



Revista Argentina de **COLOPROCTOLOGÍA**

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA DE
COLOPROCTOLOGÍA

ISSN 2683-7846 • JUNIO 2025

VOLUMEN **36** / **2** NÚMERO



SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA 2023-2025

Presidente	Fernando Bugallo
Vicepresidente	Marcelo Colinas
Tesorero	Karina Collia Ávila
Secretario General	Guillermo Tinghitella
Secretaria de Actas	Cristian Rodríguez
Vocal titular 1°	Romina Bianchi
Vocal titular 2°	Gerardo Martín Rodríguez
Vocal titular 3°	Laura Svidler López
Vocal suplente 1°	Mariela Cedermas
Vocal suplente 2°	Mariano Laporte
Vocal suplente 3°	Juan Mariano Ganduglia

AUTORIDADES REVISTA SACP

1987-1994	Roberto A. Garriz, <i>Director</i> / Jorge A. Hequera, <i>Secretario de Redacción</i>
1995-2003	Marcelo A. Fraise, <i>Director</i> / Jorge A. Hequera, <i>Editor Jefe</i>
2004-2005	Jorge A. Rodríguez Martín, <i>Editor</i> / Alfredo Graziano, <i>Co Editor</i>
2006	Rita L.O. Pastore, <i>Editora</i> / Jorge A. Latif, <i>Gerente Editorial</i>
2007	Rita L.O. Pastore, <i>Editora</i> / Sandra Lencinas, <i>Co Editora</i>
2008-2009	Sandra Lencinas, <i>Editora</i> / Jorge A. Latif, <i>Gerente Editorial</i>
2010-2015	Hugo Amarillo, <i>Editor</i> / Alejandro Canelas, <i>Director de Publicaciones</i>
2016-2017	Guillermo Rosato, <i>Editor</i> / Alejandro Canelas, <i>Director de Publicaciones</i>
2018-2019	Nestor Marchetti, <i>Editor</i> / Mariano Laporte, <i>Director de Publicaciones</i>
2020-2023	Hugo Amarillo, <i>Director</i> / Mariano Laporte, <i>Editor</i>
2024-Actualidad	Carlos Vaccaro, <i>Director</i> / Juan Pablo Campana, <i>Editor</i>

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

Carlos A. Vaccaro

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

EDITOR

Juan Pablo Campana

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

COMITÉ EDITOR

Coordinadora Científica:

Romina Bianchi

*Hospital Universitario Fundación Favaloro y
Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina*

Mariela Cedermas

Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

Comunicaciones Societarias y Redes Sociales:

Ayelén Caballero

Hospital Italiano, Bahía Blanca, Argentina

Lucas Matías Tomatis

Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina

Colaboradores Nacionales:

Hugo Amarillo

*Facultad de Medicina, Universidad Nacional
de Tucumán, Tucumán, Argentina*

Nicolás Avellaneda

CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Maximiliano Bun

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Alejandro Canelas

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Federico Carballo

Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

Mariano Laporte

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Fabio Leiro

*Hospital Universitario Fundación Favaloro,
Buenos Aires, Argentina*

Carlos Miguel Lumi

*Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires,
Argentina*

Ángel Minetti

*Sanatorio Trinidad de Quilmes, Buenos Aires,
Argentina*

Guillermo Ojea Quintana

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Juan Carlos Patrón Uriburu

Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

Guillermo Rosato

Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina

Gustavo Rossi

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Nicolás Rotholtz

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Colaboradores Extranjeros:

Antonio Caycedo Marulanda,

Orlando Health, Florida, EEUU

Fernando de la Portilla,

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla,
España*

Adriana Della Valle,

*Hospital Central de las Fuerzas Armadas,
Montevideo, Uruguay*

Salomone Di Saverio,

*Hospital Madonna del Soccorso, San Benedetto
del Tronto, Italia*

Andrés Larach,

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Jorge Larach,

Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Francisco López-Kostner,

Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Patricio Lynn

*Milton S. Hershey Medical Center,
Pensilvania, EEUU*

Margarita Murphy,

Orlando Health, Florida, EEUU

Rodrigo Oliva Pérez,

Universidad de San Pablo, San Pablo, Brasil

David Ortega Checa,

Hospital Rebagliati, Lima, Perú

Felipe Quezada,

Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Benedito Rossi,

Hospital Sirio Libanés, San Pablo, Brasil

Marcelo Viola,

Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

Steven Wexner,

Cleveland Clinic, Florida, EEUU

Consultoría Editorial y Traducción:

Rita Pastore

*Hospital Fernández, Buenos Aires,
Argentina*

Secretaría Científica:

Nadia Peralta

*Hospital Zonal General Alvear y Clínica del Valle,
Comodoro Rivadavia, Argentina*

Francisco Vera

Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

Federico Bianco

Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

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.



SUMARIO

05. **EDITORIAL**
Perspectivas en resonancia dinámica del piso pélvico. Un análisis de progresos y nuevos horizontes
Guillermo Rosato MAAC, MVSACP, MHAAC, HFASCRS
-
08. **CARTA AL EDITOR**
Homenaje a un Maestro de la Coloproctología: Dr. Mario César Salomón
Dr. Carlos R. Tyrrell
-
09. **ARTÍCULO ORIGINAL**
Papel de los protocolos de recuperación acelerada en la morbilidad postoperatoria de pacientes frágiles sometidos a cirugía oncológica colorrectal
Lucas Panichelli, Pereyra Rafael, Franco Signorini, Alejandro Rossini
-
15. **REPORTE DE CASO**
Hernia abdominal paraduodenal izquierda estrangulada
Alejandro Barboza, Joaquín A. Solarana Ortiz, Gonzalo Gayo, Mauricio Pontillo Walerovsky
19. **Resección transanal de perineuroma rectal: Un tumor raro en una localización inusual**
Carolina Riscanevo-Bobadilla¹, Ronel Eduardo Barbosa², Diego Valbuena², Lucy Bravo³
23. **Utilidad de la PET/TC-FDG en el diagnóstico y seguimiento del adenocarcinoma mucinoso de colon**
Camila Rodríguez, Federico H. E. Carballo, Pablo A. Farina
26. **Esfinteroplastia con superposición de cabos en una lesión obstétrica**
Julián Azar¹, Leandro Stawkowy², Eduardo Sternberg², Magalí Muthular², Federico Yazzy²
30. **Adenocarcinoma secundario a hidradenitis supurativa. Presentación de caso y revisión de la bibliografía**
Federico H.E. Carballo, Pablo A. Farina
34. **Procedimiento de Delorme para el manejo del prolapso rectal en una paciente con pelvis rígida: reporte de caso y revisión de la literatura**
María Sofía Labrador Morales¹, Daniel González², Mauricio González Dorado³
-
38. **VIDEO**
Proctosigmoidectomía perineal (procedimiento de Altemeier) con levatorplastia anterior para el prolapso rectal
 <https://youtu.be/XzL8rDaQR2U>
Javier Chinelli, Paula Morgade, Eugenia Falero, Mariana Invernizzi, Gustavo Rodríguez
-
39. **PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE**
-

EDITORIAL

Perspectivas en resonancia dinámica del piso pélvico. Un análisis de progresos y nuevos horizontes

Guillermo Rosato MAAC, MVSACP, MHAAC, HFASCRS

Director, Programa de Residencia Posbásica en Coloproctología, Hospital Universitario Austral

RESUMEN

La pelvis femenina se divide en 3 compartimentos funcionales: anterior (vejiga y uretra), medio (vagina, cérvix, útero y ovarios) y posterior (recto y conducto anal). Las alteraciones del suelo pélvico son por lo general procesos complejos que afectan a uno o más compartimentos.

La incidencia de prolapso de los órganos pélvicos (POP) concomitante es de aproximadamente un 38%. Afecta principalmente a mujeres e impacta negativamente en su calidad de vida. Se consideran factores de riesgo: la edad, el parto vaginal, la constipación crónica, la histerectomía y la profundidad del fondo de saco de Douglas.

La evaluación multidisciplinaria de estos pacientes es lo recomendable. Para la evaluación del POP, lo más importante sigue siendo el examen físico, mientras que el método complementario preferido es la resonancia magnética dinámica del piso pélvico (RMDPP), especialmente en los pacientes con patología uroginecológica y/o colorrectal, cirugía reconstructiva pélvica previa o síntomas clínicos no relacionados con el examen físico. Sin embargo, la RMDPP es superior al examen físico en la detección del enterocele/peritoneocele.

Para los médicos, la familiarización con esta modalidad de imágenes es esencial para una adecuada toma de decisión terapéutica, dado que la subestimación del POP puede conducir a elecciones de tratamiento incorrectas, lo que resulta en altas tasas de recurrencia.

ANTECEDENTES

La RMDPP se ha convertido en estudio complementario preferido, sobre otros métodos de diagnóstico como la defecografía fluoroscópica y la ultrasonografía 360 dinámica.

Este estudio dinámico fue introducido por Andrew Yang en 1991. Consiste en la captura en corte sagital rápido en la línea media pelviana en T2 SSFSE (*Single Shot Fast Spino-Echo*) sin supresión grasa. Se adquieren imágenes axiales en reposo y pujo y luego medio sagitales con efecto cine con la secuencia: reposo, contrayendo el piso de la pelvis, reposo, pujo, reposo. Se seleccionan una o varias imágenes estáticas del reposo, la

contracción voluntaria del piso pelviano y el pujo, las cuales permiten realizar el trazado de las líneas para las mediciones. La RMDPP tiene las ventajas de evitar la radiación y permitir la evaluación multiplanar de todos los compartimentos pélvicos y simultáneamente de los tejidos blandos. Sin embargo, sus desventajas son los mayores costos que pueden limitar su disponibilidad, así como también la posición no fisiológica de decúbito supino del paciente durante la defecación. Los resonadores abiertos pueden potencialmente mejorar la comodidad y la complacencia del paciente en posición sentada, aunque las diferencias en la precisión diagnóstica de las patologías del suelo pélvico y del recto entre los sistemas abiertos y cerrados no son concluyentes.

La evolución tecnológica de las técnicas en imágenes las ha convertido en herramientas útiles en la planificación y decisión terapéutica. En particular, la RMDPP combina imágenes de alta resolución con un excelente contraste de tejidos blandos y ofrece la posibilidad de evaluar de forma no invasiva y más objetiva una serie de posibles patologías que afectan al suelo pélvico.

En general, se acepta que la RMDPP debe incluir imágenes estáticas y dinámicas. Las imágenes estáticas visualizan defectos en la anatomía del suelo pélvico y las estructuras de soporte, permitiendo el trazado de las líneas establecidas para las mediciones en centímetros; mientras que las imágenes dinámicas muestran la movilidad de los órganos pélvicos, la condición del suelo pélvico, el POP y los defectos septales asociados (por ejemplo, el rectocele anterior). Además, la RMDPP puede revelar anomalías no sospechadas que pueden diferir de las diagnosticadas según los síntomas principales, influyendo de este modo en la elección de la alternativa terapéutica.

El paciente debe ser examinado en una unidad de resonancia magnética de 1,5 T o mayor. Es colocado en posición supina con las rodillas elevadas (por ejemplo, sobre una almohada). La bobina debe estar centrada en la parte inferior de la pelvis para asegurar su visualización completa. La vejiga debe llenarse moderadamente, por lo que se recomienda orinar 2 horas antes del examen. Para reducir las posibles molestias del paciente, se debe proporcionar un pañal que ayude a mejorar el desempeño durante las fases dinámica y de evacuación. No se requieren medios de contraste orales o intravenosos.

El enema de limpieza rectal es útil, pero puede no indicarse

si hubiera una evacuación espontánea previa al examen. El gel de ultrasonido intrarrectal es utilizado para una clara identificación del compartimento posterior. La cantidad varía entre 120 y 250 cc y es introducido previo al inicio del estudio. El gel intra vaginal no es de uso rutinario por nuestro grupo. No existe consenso sobre su aplicación y puede verse limitado por el contexto social y/o religioso.

En 2017, la Sociedad Europea de Radiología Genitourinaria y la Sociedad Europea de Radiología Gastrointestinal y Abdominal publicaron recomendaciones conjuntas sobre la RMDPP. Este documento proporciona orientación sobre las indicaciones, la preparación, los protocolos de imágenes, el análisis/medición/clasificación de imágenes y presentación de informes, con la idea de estandarizar la técnica y los informes. En 2021, el Consorcio de Enfermedades del Piso Pélvico (PFDC), una organización multidisciplinaria de cirujanos colorrectales, uroginecólogos, gastroenterólogos, radiólogos y fisioterapeutas, desarrolló una declaración de consenso sobre la RMDPP, para proporcionar orientación a todos los profesionales que atienden a pacientes con patología del piso pélvico.

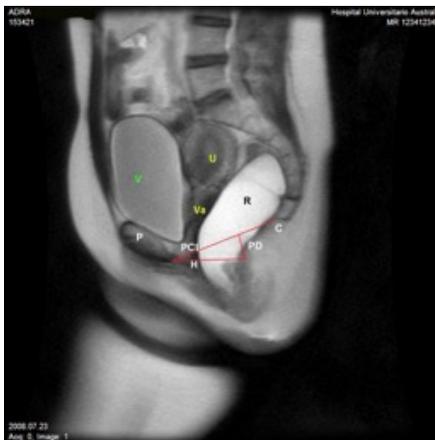


Figura 1. Resonancia magnética dinámica del piso pélvico. P: Pubis. V: Vejiga. U: Útero. Va: Vagina. R: Recto. C: Coxis. PCL: Línea pubocoxígea. PD: Línea descenso piso pélvico o línea M. H: Línea del hiato puborrectal.

Estas recomendaciones describen más a fondo las técnicas y las plantillas que luego pueden adaptarse a las indicaciones del paciente y a las preferencias y experiencias del médico.

EVALUACIÓN ESTÁTICA DE LAS IMÁGENES

En los cortes mediosagítales estáticos se procede al trazado de las siguientes líneas (Fig. 1):

Línea pubocoxígea (PCL, por su sigla en inglés): desde el borde inferior del pubis hasta la unión entre la primera y segunda pieza última articulación coxígea. Es la referencia para medir el POP. La ubicación del ángulo anorrectal (ARA, por su sigla en inglés) normalmente no debe exceder los 2,5 cm por debajo de la PCL.

Línea H (hiato): Se extiende desde el borde inferior del pubis hasta la pared posterior del recto a nivel del anillo anorrectal, es decir, en el punto donde el músculo puborrectal pasa por detrás del recto. El valor normal es < 6 cm.

Línea M o PD (por su sigla en inglés: Pelvic Descent): línea perpendicular a la línea PCL, desde el borde posterior de músculo puborrectal (punto posterior de la línea H). Representa el descenso vertical del hiato elevador y permite evaluar el descenso del piso pelviano durante el pujo. En individuos normales el descenso no debe superar los 2 cm.

El ARA se mide trazando una línea a lo largo del borde posterior del recto y otra línea a lo largo del eje central del conducto anal en el plano sagital (Fig. 2).

El piso pelviano normal durante el reposo debe mostrar la porción superior de la uretra, la vejiga, la porción superior de la vagina, el útero (si estuviera presente), el recto, el colon sigmoidees y el intestino delgado. La grasa mesentérica debe observarse por encima de la línea H.

Estas mediciones se harán en cada una de las imágenes sagitales estáticas durante el reposo, la contracción voluntaria de la musculatura esfinteriana y la fase evacuatoria o pujo.

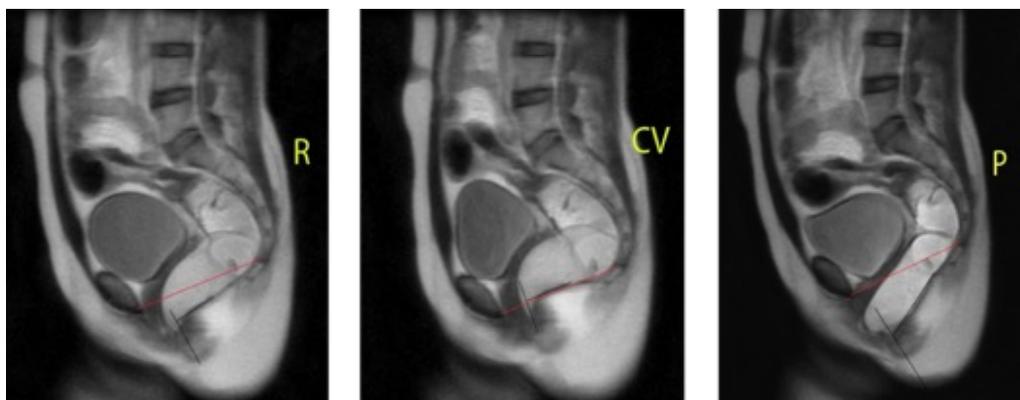


Figura 2. Modificación del ángulo anorrectal en la secuencia de reposo (R), contracción voluntaria (CV) y pujo (P).

