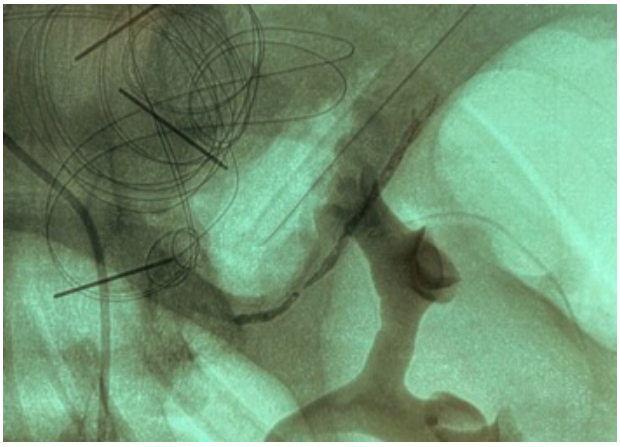


Figura 3. Arteriografía donde se observa el vaso ocluido, sin extravasación del contraste.

DISCUSIÓN

Según las guías de la *British Society of Gastroenterology*, después de la reanimación inicial, el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva baja sigue siendo un desafío para los cirujanos; identificar el origen del sangrado es una prioridad clínica y puede ser más difícil que en la hemorragia digestiva alta.[4] Particularmente en nuestro caso llama la atención la presencia de esta patología en un paciente joven.

Las opciones para diagnosticar el origen del sangrado incluyen a la angiotomografía, la angiografía mesentérica con catéter y la colonoscopía.[4]

La colonoscopía es el procedimiento diagnóstico de elección en pacientes estables con previa preparación colónica, lo que mejora la visibilidad y favorece la posibilidad de encontrar el origen del sangrado.[4]

La angiotomografía debería ser la primera opción diagnóstica en pacientes con sangrado activo. Es preferida sobre la colonoscopía en pacientes inestables ya que puede localizar la fuente del sangrado en todo el tubo digestivo, está ampliamente disponible, se puede acceder a ella con rapidez y no requiere de preparación del intestino.[4]

La angiografía es una herramienta que no está al alcance como opción terapéutica en nuestro medio en todos los centros, por lo que no siempre la tenemos presente. Puede proporcionar tanto la localización como el tratamiento. Esta localiza la fuente del sangrado en el 25-70% de los casos. La angioembolización superselectiva logra hemostasia inmediata en casi el 100% de los casos, con una tasa de resangrado que oscila entre el 0-50%. La principal complicación es la isquemia intestinal, aunque su frecuencia es baja (1-4% de los casos).[5]

Enfatizamos la importancia del uso de algoritmos diagnósticos y terapéuticos al enfrentarnos a un caso de HDB, siendo la angioembolización, en caso de estar disponible, una herramienta fundamental que para tener en cuenta.

REFERENCIAS

1. Adegboyega T, Rivadeneira D. Lower GI bleeding: An update on incidences and causes. Clin Colon Rectal Surg. 2020; 33:28-34.
2. Diamantopoulou G, Konstantakis C, Kottorou A, Skroubis G, Theocharis G, Theopistos V, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding: characteristics and clinical outcome of patients treated with an intensive protocol. Gastroenterol Res. 2017; 10:352-58.
3. Kickuth R, Rattunde H, Gschossmann J, Inderbitzin D, Ludwig K, Triller J. Acute lower gastrointestinal hemorrhage: minimally invasive management with microcatheter embolization. J Vasc Interv Radiol. 2008; 19:1289-96.e2.
4. Oakland K, Chadwick G, East JE, Guy R, Humphries A, Jairath V, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: Guidelines from the British Society of Gastroenterology. Gut. 2019; 68:776-89.
5. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol. 2016; 111:459-74.

Infección necrotizante de los tejidos blandos de la pared abdominal secundaria a adenocarcinoma perforado de colon descendente

Alejandro Mitidieri[1], Isaac León Morgunovsky[2], Cristian Rodríguez[1], Julio Lococo[1]

Servicio de Proctología, Hospital Churruca Visca. Ciudad de Buenos Aires, Argentina
1: Médico de staff. 2: Residente de Cirugía General Hospital Churruca Visca

RESUMEN

Las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos (INTB) son infecciones bacterianas agudas que involucran la piel y los tejidos blandos; se asocian a necrosis y destrucción de las fascias. Si bien son poco frecuentes, presentan una elevada mortalidad, cercana al 40%.
Son escasas las publicaciones de INTB provocados por cáncer de colon. Presentamos una paciente de 75 años con una infección necrotizante de los tejidos blandos secundaria a un adenocarcinoma de colon descendente perforado.
Consulta por dolor en la fosa lumbar izquierda flictenas, calor y rubor. Se confirma mediante tomografía computada la presencia de gas en la pared abdominal secundaria a tumor perforado de colon descendente. Se realiza un debridamiento de los tejidos blandos y se confecciona una Colectomía izquierda. Se realiza el cierre temporal del abdomen, terapia de aspiración continua en la herida de pared. La paciente es externada a los 28 días de la admisión hospitalaria.
El diagnóstico temprano, la cirugía urgente en etapas; la pronta instauración del tratamiento antibiótico son pilares fundamentales para la correcta evolución de los pacientes con INTB.

Palabras clave: *infección necrotizante, tumor perforado de colon, cirugía de urgencia*

ABSTRACT

Necrotizing soft tissue infections (NSTIs) are acute bacterial infections involving the skin and soft tissues; they are associated with necrosis and destruction of the fasciae. Although they are rare, they have a high mortality, close to 40%.
There are few publications of NTIs caused by colon cancer. We present a 75-year-old patient with a necrotizing soft tissue infection secondary to a perforated adenocarcinoma of the descending colon.
Consultation for pain in the left lumbar fossa in association with blisters, heat and redness. The presence of gas in the abdominal wall secondary to a perforated tumor of the descending colon was confirmed by computed tomography. Soft tissue debridement and a left colectomy is performed. Temporary closure of the abdomen is a great resource, as well as continuous aspiration therapy in the wall wound. The patient is discharged 28 days after hospital admission.
Early diagnosis, urgent surgery in stages; the prompt establishment of antibiotic treatment are fundamental pillars for the correct evolution of patients with NTIs.

Keywords: *necrotizing soft tissue infections, perforated colon cancer, emergency surgery*

INTRODUCCIÓN

Las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos (INTB) son infecciones bacterianas agudas que involucran la piel y los tejidos blandos; se asocian a necrosis y destrucción de las fascias.[1] Si bien son poco frecuentes, presentan una elevada mortalidad, cercana al 40%.[2,3] Las publicaciones de INTB provocados por cáncer de colon son escasas.[4]
Nuestro grupo presenta un caso poco frecuente de INTB de pared abdominal secundario a tumor perforado de colon descendente.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 75 años de edad, sin antecedentes de relevancia. En seguimiento por anemia realiza exámenes clínicos endoscópicos, en la endoscopia baja se llega hasta 60 cm desde el margen anal, objetivando divertículos en colon izquierdo y

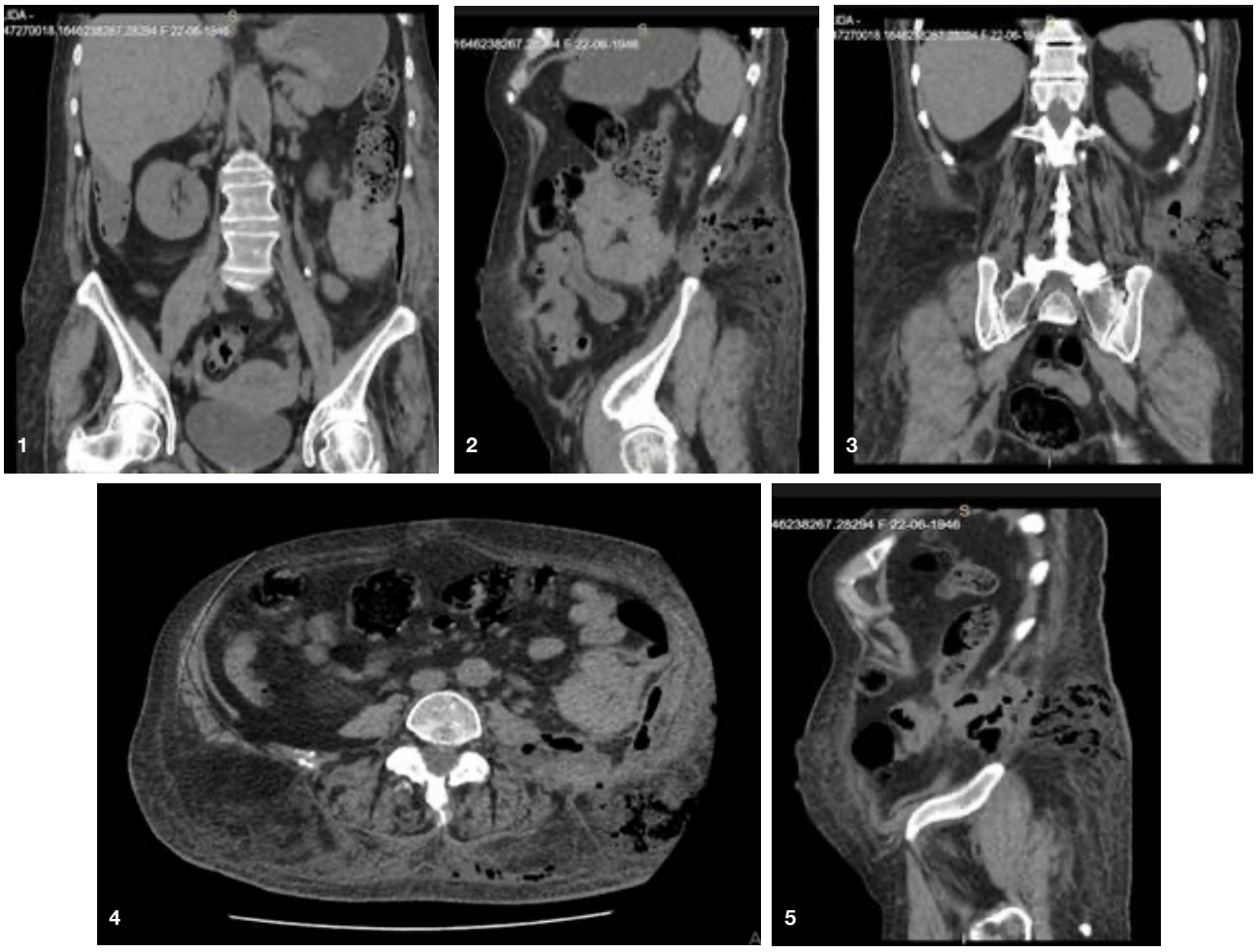
Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Alejandro Mitidieri: alemitidieri@hotmail.com**
Recibido: diciembre de 2021. Aceptado: octubre de 2022

Alejandro Mitidieri: https://orcid.org/0000-0003-2368-1868, Morgunovsky Isaac León: https://orcid.org/0000-0002-1231-8839, Julio Lococo: https://orcid.org/0000-0001-5279-8526, Cristian A. Rodríguez: https://orcid.org/0000-0001-7582-2664

un ángulo fijo, infranqueable. Tomografía computada (TC) de tórax abdomen y pelvis con doble contraste, donde se evidencian divertículos no complicados en colon sigmoides y una disminución del calibre de la luz intestinal a nivel del colon descendente, en íntimo contacto con la pared anterolateral del abdomen.

Se interpreta la formación como un tumor sin diagnostico etiológico y se programa la cirugía.