La visualización de las imágenes estáticas en el plano axial durante el reposo y pujo moderado, permiten visualizar la apertura del hiato y valorar la integridad del musculo puborrectal.

TENDENCIAS EMERGENTES Y POSIBILIDADES FUTURAS

La práctica médica enfrenta el desafío de procesar grandes volúmenes de datos con el fin de optimizar los resultados en el diagnóstico y tratamientos de los pacientes.

El término "inteligencia artificial"(IA) fue acuñado en 1956 por John McCarthy (1927-2011) científico informático y cognitivo estadounidense. Su aplicación representa uno de los retos en la manejo del POP. Los sistemas de IA tienen el potencial de mejorar la interpretación de imágenes médicas, incluyendo ecografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas. En particular, los sistemas de aprendizaje profundo se están utilizando en la resonancia magnética dinámica para el diagnóstico y clasificación del POP, permitiendo mediciones semiautomáticas del suelo pélvico y ofreciendo resultados consistentes. Implica el desarrollo de algoritmos complejos que faciliten la navegación por las opciones disponibles y la predicción de respuestas en tratamientos para diferentes trastornos relacionados con el suelo pélvico. Además, se busca fortalecer los modelos predictivos para maximizar los beneficios terapéuticos.

CONCLUSIONES

El examen pélvico y la estadificación mediante el sistema POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*) siguen siendo los principales medios para el diagnóstico y cuantificación del POP.

La RMDPP puede detectar anomalías inesperadas que no siempre coinciden con los síntomas principales, lo que puede influir en la elección del tratamiento.

Debido al coste adicional de la RMDPP, conviene reservar su uso para aquellos casos en los que el examen físico no aporte información suficiente.

Seguramente la IA contribuirá sensiblemente a la estandarización de procesos e informes.

EXPERIENCIA DEL SECTOR DE COLOPROCTOLOGÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Gustavo Lemme, Guillermo Rosato, Carina Chwat, Flavia Alexandre, Diego Valli, Mauro Ramírez Duarte, Candelaria Beruti (R2)

En el período comprendido entre abril de 2005 y abril de 2025 realizamos 588 RMDPP, en pacientes con una edad media de

54,2 años (rango: 18-94 años), siendo el 94,6% de ellas de sexo femenino. El 86,7% (n=507) de los estudios fueron solicitados por síntomas de obstrucción del tracto de salida (SOTS).

Se constató una diferencia estadísticamente significativa entre el número de patologías del piso pelviano detectadas durante el examen físico vs. las detectada mediante la RMDPP (media de patologías diagnosticadas: 1,5 vs. 2,8; respectivamente, $p < 0,001$).

En 118 pacientes, la RMDPP confirmó los hallazgos del examen físico, en 358 casos reveló patologías que no habían sido detectadas previamente y en 101 pacientes modificó el diagnóstico clínico inicial.

El rectocele anterior (RA) fue el hallazgo más frecuente, presente en 421 pacientes. Sin embargo, un RA aislado se constató solo en 40 casos (9,5%). El 63% de los pacientes con RA presentaban además un cistocele, ya sea como único hallazgo adicional o acompañado de otra patología del piso pelviano. El segundo hallazgo más común fue la asociación de RA con descenso del piso pelviano, presente en el 39% de los casos con RA.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. El Sayed RE, Alt CD, Maccioni F, Meissnitzer M, Masselli G, Manganaro L. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction - joint recommendations of the ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group. *Eur Radiol.* 2017;27(5):2067-85.
2. Feng F, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL, Luo J. Feasibility of a Deep Learning-Based Method for Automated Localization of Pelvic Floor Landmarks Using Stress MR Images. *Int Urogynecol J.* 2021;32(11):3069-75.
3. García-Mejido JA, Solís-Martín D, Martín-Morán M, Fernández-Conde C, Fernández-Palacín F, Sainz-Bueno JA. Applicability of Deep Learning to Dynamically Identify the Different Organs of the Pelvic Floor in the Midsagittal Plane. *Int Urogynecol J.* 2024;35(12):2285-93.
4. Gurland BH, Khatri G, Ram R, Hull TL, Kocjancic E, Quiroz LH. Consensus Definitions and Interpretation Templates for Magnetic Resonance Imaging of Defecatory Pelvic Floor Disorders: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Disorders Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, The Society of Abdominal Radiology, The International Continence Society, The American Urogynecologic Society, The International Urogynecological Association, and the Society of Gynecologic Surgeons. *Int Urogynecol J.* 2021;32(10):2561-74.
5. Huang X, Wang D, Li S, Yang L, Zhao J, Guo D. Advancements in Artificial Intelligence for Pelvic Floor Ultrasound Analysis. *Am J Transl Res.* 2024;16(4):1037-43.
6. Maccioni F, Busato L, Valenti A, Cardaccio S, Longhi A, Catalano C. Magnetic Resonance Imaging of the Gastrointestinal Tract: Current Role, Recent Advancements and Future Perspectives. *Diagnostics (Basel).* 2023;13(14):2410.
7. Omouri A, Rapacchi S, Duclos J, Niddam R, Bellemare M-E, Pirró N. 3D Observation of Pelvic Organs with Dynamic MRI Segmentation: A Bridge Toward Patient-Specific Models. *Int Urogynecol J.* 2024;35:1389-97.
8. Rosato GO, Chwat C, Lemme G, Alexandre F, Valli D, Terres M, et al. Added Value of Dynamic Magnetic Resonance Images in Pelvic floor Dysfunction. *J Coloproctol.* 2020;40(2):163-67.
9. Shimron E, Perlman O. AI in MRI: Computational Frameworks for a Faster, Optimized, and Automated Imaging Workflow. *Bioengineering (Basel).* 2023;10(4):492.
10. Vivoda Tomšič M, Podkrajšek M. Dynamic MR imaging of Pelvic Floor Dysfunction. *App Radiology.* 2017, August, pp. 8 21-7.

CARTA AL EDITOR

Homenaje a un Maestro de la Coloproctología: Dr. Mario César Salomón

Hoy la vida me ha hecho un regalo increíble. Un obsequio intangible, pero profundamente significativo: el honor de rendir homenaje al Dr. Mario César Salomón, recientemente designado **Maestro de la Coloproctología Argentina** por la Sociedad Argentina de Coloproctología. Un título reservado para unos pocos y que en su caso lo enaltece aún más.

Su dedicación, esfuerzo y determinación han dado sus frutos y es un verdadero placer ver cómo ha superado los desafíos y ha alcanzado sus metas a lo largo de su exitosa vida profesional.

Este reconocimiento es el resultado de un arduo trabajo y perseverancia. El Dr. Salomón ha demostrado que con pasión y compromiso todo es posible.

Ser maestro no es solo enseñar, sino entregar desinteresadamente todo el conocimiento que personal y profesionalmente hemos adquirido en la vida a través de los años. Maestro es crear un vínculo humano que marca y deja una huella en los discípulos y les permite seguir el camino correcto en la vida y la profesión.

Eso es lo que Mario ha sembrado siempre y hoy recoge los frutos de esa siembra.

Enumerar sus logros académicos nos llevaría mucho tiempo, pero vale la pena mencionar algunos de ellos:

- Fue presidente y relator del Congreso de la Sociedad Argentina de Coloproctología en el año 1998 con el tema "Cirugía laparoscópica de colon".
- Integra prestigiosas entidades científicas de alcance internacional.
- Coautor del libro *Cirugía colorrectal laparoscópica*, junto a los Dres. Sergio Larach y Philip Caushaj.
- Obtuvo el título de Doctor en Medicina, otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Tucumán en el 2007.
- Realizó la primera cirugía laparoscópica de colon en Argentina, en el Hospital Británico de Buenos Aires, junto al Dr. Daniel Cardarilli y quien escribe estas líneas.
- Creó la segunda Residencia de Coloproctología de nuestro país, siendo jefe de Servicio en el Hospital Británico de Buenos Aires.



El Dr. Salomón es un ejemplo de paciencia, constancia, perseverancia, tenacidad, lucha y fuerza interior.

Nos encontramos en el año 1984, cuando se incorporó al Servicio de Coloproctología del Hospital Británico de Buenos Aires y durante más de 40 años escribimos la historia clínica del Servicio, iniciada por el Dr. Alberto Laurence.

"Su éxito es una prueba de su perseverancia".

Querido Mario, gracias por tu amistad, que trascendió los límites de nuestra profesión y se convirtió en parte esencial de nuestras vidas.

¡Felicitaciones Maestro!

Dr. Carlos R. Tyrrell
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina

Papel de los protocolos de recuperación acelerada en la morbilidad postoperatoria de pacientes frágiles sometidos a cirugía oncológica colorrectal

Lucas Panichelli, Pereyra Rafael, Franco Signorini, Alejandro Rossini
Hospital Privado Universitario de Córdoba

RESUMEN

Introducción: Se buscó analizar los resultados postoperatorios de las cirugías oncológicas colorrectales y el impacto de la aplicación de protocolos de recuperación acelerada (RA) en pacientes frágiles. **Material y métodos:** Pacientes operados entre 2018 y 2021. Se comparó la morbilidad y mortalidad entre pacientes frágiles y no frágiles de todas las edades, considerando frágiles a aquellos con un "Índice de Fragilidad Modificado (mFI-5)" ≥ 2 . Se analizó el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones no programadas dentro de los 30 días postoperatorios y muerte a los 30, 90 y 365 días. Además, se analizó la morbilidad, reoperaciones, hospitalizaciones y días de hospitalización de pacientes frágiles según su inclusión en protocolo de RA. **Resultados:** Se incluyeron 334 pacientes (19,8% de pacientes frágiles, N=66). Los pacientes frágiles tuvieron mayor riesgo de complicaciones a 30 días ($p=0,005$), hospitalizaciones más prolongadas ($p=0,001$) y mayor riesgo de mortalidad que los no frágiles. La fragilidad se asoció a mayor mortalidad luego de ajustar por edad, sexo y ASA. No se encontraron asociaciones significativas en morbilidad entre pacientes frágiles incluidos o no en protocolos de RA, pero sí un menor tiempo de internación en aquellos que siguieron estos protocolos. **Conclusiones:** La fragilidad es un factor de riesgo independiente de morbilidad postoperatoria en pacientes de todas las edades sometidos a cirugía oncológica colorrectal. La incorporación de estos pacientes a protocolos de RA es segura y reduce la estancia hospitalaria.

Palabras Clave: fragilidad; cirugía colorrectal; post-operatorio; adultos; morbilidad.

ABSTRACT

Introduction: We sought to analyze the postoperative outcomes of colorectal oncology surgeries and the impact of applying accelerated recovery (AR) protocols in frail patients. **Methods:** Patients operated on between 2018 and 2021. Morbidity and mortality were compared between frail and non-frail patients of all ages, considering frail those with a "Modified Frailty Index (mFI-5)" ≥ 2 . The risk of complications, unscheduled hospitalizations within 30 postoperative days, and death at 30, 90, and 365 days was analyzed. In addition, morbidity and mortality, reoperations, hospitalizations, and hospitalization days of frail patients were analyzed according to their inclusion in the AR protocol. **Results:** 334 patients (19.8% of frail patients, N=66) were included. Frail patients had a higher risk of 30-day complications ($p=0.005$), longer hospitalizations ($p=0.001$), and a higher risk of mortality than non-frail patients. Frailty was associated with higher mortality after adjusting for age, sex, and ASA. No significant associations were found in morbidity and mortality between frail patients included or not in AR protocols, but a shorter hospital stay was found in those who followed these protocols. **Conclusions:** Frailty is an independent risk factor for postoperative morbidity and mortality in patients of all ages undergoing colorectal cancer surgery. Incorporating these patients into AR protocols is safe and reduces hospital stay.

Keywords: frailty; colorectal surgery; postoperative; adults; morbidity and mortality.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es una de las patologías neoplásicas más prevalentes a nivel mundial, existiendo un estimado de 1.4 millones de casos y 700.000 muertes anuales. La incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad, siendo diagnosticado con mayor frecuencia en mayores de 50 años. El pilar fundamental en el tratamiento es la cirugía por lo cual merece particular cuidado mejorar los resultados.¹⁻⁴

Tradicionalmente, se utiliza la edad y sistemas como el ASA o el score de LEE,^{5,6} pero la edad cronológica se correlaciona de manera imprecisa con los resultados postoperatorios,

y los instrumentos habituales no miden adecuadamente la reserva funcional del paciente. Surge así el concepto de "fragilidad" como una fuente de información esencial en la toma de decisiones quirúrgicas.⁷ La fragilidad es el síndrome que se caracteriza por una reserva fisiológica disminuida y mayor vulnerabilidad ante estresores externos que conlleva a peores resultados postoperatorios, que, si bien es más frecuente en pacientes gerontes, también puede afectar a pacientes jóvenes comórbidos.^{8,9}

La cuantificación de la fragilidad se puede medir con escalas como la Modified Frailty Index de 5 variables (5-mFI) que incluye hipertensión arterial, EPOC o neumonía, diabetes

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Lucas Panichelli. lucaspanichelli@gmail.com
Recibido: 27-12-2024 Aprobado: 28-5-2025.

Lucas Panichelli: <https://orcid.org/0000-0002-7632-1754>; Pereyra Rafael: <https://orcid.org/0000-0003-1591-6954>; Franco Signorini: <https://orcid.org/0000-0002-4616-9704>;
Alejandro Rossini: <https://orcid.org/0009-0004-5683-9689>

mellitus, alteraciones en la movilidad o estados dependientes e insuficiencia cardiaca. La 5-mFI es instrumento que predice complicaciones postquirúrgicas, estadía hospitalaria y mortalidad en pacientes añosos. Los numerosos avances en la cirugía colorrectal oncológica han apuntado a mejorar los resultados, incluyendo protocolos de recuperación acelerada (RA) que han mejorado la incidencia de complicaciones y disminuido la estadía hospitalaria.^{10,11} Sin embargo, su aplicación no es rutinaria en pacientes frágiles o añosos en nuestro medio.

El impacto de la fragilidad en pacientes más jóvenes no está esclarecido, pero con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas se podrían ver resultados adversos de manera similar que sus contrapartes más ancianas.⁹

El fin de este trabajo es analizar los resultados postoperatorios de cirugías oncológicas colorrectales y el impacto de la aplicación de protocolos de RA en pacientes frágiles.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo del trabajo fue comparar la morbimortalidad a los 30, 90 y 365 días de pacientes frágiles versus no frágiles sometidos a cirugías colorrectales oncológicas. Además, se evaluó la estadía hospitalaria, internaciones no programadas y reoperaciones a 30 días entre los grupos. Adicionalmente, se comparó la morbimortalidad entre pacientes frágiles incluidos en protocolos de RA vs. pacientes frágiles bajo cuidados postoperatorios convencionales.

Diseño y exposición

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes mayores de 18 años sometidos a resecciones colorrectales oncológicas laparoscópicas entre 2018 y 2021, llevadas a cabo por un mismo servicio de cirugía en dos sedes de un hospital de tercer nivel. Se consideraron las siguientes cirugías coloproctológicas oncológicas laparoscópicas: hemicolectomía derecha e izquierda, resección anterior baja, cirugía de miles, operación de Hartmann, pull-through. Se excluyeron los pacientes sometidos a resecciones multiorgánicas, con seguimientos menores a un año, cirugías de urgencia o convencionales de inicio, pacientes con enfermedad oncológica estadio IV y los sometidos a procedimientos paliativos.

Se dividieron a los pacientes en dos grupos: frágiles y no frágiles, de acuerdo el 5-mFI. Aquellos pacientes con 2 o más variables positivas en el índice se consideraron frágiles. Las complicaciones se definieron según la clasificación de Clavien-Dindo, considerando menores a los grados I-II, mayores a III-IV y mortalidad al grado V.

Además, se evaluaron los pacientes bajo los protocolos de RA utilizados en nuestros centros, que están basados en las directrices del protocolo ERAS® (Enhanced Recovery After

Surgery).^{12,13} Todos los pacientes incluidos en el grupo de RA fueron tratados bajo el mismo protocolo implementado de forma estandarizada. En contraste, el grupo de pacientes bajo cuidados convencionales fue tratado bajo criterio médico, sin implementación estructurada del protocolo de RA.

Base de datos

Se recopilaron datos filiatorios y características basales obtenidos de bases de datos internas del servicio de cirugía, obtenidos desde las historias clínicas electrónicas de los pacientes. Se analizaron: la edad, sexo, grado de ASA e inclusión o no en protocolos de RA. Se registró el tipo de cirugía realizada, incluyendo los procedimientos quirúrgicos habituales en lo que respecta a la cirugía coloproctológica oncológica. Se tomaron en cuenta sólo las comorbilidades comprendidas en el cálculo del instrumento de riesgo (5-mFI).

Análisis estadístico

Se realizaron pruebas *t* y χ^2 para comparar variables continuas y categóricas, respectivamente. Se utilizó la prueba de Prueba de Mann-Whitney U para variables con distribución anormal. Se realizó un análisis multivariado para evaluar la asociación de la fragilidad con morbilidad menor, mayor, incluyendo en el modelo todas las covariables que pudieran ser confundentes. Se realizó un análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan Meier al año, comparando pacientes frágiles con no frágiles. Los pacientes que permanecían vivos más allá de 365 días se censuraron administrativamente en el día 365, de manera que los seguimientos más largos no influyeran en la estimación de la supervivencia anual. Se realizó una regresión de Cox para evaluar la asociación entre fragilidad y mortalidad a los 30, 90 y 365 días, incluyendo aquellas variables que en el análisis univariado presentaron un *p*-valor < 0,05 y aquellas conocidas como factores de riesgo. Se utilizó para todos los análisis el software SPSS versión 26 (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 26.0. Armonk, NY: IBM Corp) para la realización de los cálculos estadísticos. Se estableció un nivel de significancia bilateral de *p*<0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 334 pacientes (Fig. 1), con una prevalencia de fragilidad del 19,8% (n=66). Las características basales de los mismos se encuentran plasmadas en la Tabla 1. La mediana de seguimiento de los grupos fue de 19 (RIC 15-26) meses para el grupo de pacientes frágiles y de 18 (RIC 15-25) meses para pacientes no frágiles, de los cuales se tomaron datos hasta el año dado los alcances de este estudio.

Los pacientes frágiles tuvieron un riesgo significativamente

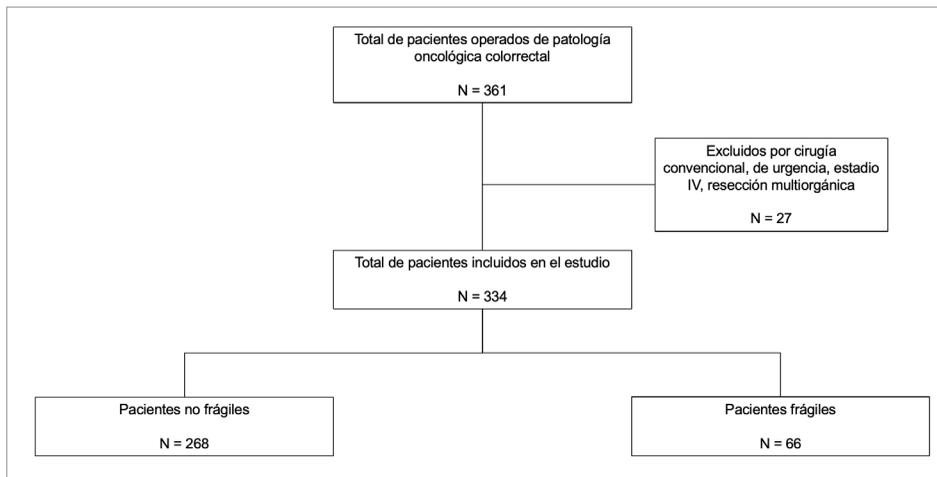


Figura 1. Diagrama de flujo de selección y distribución de pacientes.

TABLA 1. Características demográficas.

	No frágil (n=268)	Frágil (n=66)	p-valor
Edad, media (DE)	63 (±12,6)	69,8 (±8)	0,002
Hombres (%)	145 (54)	47 (71)	0,01
ASA III (%)	63 (23,5)	41 (62)	0,0001
HTA (%)	108 (63)	64 (37)	0,0001
Diabetes (%)	18 (27)	48 (73)	0,0001
EPOC (%)	6 (37,5)	10 (62,5)	0,0001
ICC (%)	1 (11)	8 (89)	0,0001
DAVD (%)	3 (16)	16 (84)	0,0001
Incluido en protocolo RA (%)	63 (23,5)	8 (12)	0,063
Cirugías realizadas (%)			0,383
- HCD (n=107)	82 (76,6)	25 (23)	
- HCI (n=137)	113 (82,5)	24 (17,5)	
- RAB (n=69)	58 (84)	11 (16)	

DE: Desvío estándar, RA: recuperación acelerada, HTA: hipertensión arterial, ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva, DAVD: Dependientes para las actividades de la vida diaria, HCD: Hemicolectomía derecha, HCI: Hemicolectomía izquierda, RAB: Resección anterior baja.

El número total de complicaciones fue significativamente mayor en los pacientes frágiles (mediana de 2 vs. 1, p<0,01), aunque no hubo diferencias en la aparición de cualquier complicación mayor (24,4 vs. 16,4%, OR 1,6; IC95%: 0,8–3,1; p=0,14). Tampoco hubo diferencias significativas en reoperaciones, aunque los pacientes frágiles presentaron más reinternaciones no programadas [21,5 vs. 10,9%, OR 2,23; IC95%: 1,1–4,53; p=0,02]. (Tabla 2)

Los pacientes frágiles permanecieron internados significati-

TABLA 2. Comparación de complicaciones entre pacientes frágiles y no frágiles.

Complicaciones	No frágiles (n=266)	Frágiles (n=66)	OR (IC95%)	p-valor
Cualquier complicación, n (%)	148 (55,4)	49 (74,2)	2,3 (1,3–4,2)	0,005
Complicaciones III – IV, n (%)	44 (16,4)	16 (24,2)	1,6 (0,8–3,1)	0,14
Cantidad de complicaciones, media (RIC)	1 (0 – 2)	2 (0 – 4)	-	<0,001
Reoperaciones, n (%)*	27 (10,2)	9 (13,6)	1,4 (0,6–3,1)	0,4
Reinternaciones, n (%)*	29 (10,9)	14 (21,5)	2,2 (1,1–4,4)	0,02
Días de internación, mediana (RIC)	6 (4 – 8)	8 (5 – 11)	-	<0,001

(OR: odds ratio; RIC: rango inter cuartil, IC95%: intervalo de confianza del 95%)

TABLA 3. Análisis univariado para mortalidad a los 30, 90 y 365 días.

Mortalidad	No frágiles	Frágiles	OR (IC95%)	p-valor
30 días	1 (0,4%)	4 (6,1%)	17,2 (1,9 – 156,8)	<0,001
90 días	6 (2,2%)	6 (9,1%)	4,4 (1,4 – 14)	0,007
365 días	10 (3,7%)	9 (13,6%)	4,1 (1,6 – 10,56)	0,002

(OR: odds ratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%)

vamente mayor tiempo que los pacientes no frágiles (mediana de días de internación: 8 vs. 6; p= 0,001).

Los pacientes frágiles tuvieron mayor riesgo de mortalidad a los 30 [6,1 vs. 0,4%, OR 17,35; IC95%: 1,91–157,99; p=0,006], 90 [9,1 vs. 2,2%, OR 4,47; IC95%: 1,4–14,36; p=0,01] y 365 días (13,6 vs. 3,7%, OR 4,18; IC95%: 1,62–10,76; p=0,004). (Tabla 3) En un análisis multivariado ajustado por edad, sexo y ASA, la fragilidad se mantuvo como el único factor de riesgo inde-

TABLA 4. Análisis multivariado para mortalidad a los 30 y 365 días.

Mortalidad	30 días			365 días		
	ORa	IC95%	p-valor	ORa	IC95%	p-valor
Fragilidad	12,3	1,23–123,1	0,03	2,8	1,07–7,51	0,04
Edad	1,1	0,96–1,22	0,17	1,03	0,98–1,25	0,1
Sexo	2,38	0,25–22,3	0,45	0,82	0,31 – 2,18	0,7
ASA	0,98	0,14–6,9	0,98	1,5	0,54 – 4,3	0,98

(ORa: odds ratio ajustado, IC95%: intervalo de confianza del 95%)

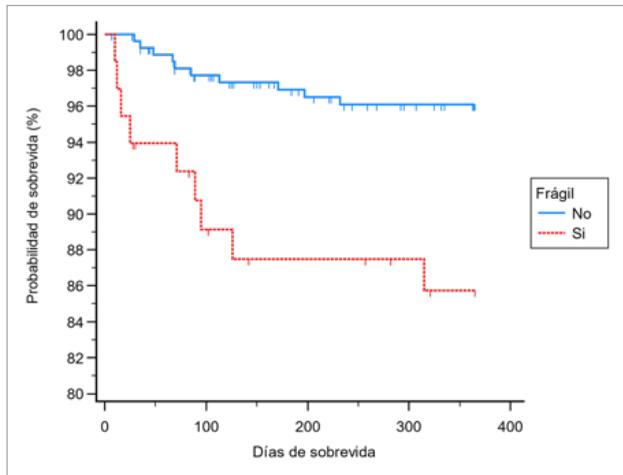


Figura 2. Análisis de supervivencia según curva de Kaplan Meier. Diferencia de supervivencia entre pacientes frágiles y no frágiles. (Log-rank test: p=0,006).

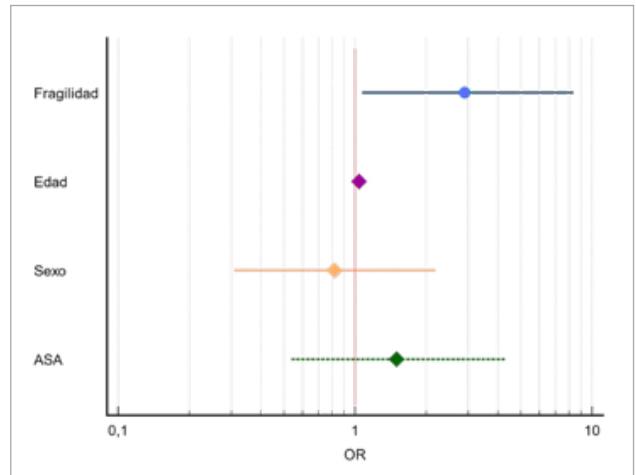


Figura 3. Forest-plot de riesgos ajustados para mortalidad a los 365 días en todos los pacientes.

pendiente para la supervivencia a los 30 (OR ajustado 12,3; IC95%: 1,23–123,1; p= 0,03) y 365 días (OR ajustado 2,8; IC95%: 1,07–7,51; p=0,03), no persistiendo con significancia estadística ninguna de estas variables para la mortalidad a los 90 días (Tabla 4).

En cuanto a la supervivencia a los 365 días, se realizó una curva de Kaplan Meier de pacientes frágiles y no frágiles, evidenciando una caída significativa en la supervivencia de los primeros (Figura 2). En el análisis multivariado de la regresión de Cox, ajustando por edad, sexo y protocolos de RA, la fragilidad se asoció significativamente con una menor supervivencia [HR ajustado 3,22; IC95%: 1,28–8,1; p=0,013] (Figuras 3 y 4).

Luego de analizar los resultados de la inclusión de los pacientes frágiles en protocolos de RA, no se hallaron asociaciones significativas con la ocurrencia de cualquier complicación (p=0,3), complicaciones mayores (p=0,7), mortalidad a los 30 (p=1), 90 (p=1) o 365 días (p=1), comparado con pacientes frágiles sometidos a cuidados convencionales. Tampoco hubo diferencias en reoperaciones (p=0,2), ni en reinternaciones no programadas (p=0,3). Sin embargo, la mediana de días de internación en pacientes frágiles en RA fue significativamente menor que en aquellos que no lo estuvieron (3 [rango mínimo-máximo: 2–5] vs. 9 [rango mínimo-máximo: 6–14]; p=0,002) (Tabla 5).

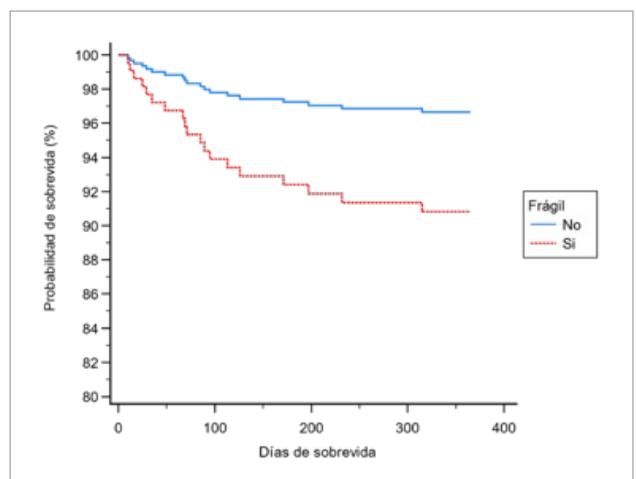


Figura 4. Gráfico de supervivencia al año de los pacientes frágiles vs no frágiles, ajustando por edad, sexo, fragilidad, inclusión en protocolo de recuperación acelerada y ASA. Hazard Ratio ajustado (HRa) 2,8 (IC95%: 1,1–7,5) p=0,04.

Se compararon los pacientes frágiles dentro del grupo de RA con pacientes NO frágiles en cuidados convencionales. Los pacientes frágiles dentro del grupo de RA (n=8) mostraron una reducción de la mediana de internación de 6 a 3 días

($p < 0,001$) sin diferencias significativas en mortalidad a 30 días (0,5 vs. 0%; $p = 1$) ni en complicaciones mayores (12,5 vs. 18%; $p = 0,50$) frente a los NO frágiles dentro del grupo de cuidados convencionales (Tabla 6).

DISCUSIÓN

Este estudio apuntó a comparar los resultados postoperatorios en pacientes de todas las edades, frágiles y no frágiles que fueron sometidos a cirugía colorrectal oncológica en contexto o no de protocolos de RA.

Teniendo en cuenta que la cirugía colorrectal y oncológica son procedimientos complejos, la correcta evaluación preoperatoria es esencial para identificar y optimizar a los pacientes de alto riesgo.^{8,14} Los pacientes considerados frágiles presentan un riesgo aumentado de complicaciones post-operatorias,^{8,15,16} sin embargo, existen pocos estudios en nuestro medio que hayan evaluado esta asociación. Los sistemas utilizados para identificar a los pacientes frágiles suelen ser extensos, poco objetivos y, a veces, inadecuados para realizar en la práctica clínica cotidiana.¹⁷ De lo anterior surge el objetivo de conocer la morbilidad post operatoria en nuestros pacientes frágiles, justificando la elección del 5-mFI como herramienta para su

identificación en nuestro trabajo. Este instrumento, validado en múltiples estudios similares, permite una evaluación sencilla y efectiva de la fragilidad en el contexto quirúrgico.^{9,15}

Nuestros resultados revelaron una asociación significativa entre fragilidad y resultados postoperatorios adversos. Los pacientes frágiles tuvieron mayor riesgo de complicaciones a 30 días, mayor número total de complicaciones, mayor estadía hospitalaria y mayores reinternaciones no programadas que los pacientes no frágiles, siendo este resultado concordante con la bibliografía evaluada.^{8,15-19} Incluso en centros quirúrgicos de alto volumen, como en el estudio de Al-Khamis et al.,¹⁵ se observó que los pacientes frágiles (5-mFI ≥ 2) presentaban tasas significativamente más altas de morbilidad total y morbilidad grave, no solo en comparación con aquellos sin comorbilidades (5-mFI = 0), sino también respecto de quienes presentaban un único factor de comorbilidad (5-mFI = 1).

Sin embargo, en nuestro estudio, los pacientes frágiles no presentaron una mayor tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo III-IV) ni de reoperaciones en comparación con los no frágiles, hallazgo que contrasta con lo reportado en la literatura revisada.^{8,15,16,18}

Los pacientes frágiles, presentaron mayor riesgo de mortalidad a 30 días y al año de la cirugía, persistiendo la fragilidad como único factor de riesgo para mortalidad luego de ajustar

TABLA 5. Análisis univariado de comparación de mortalidad, días de internación y complicaciones en pacientes frágiles fuera y dentro de protocolo de recuperación acelerada.