Mientras realiza los estudios pre quirúrgico, la paciente consulta por guardia por dolor lumbar izquierdo de dos días de evolución asociado a equivalentes febriles. Al examen clínico se encuentra taquicárdica, sudorosa, disneica, febril. Al examen físico se observa una formación dolorosa de piel y partes blandas en el flanco y la fosa lumbar izquierda, asociado a flictenas, calor y rubor. Se solicita laboratorio y una TC de abdomen y pelvis de urgencia. Se constata Hto 24%, hb 7,6 gr gb: 37000/ mm^3, acidosis metabólica, incremento del ácido láctico. La TC muestra la formación en colon descendente ya conocida, sin plano de clivaje con la pared anterolateral del abdomen, asociada a múltiples burbujas aéreas en las partes blandas del flanco izquierdo (Fig. 1, 2, 3, 4 y 5).



Figuras 1, 2, 3, 4 y 5. Tomografía computada, cortes coronales, sagitales y axiales donde se evidencian burbujas aéreas en las partes blandas circundantes a la formación colónica.

Se procede a la colocación de vía central, se expande con coloides, comienza el tratamiento con antibióticos (ciprofloxacina + metronidazol) y se decide conducta quirúrgica de urgencia.

Paciente en decúbito lateral derecho. Debridamiento de piel, TCS y músculos oblicuos del abdomen necróticos, hasta constatar tejido vital y sangrante. Se coloca sistema de vacío con aspiración continua.

Se realiza una incisión mediana observando una tumoración en el colon descendente adherido a la pared lateral del abdomen y al flanco izquierdo. Se libera el colon y se evidencia una perforación del mismo. Se realiza Colectomía segmentaria, por inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica de la paciente se decide realizar una cirugía de control de daño con cierre de los cabos proximal y distal y cierre temporal del abdomen con bolsa de Bogotá. Pasa a UTI en ARM con requerimiento de inotrópicos en

altas dosis. A las 24 y a las 48 horas se reexplora a la paciente en quirófano, con una mejoría franca del estado general; se debridan los tejidos desvitalizados de las partes blandas. En la cavidad abdominal no se encuentran colecciones, líquido libre ni abscesos. Se confecciona una Colectomía izquierda ampliada con colostomía transversa en hipocondrio derecho. Cierre de pared con malla (Figuras 6, 7, 8 y 9).

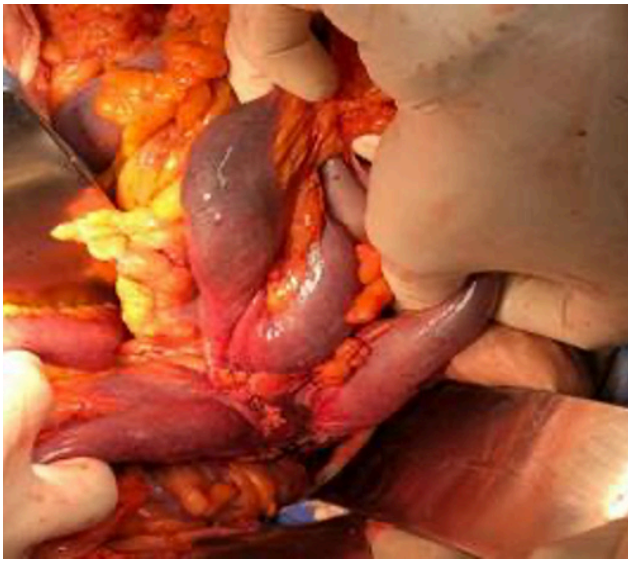


Figura 6. Tumor colónico adherido a la pared anterolateral del abdomen.

Figura 7. Liberación de tumor colónico perforado.

Figuras 8 y 9. Debridamiento amplio de las partes blandas del flanco izquierdo luego de la tercera curación.

La herida en flanco se cura cada 48/72 horas y se realiza el tratamiento con sistema de aspiración continua al vacío. Cultivo de herida: E.Coli Blee sensible a los antibióticos empíricos. Evoluciona de manera tórpida y prolongada durante su internación y al día 28 del ingreso se decide la externación (Fig. 10 y 11).

Figura 10. Egreso hospitalario, pequeña dehiscencia en tercio inferior de herida abdominal.

Figura 11. Egreso hospitalario, herida en flanco izquierdo, de partes blanda granulada.

La anatomía patológica muestra un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, t4n0m0. Compromete la pared hasta la subserosa, márgenes libres, 0/16 ganglios. Actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico. En seguimiento por cirugía plástica para realizar injerto de piel sobre la herida del flanco.

DISCUSIÓN

A pesar de las recomendaciones y guías respecto al tamizaje del carcinoma colorrectal (CCR), en EEUU el 15-20% de ellos debutan por obstrucción o perforación. La incidencia del CCR perforado es del 2-9%.[2] La perforación colónica es la segunda causa más frecuente de cirugía de urgencia en adenocarcinoma de colon, con una incidencia de 2,6% a 12%. Habitualmente la perforación colónica ocurre en el sitio donde se encuentra el tumor por la necrosis que general su crecimiento en la pared colónica y por la friabilidad del tejido.[13]

Las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos presentan una alta mortalidad y una progresión rápida y severa.[8] El diagnóstico temprano, la utilización de antibióticos de amplio espectro, la cirugía pronta, agresiva y en etapas, son pilares fundamentales para reducir la alta mortalidad (20-40%) de esta patología.[2, 3,7]

Los cánceres colorrectales perforados tienen mayor mortalidad perioperatoria, mayor recurrencia local y mayor probabilidad de carcinomatosis peritoneal.[6]

Para el tratamiento adecuado de la infección necrotizante de tejidos blandos, es importante realizar un diagnóstico precoz e inmediatamente instaurar el tratamiento antibiótico de amplio espectro y tratamiento quirúrgico agresivo y urgente para disminuir el alto porcentaje de mortalidad.[6,9] Es distinta la evolución entre los pacientes que presentan infecciones bacterianas clostridiales de los pacientes con otros gérmenes.[1] En el caso presentado, tuvimos un cultivo de E. Coli blee sensible a los antibióticos colocados empíricamente. En pacientes con perforación colónica asociado a shock séptico el concepto de laparotomía abreviada con control inicial del foco séptico, cierre temporal del abdomen con sistema de presión negativa y posterior evaluación es muy alentador.[12]

El tratamiento antibiótico sin debridamiento del tejido necrótico tiene una mortalidad del 100%,[6,10] en nuestra revisión bibliográfica las únicas variables que se asocian a un aumento de la mortalidad son la edad y la demora en el debridamiento quirúrgico por más de 24 horas.[9,11] En cuanto al tratamiento de la pared anterolateral del abdomen se realizaron curaciones cada 24-36 horas con toilettes quirúrgicas para garantizar que no progrese la infección de las partes blandas (Fig. 10 y 11). El tiempo entre cirugías se dejaba a la paciente con un sistema de aspiración al vacío (VAC) para que el tejido continúe granulando.

CONCLUSIONES

Consideramos en base a las publicaciones consultadas, que hay ciertos patrones que deben ser tenidos en cuenta para la correcta evolución de la patología.

1. Fomentar el tamizaje para la detección temprana del CCR con cualquiera de los métodos existentes.[2]
2. Realizar un diagnóstico temprano y preciso, y actuar sin demora en el tratamiento de las infecciones de piel y partes blandas necrotizantes.[1-9,11,13]
3. Realizar debridamiento agresivo y amplio, hasta dejar tejido vital y sangrante en las heridas de partes blandas.[1-9,11,13]
4. Realizar cirugías en etapas y utilizar sistema de compactación de heridas al vacío para re explorar y eventualmente volver a debridar y resecar tejidos necróticos o desvitalizados las veces que sea necesario.[4-6]
5. Realizar incisiones en “s” para darle mayores posibilidades a los cirujanos plásticos para realizar una plástica reparadora en el tiempo que consideren apropiado.[6]
6. En la cirugía abdominal realizar una exploración temprana. Dependiendo del grado de estabilidad del paciente, considerar una cirugía en etapas con el recurso del cierre temporal del abdomen para futuras reexploraciones.[12]
7. Realizar una cirugía con criterio oncológico, resecando todo el mesocolon y en block los tejidos blandos involucrados por la perforación tumoral.[1-9]
8. De ser posible, cerrar la fascia endopelviana con el fin de separar el compartimiento abdominal de la pared.[6]
9. Trabajar en conjunto con los servicios de UTI e infectología a fin de proporcionar un tratamiento multidisciplinario y amplio.[4]

REFERENCIAS

1. Wallace HA, Perera TB: Necrotizing Fascitis. StatPearls Publishing, Treasure Island, FL, 2021.
2. Levine EG, Manders SM; Life-threateaning necrotizing fascitis. CL Dermatol 2005; 23(2): 144-147.
3. Yuji Takakura, Satoshi Ikeda; Retroperitoneal Abscess complicated with Necrotizing fascitis of the thigh in a pacient with sigmoid colon cancer, Wolrd Journal of Surgical Oncology, 2009.
4. Kentaro Sato, Hitoshi Yamamura; Necrotiziting fascitis of the thigh due to penetrated descending colon cancer: a Case report, Surgical Case reports, 2018; 4:136.
5. A Case of Necrotizing Soft Tissue Infection Secondary to Perforated Colon Cancer – Cureus.
6. Datta et al, Novel Emergency management of descending colon cancer presenting with retroperitoneal perforation; Jornal of Emergencies, Trauma and Shock I 7:1 Jan-Mar, 2014.
7. Perforated descending colon adenocarcinoma manifesting as necrotizing fascitis, 2020 Royal Australasian College of Surgeons ANZ J Surg 2020.
8. Hsiao-Wen et al, Abdominal Necrotizing Fasciitis due to perforated colon cancer. Visual Diagnosis in Emergency Medicine. Taipei, Taiwan.
9. UptoDate: Surgical Management of necrotizing soft tissue infections, 2019.
10. Masood U, Sharma A, Lowe D, Khan R, Manocha D: Colerrectal Cancer associated with Streptococcus anginus bacteriemia and liver abscess. Case report. Gastroninterol, 2016.
11. Kalaivani V et al, Necrotizing soft tissue infection-rsik factors for mortality. J Clin Diag res, 2013; 7:1662-5.
12. Laparotomía abreviada y terapia de presión negativa para el cierre temporal del abdomen como tratamiento de la peritonitis diverticular Hinchey III/IV / Abbreviated laparotomy and negative pressure therapy for temporary closure of the abdomen as treatment of diverticular peritonitis Hinchey III/IV. Rodríguez C, Pedro L, Venditti D, Fantozzi M, Lococo J, Vecchio P, Lucena J, Tricarico J, Mittidieri A, Barbalace N, Dezanzo V. Rev. Argent. Coloproctología; 30(4): 104-113, dic. 2019.
13. Nikita Wadhwani, Deepak Kumar: Localised perforation or locally advanced transverse colon cancer with spontaneous colocutaneous fistula formation: a clinical challange BMJ case Rep 2018. Doi:10.1136/bcr-2018-224668

DOI: https://doi.org/10.46768/racp.v0i0.211

Cáncer escamoso del ano con metástasis hepáticas durante el embarazo

Facundo Sebastián Carrasco[1], Ignacio Pitaco[2], Juan Manuel O'Connor[3], Hernán Oxilia[4], Ángel Miguel Minetti[5]

Sanatorio Trinidad Quilmes e Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina

[1] Médico Cirujano. Cursista del Curso de Especialista Universitario en Coloproctología. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
[2] Médico de planta, Sanatorio Trinidad de Quilmes
[3] Medico Oncólogo, Instituto Alexander Fleming
[4] Medico Patólogo, Sanatorio Trinidad de Quilmes
[5] Profesor Adjunto. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Encargado del Sector de Coloproctología, Sanatorio Trinidad de Quilmes

RESUMEN

El cáncer del ano es una enfermedad rara que contribuye al 3% de los tumores malignos gastrointestinales, siendo el carcinoma escamoso el más frecuente. Es de progresión local y linfática. Raramente presenta metástasis a distancia y cuando ello ocurre lo hace más frecuentemente en el hígado, pulmón y hueso. No se han hallado publicaciones sobre la asociación de un cáncer escamoso del ano con metástasis a distancia y el embarazo, motivo de la presente comunicación.