	Protocolo convencional (n=58)	Recuperación acelerada (n=8)	OR (IC95%)	p-valor
Mortalidad 30 días	4 (7)	0 (0)	0,7 (0,03 - 13,9)	1
Mortalidad 365 días	9 (15)	1 (12,5)	0,8 (0,08 - 7,1)	1
Días de internación	9 (6 - 14)	3 (2,5 - 5)	-	<0,001
Complicaciones	44 (76)	5 (63)	2,5 (0,5 - 12,1)	0,3
Complicaciones mayores	15 (26)	1 (12)	0,4 (0,05 - 3,6)	0,7
Reinternaciones no programadas	11 (19)	3 (38)	2,5 (0,5 - 12,1)	0,3

(OR: odds ratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%)

TABLA 6. Análisis univariado para comparación de mortalidad días de internación y complicaciones en pacientes frágiles dentro de protocolo de recuperación acelerada y pacientes no frágiles en protocolos de cuidados convencionales.

	No frágiles Protocolo convencional n=202 (%)	Frágiles en Recuperación acelerada n=8 (%)	OR (IC95%)	p-valor
Mortalidad 30 días	1 (0,5)	0 (0)	0,9 (0,98-1)	1
Mortalidad 365 días	10 (5)	1 (12,5)	2,7 (0,3-24)	0,3
Días de internación	6 (3-24)	3 (2 - 5)	-	<0,001
Complicaciones	116 (57)	5 (62)	1,2 (0,3-5,3)	0,5
Complicaciones mayores	36 (18)	1 (12,5)	0,6 (0,8-5,5)	0,5
Reinternaciones no programadas	25 (12,4)	3 (38)	2,5 (0,5-12,1)	0,07

(OR: odds ratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%)

por edad, sexo y ASA. Estas diferencias podrían deberse a que los pacientes frágiles tienen menor capacidad de respuesta ante el estrés quirúrgico o sus complicaciones.^{8,15,16,20}

De manera importante destacamos que la edad no resultó ser un factor de riesgo independiente para mortalidad a los 30 y 365 días postoperatorios, evidenciando que la fragilidad es un factor determinante en pacientes de todas las edades. Más aun considerando que aproximadamente un tercio de los pacientes frágiles eran menores de 65 años. Resultados similares han sido reportados en diversos estudios, en los que la edad no mostró una asociación directa con la fragilidad. Por ejemplo, en el trabajo de Al-Khamis et al., los pacientes frágiles menores de 50 años presentaron desenlaces comparables a los de pacientes frágiles de mayor edad.^{15,16}

Por otro lado, la incorporación de los pacientes frágiles a protocolos de RA no generó un aumento en las complicaciones y, por el contrario, se tradujo en una reducción significativa de los días de internación con respecto a pacientes frágiles no protocolizados. De manera similar, Hampton et al. no encontraron diferencias en tiempo de internación, readmisiones ni complicaciones mayores entre los pacientes frágiles y no frágiles sometidos a protocolos de recuperación acelerada.¹⁰ La identificación del paciente frágil que será sometido a cirugía colorrectal oncológica permite el manejo proactivo del mismo para reducir el riesgo quirúrgico.

Por otro lado, se realizó un análisis comparando pacientes frágiles dentro de protocolos de RA con pacientes no frágiles dentro de protocolos convencionales. Los pacientes frágiles manejados con protocolo RA egresaron tres días antes que los no frágiles en cuidados convencionales, sin incremento de mortalidad a 30 días ni de complicaciones mayores. La tendencia a más reinternaciones y a mayor mortalidad anual en el grupo frágil en RA no fue significativa y, dado que solo incluye ocho pacientes, el análisis está probablemente subpotenciado. Se necesitarían series más grandes para confirmar la seguridad tardía del alta precoz y delimitar mejor su beneficio clínico en estos pacientes.

Este estudio presenta algunas limitaciones. La principal recae en su naturaleza retrospectiva. Además, su tamaño muestral y diseño unicéntrico limitan su generalización. Se requieren estudios prospectivos multicéntricos de mayor envergadura para validar y expandir nuestros resultados.

CONCLUSIÓN

La fragilidad es un factor de riesgo independiente para morbilidad postoperatoria en pacientes de todas las edades sometidos a cirugía colorrectal oncológica laparoscópica. La incorporación de pacientes frágiles a protocolos de recuperación acelerada es segura y disminuye la estadía hospitalaria.

Es importante la identificación del paciente frágil para optimizar su manejo y curso postoperatorio.

REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. *GLOBOCAN 2020. Graph production: Global Cancer Observatory*. Disponible en: <http://gco.iarc.fr>.
2. Gualdrini U, Iummato L, Bidart ML. La epidemiología del cáncer colorrectal. *Guía para equipos de atención primaria de la salud*. Buenos Aires. 2015.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2019: Highlights*. 2019. (ST/ESA/SER.A/430).
4. Aucoin S, McIsaac DI. Emergency General Surgery in Older Adults: A Review. *Anesthesiol Clin*. 2019 Sep;37(3):493-505.
5. Ko FC. Preoperative Frailty Evaluation: A Promising Risk-stratification Tool in Older Adults Undergoing General Surgery. *Clin Ther*. 2019 Mar;41(3):387-399.
6. Kim S, Brooks AK, Groban L. Preoperative assessment of the older surgical patient: honing in on geriatric syndromes. *Clin Interv Aging*. 2014 Dec 16;10:13-27.
7. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Chapter 3 - Models, Definitions, and Criteria for Frailty, Editor(s): Jeffrey L. Ram, P. Michael Conn, *Conn's Handbook of Models for Human Aging (Second Edition)*, Academic Press, 2018, Pages 35-44.
8. Keller DS, Reif de Paula T, Kiran RP, Nemeth SK. Evaluating the association of the new National Surgical Quality Improvement Program modified 5-factor frailty index with outcomes in elective colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2020 Oct;22(10):1396-1405.
9. Subramaniam S, Aalberg JJ, Soriano RP, Divino CM. New 5-Factor Modified Frailty Index Using American College of Surgeons NSQIP Data. *J Am Coll Surg*. 2018 Feb;226(2):173-181.e8.
10. Hampton JB, Owodunni OP, Bettick D, Chen SY, Sateri S, Magnuson T, Gearhart SL. Compliance to an enhanced recovery pathway among patients with a high frailty index after major gastrointestinal surgery results in improved 30-day outcomes. *Surgery*. 2019 Jul;166(1):75-81.
11. Smart R, Carter B, McGovern J, Luckman S, Connelly A, Hewitt J, Quasim T, Moug S. Frailty Exists in Younger Adults Admitted as Surgical Emergency Leading to Adverse Outcomes. *J Frailty Aging*. 2017;6(4):219-223.
12. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World J Surg*. 2019 Mar;43(3):659-695.
13. Maclean W, Mackenzie P, Limb C, Rockall T. Protocolo ERAS® en cirugía colorrectal. *Rev Argent Ciruj* 2021; 113(2): 176-188.
14. Saur NM, Paulson EC. Operative Management of Anastomotic Leaks after Colorectal Surgery. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 May;32(3):190-195.
15. Al-Khamis A, Warner C, Park J, Marecik S, Davis N, Mellgren A, Nordenstam J, Kocher K. Modified frailty index predicts early outcomes after colorectal surgery: an ACS-NSQIP study. *Colorectal Dis*. 2019 Oct;21(10):1192-1205.
16. Michaud Maturana M, English WJ, Nandakumar M, Li Chen J, Dvorkin L. The impact of frailty on clinical outcomes in colorectal cancer surgery: a systematic literature review. *ANZ J Surg*. 2021 Nov;91(11):2322-2329.
17. Richards SJG, Cherry TJ, Frizelle FA, Eglinton TW. Pre-operative frailty is predictive of adverse post-operative outcomes in colorectal cancer patients. *ANZ J Surg*. 2021 Mar;91(3):379-386.
18. Okabe H, Ohsaki T, Ogawa K, et al. Frailty predicts severe postoperative complications after elective colorectal surgery. *Am J Surg*. 2019 Apr;217(4):677-681.
19. Tatar C, Benlice C, Delaney CP, Holubar SD, Liska D, Steele SR, Gorgun E. Modified frailty index predicts high-risk patients for readmission after colorectal surgery for cancer. *Am J Surg*. 2020 Jul;220(1):187-190.
20. Shaw JF, Budiansky D, Sharif F, McIsaac DI. The Association of Frailty with Outcomes after Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg Oncol*. 2022 Aug;29(8):4690-4704.

Hernia abdominal paraduodenal izquierda estrangulada

Alejandro Barboza, Joaquín A. Solarana Ortiz, Gonzalo Gayo, Mauricio Pontillo Walerovsky
Hospital del Cerro, ASSE, Montevideo, Uruguay

Palabras clave: hernia interna, hernia paraduodenal izquierda, oclusión intestinal

Key words: internal hernia; left paraduodenal hernia; intestinal obstruction

INTRODUCCIÓN

Las hernias abdominales internas se definen como el pasaje de una víscera a través de una apertura peritoneal o mesentérica que conduce a su atrapamiento dentro de un compartimento en el interior de la cavidad abdominal. Se producen por anomalías en la rotación del intestino durante la gestación intrauterina y se asocian con casos de obstrucción intestinal. Son entidades infrecuentes, constituyendo el 1% de todas las hernias.^{1,2} Dentro de estas hernias, las paraduodenales son las más frecuentes y representan aproximadamente el 50%.² Descrietas por primera vez por Neubauer en 1786, existen pocos casos en la bibliografía internacional.²⁻⁴

A pesar de que la incidencia es muy baja, la importancia de estos casos radica en el problema diagnóstico que representan. La clínica es inespecífica, y varía desde cuadros de disconfort abdominal, acompañados de náuseas y vómitos, hasta la presencia de una oclusión intestinal completa, que puede asociar complicaciones como peritonitis por sufrimiento isquémico o perforación.

Presentamos la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de una paciente de sexo femenino de 63 años con un cuadro de oclusión intestinal secundario a una hernia paraduodenal estrangulada.

CASO

Mujer de 63 años, con antecedente de cesárea, sin ningún otro a destacar. Consultó por dolor abdominal cólico difuso

de moderada intensidad, de 72 horas de evolución, asociado a distensión abdominal, vómitos de contenido alimentario reiterados y ausencia de eliminación de materia fecal y gases desde el comienzo del cuadro. Del examen, al ingreso se destacaba una paciente con buen estado general, con una distensión abdominal difusa, ruidos hidroaéreos aumentados y un tacto rectal sin restos al guante. Se solicitaron análisis de sangre que no presentaban alteraciones y estudios de imagen que mostraron hallazgos compatibles con una oclusión intestinal. La radiografía simple de abdomen de pie evidenció niveles hidroaéreos centro abdominales pequeños sugestivos de corresponder al intestino delgado (Fig. 1 A) y la de decúbito dorsal presencia de asas distendidas con la clásica imagen de pila de monedas correspondiente a las válvulas conniventes (Fig. 1 B). La tomografía computada abdominopélvica mostró dilatación de asas yeyunales con niveles hidroaéreos,



Figura 1. Radiografía simple de abdomen. A. De pie. Se observan niveles hidroaéreos centro abdominales pequeños correspondientes a intestino delgado (líneas blancas). B. En decúbito dorsal. Asas centroabdominales distendidas, generando la clásica imagen de pila de monedas (círculos blancos).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Alejandro Barboza:** alejandrobambozamartinez@gmail.com
Recibido: 08-03-2024. Aceptado: 27-09-2024

Alejandro Barboza: <https://orcid.org/0009-0001-8828-3628>; Joaquín Solarana: <https://orcid.org/0000-0001-9633-7086>; Gonzalo Gayo: <https://orcid.org/0000-0002-3931-6403>; Mauricio Pontillo: <https://orcid.org/0000-0002-5587-1044>

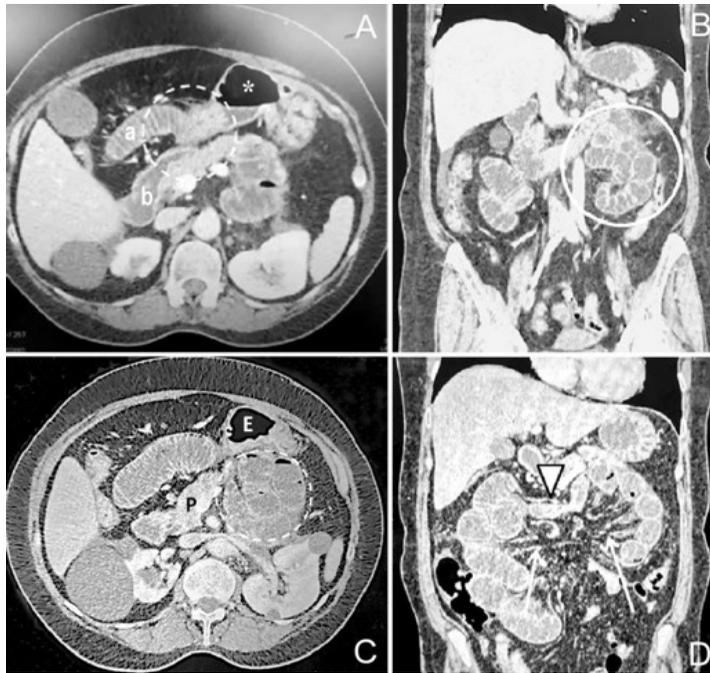


Figura 2. Tomografía computada abdominopelviánica. **A.** Corte axial. A nivel centro abdominal se puede observar la zona de transición (círculo blanco) entre la asa aferente distendida (a) y la eferente chata (b). El asterisco marca la presencia de un nivel hidroaéreo. **B.** Corte sagital. Se observa a la izquierda de la línea media un ovillo de asas delgadas distendidas (círculo blanco) en la topografía en que luego en el intraoperatorio se halló la hernia paraduodenal, correspondiendo al contenido del saco herniario. **C.** Corte axial. Marcado con se observa ovillo de asas delgadas distendidas con niveles hidroaéreos en su interior en el sector superior izquierdo del abdomen (círculo blanco), entre el estómago (E) y el páncreas (P). **D.** Corte sagital. Se observan los vasos mesentéricos estirados (flechas) y convergiendo hacia el sitio de herniación. La punta de flecha marca el sitio de transición asa chata-asa distendida.

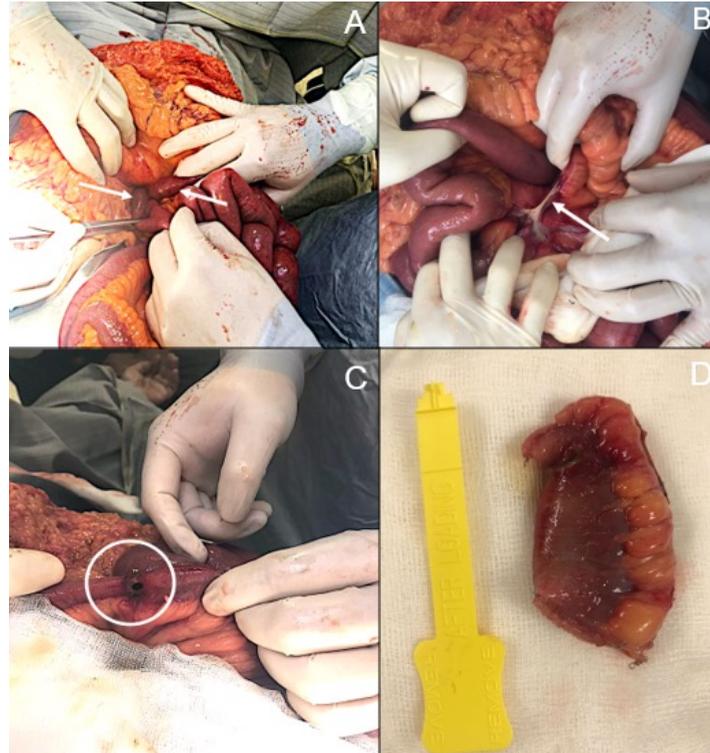


Figura 3. **A.** Hernia paraduodenal izquierda con contenido de asas delgadas. Se ve marcado con las flechas blancas las asas aferente y eferente entrando y saliendo del defecto herniario. **B.** Hernia paraduodenal izquierda. Marcado con la flecha blanca se ve el defecto congénito, fusión del mesocolon con el peritoneo parietal posterior llevando a la formación del saco herniario. **C.** Marcado con un círculo blanco se observa ya reducida la hernia, sobre la zona de transición un sector con sufrimiento isquémico ya perforado de intestino delgado. **D.** Pieza de resección de intestino delgado con sufrimiento isquémico.

y una zona de transición con asas chatas en la región centro abdominal (Fig. 2 A y B). No se identificaron elementos de sufrimiento isquémico como alteración del realce parietal o neumatisis parietal.

Frente a los hallazgos imagenológicos se planteó que correspondiera a un cuadro de oclusión intestinal secundario a bridas, por lo que se instauró un tratamiento médico basado en reposo digestivo, reposición hidroelectrolítica, analgesia y antieméticos intravenosos, asociados a la colocación de una sonda nasogástrica para descompresión del tubo digestivo. Pasadas 72 horas la paciente persistía sintomática y con una radiología abdominal con claros elementos de oclusión intestinal por lo que se decidió realizar una laparotomía exploratoria, hallando una hernia paraduodenal izquierda, con contenido de asas yeyunales (Fig. 3 A y B). Luego de la reducción de la misma, se evidenció sobre el anillo herniario la zona de transición asa fina-asa gruesa, con sufrimiento isquémico y una perforación, con escasa permeación de bilis al interior del saco (Figura 3 C). Se realizó una resección (Figura 3 D) y enteroenteroanastomosis latero-lateral manual.

La paciente presentó una buena evolución en la sala, retomando la vía oral al tercer día postoperatorio y el tránsito intestinal al cuarto día, otorgándose el alta al séptimo día.

DISCUSIÓN

Dado que las hernias internas son defectos raros que suelen presentarse con complicaciones que requieren cirugía, la bibliografía internacional consta mayoritariamente de reporte de casos, por lo que es difícil aportar datos fidedignos referidos a la distribución por sexos y otros elementos demográficos. En 2019, Schizas et al.⁵ publicaron una revisión sistemática que incluyó 115 estudios, la mayoría reportes de caso y 18 series de casos, totalizando 119 pacientes. Se observó que la media de presentación fue de 44 años, con una predominancia masculina de 2:1, a diferencia de lo comunicado en esta presentación. Como es de esperar, todos los pacientes requirieron cirugía dado que se presentaron con una complicación asociada. La mortalidad de estos cuadros puede ser elevada si existe compromiso vascular asociado en las vísceras involucradas, lo que ocurre en hasta el 20% de los casos.^{1,2} Por otra parte, muchas de estas hernias son descubiertas como hallazgos imagenológicos o durante una cirugía.

Estas hernias congénitas son secundarias a una anomalía en el desarrollo de la cavidad peritoneal, por una falta de reabsorción de las bolsas o fositas del mesoderma esplácnico. Esto hace que el mesocolon se fusione con la pared peritoneal posterior, for-

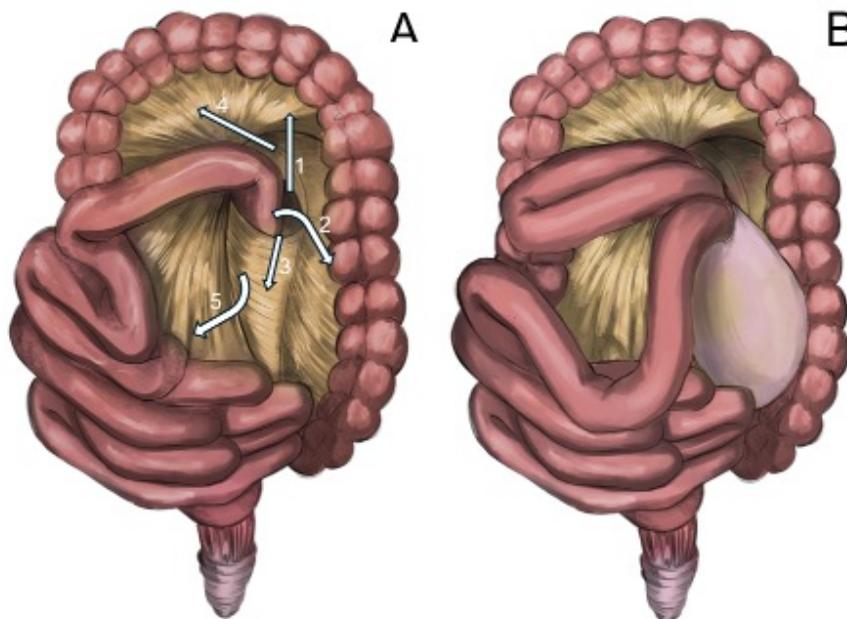


Figura 4. A. Tipos de hernia paraduodenal: fosita de Treitz (1), fosita de Landzert (2), fosita inferior de Treitz (3), fosita de Broesike (4), fosita de Waldeyer (5). **B.** Hernia paraduodenal izquierda. Saco configurado a la izquierda de la línea media, a nivel del mesocolon transversero. La vena mesentérica inferior forma parte del saco. Figura realizada por la estudiante avanzada en licenciatura en animación y videojuegos de la Universidad ORT, Uruguay, Martina Gubitosi.

mando así el saco herniario (Fig. 3 B).^{1,4} Pueden encontrarse a la derecha o izquierda del duodeno, siendo esta última la forma más frecuente y la que presentaba nuestra paciente.

Respecto del diagnóstico, la clínica es inespecífica (dolor abdominal intermitente, distensión, náuseas y vómitos o cuadros de oclusión intestinal completa). El laboratorio tampoco permite arribar al diagnóstico, radicando su utilidad en la detección de repercusiones que el paciente pueda presentar. Por todo esto, es claro que el pilar de mayor importancia es la imagenología. La radiología puede aportar datos sugestivos de un cuadro de oclusión como ser niveles hidroaéreos centro abdominales pequeños, pero tampoco permiten diagnosticar una hernia interna. La tomografía abdominopélvica aporta más datos, respecto de la topografía de la oclusión y puede en algunos casos diagnosticar esta entidad, aunque su mayor valor está en descartar otras causas y valorar elementos de complicación asociados.⁶

Al momento de analizar las imágenes tomográficas es de suma importancia tratar de identificar ciertos elementos que pueden hacer sospechar este cuadro. En las hernias paraduodenales izquierdas se puede observar un ovillo de asas delgadas sobre el sector superior izquierdo del abdomen, generalmente localizado entre el estómago y el páncreas, que puede desplazar el colon (Fig. 2 A, B y C). Además, puede observarse el estiramiento de los vasos mesentéricos superiores que tienden a converger hacia el sitio de herniación (Fig. 2 D) y en ocasiones puede apreciarse como la arteria y vena mesentérica superior adquieren un trayecto paralelo al sector medial del saco herniario.⁷

Por todo lo esgrimido, es entendible que muchas veces se arribe al diagnóstico definitivo recién en el intraoperatorio.

El tratamiento de esta entidad es quirúrgico y tiene como directivas reducir la hernia y tratar el contenido. Puede requerir resección intestinal y anastomosis, dependiendo del compromiso vascular. No es necesario resecar el saco y se debe cerrar el defecto para evitar una recidiva.

CONCLUSIONES

Las hernias internas paraduodenales suelen presentarse con una complicación asociada, más frecuentemente un cuadro de obstrucción intestinal proximal, que requiere cirugía. Su baja incidencia amerita una alta sospecha clínica, dado que el arribo precoz a un diagnóstico certero condiciona la evolución y el pronóstico. Los estudios imagenológicos, principalmente la tomografía computada, tienen un rol fundamental y aun así no siempre logran esclarecer el cuadro y el diagnóstico definitivo termina por establecerse en el intraoperatorio.

REFERENCIAS

1. Somé OR, Ndoye JM, Yohann R, Nolan G, Roccia H, Dakoure WP, et al. An Anatomical Study of the Intersigmoid Fossa and Applications for Internal Hernia Surgery. *Surg Radiol Anat.* 2017;39(3):243-48.
2. Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. *Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal.* 1ª ed. Valencia: Gráficas Vimar. 2012.
3. Nihon-Yanagi Y, Ooshiro M, Osamura A, Takagi R, Moriyama A, Urita T, et al. Intersigmoid Hernia: Report of a Case. *Surg Today.* 2010;40(2):171-75.
4. Kelahan L, Menias CO, Chow L. A Review of Internal Hernias Related to Congenital Peritoneal Fossae and Apertures. *Abdom Radiol (NY).* 2021;46(5):1825-36.
5. Schizas D, Apostolou K, Krivan S, Kanavidis P, Katsaros I, Vailas M, et al. Paraduodenal Hernias: A Systematic Review of the Literature. *Hernia.* 2019;23(6):1187-97.
6. Kumagai K, Yoshioka M, Iida M, Kudoh K, Uchinami H, Watanabe T, et al. Usefulness of oblique multiplanar images on multi-detector computed tomography for diagnosing intersigmoid hernia. *Visc Med.* 2016;32(6):437-40.
7. Pal NL, Panandiker SD, Katiyar G, Vernekar JA. Unusual Causes of Small Bowel Obstruction: A Review of the Literature and Revisited Cross-Sectional Imaging Checklist. *Emerg Radiol.* 2024;31(5):733-48.

Agradecemos a la Sta. Martina Gubitosi, estudiante avanzada en licenciatura en animación y videojuegos de la Universidad ORT, Uruguay, por su labor en la realización de la Figura 4.

Resección transanal de perineuroma rectal: Un tumor raro en una localización inusual

Carolina Riscanevo-Bobadilla¹, Ronel Eduardo Barbosa², Diego Valbuena², Lucy Bravo³

Fundación Universitaria Sanitas* y Clínica Universitaria Colombia. Bogotá[†], Colombia

¹ Residente, Departamento de Cirugía General*[†]

² Coloproctólogo, Departamento de Cirugía General[†]

³ Médica Patóloga, Laboratorio de Patología[†]

RESUMEN

Los perineuromas colorrectales son tumores mesenquimales benignos, con una incidencia del 0,1 al 1,4%. Raramente puede ocurrir una variante serrada maligna. Suelen presentarse como pólipos sésiles o tumores subepiteliales. Las características endoscópicas no son específicas y el diagnóstico se basa en el análisis histológico e inmunohistoquímico.

Presentamos un paciente de 52 años que consultó por episodios intermitentes de sangrado rectal indoloro. La colonoscopia mostró una lesión de aspecto neoplásico, protruida y ulcerada en el recto inferior, con biopsias negativas para malignidad. La ecografía endorrectal mostró integridad de la muscular propia del recto y ausencia de adenopatías. Una segunda colonoscopia para obtener nuevo material permitió el diagnóstico de perineuroma del recto inferior al hallar una proliferación mal delimitada de células fusiformes sin atipia, confinada a la mucosa, con inmunohistoquímica positiva para EMA, GLUT-1 y Claudina-1.

Se realizó una resección transanal de espesor completo (TAMIS) y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico y la ausencia de malignidad, mostrando bordes de resección libres de lesión y ganglios negativos.

Palabras clave: perineuroma rectal, TAMIS, GLUT-1, EMA, Claudin-1

ABSTRACT

Colorectal perineuromas are benign mesenchymal tumors with an incidence of 0.1 to 1.4%. Rarely, a malignant serrated variant may occur. They usually present as sessile polyps or subepithelial tumors. Endoscopic features are nonspecific, and diagnosis is based on histological and immunohistochemical analysis.

We present the case of a 52-year-old patient who presented with intermittent episodes of painless rectal bleeding. Colonoscopy showed a neoplastic-appearing, protruding, and ulcerated lesion in the lower rectum, with biopsies negative for malignancy. Endorectal ultrasound showed an intact rectal muscularis propria and absence of lymphadenopathy. A second colonoscopy to obtain additional material led to a diagnosis of lower rectal perineuroma, which revealed an ill-defined proliferation of spindle cells without atypia, confined to the mucosa, with positive immunohistochemistry for EMA, GLUT-1, and Claudin-1. A transanal full-thickness resection (TAMIS) was performed, and histopathology confirmed the diagnosis and the absence of malignancy, showing lesion-free resection margins and negative lymph nodes.

Keywords: Rectal Perineuroma; TAMIS; GLUT-1; EMA; Claudin-1

INTRODUCCIÓN

Los perineuromas son tumores mesenquimales benignos originados a partir de la vaina de los nervios periféricos, sin embargo se han reportado presentaciones extraneurales a nivel de los tejidos blandos.¹⁻³ En el 70% de los casos se localiza en el rectosigma,⁴ mientras que en el intestino delgado y el estómago es excepcional.⁵

La incidencia estimada es del 0,1 al 1,4% y la edad media de presentación al momento del diagnóstico es de 60 (35-87) años.³ Se identifica de forma incidental durante estudios endoscópicos como una lesión sésil, subepitelial⁴ y su diagnóstico

definitivo se realiza mediante estudio histopatológico y reacciones complementarias de inmunohistoquímica que permiten evidenciar su diferenciación perineural, con anticuerpos como GLUT1, Claudina-1 y EMA.⁵

Se deben descartar diagnósticos diferenciales como ganglioneuroma polipoide, hamartoma mucoso de células de Schwann, neurofibroma, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) y tumor fibroide inflamatorio,^{5,6} realizando estudios de extensión que permitan evaluar su origen, comportamiento biológico, características clínicas y evolución natural.

Además de establecer las bases inmunohistoquímicas de los perineuromas de origen gastrointestinal para confirmar el

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Angie Carolina Riscanevo:** caroriscanevo@unisnitas.edu.co

Recibido: 09/10/2024. Aprobado: 21/04/2025

Carolina Riscanevo-Bobadilla: <https://orcid.org/0000-0002-3224-5729>; Ronel Eduardo Barbosa: <https://orcid.org/0000-0001-5089-0820>; Diego Valbuena: <https://orcid.org/0000-0003-4212-9884>;

Lucy Bravo: <https://orcid.org/0000-0002-3085-7350>

diagnóstico, es fundamental determinar su pronóstico, su potencial de regeneración y la necesidad de seguimiento endoscópico.

Presentamos un caso de perineuroma de recto con crecimiento polipoide tratado mediante resección transanal, sin recurrencia tras un año de seguimiento endoscópico.

CASO

Paciente masculino de 52 años de edad con cuadro de estreñimiento de larga data que presenta durante los últimos tres meses episodios intermitentes de sangrado rectal, sin dolor. No informó pérdida de peso, cambio del hábito intestinal ni antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Se realizó colonoscopia, que mostró sobre la valva inferior de Houston una lesión elevada, ulcerada, de aspecto infiltrativo, con centro deprimido, que comprometía aproximadamente el 50% de la circunferencia rectal. Se tomaron biopsias. No se identificaron lesiones sincrónicas (Fig. 1 A).

El estudio histopatológico informó mucosa rectal ulcerada con tejido de granulación y cambios epiteliales reactivos, sin evidencia de una neoplasia maligna.

Ante los hallazgos endoscópicos de la lesión que sugerían un proceso tumoral y el grupo etario del paciente, se realizaron estudios complementarios. La ecografía endorrectal informó engrosamiento de pliegues mucosos de recto, sin compromiso de la muscular propia y sin adenopatías mesorrectales (Fig. 2). La resonancia magnética de pelvis con protocolo para recto evidenció una lesión en el recto inferior sin compromiso del mesorrecto, ni presencia de ganglios mesorrectales sospechosos. Los marcadores tumorales séricos fueron negativos. La tomografía computada de tórax descartó secundarismo. Se realizó un segundo estudio endoscópico con el objetivo de obtener nuevas muestras para marcadores de inmunohistoquímica (Fig. 1 B).