Palabras clave: *cáncer, ano, embarazo, metástasis*

ABSTRACT

Anal cancer is a rare disease that contributes to 3% of gastrointestinal malignancies, with squamous cell carcinoma being the most frequent. It has local invasion and lymphatic spread. Distant metastases are rare and most frequently occur in the liver, lung, and bone. No publications have been found on the association of squamous cell carcinoma of the anus with distant metastasis and pregnancy, the reason for this communication.

Keywords: *cancer, anus, pregnancy, metastasis*

INTRODUCCIÓN

El cáncer del ano es una enfermedad rara que contribuye al 3% de los tumores malignos gastrointestinales, siendo el carcinoma escamoso el más frecuente. Desde fines del siglo pasado se ha constatado un notorio aumento a partir de su relación con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida y el virus del papiloma humano (HPV).[1,2] Datos de los Estados Unidos mencionan una incidencia del 10,7 a 15,5 cada 1.000.000 personas.[1,4] En 2021 se estimaron unos 9000 nuevos casos; sin embargo, el riesgo de padecer la enfermedad y la mortalidad ascienden un 2 y 3% por año, respectivamente.[5]

Es una neoplasia de progresión local y linfática. Raramente presenta metástasis a distancia y cuando ello ocurre lo hace más frecuentemente en el hígado, pulmón y hueso.[3]

Durante el embarazo es frecuente el hallazgo de pacientes que padecen HPV genital y/o anal, sin embargo, salvo omisión involuntaria no se han hallado publicaciones que asocien embarazo con cáncer escamoso del ano con metástasis a distancia, motivo de la presente comunicación.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Facundo Sebastian Carrasco: facundoscarrasco@gmail.com**
Recibido: julio de 2022. Aceptado: mayo 2023

Facundo Sebastian Carrasco: https://orcid.org/0000-0002-4193-9562- , Ignacio Pitaco: https://orcid.org/0000-0002-8450-0488 , Juan Manuel O'Connor: https://orcid.org/0000-0002-6975-5466, Hernan Oxilia: https://orcid.org/0000-0002-8992-7747 , Ángel M. Minetti: https://orcid.org/0000-0003-1235-6904

CASO

Paciente de 27 años sin antecedentes de relevancia, cursando 26 semanas de embarazo, consulta por dolor anal y proctorragia reciente.

Examen físico: Índice de masa corporal 28 kg/m^2. Se palpa útero a 2 traveses de dedo por arriba del ombligo. Auscultación de latidos fetales normales.

Examen ginecológico: Introito vaginal sin particularidades. Tacto, cuello cerrado y centrado.

Examen proctológico: Hemorroides externas en hora 3, 6, y 7, tacto dificultoso por dolor, en la región posterolateral derecha a la altura de la línea pectínea, se tacta tumor exofítico redondeado, duro pétreo, de 4,5 cm de diámetro, fijo a planos musculares y fácilmente sangrante.

No se palpan adenopatías en ambas regiones inguinales.

Diagnostico presuntivo inicial: Cáncer del recto con compromiso del esfínter.

Videocolonoscopia: Adyacente al esfínter se halla lesión friable posterolateral derecha, se toma biopsia. El resto de la mucosa es de características normales.

Anatomía patológica: Carcinoma de células escamosas anal (CCEA) pobremente diferenciado, infiltrante y ulcerado (Fig. 1).Inmunohistoquímica: Proteína P40: (+), Citoqueratina CK5 (+), Citoqueratina CK20 (-), Proteína caudal Homebox CDX2(-), Proteína P16 (+) difuso.

Resonancia magnética nuclear de alta resolución: Lesión isointensa a las partes blandas a nivel del conducto anal con extensión al recto inferior, de aproximadamente 70 mm de longitud, que no compromete órganos vecinos. Múltiples adenomegalias en la grasa mesorrectal. Adenomegalia iliaca interna derecha. Múltiples lesiones hepáticas hiperintensas en T2 atribuibles a secundarismo (Figs. 2 y 3).

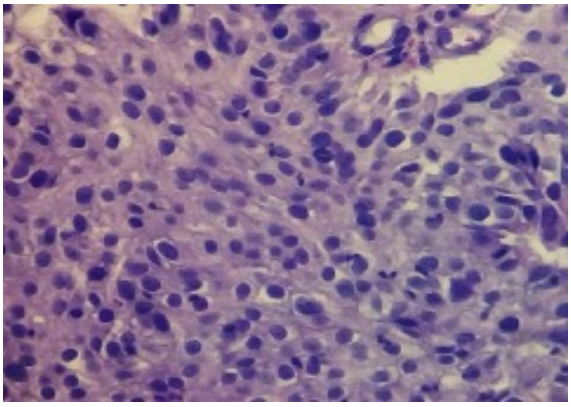


Figura 1. Histopatología (H&E x 400). Se observan en detalle las características atípicas de la proliferación neoplásica. Las células exhiben aspecto epitelial, disposición en capas cohesivas, macrocariosis, hipercromasia y pérdida de polaridad nuclear y citoplasma acidófilo. Si bien no se evidencia queratinización, no se observa formación de microluces glandulares, lo que favorece el diagnóstico de un carcinoma escamoso de tipo no queratinizante.

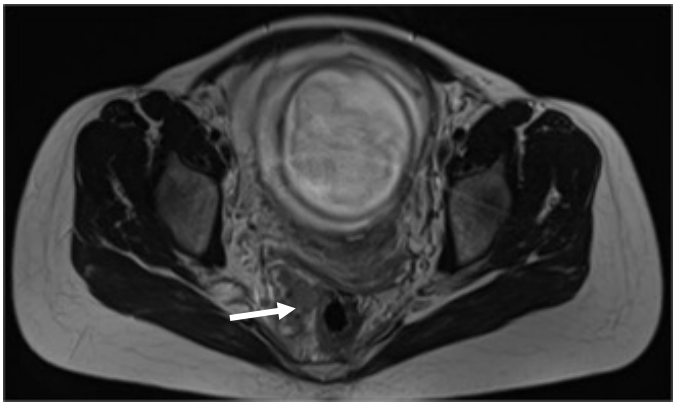


Figura 2. Resonancia magnética nuclear de alta resolución, corte axial T2. Lesión isointensa a las partes blandas a nivel del recto, entre las horas 10 y 11 que se extiende hacia la grasa mesorrectal (flecha), cercana a la cabeza fetal.

En ateneo multidisciplinario se decide progresar el embarazo y madurar el feto hasta las 36 semanas para su alumbramiento mediante cesárea con exploración abdominal.

Parto/cesárea: Laparotomía mediana infraumbilical. Apertura del útero sobre línea cervical. Parto de niño de sexo masculino, peso 3,600 kg, APGAR 9. Extracción de placenta completa. Histerorrafia en un plano con material reabsorbible. Múltiples metástasis hepáticas. Cierre de laparotomía. Posoperatorio sin complicaciones.

Evolución: Al mes post cesárea, la re-estadificación con tomografía computada (TC) con doble contraste muestra aumento del número y tamaño de los nódulos hipodensos dispersos en ambos lóbulos hepáticos, destacándose uno nuevo de 15 mm en el segmento VII (Fig. 4). Lesión anorrectal aumentada de tamaño. Adenopatías mesorrectales en íntimo contacto con el recto y la fascia mesorrectal Adenomegalia hipogástrica derecha de 10 mm e inguinal izquierda de 10 mm.

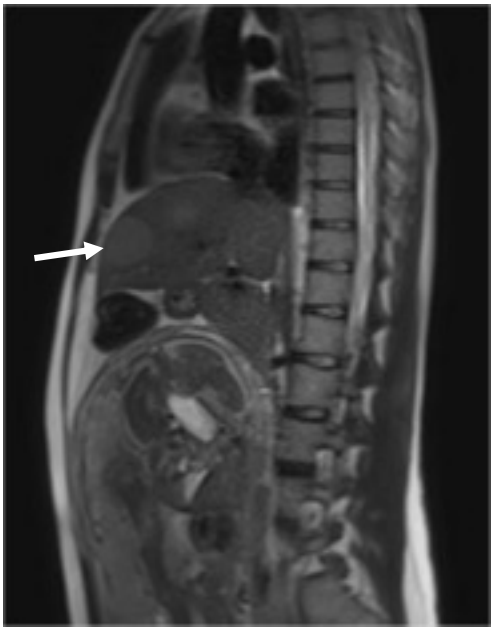


Figura 3. Resonancia magnética nuclear de alta resolución, corte sagital T2. Múltiples lesiones hepáticas hiperintensas (flecha), atribuibles a secundarismo de su patología de base.

Figura 4. Tomografia computada, corte coronal, realizada 1 mes después de la cesárea, que muestra múltiples metástasis hepáticas (flecha), aumentadas en número y tamaño con respecto a las observadas en la resonancia al momento del diagnóstico.

En ateneo oncológico se propone tratamiento con esquema de carboplatino AUC/5 (día 1) + paclitaxel 80mg/m^2 (día 1-8, 15) cada 28 días. Laboratorio de control los días 1 y 15.

En el control a los 5 meses de iniciado el tratamiento, en la tomografía computada por emisión de positrones (PET-TC) se hallan cambios morfológicos involutivos con discreto aumento de la captación del radiotrazador en el conducto anal. Involución anatomo-metabólica de las lesiones hepáticas, iliacas e inguinales (Fig. 5).

En el control a los 10 meses, en la videocolonoscopia se observa sobre el conducto anal en hora 6 una lesión indurada de aproximadamente 20 mm.

A los 13 meses, la PET-TC muestra aumento de la actividad metabólica anal a predominio izquierdo de 23 mm. Múltiples adenopatías hipermetabólicas en ambos huecos supraclaviculares, mediastino posterior, hilio hepático, retroperitoneo y cadenas

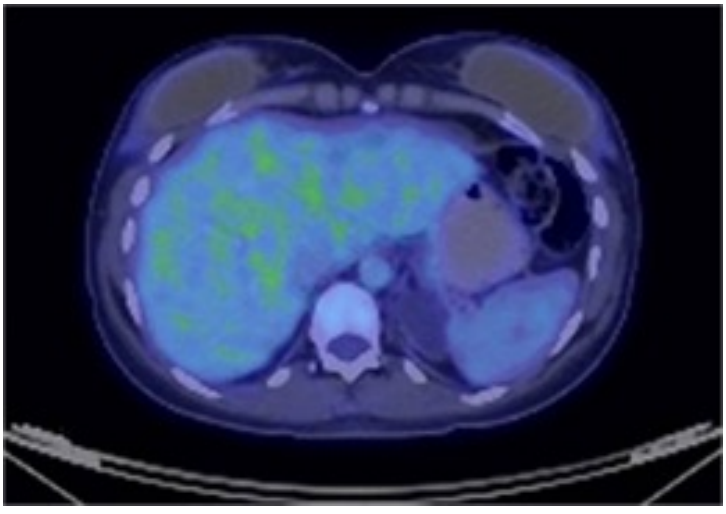


Figura 5. Tomografía axial computada con emisión de positrones a los 5 meses de iniciado el tratamiento. Se observa ausencia del radiotrazador a nivel hepático.

pelvianas e inguinales. En el parénquima hepático se visualizan dos imágenes nodulares hipodensas con aumento del metabolismo, en el segmento VI de 11 mm y subcapsular de 6 mm. Con estos hallazgos se inicia una segunda línea de tratamiento con 3 ciclos de capecitabina y oxaliplatino.
En el último control a los 16 meses, luego del tercer ciclo del esquema de segunda línea, la TC muestra una remisión completa, al igual que el examen proctológico.