La histopatología evidenció una lesión no encapsulada de bordes mal definidos, localizada en la lámina propia, que distorsionaba la arquitectura de las criptas y estaba conformada por una proliferación de células fusiformes blandas, en

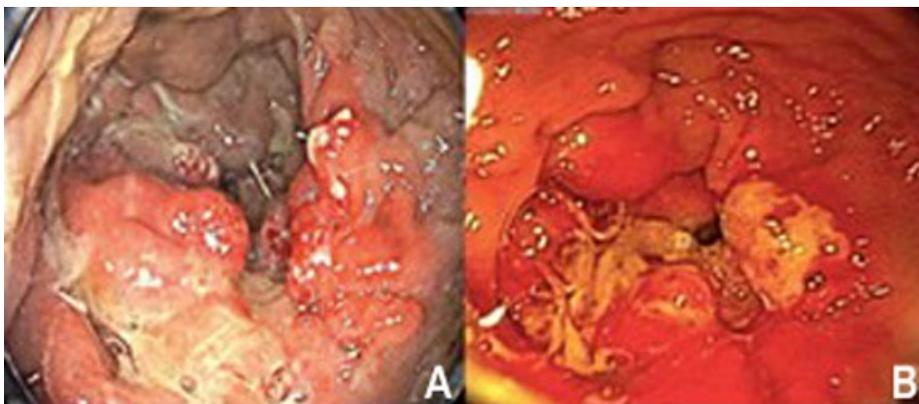


Figura 1. Colonoscopia. Se observa en el recto inferior, a 4 cm de la línea pectínea y comprometiendo la primera valva de Houston, lesión elevada sésil, de aspecto neoplásico infiltrativo con depresión central que compromete el 50 % de la circunferencia rectal y se extiende longitudinalmente 3 cm hacia proximal.

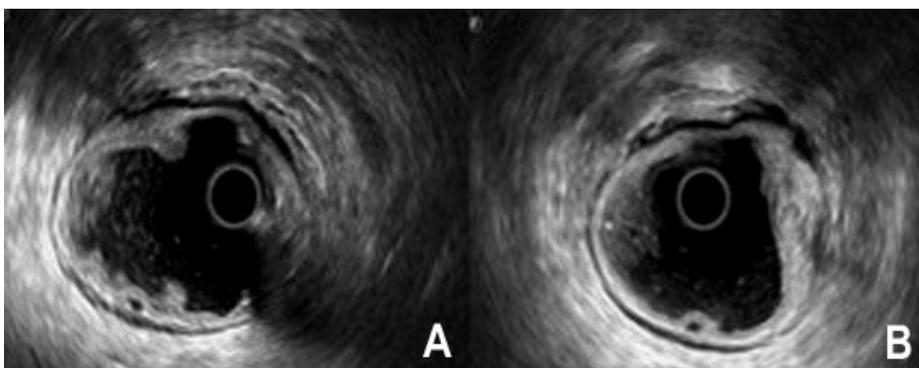


Figura 2. Ecografía endorrectal. Engrosamiento de pliegues del recto con una ulceración que compromete la mucosa y submucosa y respeta la muscular propia. Ausencia de adenopatías en el mesorrecto.

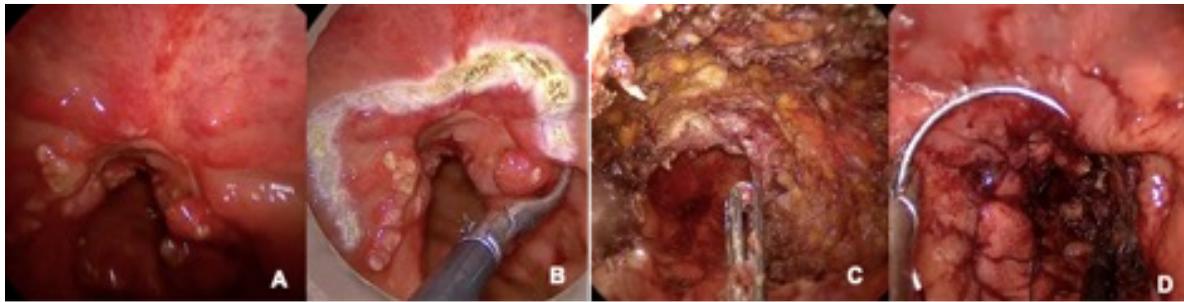


Figura 3. Resección del perineuroma rectal mediante cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS). A. Visualización del tumor luego de establecido el neumorrocto. B. Marcación del margen de resección a 1 cm del tumor. C. Lecho quirúrgico luego de la resección de espesor completo de la lesión. D. Cierre del defecto resultante con sutura barbada 2-0, mediante puntos que incluyen mucosa y muscular propia del recto.

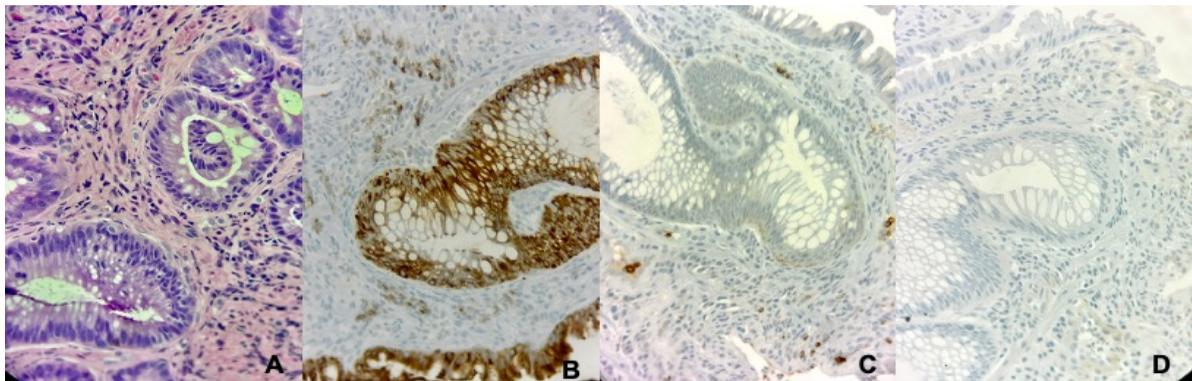


Figura 4. Características histológicas del perineuroma de recto. A. Criptas que atrapan y distorsionan; focalmente lamelares y verticiladas; células fusiformes con núcleos ovoides o delgados y citoplasma pálido en un estroma fibrilar fino. H&E. B. Inmunohistoquímica para antígeno de membrana epitelial (EMA). C. Inmunohistoquímica para transportadores de glucosa-1 (GLUT 1). D. Inmunohistoquímica para Colágeno IV.

medio de un estroma colágeno fino. No se observó atipia, ni figuras mitóticas y el epitelio glandular subyacente presentaba cambios hiperplásicos. Además, se observó mucosa rectal extensamente ulcerada con tejido de granulación e infiltrado inflamatorio mixto. El estudio complementario de inmunohistoquímica mostró expresión focal de EMA, GLUT1 y Claudina-1 y negatividad para S 100, AML y CD34, corroborando el diagnóstico de perineuroma de recto.

Debido a la progresión de la lesión y a sus hallazgos endoscópicos, se indicó intervención quirúrgica. Dadas sus características de tamaño y localización se optó por una vía transanal para resección de espesor completo mediante técnica mínimamente invasiva (TAMIS) como se ilustra en la Fig. 3. Se realizó manejo ambulatorio y seguimiento a la semana, 6 meses y un año. No se encontró evidencia de recurrencia en el control endoscópico.

El análisis histopatológico del espécimen quirúrgico confirmó la ausencia de malignidad y mostró bordes de resección libres de lesión y ganglios sin evidencia de compromiso tumoral. Los marcadores de inmunohistoquímica permitieron establecer el diagnóstico, destacando la positividad para antígeno de membrana epitelial (EMA) y GLUT-1 y negatividad para el *BRAF* (Fig. 4).

Durante el seguimiento en los primeros 12 meses no se encontró evidencia endoscópica, radiológica, ni clínica de recurrencia local o lesiones metacrónicas.

DISCUSIÓN

Los perineuromas colorrectales son tumores originados de células mesenquimales del estroma que expresan marcadores perineurales y suelen localizarse en la mucosa o submucosa.¹ Fueron descritos por primera vez en 2004 por Eslami-Varzaneh et al.² como un pólipo fibroblástico benigno.

Los perineuromas gastrointestinales, también conocidos como pólipos fibroblásticos, son lesiones mucosas benignas, mayormente asintomáticas, que se descubren incidentalmente durante estudios endoscópicos en pacientes sintomáticos, así como en programas de detección de cáncer de colon. Los hallazgos endoscópicos son variables. La ecografía endorrectal es útil para diagnosticar tumores subepiteliales, aunque la identificación precisa puede ser un desafío ocasional.^{3,4}

Desde el punto de vista histológico, los perineuromas se caracterizan por la proliferación de células fusiformes dentro de la lámina propia, sin mostrar atipia citológica, mitosis o ne-

crois. Para confirmar el diagnóstico, es necesario corroborar la diferenciación perineural, mediante reacciones de inmunohistoquímica con anticuerpos como Claudina-1 (proteína de la familia de las proteínas integrales transmembrana, con un papel estructural y funcional en las uniones estrecha), GLUT-1 (miembro de una familia de proteínas humanas transportadoras de glucosa) y el EMA (antígeno de membrana epitelial que puede expresarse de forma focal y débil). La Claudina-1 y GLUT-1 se consideran marcadores muy sensibles y relativamente específicos del perineuro que permiten establecer diferencias respecto a otras células mesenquimatosas.³ La tinción para CD34 es positiva en aproximadamente el 50% de los casos, mientras que la tinción para S100 y GFAP es negativa.^{5,6} Los perineuromas, son neoplasias benignas y rara vez recurren. No hay evidencia sólida que indique el porcentaje de transformación maligna.⁷ Aunque el perineuroma maligno puede metastatizar, su comportamiento es generalmente menos agresivo que otros tumores.

El diagnóstico diferencial de los perineuromas se establece con los ganglioneuromas, neurofibromas, leiomiomas de la muscularis mucosa y pólipos fibroblásticos benignos.⁸ Se han identificado variantes de los componentes epiteliales de los pólipos fibroblásticos serrados que pueden mostrar mutaciones *BRAF*, que posteriormente pueden desencadenar la diferenciación y proliferación de fibroblastos.⁵

La periodicidad del seguimiento de los pacientes con perineuroma debe ser establecida. Se ha sugerido mantener una vigilancia continua postpolipectomía, con intervalos similares a los indicados para los pólipos serrados, debido al potencial maligno de las variantes serradas *BRAF*-positivas.

El tratamiento recomendado incluye la escisión completa del tumor, seguida de histopatología para establecer un diagnóstico preciso.⁹⁻¹¹ Dentro del arsenal de procedimientos que permiten la resección de lesiones rectales con un trauma quirúrgico mínimo se encuentran la microcirugía endoscópica transanal (TEM) y la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS), indicadas en neoplasias rectales benignas o cánceres T1 con características histológicamente favorables, en los que el riesgo de metástasis ganglionar es bajo.^{12,13} Se debe marcar un margen de 1 cm alrededor de toda la lesión antes de la resección de espesor total y el cierre del defecto puede realizarse transversalmente para no estrechar el lumen del recto, como hicieramos en nuestro caso; sin embargo, no necesariamente necesita cerrarse cuando la resección es extraperitoneal.^{14,15}

CONCLUSIONES

Los perineuromas colorrectales son lesiones mucosas benignas poco comunes, aunque su caracterización histopatológica es crucial para determinar la vigilancia endoscópica,

dado que raramente pueden presentarse variantes malignas. La distinción entre perineuromas y otras neoformaciones de células fusiformes del tracto gastrointestinal puede facilitarse mediante tinciones para EMA, GLUT-1 y Claudina-1.

El tratamiento de elección es la escisión completa. La cirugía transanal mínimamente invasiva es un método seguro y eficaz para reseccionar neoplasias benignas y malignas tempranas, cuidadosamente seleccionadas, del recto medio y distal.

REFERENCIAS

1. Otani T, Hatakeyama K, Ohtani E, Nakayama S, Fujimoto T, Ohbayashi C. A Colonic Perineuroma. *Clin Med Insights Pathol*. 2018;11:1179555718815918.
2. Eslami-Varzaneh F, Washington K, Robert ME, Kashgarian M, Goldblum JR, Jain D. Benign Fibroblastic Polyps of the Colon: A Histologic, Immunohistochemical, and Ultrastructural Study. *Am J Surg Pathol*. 2004;28(3):374-8.
3. van Wyk AC, van Zyl H, Rigby J. Colonic Perineuroma (Benign Fibroblastic Polyp): Case Report and Review of the Literature. *Diagn Pathol*. 2018;13(1):16.
4. Jama GM, Evans M, Fazal MW, Singh-Ranger D. Perineuroma of the Sigmoid Colon. *BMJ Case Rep*. 2018;2018:bcr2018227170.
5. van Wyk AC, van Zyl H, Rigby J. Colonic perineuroma (benign fibroblastic polyp): case report and review of the literature. *Diagn Pathol*. 2018;13(1):16.
6. Kolli S, Gujjula S, Ona MA. Colonic Perineuroma's Malignant Proximity to Serrated Colonic Polyps. *Cureus*. 2019;11(6):e4815.
7. Mocellin, S. Soft Tissue Tumors: A Practical and Comprehensive Guide to Sarcomas and Benign Neoplasms. 2021. Cham: Springer International Publishing, pp. 639-640.
8. Álvarez Cuenllas B, Pisabarro Blanco C, Vaquero Ayala L, García Alvarado M, Álvarez Cañas C, Díez Rodríguez R, et al. Características clínico-patológicas de los perineuromas colónicos. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(10):700-3.
9. Motta F, Spadola S, Bosco A, Aprile G, Piombino E, Magro G. Perineuroma of the Colon: An Uncommon Tumor with an Unusual Location. Report of a Case and Review of the Literature. *Pathologica*. 2018;110(2):111-15.
10. Grech P, Schofield JB. Spindle Cell Proliferations of the Sigmoid Colon, Rectum and Anus: A Review with Emphasis on Perineuroma. *Histopathology*. 2020;76(3):342-53.
11. Abrari, A, Hasan N, Akhtar K. Primary Rectal Perineuroma: A Rare Incidental Finding. *Oncology J India*. 2024;8(1):16-9.
12. Jama GM, Evans M, Fazal MW, Singh-Ranger D. Perineuroma of the Sigmoid Colon. *BMJ Case Rep*. 2018;2018:bcr2018227170.
13. Kamionkowski S, Issak A, Zhang C, Wang Y, Kyprianou A. A Solitary Sigmoid Perineuroma in an Otherwise Healthy 30-Year-Old Male. *Cureus*. 2021;13(5):e15104.
14. deBeche-Adams T, Hassan I, Haggerty S, Stefanidis D. Transanal Minimally Invasive Surgery (TAMIS): a clinical spotlight review. *Surg Endosc*. 2017;31(10):3791-800.
15. Cowan ML, Silveira ML. Management of Rectal Polyps. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29(4):315-20.

Utilidad de la PET/TC-FDG en el diagnóstico y seguimiento del adenocarcinoma mucinoso de colon

Camila Rodríguez, Federico H. E. Carballo, Pablo A. Farina

Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Ignacio Pirovano. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

De todas las variantes histológicas del cáncer colorrectal (CCR), entre el 5 y 20% corresponden al adenocarcinoma mucinoso (ACM), una variante con malos resultados oncológicos, diagnosticada en estadios más avanzados y con múltiples sitios metastásicos en comparación con el adenocarcinoma colorrectal clásico.

Múltiples estudios sugieren una mayor precisión de la tomografía con emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (PET/TC-FDG) en la estadiificación del CCR metastásico o recidivado en comparación con la tomografía computada (TC). Sin embargo, el uso rutinario de la PET/TC-FDG para el seguimiento sigue siendo controvertido, particularmente en los adenocarcinomas mucinosos donde no parece ser igualmente sensible para detectar metástasis y recurrencias debido a una hipocaptación de la FDG por la relativa hipocelularidad de estos tumores.

Se presentan dos pacientes con adenocarcinoma mucinoso de colon con recaída tumoral macroscópica en quienes la PET/TC-FDG presentó resultados falsos negativos.

Palabras clave: *cáncer colorrectal, adenocarcinoma mucinoso, FDG-PET/CT.*

ABSTRACT

Mucinous adenocarcinoma (MAC) accounts for 5-20% of all histologic variants of colorectal cancer (CRC). This variant is associated with worse oncological outcomes, is often diagnosed at more advanced stages, and typically presents with multiple metastatic sites compared to conventional colorectal adenocarcinoma. Several studies indicate that fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography (FDG-PET/CT) is more effective than computed tomography for staging metastatic or recurrent CRC. However, the routine use of FDG-PET/CT for follow-up remains controversial, particularly in cases of MAC. This is because FDG-PET/CT may not have the same sensitivity for detecting metastases and recurrence in these tumors, which exhibit decreased FDG uptake due to their relative hypocellularity. We report on two patients diagnosed with colorectal MAC who experienced recurrence or macroscopic tumor persistence, in whom FDG-PET/CT yielded false-negative results.

Keywords: *colorectal cancer; mucinous adenocarcinoma; FDG-PET*

INTRODUCCIÓN

Mundialmente, el cáncer colorrectal (CCR) es el segundo más frecuente en la mujer y el tercero en el hombre.¹ Entre todos sus tipos histológicos, alrededor del 5 al 20% corresponden al adenocarcinoma mucinoso (ACM), una variante con malos resultados oncológicos. El ACM tiene tasas de metástasis más altas y a menudo se diagnostica en un estadio más avanzado y con múltiples sitios metastásicos en comparación con el adenocarcinoma colorrectal clásico.²

La presencia de metástasis ganglionares es uno de los factores pronósticos más importantes para el CCR. La supervivencia está directamente relacionada con la presencia de ganglios metastásicos residuales luego de la cirugía del tumor primario.¹ Múltiples estudios sugieren una mayor precisión de la tomografía con emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa

(PET/TC-FDG) en la estadiificación del CCR metastásico o recidivado en comparación con la tomografía computada (TC) y otras modalidades de diagnóstico estándar. Sin embargo, el uso rutinario de la PET/TC-FDG sigue siendo controvertido.³ Según las guías del *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), la PET/TC-FDG no tiene indicación de rutina y no sustituye el diagnóstico por TC o resonancia magnética nuclear (RMN). Tiene una sensibilidad y especificidad del 88% para el diagnóstico de enfermedad metastásica recurrente. Las lesiones deben ser mayores a 1 cm ya que las subcentimétricas están por debajo de su nivel de detección.⁴ Es por ello que suele utilizarse en los casos en los que en la TC o la RMN arrojan datos inespecíficos o cuando hay una clara contraindicación para el uso de contraste endovenoso y/o gadolinio. Otra posible indicación es para pacientes seleccionados en los que, por imágenes previas, se sospecha una

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Rodríguez Camila:** rodriguezcamila23@gmail.com

Recibido: 21-11-2024. Aceptado: 26-03-2025

Rodríguez Camila: <https://orcid.org/0009-0003-5172-0884>; Federico H. E. Carballo: <https://orcid.org/0000-0002-8513-4715>; Pablo A. Farina: <https://orcid.org/0000-0002-1869-1861>

enfermedad metastásica (M1). El objetivo es evaluar la posibilidad de resección quirúrgica curativa o, en los casos de metástasis hepática, la posibilidad de realizar un tratamiento dirigido, como la ablación térmica o la radioembolización. También sirve para evaluar la respuesta al tratamiento.

En lo relacionado al seguimiento postoperatorio de los pacientes con CCR lo indicado es realizarlo con TC: en los estadios II y III cada 6-12 meses por 5 años y en el estadio IV cada 3-6 meses por 2 años y luego cada 6-12 meses por 5 años. La PET/TC-FDG podría ser utilizada para valorar la recurrencia hepática posterior al tratamiento dirigido o en los casos de aumento sostenido del CEA durante el seguimiento, pero no como imagen de seguimiento estandarizada.⁴

A pesar de que la PET/TC-FDG presenta algunas dificultades debido a la alta captación de FDG por causas fisiológicas, es una herramienta de diagnóstico que proporciona una visión general del cuerpo y que puede detectar un metabolismo anormal de la glucosa antes de que se puedan identificar los cambios morfológicos de una lesión.¹

En contrapartida, demostró una baja sensibilidad y una alta especificidad para detectar metástasis en ganglios linfáticos en pacientes con CCR de reciente diagnóstico y sólo sería útil para la confirmación de metástasis ganglionares cuando resulta positivo.¹ Además, se puede afirmar que la sensibilidad cae aún más cuando se trata de detectar metástasis de adenocarcinoma mucinoso, probablemente debido a la relativa hipocelularidad que caracteriza a estos tumores.³

En base a lo esbozado previamente y a la creencia popular sobre que la PET/TC-FDG es el estudio de mayor sensibilidad para el seguimiento de los pacientes con posibles recaídas tumorales, es que se presenta esta publicación, ilustrando con dos casos claros de recaída tumoral macroscópica con falsos negativos de esta herramienta complementaria en pacientes con adenocarcinoma mucinoso de colon.

CASO 1

Paciente masculino de 52 años al cual se le realiza operación de Hartmann por un tumor de colon sigmoides perforado. Durante la cirugía se evidencian nódulos peritoneales compatibles con carcinomatosis peritoneal que se resecan. La anatomía patológica de la lesión primaria informa adenocarcinoma mucosecretante de colon que infiltra toda la pared y el peritoneo parietal, 0/18 ganglios positivos. La estadificación final resulta ser un T4aN0M1.

Realiza tratamiento adyuvante con capecitabina, oxaliplatino y bevacizumab, por poseer K-Ras wild type. Durante el control oncológico con TC a los 18 meses de la cirugía, presenta imagen pseudonodular hipodensa en topografía mesentérica paramediana derecha, sugestiva de recidiva tumoral (Fig. 1 A). Se completa estudios con PET/TC-FDG que evidencia ausencia de captación patológica (Fig. 1 B). Luego de la discusión en el equipo multidisciplinario se decide intervención quirúrgica, donde se constata implante tumoral mesentérico de características mucinosas en la primera asa yeyunal de 51 x 34 mm, realizándose resección intestinal y de dicho implante en bloque.

La anatomía patológica informa intestino con infiltración de adenocarcinoma mucinoso e implante mesentérico con macrometástasis de adenocarcinoma mucinoso.

CASO 2

Paciente femenina de 49 años a la cual se le realiza hemicolectomía derecha ampliada con ileotransversoanastomosis y segmentectomía hepática de segmento VI por tumor de colon ascendente con infiltración hepática. Intercurre con dehiscencia de anastomosis por lo cual se realiza ileostomía en asa.

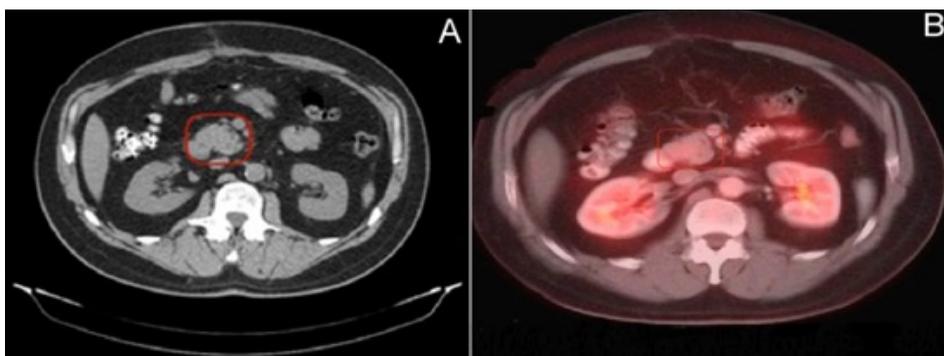


Figura 1. A. TC con contraste, corte axial. Imagen nodular ubicada a la derecha de la arteria mesentérica superior sugestiva de metástasis ganglionares. B. PET/TC-FDG corte axial. Igual imagen sin captación anómala.

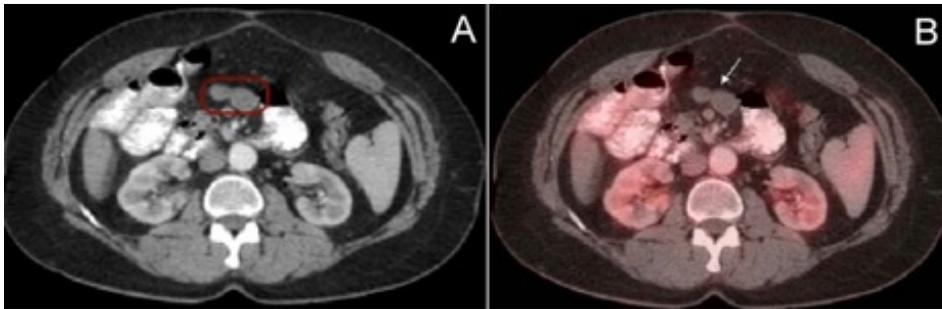


Figura 2. A. TC, corte axial. Imagen centroabdominal sugestiva de metástasis ganglionares mesentéricas. B. PET/TC-FDG, corte axial. Igual imagen sin captación anómala.

La anatomía patológica informa adenocarcinoma mucinoso con extensión a estructuras adyacentes y 0/16 ganglios linfáticos positivos, estadificación: T4b N0 M0.

Realiza tratamiento adyuvante con capecitabina, oxaliplatino y cetuximab. Durante control oncológico tomográfico a los dos años de la cirugía, se evidencian dos imágenes nodulares de densidad de partes blandas en mesenterio, centroabdominales de 25 x 19 mm y 15 x 14 mm (Fig. 2 A). Se completa el estudio con PET/TC-FDG que evidencia ausencia de captación patológica (Fig. 2 B). Por complicaciones asociadas a la ileostomía se decide el cierre de la misma. Durante la intervención se realiza también linfadenectomía mesentérica. La anatomía patológica informa ganglio linfático con macrometástasis de adenocarcinoma mucinoso.

DISCUSIÓN

Entre los objetivos principales del seguimiento oncológico con imágenes se encuentran la detección y caracterización de lesiones, la evaluación de la extensión de la neoplasia, la estadificación de las lesiones malignas y la evaluación de la respuesta terapéutica.

Se utilizan varias modalidades de imágenes. Algunos autores consideran que la PET/TC-FDG proporciona un diagnóstico preoperatorio más preciso que otros métodos.⁵

Según un estudio publicado en el año 2000 por Whiteford y cols., que analizó comparativamente el uso de la TC con contraste endovenoso versus la PET/TC-FDG como estudios diagnósticos de metástasis y recurrencias del CCR, se demostró que la sensibilidad de este último fue mayor para la detección de recurrencia locorregional en comparación con la tomografía asociada a la videocolonoscopia. Sin embargo, se observó que la PET/TC-FDG realizada en los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso no logró detectar o subestimó significativamente la carga tumoral en 5 de 12 casos con enfermedad verdadera. Por lo que concluyó que la

sensibilidad de la PET/TC-FDG para el diagnóstico de metástasis por adenocarcinoma mucinoso fue menor que para las de adenocarcinoma no mucinoso, con resultados estadísticamente significativos.³

En contrapartida, hay que considerar que hasta un 8,4% de las PET/TC-FDG tienen resultados falsos positivos.⁴

Por otro lado, un estudio realizado por la NCCN para el manejo de enfermedad metastásica sincrónica, mostró que si bien el uso de la PET/TC-FDG no genera impacto en la supervivencia, puede inducir un cambio de la conducta quirúrgica en hasta un 8% de los casos.

CONCLUSIÓN

Debido a la relativa hipocelularidad del adenocarcinoma mucinoso, que se asocia a una hipocaptación de la 18-FDG, la PET TC-FDG no tendría la misma sensibilidad que en el CCR clásico para la detección de metástasis y recurrencias.

REFERENCIAS

1. Dahmarde H, Parooie F, Salarzai M. Is ¹⁸F-FDG PET/CT an Accurate Way to Detect Lymph Node Metastasis in Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Contrast Media Mol Imaging*. 2020;5439378.
2. Liu Y, Dou Y, Lu F, Liu L. A Study of Radiomics Parameters from Dual-Energy Computed Tomography Images for Lymph Node Metastasis Evaluation in Colorectal Mucinous Adenocarcinoma. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(11):e19251.
3. Whiteford MH, Whiteford HM, Yee LF, Ogunbiyi OA, Dehdashti F, Siegel BA, et al. Usefulness of FDG-PET Scan in the Assessment of Suspected Metastatic or Recurrent Adenocarcinoma of the Colon and Rectum. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(6):759-67; discussion 767-70.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Version 1.2024 (internet) Colon Cancer.
5. Kwak JY, Kim JS, Kim HJ, Ha HK, Yu CS, Kim JC. Diagnostic Value of FDG-PET/CT for Lymph Node Metastasis of Colorectal Cancer. *World J Surg*. 2012;36(8):1898-905.

Esfinteroplastia con superposición de cabos en una lesión obstétrica

Julián Azar¹, Leandro Stawkowy², Eduardo Sternberg², Magalí Muthular², Federico Yazzy²

División Cirugía, Sector Coloproctología, Hospital General de Agudos Doctor Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

¹ Residente de Cirugía General

² Cirujano de Planta

RESUMEN

La lesión obstétrica del esfínter anal es una causa común de incontinencia fecal en mujeres en edad reproductiva. Factores de riesgo maternos y fetales pueden aumentar la incidencia. Las lesiones se clasifican en cuatro grados y su reparación puede ser inmediata o diferida.

Se presenta el caso de una mujer de 27 años con incontinencia fecal severa de 8 meses de evolución secundaria a una lesión obstétrica que comprometía el esfínter anal externo y el esfínter anal interno. Se decidió realizar una esfinteroplastia con superposición de cabos de ambos esfínteres por separado, previa disección de los haces musculares y preservación del tejido fibroso en los extremos de los músculos para la reconstrucción. La paciente evolucionó favorablemente, mejorando significativamente su incontinencia en el seguimiento a corto plazo.

Palabras clave: esfinteroplastia, lesión obstétrica, superposición de cabos, incontinencia fecal, esfínter anal.

ABSTRACT

Obstetric injuries are a common cause of fecal incontinence in women of reproductive age. Maternal and fetal risk factors can increase the incidence. Injuries are categorized into four stages, and repair can be immediate or delayed.

In this report, we present the case of a 27-year-old woman who has been suffering from severe fecal incontinence for eight months due to an obstetric injury that affected both the external and internal anal sphincters. A sphincteroplasty was performed, which involved overlapping the ends of both sphincters separately after carefully dissecting the muscle bundles and preserving the fibrous tissue at the ends of the muscles for reconstruction. The patient demonstrated favorable progress, significantly improving her incontinence during the short-term follow-up.

Keywords: Sphincteroplasty, Obstetric injury, Overlapping, Fecal incontinence, Anal sphincter.

INTRODUCCIÓN

La lesión obstétrica del esfínter anal es una de las principales causas de incontinencia fecal en mujeres en edad reproductiva y tiene importantes consecuencias funcionales y psicológicas para las pacientes.¹

El riesgo estimado de padecer una lesión obstétrica es del 3%, con mayor incidencia en pacientes nulíparas, mujeres mayores de 40 años, partos distócicos, instrumentación con fórceps o ventosa, pujo mayor de 60 minutos, realización de episiotomía y antecedente de lesión del esfínter anal.¹

Según Sultan,² la lesión del esfínter anal se clasifica en cuatro grados que incluyen desde la sección de la mucosa vaginal (Grado 1) hasta la sección completa del esfínter anal y la mucosa rectal (Grado 4).

El tratamiento de una lesión esfinteriana es quirúrgico. Si es detectada durante el parto, puede repararse en el mismo acto y hasta dentro de las 12 horas posteriores sin detrimento de la paciente. En la reparación inmediata, la superposición de

cabos de los haces musculares o la anastomosis término-terminal logran resultados similares.^{3,4}

Cuando la lesión no es detectada durante el parto, su reparación en un segundo tiempo puede ser dificultosa dependiendo del grado de alteración de la anatomía y la cantidad de tejido fibroso presente.⁵ En dicho caso, la realización de una esfinteroplastia con superposición de cabos ha demostrado poseer buenos resultados a corto y largo plazo.⁶

A continuación, se expone el caso de una paciente con lesión del esfínter anal grado 4 sin reparación inmediata, a quien se le realizó una esfinteroplastia con superposición de cabos con buenos resultados funcionales.

CASO

Paciente de 27 años con IMC 22,5 kg/m² y antecedente de dos partos, ambos con episiotomía medio lateral, que consulta al servicio de coloproctología por incontinencia a gases

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Julián Azar:** julianignacioazar@buenosaires.gob.ar.