DISCUSIÓN

El comportamiento habitual del CCEA en sus diferentes grados de diferenciación es la invasión submucosa, con metástasis más frecuentes en las cadenas linfáticas inguinales, iliacas y mesentérica inferior, que ocurren en alrededor del 30-40% al momento del diagnóstico. Más raramente, en menos del 10% al momento del diagnóstico y en 10-20% de los pacientes tratados con intención curativa se presentan metástasis a distancia (hígado, pulmón, huesos y piel). Estos enfermos tendrán un pobre pronóstico, ya que el promedio de sobrevida a 5 años es del 34,5%.[3,5,6]
Se ha definido como cáncer y embarazo a aquellos tumores que se presentan durante el periodo de gestación y hasta el año del puerperio.[7] Los tumores malignos más comunes que se presentan durante el embarazo son en orden de frecuencia de mama, melanoma, tiroides, cuello del útero, linfoma y colorrectal.[7]
El manejo del cáncer durante la gestación presenta verdaderos dilemas y dificultades. Corrientemente, el diagnóstico se ve demorado por los escasos síntomas y la confusión o subestimación de los mismos. Por otra parte, no se halla bien establecido el momento oportuno para el tratamiento quirúrgico o de otro tipo y poco se conoce acerca de los riesgos que representa la quimioterapia sobre el feto en cuanto a malformaciones, abortos y partos prematuros. Por último, existe un dilema ético, en relación a si proseguir o detener el embarazo.
Al momento de la toma de decisiones es necesario tener en cuenta el tipo, localización y estadio de la enfermedad (enfermedad localizada, con invasión multivisceral o metástasis a distancia), el estado general de la madre y el feto, la modalidad del tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia) y el riesgo de posponer el tratamiento hasta el nacimiento.
Esta paciente cursaba un embarazo de 26 semanas y presentaba un CCEA con metástasis en los ganglios regionales y el hígado, por lo que estaba indicado un tratamiento con quimioterapia sistémica. Dado que el estado general materno fetal era bueno, faltaba poco tiempo para el nacimiento y la viabilidad fetal era segura, se propuso demorar el tratamiento para evitar el riesgo de efectos adversos y realizar una maduración fetal con alumbramiento mediante cesárea para permitir una evaluación intraabdominal de la enfermedad.
Históricamente, el tratamiento del CCEA era la resección abdominoperineal con colostomía definitiva. A partir de 1970, mediante diversos estudios se estableció que en la enfermedad localizada el tratamiento con quimio y radioterapia resultaba superior a la cirugía radical en cuanto a la recidiva local, la sobrevida global, el periodo libre de enfermedad y la necesidad de ostomías.[8]
En 1997, Bartelink et al.[9] publicaron uno de los primeros estudios randomizados, fase III, con 110 pacientes reclutados, demostrando que el tratamiento mediante 5 fluorouracilo y mitomicina, con radioterapia concomitante por 5 semanas, en los pacientes con enfermedad localmente avanzada, resultaba superior a la radioterapia sola en términos de respuesta completa, baja recurrencia local, alto control locorregional y largo intervalo libre de ostomía.
En 2018, Kim et al.[10] publican los resultados del estudio Epitopes,HPV02, con 66 pacientes reclutados. Es un estudio de un solo brazo en fase II, de CCEA metastásico tratado durante 3 semanas con docetaxel (6 ciclos de 75 mg/m^2 el primer día), cisplatino (75 mg/m^2 el primer día) y fluorouracilo (750 mg/m^2 por 5 días). El mismo tratamiento se empleó con un esquema modificado que consistió en la administración durante dos semanas de docetaxel (8 ciclos de 40 mg/m^2 el primer día), cisplatino (40 mg/m^2 el primer día) y fluorouracilo (1200 mg/m^2 día por dos días). Aunque no hubo randomización, los autores demostraron que ambos regímenes lograron similar sobrevida libre de enfermedad. Sin embargo, el primero mostró un mayor número de eventos adversos grado 4. Lo que marca una potencial primera línea de opción en estos pacientes.
Más recientemente, Rao et al.[11] realizaron un estudio multicéntrico randomizado de 2 brazos en 91 pacientes, 45 tratados con carboplatino y paclitaxel (80 mg/m^2 los días 1,8,15) en ciclos de 28 días y 46 tratados con cisplatino (60 mg/m^2) y fluoruracilo (1000 mg/m^2 los días 1, 4) cada 21 días. Ambos tratamientos se llevaron al cabo por 21 semanas hasta detectar progresión de la enfermedad o intolerancia por toxicidad.
El esquema de carboplatino + paclitaxel comparado con el de cisplatino + fluorouracilo mostró mejor índice de respuesta objetiva (59 vs. 57%, respectivamente) y menores efectos adversos (36 vs. 62%, respectivamente). La sobrevida libre de enfermedad fue de 8,1 vs. 5.7 meses y la sobrevida global de 20 vs. 12.3 meses, respectivamente). Basados en estos resultados, este ha sido el

esquema de primera línea empleado en nuestra paciente. Con este esquema se logró una remisión completa a los 5 meses, aunque la recaída a los 13 meses obligó a indicar un segundo esquema con fluoruracilo y oxaliplatino. Luego de 3 ciclos del mismo, en el último control de seguimiento a los 16 meses, la paciente se encuentra en regresión clínica completa, por examen proctológico e imágenes.

CONCLUSIÓN

Se reporta un caso de cáncer escamoso del ano diagnosticado durante el embarazo. Se destaca la baja frecuencia de esta enfermedad como neoplasia asociada al embarazo con el agregado de enfermedad metastásica de inicio. El tratamiento con el esquema de paclitaxel y carboplatino en primera línea y de capecitabina y oxaliplatino en segunda línea, muestran un control de la enfermedad a los 16 meses del inicio del tratamiento.

AGRADECIMIENTO

Especial agradecimiento al Dr. José Bernal del servicio de imágenes por proporcionar los informes de las respectivas imágenes.

REFERENCIAS

1. Werner RN, Gaskins M, Avila Valle G, Budach V, Koswig S, Mosthaf FA, et al. State of the art treatment for stage I to III anal squamous cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. Radiother Oncol. 2021; 157:188-96.
2. Kin C. So now my patient has squamous cell cancer: diagnosis, staging, and treatment of squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. Clin Colon Rectal Surg. 2018; 31:353-60.
3. Shenoy MA, Winnicka L, Mirsadraei L, Marks D. Anal cancer with mediastinal lymph node metastasis. Gastrointest Tumors. 2021; 8:134-37.
4. Marref I, Romain G, Jooste V, Vendrely V, Lopez A, Faivre J, et al. Outcomes of anus squamous cell carcinoma. Management of anus squamous cell carcinoma and recurrences. Dig Liver Dis. 2021; 53:1492-98.
5. Young AN, Jacob E, Willauer P, Smucker L, Monzon R, Oceguera L. Anal Cancer. Surg Clin North Am. 2020; 100:629-34.
6. Glynne-Jones R, Nilsson PJ, Aschele C, Goh V, Peiffert D, Cervantes A, et al. Anal cancer: ESMO-ESSO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2014; 25 Suppl 3:iii10-20.
7. McCormick A, Peterson E. Cancer in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018; 45:187-200.
8. Nigro ND, Vaitkevicius VK, Considine B Jr. Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. Dis Colon Rectum. 1974; 17:354-56.
9. Bartelink H, Roelofsen F, Eschwege F, Rougier P, Bosset JF, Gonzalez DG, et al. Concomitant radiotherapy and chemotherapy is superior to radiotherapy alone in the treatment of locally advanced anal cancer: results of a phase III randomized trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Radiotherapy and Gastrointestinal Cooperative Groups. J Clin Oncol. 1997; 15:2040-49.
10. Kim S, François E, André T, Samalin E, Jary M, El Hajbi F, et al. Docetaxel, cisplatin, and fluorouracil chemotherapy for metastatic or unresectable locally recurrent anal squamous cell carcinoma (Epitopes-HPV02): a multicentre, single-arm, phase 2 study. Lancet Oncol. 2018; 19:1094-106.
11. Rao S, Sclafani F, Eng C, Adams RA, Guren MG, Sebag-Montefiore D, et al. International rare cancers initiative multicenter randomized phase ii trial of cisplatin and fluorouracil versus carboplatin and paclitaxel in advanced anal cancer: InterAAct. J Clin Oncol. 2020; 38:2510-18.

Várices colónicas idiopáticas

Sasha Reiderman[1], Cristian Nicolás Lucas[2], Pablo Roberto Catalano[3]

Sanatorio Franchín, Buenos Aires, Argentina
[1] Residente de Cirugía General
[2] Médico de Staff de la Sección Coloproctología y de Cirugía General
[3] Jefe de Sección Coloproctología y médico de Staff de Cirugía General

RESUMEN

Las várices colónicas son muy poco frecuentes y una causa excepcional de hemorragia digestiva baja recurrente. En la mayoría de los casos se asocian a hipertensión portal. Se consideran idiopáticas cuando la etiopatogenia obedece a una enfermedad vascular congénita. Estas tienen mayor asociación familiar y son más frecuentemente pancolónicas que en los casos no idiopáticos.
Las várices colónicas se diagnostican por videocolonoscopía y se debe investigar la presencia de factores de riesgo clínicos para enfermedad protrombótica y realizar estudios imagenológicos para descartar hipertensión portal u obstrucción venosa asociada. El tratamiento es fundamentalmente sintomático.
Presentamos un caso de varices colónicas idiopáticas en una paciente femenina de 16 años que debuta con hemorragia digestiva baja. El objetivo de esta presentación es evaluar el comportamiento de una patología muy poco frecuente y revisar la literatura relacionada.

Palabras clave: *várices colónicas, hemorragia digestiva baja, angiodisplasias.*

ABSTRACT

Colonic varices are very rare and an exceptional cause of recurrent lower GI bleeding. In most cases they are associated with portal hypertension. They are considered idiopathic when the etiopathogenesis is due to a congenital vascular disease. These have a greater familial association and are more frequently pancolonic than in non-idiopathic cases.
Colonic varices are diagnosed by colonoscopy. The presence of clinical risk factors for prothrombotic disease should be investigated and imaging studies perform to rule out portal hypertension or associated venous obstruction. Treatment is mainly symptomatic.
We report a case of idiopathic colonic varices in a 16-year-old female patient who presented with lower gastrointestinal bleeding. The aim is to evaluate the behavior of a very rare condition and to review the related literature.

Key words: *colonic varices, lower gastrointestinal bleeding, angiodysplasias.*

INTRODUCCIÓN

Las várices colónicas constituyen una entidad poco frecuente. Usualmente son detectadas por videocolonoscopía y en la mayoría de los casos se asocian a hipertensión portal.[1] La incidencia de las varices colónicas, independientemente de su causa, se calcula en 0,07 % y se diagnostican por colonoscopia de rutina o de urgencia. Son causa excepcional de hemorragia digestiva baja recurrente.[2]
Las varices colónicas idiopáticas son las dilataciones venosas submucosas del colon, cuya etiopatogenia obedece a una enfermedad vascular congénita, en ausencia de una causa gatillo y sin otra condición médica asociada. Son extremadamente inusuales, más frecuentes en hombres, con una edad media de 41 años al diagnóstico. Tienen mayor asociación familiar y son más frecuentemente pancolónicas que en los casos no idiopáticos.[3] Existe muy poca información en la literatura, con alrededor de 30 casos reportados por autores ingleses.[4]
Las varices colónicas idiopáticas deben diferenciarse de aquellas que ocurren en forma secundaria a la hipertensión portal, ya sea por cirrosis o por otras causas asociadas a una obstrucción de la vena porta.[5-7]
Durante la colonoscopía por sangrado activo, la insuflación puede colapsar estas malformaciones vasculares, pudiendo confundirse con mucosa normal, pólipos o incluso carcinomas[8, 9]. El *gold standard* para el diagnóstico es la angiografía mesentérica. Este método permite identificar las varices y, de existir sangrado mayor a 5ml/min, detectar el lugar específico de la fuga y realizar el tratamiento con embolización.[9]

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Sasha Raiderman: sashareiderman@hotmail.com**
Recibido: agosto 2022. Aceptado: mayo 2023

Sasha Reiderman: https://orcid.org/0000-0001-5375-6352, Cristian Nicolás Lucas: https://orcid.org/0000-0002-4874-3386, Pablo Roberto Catalano: https://orcid.org/0000-0001-7582-2162

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 16 años, sin antecedentes personales o familiares de relevancia, que consulta por guardia por proctorragia de 7 días de evolución con último episodio hace 6 horas, palpitaciones y síncope. Niega alteraciones del ritmo evacuatorio y pérdida de peso. Refiere haber consultado la semana previa por síntomas similares sin alteraciones hemodinámicas, diagnosticándose sangrado por enfermedad hemorroidal, por lo que recibió tratamiento médico.

Al ingreso presenta taquicardia, disnea clase funcional III, palpitaciones e hipovolemia grado 2 de la clasificación del *American College of Surgeons*. El abdomen es blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en flanco derecho. Tacto rectal positivo para sangre roja rutilante.

Laboratorio de ingreso: hematocrito 25%, hemoglobina 8,6g/dl, glóbulos blancos 7400/mm^3, plaquetas 226000/mm^3, tiempo de protrombina 90,5%, KPTT 30,6 segundos. Se realiza transfusión de 1 unidad de glóbulos rojos y expansión con cristaloides. Con la paciente compensada y sin signos de sangrado activo, se decide realizar estudios complementarios.

La videoendoscopia digestiva alta informa gastritis erosiva leve, sin signos de sangrado activo. La videocolonoscopia muestra desde el ciego hasta el colon descendente cordón venoso azulado, tortuoso y prominente que disminuye con la insuflación, sin evidencia de sangrado activo.

Diagnóstico: várices colónicas con afectación predominante del colon derecho, transverso y descendente. (Fig. 1 A y B)

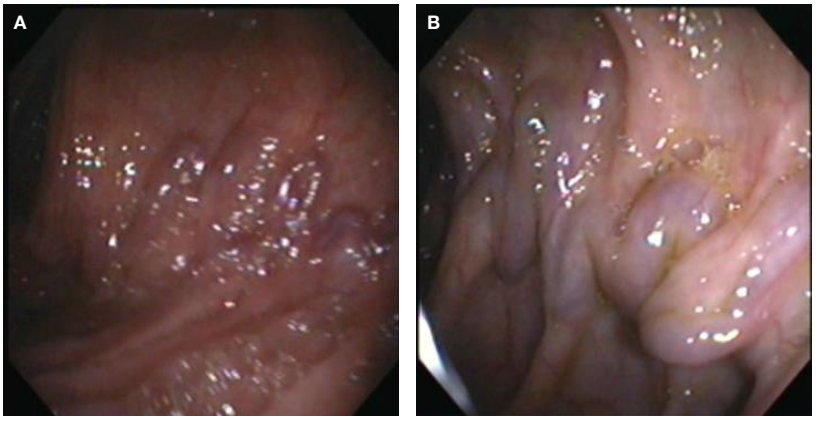


Figura 1. Videocolonoscopía. Se observan las várices colónicas tortuosas en la submucosa. A. Lesiones de aspecto nodular. B. Vasos serpiginosos.

La angiotomografia informó alteraciones de las estructuras vasculares, observándose imágenes compatibles con várices que comprometen el colon derecho y se extienden hasta el recto. También se observa marcado compromiso del íleon terminal y cambios del grosor de las ramas de los vasos mesentéricos, algunos dilatados, comprometiendo especialmente las venas mesentéricas superior e inferior. No se visualizan zonas estenóticas en el colon ni en intestino delgado. Recto y grasa regional sin alteraciones. Si bien se observa un aumento de la vasculatura a dicho nivel, es menor que la descripta y visualizada principalmente en el colon derecho e íleon terminal. Calibre de la vena porta 12mm y de la vena esplénica 4mm. No se observó trombosis venosa (Fig. 2 A y B).

La ecografía abdominal y el ecodoppler portal y de miembros inferiores mostraron hígado de ecoestructura conservada, velocidad de flujo normal tanto en la vena porta como en la vena cava inferior, sin signos de hipertensión portal, ni de trombosis de los miembros inferiores.

La función hepática, serologías para hepatopatías virales o autoinmunes como los estudios imagenológicos de estructura del parénquima fueron normales. Se descartó la presencia de marcadores compatibles con fenómenos protrombóticos. La paciente evolucionó sin evidencia de nuevo sangrado. Se progresó dieta y se indicó diosmina 500 mg vía oral cada 8 hs, egreso sanatorial y control ambulatorio.

Durante el seguimiento, la paciente presenta un episodio aislado de proctorragia en el domicilio, sin otros síntomas asociados y con valores estables de hematocrito y hemoglobina.

Se solicitó a los familiares directos realizarse una colonoscopía para evaluar probable incidencia familia, sin evidenciar varices colónicas en ningún caso.

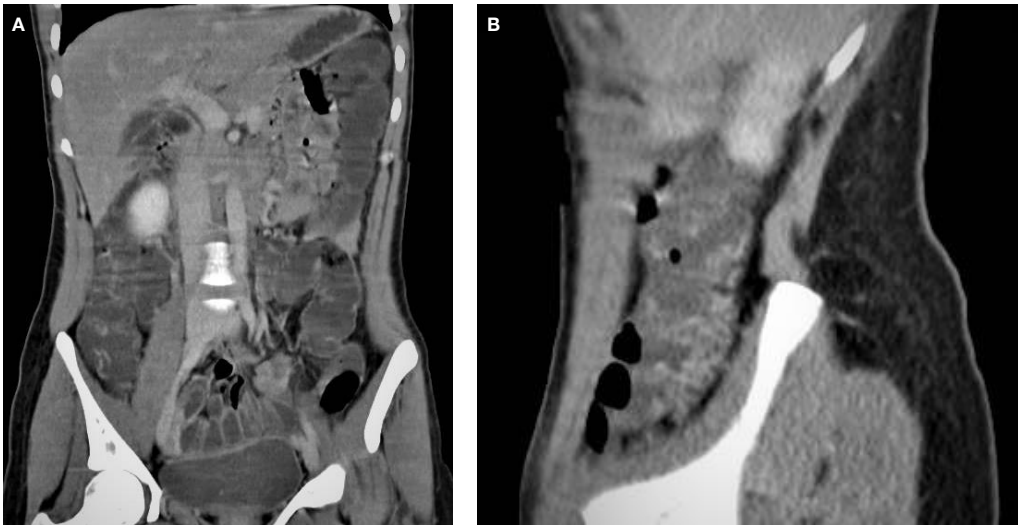


Figura 2. Angiotomografía computarizada. A. Corte coronal. Várices colónicas y engrosamiento y dilatación de ramas de las venas mesentérica superior e inferior. B. Corte sagital. Varices colónicas.

DISCUSIÓN

El sangrado digestivo bajo secundario a varices colónicas es una entidad poco frecuente. Muchos pacientes presentan múltiples episodios de hemorragia antes de llegarse al diagnóstico correcto. Pueden presentarse con cuadros de hematoquecia intermitente o severa que indiquen el estudio del tubo digestivo o ser hallazgos incidentales durante una colonoscopia.[10] El sangrado se origina con mayor incidencia en el territorio de la vena mesentérica inferior y en un número menor en la mesentérica superior. [11]

Nuestra paciente se presenta con un primer episodio de proctorragia leve que se repite luego de una semana de forma severa. Una vez realizado el diagnóstico de várices colónicas mediante la colonoscopía y su confirmación con la angiotomografía, se investigó la presencia de enfermedades asociadas, sin encontrarse una causa de hipertensión portal, por lo que se llegó al diagnóstico de várices colónicas idiopáticas con afectación ileal. La ausencia de patología en los familiares estudiados descartó su origen familiar. Las varices colónicas idiopáticas familiares, son malformaciones venosas cuya etiopatogenia se asocia a una enfermedad vascular congénita altamente infrecuente, con una incidencia familiar del 28%.[12]

Debido a la baja frecuencia de esta patología, el tratamiento no está claramente definido. Puede recomendarse dieta no constipante e incluso utilización de laxantes y suplementos de hierro.

En los casos de hemorragia activa que no altera la estabilidad hemodinámica, está descripta la escleroterapia o la ligadura con bandas. Cuando la hemorragia no se autolimita y pone en riesgo la estabilidad hemodinámica del paciente, se debe evaluar un tratamiento invasivo, ya sea mediante hemodinamia o cirugía con resección colónica del segmento afectado.[3,13]

REFERENCIAS

1. Hernández Cubas MO, Mederos Ramírez T, López Mejía VM. Informe de un paciente diagnosticado de várices colónicas idiopáticas. Acta Med Centro. 2016; 10.
2. Solis-Herruzo JA. Familial varices of the colon diagnosed by colonoscopy. Gastrointest Endosc 1977; 24:85-6.
3. Sunkara T, Caughey ME, Culliford A, Gaduputi V. idiopathic isolated colonic varices: an extremely rare condition. J Clin Med Res. 2018; 10:63-5.
4. Han JH, Jeon WJ, Chae HB, Park SM, Youn SJ, Kim SH, et al. A case of idiopathic colonic varices: a rare cause of hematochezia misconceived as tumor. World J Gastroenterol. 2006; 12:2629-32.
5. Gentilli S, Aronici M, Portigliotti L, Pretato T, Garavoglia M. Idiopathic ileo-colonic varices in a young patient. Updates Surg. 2012; 64:235-38.
6. Francois F, Tadros C, Diehl D. Pan-colonic varices and idiopathic portal hypertension. J Gastrointestin Liver Dis. 2007; 16:325-28.
7. Krishna RP, Singh RK, Ghoshal UC. Recurrent lower gastrointestinal bleeding from idiopathic ileocolonic varices: a case report. J Med Case Rep. 2010; 4:257.
8. Grasso E, Sciolli L, Ravetta F, Pelloni A. A rare case of idiopathic colonic varices: case report and review of the literature. Chirurgia. 2012; 25:111-14.
9. Place RJ. Idiopathic colonic varices as a cause of lower gastrointestinal bleeding. South Med J. 2000; 93:1112-14.
10. Dina I, Braticevici CF. Idiopathic colonic varices: case report and review of literature. Hepat Mon. 2014; 14:e18916.
11. Federle, M., Clark, R.A. Mesenteric varices: A source of mesosystemic shunts and gastrointestinal hemorrhage. Gastrointest Radiol. 1979; 4: 331-37.
12. Iredale JP, Ridings P, McGinn FP, Arthur MJ. Familial and idiopathic colonic varices: an unusual cause of lower gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1992; 33:1285-88.
13. Boland P, Leonard J, Saunders M, Bursey F. Familial idiopathic small-bowel and colonic varices in three siblings. Endoscopy. 2014; 46: 893-97.

Hernia perineal secundaria a operación de Miles. Presentación de dos casos

Gerardo Martín Rodríguez[1], Camilo Sebastián Canesín[1], Ezequiel Palmisano[2]

Unidad de Endoscopía Digestiva y Cirugía Mininvasiva, Clínica Del Angelo y Clínica Sarmiento, Formosa, Argentina
[1] Cirujano de Planta
[2] Cirujano Consultor, Universidad Nacional de Rosario

RESUMEN

La hernia perineal es una complicación de la amputación abdominoperineal, poco frecuente y posiblemente subestimada. En los últimos años ha aumentado su incidencia, probablemente por la adopción de la técnica extraelevador y la radioquimioterapia preoperatoria.