Recibido: 18-01-2025. Aceptado: 21-04-2025

Azar Julián: <https://orcid.org/0009-0006-6931-4384>; Leandro Stawkowy: <https://orcid.org/0000-0002-9862->; Sternberg Eduardo: <https://orcid.org/0009-0003-1753-0083>;
Muthular Magalí: <https://orcid.org/0000-0001-6934-095X>; Yazzy Federico: <https://orcid.org/0000-0002-2368-1158>

y materia fecal sólida desde su último parto 8 meses atrás. El score de Cleveland en la primera consulta fue de 18/20 (pérdida de materia fecal sólida y líquida usualmente, con pérdida constante de gases, utilización continua de apósitos y una profunda alteración del estilo de vida).⁷ Al examen físico, se constata ausencia de tabique recto vaginal en el tercio inferior con solución de continuidad entre el ano y la vagina (Fig. 1).

Se realizó una ecografía endorrectal que evidenció una lesión del esfínter anal interno y externo mayor de 180°. La manometría anorrectal informó severa hipotonía basal y en contracción voluntaria del canal anal, pudiendo deberse a compromiso de ambos esfínteres anales. Con estos elementos se decidió realizar una esfinteroplastia con superposición de cabos.

Se indicó 12 horas de ayuno y un enema de 500 ml de solución fisiológica 4 horas antes de la cirugía. Se administró 30 minutos antes de la incisión 1 g de ceftriaxona y 500 mg de metronidazol.

La paciente fue posicionada en navaja sevillana, con la camilla quebrada y un rollo de Kraske debajo de la cadera. Se le colocó una sonda vesical que se mantuvo durante las primeras 24 horas del posoperatorio. Se realizó asepsia y antisepsia del campo quirúrgico con yodopovidona al 10%. Se dio inicio con una incisión curvilínea en el tejido fibroso del cuerpo perineal, con bisturí frío (Fig. 2).

A continuación, se disecaron e identificaron por separado los haces del esfínter anal interno y externo. Se extendió la disección hasta la grasa de la fosa isquirrectal, lo suficiente para un cierre sin tensión de los cabos esfinterianos, sin excederse para evitar lesiones neuromusculares. Al liberarlos del tejido fibroso

circundante, se preservó parte de la fibrosis en los extremos como un tejido más firme para anclar las suturas (Fig. 3).

Se continuó con la superposición del esfínter anal interno con 3 puntos separados de poliglactina 3-0 (Fig. 4A). Luego se procedió a la superposición de cabos del esfínter anal externo con 4 puntos en U de polidioxanona 3-0 (Fig. 4B). En ambos casos, los puntos fueron primero reparados y luego anudados secuencialmente teniendo en cuenta la tensión para evitar lesiones de los haces musculares. Durante toda la cirugía, se mantuvo un anoscopio en el conducto anal que permitió la calibración del orificio luego de restaurada la anatomía del esfínter, previniendo la estrechez del conducto. El cierre de la piel se realizó con poliglactina 3-0 en forma de Y, evitando la hermeticidad de la piel mediante un drenaje laminar de goma en el lecho quirúrgico, que fue retirado luego de 24 horas (Fig. 5).

La estadía hospitalaria fue de 72 horas, durante las cuales se indicó tratamiento antibiótico endovenoso con el mismo esquema prequirúrgico. La alimentación vía oral fue iniciada el mismo día del procedimiento, indicando una dieta rica en fibra. Al alta se mantuvo el régimen alimentario y se indicó lactulosa 15 ml con el almuerzo y la cena por 14 días (*Lactulón jarabe, LAZAR, Munro, Argentina*). Se sugirió evitar el coito anovaginal por 3 meses y se dieron pautas de higiene perineal.

La paciente evolucionó favorablemente con mejoría de los síntomas en los controles postoperatorios (Fig. 6), presentando al año de la cirugía un score de Cleveland⁷ de 2/20 (pérdida de materia fecal líquida y gases menos de una vez al mes) y una manometría con leve hipotonía anal y presión circunferencial completa.



Figura 1. Semiología preoperatoria. Ausencia del tabique rectovaginal en el tercio inferior con solución de continuidad entre el ano y la vagina, secuela de lesión obstétrica.



Figura 2. Reparación quirúrgica de la lesión obstétrica. Incisión curvilínea entre el recto y la vagina, sobre el tabique fibroso (línea blanca).

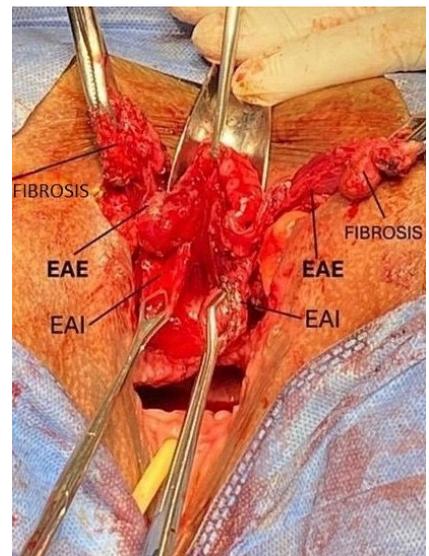


Figura 3. Luego de la disección completa se pueden observar los cabos del esfínter anal interno (EAI) y del esfínter anal externo (EAE) con parte de la fibrosis preservada.

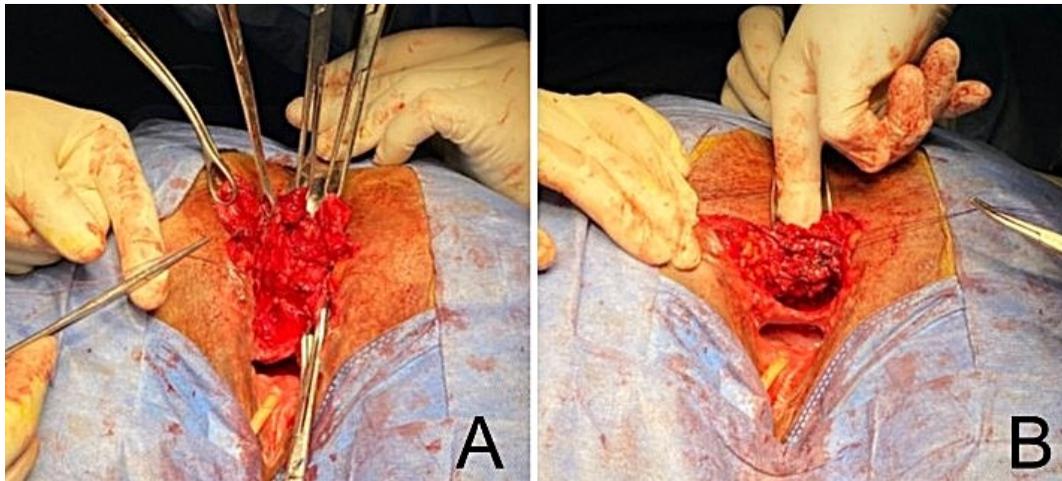


Figura 4. Sutura de ambos esfínteres por separado. A. Superposición de los cabos del esfínter anal interno con puntos separados de poliglactina 3-0. Puntos reparados previo al anudado. B. Superposición de cabos del esfínter anal externo con puntos en U de polidioxanona 3-0. Calibrado digital antes de anudar.

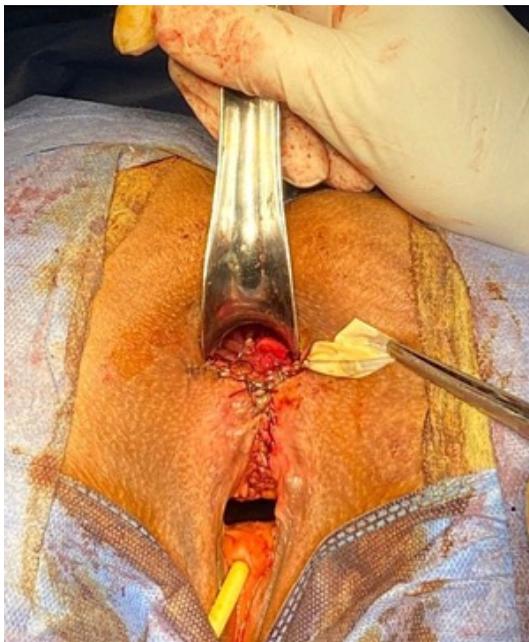


Figura 5. Cierre vertical de la incisión para ensanchar el espacio entre el recto y la vagina, dejando un drenaje laminar de goma.



Figura 6. Control en consultorio a los dos meses del reparo de la lesión obstétrica.

DISCUSIÓN

La reparación de la lesión obstétrica del esfínter anal tiene dos técnicas principales, la anastomosis termino-terminal de los cabos y la superposición de los cabos (Tabla 1).⁸

La primera propuesta de superposición de los cabos fue descrita en 1971 por Parks y McPartlin.⁹ Presentaron una serie de 20 pacientes con lesión del esfínter anal de variada etiología, incluyendo 4 casos de lesión posparto con intento fallido de reparación mediante las técnicas convencionales.

Previamente a la cirugía de reparación, el tránsito intestinal fue derivado mediante una colostomía en todos los pacientes, excepto en 2 que se rehusaron. En el trabajo se detalla la reparación con superposición de cabos manteniendo parte del tejido fibroso en el extremo medial de los haces musculares, sin separar los haces del esfínter anal interno del externo. Los autores ponen énfasis en la desfuncionalización colónica preoperatoria como requisito para el éxito, mostrando buenos resultados en todos los casos, excepto en aquellos que rechazaron la colostomía.

TABLA 1. Comparación técnica de reparación con superposición.

Autor y año de publicación	Número de pacientes	Fibrosis	EAI *	EAE †
Parks y McPartlin 1971 ⁹	20	Conservada	Reparación en bloque	
Wexner 1991 ¹⁰	16	Conservada	Plicatura	Superposición
García - Armengol 2021 ¹¹	30	No conservada	Plicatura	Superposición

*EAI: Esfínter Anal Interno. †EAE: Esfínter Anal Externo.

En 1991 Wexner et al.¹⁰ publicaron su serie de 16 mujeres con lesión traumática aislada del esfínter anal externo, 15 de las cuales tenían antecedente de episiotomía y la mayoría intentos previos de reparación del esfínter. En su técnica describen la disección e identificación de los esfínteres por separado. El esfínter anal interno en todos los casos se encontraba indemne y fue plicado, procediendo luego con la superposición del esfínter anal externo preservando parte del tejido fibroso en los extremos de los haces musculares. Vale destacar que en el protocolo utilizado postula la preparación mecánica intestinal como único tratamiento preoperatorio del colon. Ningún paciente tuvo una colostomía antes o luego de la cirugía y cita distintos trabajos en los cuales el éxito quirúrgico no se relaciona con la presencia de una ostomía.

En 2021, García-Armengol et al.,¹¹ presentaron su serie de 30 pacientes con lesión del esfínter anal interno y externo con defectos menores de 180° sin detallar la etiología. En dicho trabajo, modificaron la técnica propuesta por Wexner et al.¹⁰ y la denominaron “*esfínteroplastia anatómica mediante la reconstrucción combinada del esfínter anal interno y externo*”, haciendo hincapié en una disección minuciosa de ambos esfínteres por separados, incluso hasta identificar claramente ambas lazadas del haz puborrectal. Posteriormente, realizan una plicatura del EAI de al menos 4 cm de longitud con el fin de mejorar la presión del conducto anal en reposo en profundidad. En cuanto a la reparación del EAE, realizaron la superposición de los cabos cuidando de remover el tejido fibroso previamente.

En nuestro caso, se realizó la disección e individualización de ambos esfínteres, manteniendo parte del tejido fibroso en el extremo de los haces musculares. A diferencia de las técnicas anteriormente mencionadas, dado que tanto el EAI y el EAE estaban seccionados en más de 180°, se realizó la superposición individual de cada uno de ellos, con un buen resultado funcional al año de la reparación. Se decidió no plantear a la paciente la necesidad de una colostomía previa al procedimiento, basado en la bibliografía actual.⁸ La administración de antibióticos por 72 horas posteriores a la cirugía fue indicada en base a la experiencia personal del grupo tratante, pero puede limitarse al tiempo preoperatorio.^{12,13}

CONCLUSIÓN

La técnica de reparación con superposición de cabos del esfínter anal aún se encuentra vigente desde su primera publicación hace más de 50 años. Se han publicado diferentes variantes a lo largo del tiempo.

Nuestro caso presenta la disección de ambos esfínteres anales, interno y externo, la preservación del tejido fibroso en el extremo medial y la sutura con superposición de los cabos de ambos esfínteres por separado, sin ostomía de derivación. Con esta técnica se obtuvo un buen resultado funcional a corto plazo a pesar que el defecto superaba los 180°.

REFERENCIAS

- Meister MRL, Cahill AG, Conner SN, Woolfolk CL, Lowder JL. Predicting Obstetric Anal Sphincter Injuries in a Modern Obstetric Population. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(3):310.e1-7.
- Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *Clinical Risk*. 1999;5(6):193-6.
- Nordenstam J, Mellgren A, Altman D, López A, Johansson C, Anzén B, et al. Immediate or delayed repair of Obstetric Anal Sphincter Tears-A Randomised Controlled Trial. *BJOG*. 2008;115(7):857-65.
- Rygh AB, Körner H. The Overlap Technique Versus End-To-End Approximation Technique for Primary Repair of Obstetric Anal Sphincter Rupture: A Randomized Controlled Study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(10):1256-62.
- Gehrich AP, McClellan E, Gillern S. Surgical Repair of an Obstetric Cloaca with Review of the Literature. *BMJ Case Rep*. 2021;14(1):e234321.
- Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of Repair for Obstetric Anal Sphincter Injury. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, Editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 8 de diciembre de 2013. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002866.pub3>
- Jorge MJN, Wexner SD. Etiology and Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97.
- Dorcaratto D, Martínez-Vilalta M, Parés D. Current Indications, Surgical Technique and Results of Anterior Sphincter Repair as a Treatment of Faecal Incontinence. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2010;87(5):273-81.
- Parks AG, McPartlin JF. Late Repair of Injuries of the Anal Sphincter. *Proc Royal Soc Med*. 1971;64(12):1187-89.
- Wexner SD, Marchetti F, Jagelman DG. The role of sphincteroplasty for fecal incontinence reevaluated: a prospective physiologic and functional review. *Dis Colon Rectum*. 1991;34(1):22-30.
- García-Armengol J, Martínez-Pérez C, Roig-Vila JV. Esfínteroplastia anatómica mediante reconstrucción combinada del esfínter anal interno y externo en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal. *Cir Esp*. 2022;100(9):580-84.
- Moscovitz I, Rotholtz NA, Baig MK, Zhao RH, Lam DTY, Noguera JJ, et al. Overlapping Sphincteroplasty: Does Preservation of the Scar Influence Immediate Outcome? *Colorectal Dis*. 2002;4(4):275-79.
- McDonald M, Grabsch E, Marshall C, Forbes A. Single - Versus Multiple - Dose Antimicrobial Prophylaxis for Major Surgery: A Systematic Review. *Aust N Z J Surg*. 1998;68(6):388-96.

Adenocarcinoma secundario a hidradenitis supurativa. Presentación de caso y revisión de la bibliografía

Federico H.E. Carballo, Pablo A. Farina
División Cirugía, Hospital Ignacio Pirovano

Palabras clave: hidrosadenitis supurativa, adenocarcinoma mucinoso, mucosecretante
Key words: hidradenitis suppurativa, mucinous adenocarcinoma, mucosecreting

INTRODUCCIÓN

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad autoinmune inflamatoria sistémica crónica, recurrente, debilitante y potencialmente discapacitante, que se inicia en el folículo piloso, en áreas de mayor densidad de glándulas apócrinas.¹ Según series europeas presenta una incidencia mundial de entre el 1 y el 4%² y según el registro nacional del 2018 existirían 253 casos en nuestro país.³ Existe una relación mujer:hombre de 3-5:1. Predomina en mujeres de 20 a 40 años de edad y en hombres mayores de 45 años, mientras que en

la infancia la incidencia es de solo 2-3%. Se describen como factores predisponentes la carga genética, la obesidad y el tabaquismo.¹ Su diagnóstico es clínico y ecográfico. En esta entidad, la clinimetría o valoración de la gravedad cobra fundamental relevancia. Se han descrito diversas escalas para estadificar la enfermedad: Hurley, Sartorius, *Physician Global Assessment* (PGA), *Respuesta Clínica en HS* (HiSCR-*Hidradenitis Clinical Response*), *Hidradenitis Suppurativa Severity Score System* (IHS4- *International HS 4*). En nuestro medio, las más utilizadas son las escalas de Hurley y de Sartorius (Fig. 1).