Se puede abordar por vía perineal, abdominal o combinada con similares resultados, sin evidentes ventajas de una técnica sobre la otra, por lo que esta debe adaptarse a cada caso particular. El uso de mallas ha reemplazado a la sutura primaria de la brecha. Faltan datos que soporten la utilidad de técnicas de profilaxis.

Aportamos a la literatura 2 casos de hernia perineal sintomática en 23 (8,6%) pacientes sometidos a operación de Miles que requirieron reparación quirúrgica. Un paciente masculino fue abordado por vía perineal y una paciente femenina por vía abdominal laparoscópica, reforzando en ambos el piso pelviano con malla. Tuvieron una buena evolución postoperatoria, sin presentar recurrencia a los 12 meses.

Alentamos la realización de trabajos colaborativos en Argentina que puedan aportar datos más robustos.

Palabras clave: *hernia perineal, amputación abdominoperineal, reparación*

ABSTRACT

Perineal hernia is a rare and possibly underestimated complication of abdominoperineal resection. In recent years, its incidence has increased, probably due to the adoption of the extra-elevator technique and preoperative chemoradiotherapy.

It can be treated by the perineal, abdominal or combined approach with similar results, without obvious advantages of one technique over another, so it must be adapted to each particular case. The use of mesh has replaced the primary suture. There is a lack of data to support the usefulness of prevention techniques.

We contribute to the literature 2 cases of symptomatic perineal hernia in 23 (8.6%) patients operated on by Miles operation who required surgical repair. A male patient underwent a perineal approach and a female patient a laparoscopic abdominal approach, reinforcing the pelvic floor with mesh in both. They had a good postoperative outcome, with no recurrence at 12 months.

We encourage collaborative work in Argentina that can provide more robust data.

Keywords: *perineal hernia, abdominoperineal resection, repair*

INTRODUCCIÓN

La hernia perineal (HP) se define como un defecto del piso pelviano a través del cual pueden protruir las vísceras intraabominales.[1,2] Puede ser primaria (congénita) o secundaria (postoperatoria). El reporte inicial se atribuye a De Garangeot en 1743. Moscowitz fue el pionero en tratarla quirúrgicamente en 1916 y Yeoman describe la forma postoperatoria en 1939.

Para su resolución se proponen diferentes abordajes y técnicas. Ninguna se considera como el estándar de oro de tratamiento.[1-6] Presentamos la experiencia de nuestro grupo de trabajo en el abordaje de 2 pacientes con hernia perineal sintomática. La incidencia fue del 8,6% (2 de 23 pacientes sometidos a amputación abdominoperineal de Miles entre 2005 y 2021).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Gerardo Martín Rodríguez: drgmrodriguez@yahoo.com.ar - drgmrodriguez@gmail.com**
Recibido: septiembre 2022. Aprobado: mayo 2023

Gerardo M. Rodríguez: https://orcid.org/0000-0002-0302-2518; Camilo Canesín: https://orcid.org/0000-0002-1529-2662; Ezequiel Palmisano: https://orcid.org/0000-0003-4529-7496

CASO 1

Hombre de 60 años con antecedentes de tabaquismo crónico, hipertensión arterial y una operación de Miles asistida por videolaparoscopía con cierre primario del periné por adenocarcinoma del ano, que consultó al 7º mes postoperatorio por un abultamiento perineal de crecimiento progresivo (Fig. 1) y molestias en la región. Por examen físico se constató HP reductible e incoercible, con contenido intestinal corroborado por tomografía computarizada del abdomen y pelvis (Fig. 2). Se realizó una reconstrucción por abordaje perineal, con apertura del saco eventrógeno y reducción del contenido (asas intestinales y epiplón mayor) y refuerzo con prótesis de doble revestimiento (Poliester + película absorbible de colágeno porcino, polietilenglicol y glicerol) (Fig. 3). Se fijó la malla a los reparos óseos (tuberosidades isquiáticas y coxis) y los músculos del piso pelviano con un dispositivo de fijación, interponiendo epiplón mayor. La evolución postoperatoria fue buena, otorgándose el alta institucional el 3º día. El paciente no tuvo adherencia a la adyuvancia y desarrolló metástasis pulmonares, obitando a los 18 meses por progresión de la enfermedad, sin sintomatología perineal.

Figura 1. Caso 1: Hernia perineal a los 7 meses de una operación de Miles por un adenocarcinoma del ano.

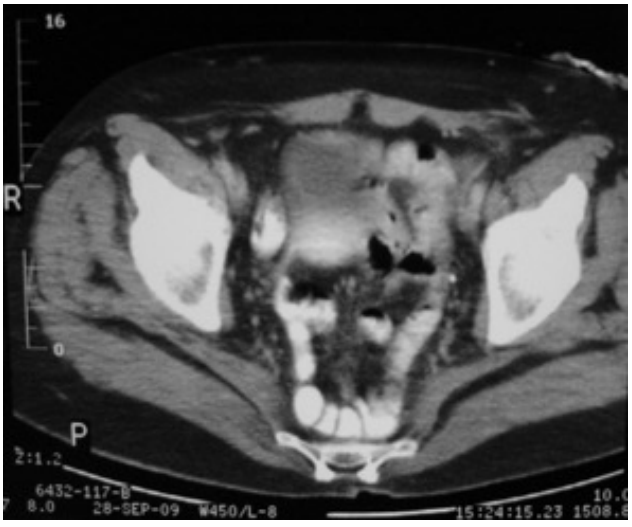


Figura 2. Caso 1: Tomografía computada donde se observa la hernia perineal y su contenido.

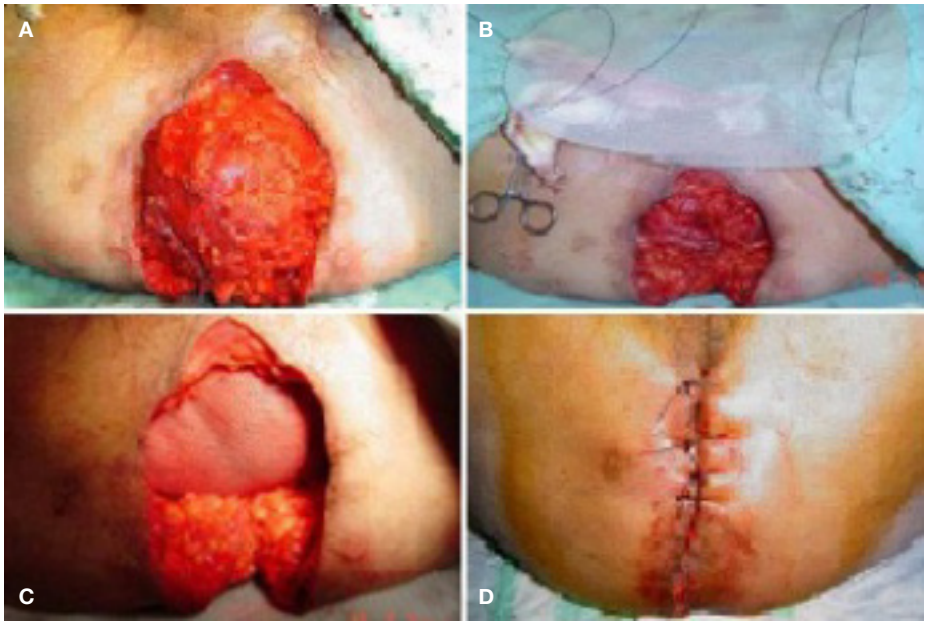


Figura 3. Caso 1: Reparación de la hernia por abordaje perineal. A. Saco herniario protruido luego de la incisión de piel. B. Contenido de asas intestinales. C. Malla colocada. D. Aspecto final con la piel suturada.

CASO 2

Mujer de 58 años, sin antecedentes de relevancia, sometida a una operación de Miles asistida por videolaparoscopia con cierre primario del periné por adenocarcinoma del recto inferior, consultó al 4º mes postoperatorio con bulto perineal de crecimiento progresivo, disuria y molestia local. Se diagnosticó HP reductible e incoercible (Figs. 4 y 5) Se reparó por abordaje abdominal videolaparoscópico. Luego de liberar escasas adherencias laxas se redujo el contenido hacia la cavidad abdominal procediendo a la reparación del piso pelviano con prótesis de doble revestimiento, fijada a los reparos óseos y músculos del piso pelviano con dispositivo de fijación, sin omentoplastia (Fig. 6). Con buena evolución postoperatoria se otorgó alta institucional al 2º día postoperatorio. A los 12 meses de la cirugía continúa sin recidiva de la hernia (Fig. 7).

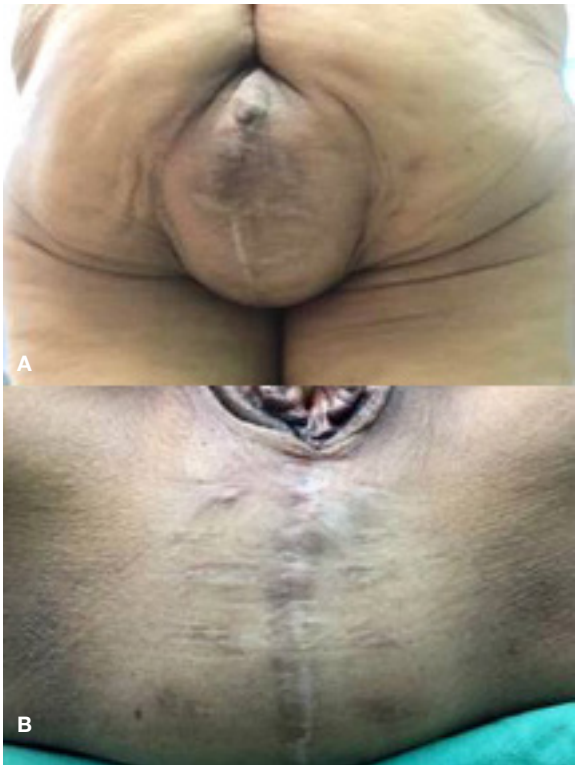


Figura 4. Caso 2: Hernia perineal a los 4 meses de una operación de Miles por un adenocarcinoma del recto. A. Vista posterior. B. Vista anterior.

Figura 5. Caso 2: Tomografía computada. Corte sagital que muestra la hernia perineal.

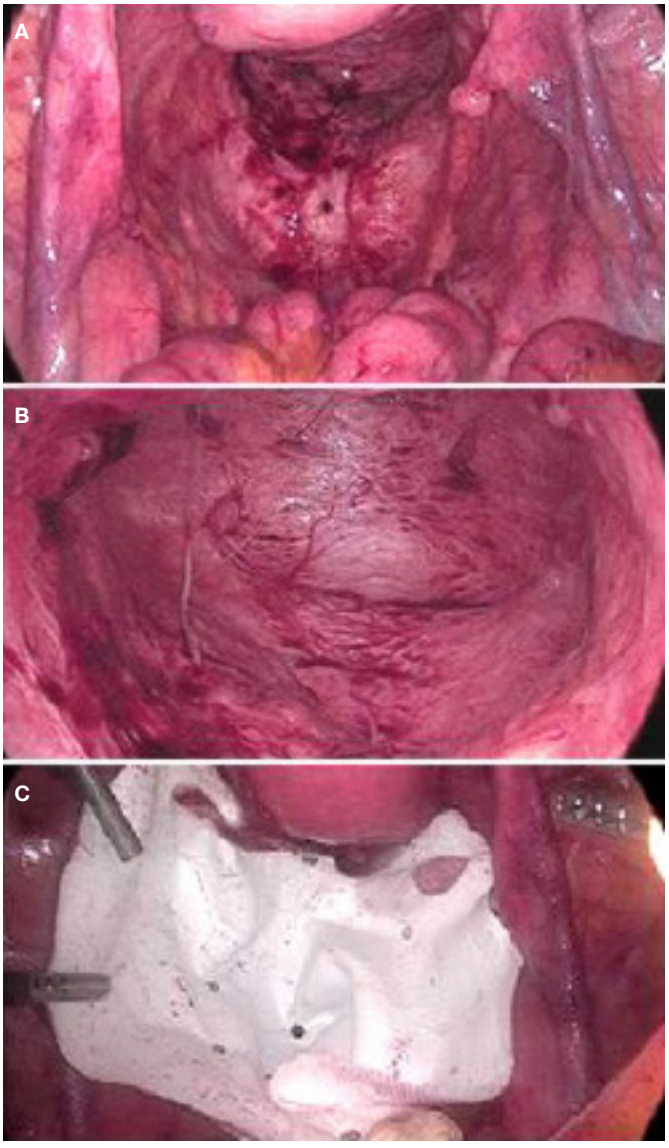


Figura 6. Caso 2: Reparación de la hernia por abordaje abdominal laparoscópico. A y B. Imagen intrabdominal de la hernia. C. Colocación de la malla.

Figura 7. Caso 2: A. Antes de la cirugía. B. Luego del reparo quirúrgico.

DISCUSIÓN

La HP se clasifica como anterior (aparece por delante del músculo transverso del periné) y posterior (aparece a nivel del músculo elevador del ano o entre éste y los músculos coxígeos).

Las HP secundarias son hernias incisionales verdaderas en las que el defecto está en la incisión quirúrgica y el contenido del saco herniario suele ser el intestino delgado.[2,4]

Luego de la amputación abdominoperineal, cilíndrica o extraelevador, la ocurrencia de complicaciones perineales es relativamente frecuente. La infección y dehiscencia del sitio quirúrgico perineal o la formación de abscesos pélvicos prolongan el cuidado de la región y pueden causar complicaciones tardías de la hernia perineal.

Desde la descripción original de Miles el manejo del periné ha sido controvertido. Tradicionalmente la herida se dejaba abierta y empacada con compresas, o se cerraba solo parcialmente. Desde mediados de 1960 se preconizó el cierre de la herida perineal, discutiendo si dejar abierto o no el peritoneo pélvico mejoraba la curación. Actualmente el cierre primario es el método más empleado.[4]

La no HP tiene preferencia de sexo y su incidencia se reporta entre el 1 y 26%, con un aumento reciente atribuible a la práctica de la técnica extraelevador.

Principalmente se manifiesta en el primer año postoperatorio.[3,6] Algunos autores sugieren que puede ser más común en el abordaje laparoscópico, posiblemente por la menor formación de adherencias y/o luego de la terapia neoadyuvante.

Se mencionan como potenciales factores de riesgo: edad mayor de 60 años, obesidad, neoadyuvancia, desnutrición, tabaquismo, diabetes, enfermedades crónicas que causan ascitis (posiblemente por incrementar la presión intrabdominal), mesenterio elongado, infección de la herida perineal, falla del cierre peritoneal, extirpación del, escisión de los elevadores e histerectomía previa.[2-5]

Lo más comúnmente referido es la presencia de un bulto en el periné con o sin erosión de la piel y generalmente indoloro. Cuando está incluida la vejiga, se manifiestan disuria y polaquiuria. Son raros los trastornos dispépticos ocasionados por tracciones o compresión del epiplón y las asas intestinales.

Las complicaciones más serias, obstrucción intestinal y estrangulación, son infrecuentes debido a que el cuello de la hernia es amplio y el defecto muscular elástico. Lo habitual es encontrar un crecimiento y destrucción progresivos del suelo pélvico.

El diagnóstico se realiza con la historia clínica y el examen físico que es típico. Puede ser reductible o irreductible y los métodos auxiliares de imágenes (ecografía de la región perineal, tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear) usualmente confirman el defecto e identifican los órganos herniados. Cuando no se reducen deberán diferenciarse de quistes, lipomas y otros tumores superficiales, los cuales no se extienden en profundidad.

En lo que se refiere al manejo, si la hernia es asintomática o causa escasas molestias o en los pacientes con alto riesgo de complicaciones postoperatorias se recomienda observación y control con medidas de soporte. No existen datos que sugieran que la reparación de una hernia perineal asintomática disminuya la tasa de complicaciones.[4]

El tratamiento más radical es la corrección quirúrgica. En el caso de una evisceración aguda con contenido abdominal está indicada la intervención urgente, con reducción del contenido y packing.

Existen varias técnicas y abordajes utilizados, generalmente orientados por el tamaño de la eventración, el contenido del saco y la magnitud de los síntomas. Puede ser perineal, abdominal o combinado, con o sin colocación de prótesis.. Las maniobras básicas comprenden la reducción del contenido y la reparación del defecto.[3-7,10]

El **abordaje perineal** se reporta como el menos invasivo, con rápida recuperación y bajo riesgo de complicaciones postoperatorias. Se puede realizar con una incisión vertical o elíptica directamente sobre el defecto, identificando y reduciendo todo el contenido herniario, reparando y cerrando el saco si este existiera. La fijación de prótesis a estructuras firmes (coxis, tuberosidades isquiáticas y músculos del suelo pélvico), soprepasando el defecto con cierta tensión consiguen mejor soporte del piso pelviano.

El **abordaje abdominal** permite explorar toda la cavidad abdominal y es especialmente útil en los cuadros de obstrucción donde se debe evaluar la viabilidad intestinal. También se indica en las hernias recidivantes o cuando existe alguna enfermedad asociada. La vía laparoscópica ha demostrado ser segura y efectiva.[3, 8, 9,10] También puede llevarse a cabo por abordaje robótico.[11]

El **abordaje combinado** se considera cuando no es posible reducir completamente el contenido y realizar una adecuada adhesiolisis por una sola vía.

La reparación con tejido o colocación de prótesis puede ser necesaria ya que en la mayoría de los casos el cierre del periné es dificultoso porque los bordes no pueden aproximarse sin tensión y esto conlleva más riesgo de recurrencia.[12] Cuando la sutura simple de la brecha perineal no es posible puede requerirse la realización de un colgajo de tejido autólogo o la colocación de una malla de tejido protésico para la reparación del defecto.

Para la primera opción se cuenta con los órganos intrabdominales (vejiga, útero y ciego) que reducen el riesgo de herniación pero no fortalecen el piso pelviano. Otra opción es movilizar el epiplón mayor, especialmente en los casos de infección que no permiten el uso de mallas. También puede recurrirse a la utilización de colgajos miocutáneos o fasciocutáneos. La reconstrucción con colgajos (de glúteo, gracilis, tensor de la fascia lata o recto abdominal) resulta una buena elección para los pacientes con riesgo de infección local, aunque requiere entrenamiento en técnicas avanzadas, incluida la microcirugía.[2]

La utilización de materiales protésicos surgió ante la necesidad de contar con procedimientos sencillos que aumenten la resistencia de los tejidos y eviten la tensión en las estructuras vecinas. Las prótesis biológicas tienen la capacidad de incorporarse al tejido local, promover neovascularización, ser menos propensas a la infección y originar pocas adherencias, aunque parecieran tener elevadas tasas de recurrencia.[5,7] Muchos cirujanos prefieren colocar mallas sintéticas, más aún si es posible realizar omentoplastia para separarlas del intestino. Para su fijación se utilizan suturas de reabsorción lenta, no absorbibles o dispositivos de fijación.

No existe un abordaje o técnica que sea estándar de oro para la corrección de la HP post-amputación abdominoperineal y cada una tiene ventajas e inconvenientes. (Tabla 1).

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de los diferentes abordajes quirúrgicos para la reparación de una hernia perineal.

Abordaje	Ventajas	Inconvenientes
Abdominal abierto	Permite la semiología de toda la cavidad abdominal Mayor familiaridad de los cirujanos	Mayor tiempo de internación Mayor dolor postoperatorio Más invasivo
Abdominal laparoscópico	Permite la semiología de toda la cavidad abdominal Mínimamente invasivo Rápida recuperación postoperatoria	Requiere eficiencia en cirugía laparoscópica Limitaciones ergonómicas en la disección de la pelvis
Perineal	Mejor control de la región perineal No requiere anestesia general	Campo quirúrgico limitado para la cavidad abdominal

Una revisión sistemática de la literatura entre 1946 y 2016 de 21 estudios con 108 pacientes, reportó que el abordaje fue perineal en el 69% de los casos, abdominal laparoscópico en 23%, abdominal convencional en 3%, combinado laparoscópico en 3% y combinado convencional en 2%, notando un crecimiento del abordaje laparoscópico y la utilización de diferentes tipos de malla en detrimento del cierre primario del defecto.[1] En nuestro equipo de trabajo la decisión del abordaje a utilizar se llevó a cabo en base a las características biomorfológicas del paciente, la experiencia en cirugía laparoscópica y la disponibilidad de poder contar con prótesis.
La Sociedad Americana de Cirujanos del Colon y Recto propone un algoritmo de manejo práctico para las diferentes situaciones (Fig. 8).[3]

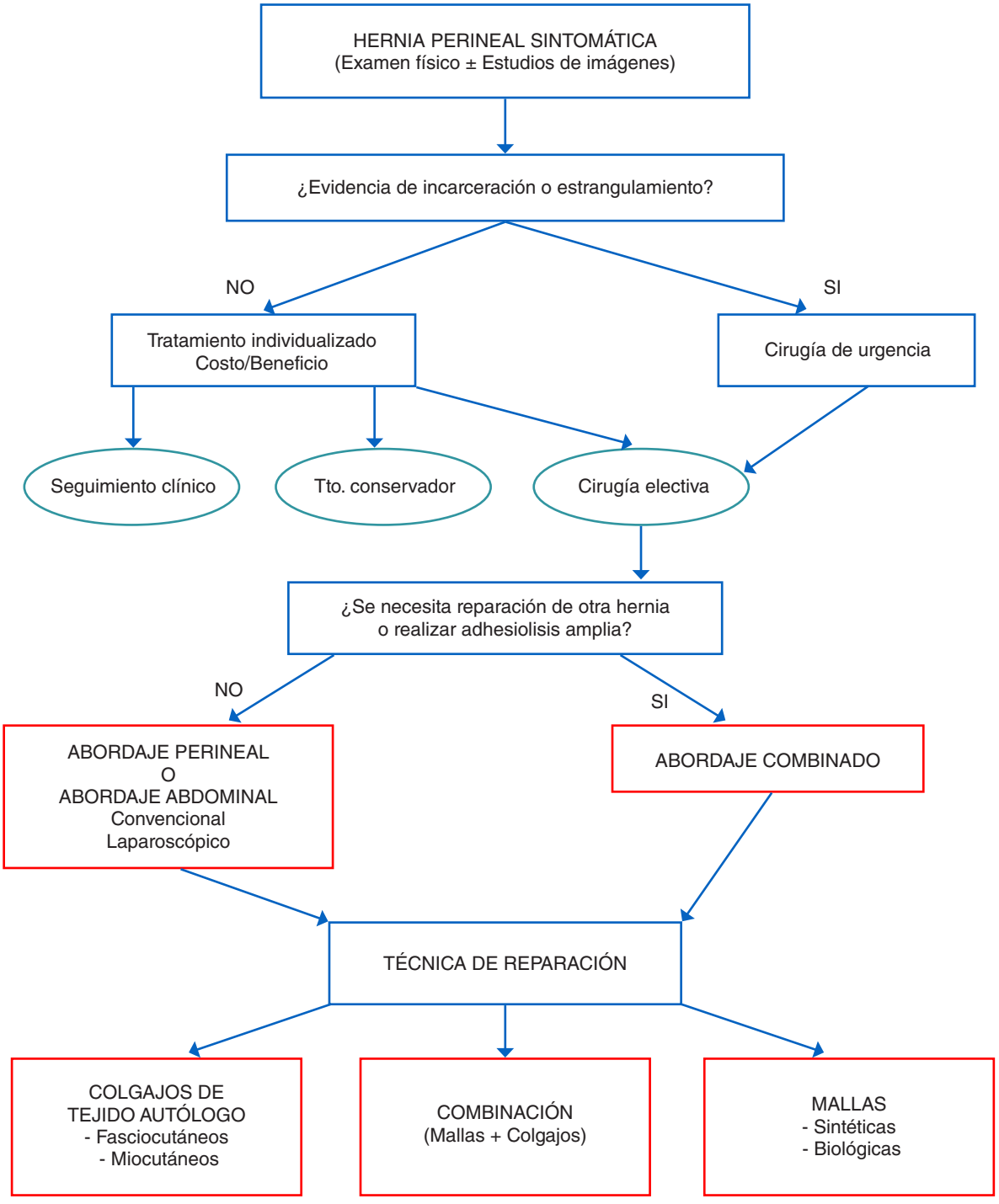


Figura 8. Algoritmo diagnóstico y terapéutico. Adaptado de Jurkeviciute y Dulskas.(3)

La recurrencia, reportada entre el 16,6 y 100%, se debe a la complejidad anatómica del área y la hiperpresión de la zona por la bipedestación. Se dificulta conocer la tasa real de recurrencia por el bajo número de casos estudiados y falta de claridad sobre los métodos de reparación.[4]

Para reducir la incidencia es importante la prevención para lo cual los principios técnicos a seguir son el cierre cuidadoso de la herida quirúrgica, la hemostasia meticulosa, la colocación de un drenaje pelviano aspirativo y evitar la contaminación fecal. La realización de colgajos miocutáneos o la colocación de mallas profilácticas pueden contribuir, aunque la evidencia científica al respecto es aún escasa.[3,4,12]

Los pacientes resueltos en nuestro grupo quirúrgico presentaron buena evolución postoperatoria y tanto la vía perineal como la vía abdominal laparoscópica fueron factibles y seguras.

REFERENCIAS

1. Balla A, Bautista Rodríguez G, Buonomo N, Martinez C, Hernández P, Bollo J, et AL. Perineal hernia repair after abdominoperineal excision or extralevator abdominoperineal excision: a systematic review of the literature. Tech Coloproctol. 2017: 21:329-36.
2. Yasukawa D, Aisu Y, Kimura Y, Takamatsu Y, Kitano T, Hori T. Which therapeutic option is optimal for surgery-related perineal hernia after abdominoperineal excision in patients with advanced rectal cancer? a report of 3 thought-provoking cases. Am J Case Rep. 2018; 19:663-68.
3. Jurkeviciute D, Dulskas A. Diagnosis and management of perineal hernias. Dis Colon Rectum. 2022; 65:143-47.
4. Uriarte Vergara B, Zorraquino González A, Gutiérrez Ferreras AI, Roca Domínguez MB, Pérez de Villarreal Amilburu P. Hierro-Olabarria Salgado L. Actualización en el manejo de la hernia perineal secundaria: experiencia en una Unidad de Pared Abdominal con una serie de casos. Rev Hispanoam Hernia. 2021; 9:220-31.
5. Blok RD, Brouwer TPA, Sharabiany S, Musters GD, Hompes R, Bemelman WA, Tanis PJ. Further insights into the treatment of perineal hernia based on a the experience of a single tertiary centre. Colorectal Dis. 2020; 22:694-702.
6. Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandlakis LJ, Mirilas P. Perineal hernia: surgical anatomy, embriology and technique of repair. Am Surg. 2010; 76:474-79.
7. Morales-Cruz M, Oliveira-Cunha M, Chaudhri S. Perineal hernia repair after abdominoperineal rectal excision with prosthetic mesh-a single surgeon experience. Colorectal Dis. 2021; 23:1569-72.
8. Goedhart-de Haan AMS, Langenhoff BS, Petersen D, Verheijen PM. Laparoscopic repair of perineal hernia after abdominoperineal excision. Hernia. 2016; 20:741-46.
9. Ghellai AM, Islam S, Stoker ME. Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2002; 12:119-21.
10. McKenna NP, Habermann EB, Larson DW, Kelley SR, Mathis KL. A 25 year experience of perineal hernia repair. Hernia. 2020; 24:273-78.
11. Maurissen J, Schoneveld M, Van Eetvelde E, Allaeys M. Robotis-assisted repair of perineal hernia after extralevator abdominoperineal resection. Tech Coloproctol. 2019. doi:10.1007/s10151-019-01969-0.
12. Maeda Y, Espin-Basany E, Gorissen K, Kim M, Lehur PA, Lundby L, ET AL. European Society of Coloproctology guidance on the use of mesh in the pelvis in colorectal surgery. Colorectal Dis. 2021; 23:2228-85.

Reconstrucción laparoscópica luego de procedimiento de Hartmann de urgencia por vía abierta

https://www.youtube.com/watch?v=QL8_qOYC8c8

Javier Chinelli, Gustavo Rodríguez

Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

Introducción: El procedimiento de Hartmann sigue siendo una opción vigente y segura para el manejo de algunos cuadros en el ámbito de la urgencia. No obstante, la restitución del tránsito ulterior puede representar un desafío terapéutico en determinados pacientes, como los obesos mórbidos y aquellos que presentan un extenso componente adherencial.

Descripción: Paciente de sexo masculino de 39 años, obeso mórbido, procedimiento de Hartmann por vía laparotómica 1 año antes por oclusión de colon. El estudio anatomopatológico de la pieza informó una estenosis de etiología diverticular y la valoración preoperatoria evidenció un cabo distal rectosigmoideo de 35 cm. Liberación primaria del ostoma y la colocación del anvil. Cuidadosamente colocamos un primer trocar para la cámara, emplazando el resto de los trocares bajo visión directa. Luego de identificar y liberar el cabo distal, se moviliza el cabo proximal. Se reseca el remanente sigmoideo distal por dos motivos: anatómico, para evitar la recurrencia de la patología diverticular, y técnico, al facilitar la confección de la anastomosis colo-rectal con máquina circular.

Prueba hidroneumática de la anastomosis y colocación de drenaje pelviano.

Buena evolución postoperatoria, retirando el drenaje a las 72 horas y otorgando el alta al 5° día.

Conclusiones: La restitución laparoscópica de un procedimiento de Hartmann realizado por abordaje abierto es factible, segura y ofrece las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Palabras clave: *Procedimiento de Hartmann, reconstrucción, laparoscopía*

ABSTRACT

Introduction: Hartmann's procedure remains as a safe option in the management of acute abdomen. However, subsequent reversal can be challenging in some clinical settings as morbid obese patients and extensive intraperitoneal adhesions.

Description: 39 year-old male, morbid obesity, open Hartmann's procedure one year before due to sigmoid diverticular obstruction. Preoperative assessment revealed the presence of a 35 cm distal rectosigmoid stump. After primary ostomy release, anvil of the circular stapler is placed and colon reintroduced, checking for midline adherences in order to achieve a safe first port introduction and the rest of them under direct vision. Distal stump is identified and released, and proximal colon is mobilized. Sigmoid remnant is resected for anatomic and technical reasons. The first, to avoid recurrence of diverticular disease; and the second, to ease the construction of a mechanical end-to-end colorectal anastomosis. Air leak test is performed and pelvic drain is placed.

Postoperative (PO) course was uneventful, drain was removed 72 hours after and hospital discharge on 5th PO day.

Conclusion: Laparoscopic reversal of open Hartmann's procedure is feasible and safe.

Key words: *Hartmann's procedure, reversal, laparoscopy*

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Javier Chinelli: jchinelli01@gmail.com**
Recibido: octubre de 2022. Aceptado: diciembre de 2022.

Javier Chinelli: https://orcid.org/0000-0003-2381-697X, Gustavo Rodriguez: https://orcid.org/0000-0003-3465-8364

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, solo 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 TRABAJOS:

- **Artículo original.** Descripción de investigaciones clínicas, experimentales o técnicas que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre un tema relacionado a la Coloproctología. El Resumen/Abstract deberá tener menos de 300 palabras y la siguiente estructura: Introducción/Background, Objetivo/Aim, Diseño/Design, Material y Métodos/Method, Resultados/Results, Conclusiones/Conclusions. Los artículos deberán seguir el formato de Introducción, Objetivo, Diseño, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Referencias bibliográficas, Tablas, figuras y gráficos. La extensión máxima del texto (excluyendo resúmenes y bibliografía) será de 3.500 palabras y se admitirán hasta 6 figuras o tablas. Tras el resumen se incluirán entre 3 y 5 palabras claves. El número de referencias bibliográficas será menor a 30 y deberá estar ordenada según aparición en el texto. El número máximo de autores será de 6 por institución. En caso de manuscritos con más de 6 autores, se deberá justificar la razón en la carta de presentación al Comité Editorial.
- **Editoriales/Cartas al lector/Opinión de expertos.** Salvo excepciones, su redacción se hará por encargo del Comité Editorial sobre un tema de actualidad, que se refiera o no a un artículo que se publique en el mismo número de la Revista de la SACP. Habitualmente tendrá una extensión de 800-1000 palabras con un máximo de 15 citas bibliográficas. Hasta un máximo de 2 autores.
- **Reporte de casos.** Descripción de una presentación o evolución clínica poco frecuente. 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 1000 palabras, con 2 ilustraciones y hasta 5 referencias bibliográficas. El número máximo de autores es 4.
- **Guías clínicas.** Manuscrito que se basa en la actualizacion de determinada patología. La longitud y caracteristicas seran definidos por el Comité Editorial.
- **Notas técnicas.** Este tipo de manuscrito puede describir una nueva técnica quirúrgica o bien modificaciones originales o nuevas indicaciones de una técnica ya conocida. Subdividirlas en: Introducción, Método (indicaciones y descripción detallada del procedimiento), Discusión (comparación con otros métodos, ventajas y desventajas, dificultades y complicaciones y estudios publicados que sean el antecedente de la técnica propuesta). En la sección Método cabe mencionar el número de pacientes en los que se ha realizado la técnica. El número de palabras del texto (excluyendo resumen y bibliografía) no deberá superar las 1.500. El número máximo de autores es 5. Es muy conveniente que el artículo esté ilustrado con imágenes de calidad, esquemas, dibujos o fotogramas originales que detallen los aspectos técnicos. Hasta 10 referencias bibliográficas.
- **Casos clinicos en imágenes.** Comunicación de un caso clínico mediante imágenes relevantes (macroscopía, microscopia, 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 1500 palabras y hasta 5 referencias bibliográficas. El número máximo de autores será de 4.
- **Cartas al Editor.** Serán referidas a los artículos publicados en la Revista y debe contener ideas interesantes y comentarios que siempre estén apoyados por datos y referencias bibliográficas. Siempre que sea posible, se publicará simultáneamente la carta con la respuesta de los autores del artículo comentado. El máximo de referencias bibliográficas será de 5. La extensión máxima será de 450 palabras. El número máximo de autores será de 4.
- **Revisiones sistemáticas.** La extensión máxima del texto será de 3.500 palabras. El resumen será no estructurado, en español e inglés, con una extensión no superior a las 150 palabras.
- **Videos.** Serán acompañados de un resumen explicativo, que será dividido en: 1) introducción 2) descripción 3) conclusiones. La extensión máxima será de 450 palabras. Todos los videos deben acompañarse de narración en español. La duración máxima es de 8 minutos y deben ser enviados en formatos .MOV o .AVI.
- **Monografías.** Se incluirán los trabajos destacados del curso anual SACP.
- **Resúmenes seleccionados.** Se seleccionarán resúmenes publicados en el Congreso anual de Cirugía y Jornadas SACP.

Reglamento completo: www.revistasacp.com

Los trabajos deben ser enviados únicamente en forma on-line a través del sitio web.

Editores Responsables: SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA
Av. Córdoba 937 - Piso 3° - Ofs. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina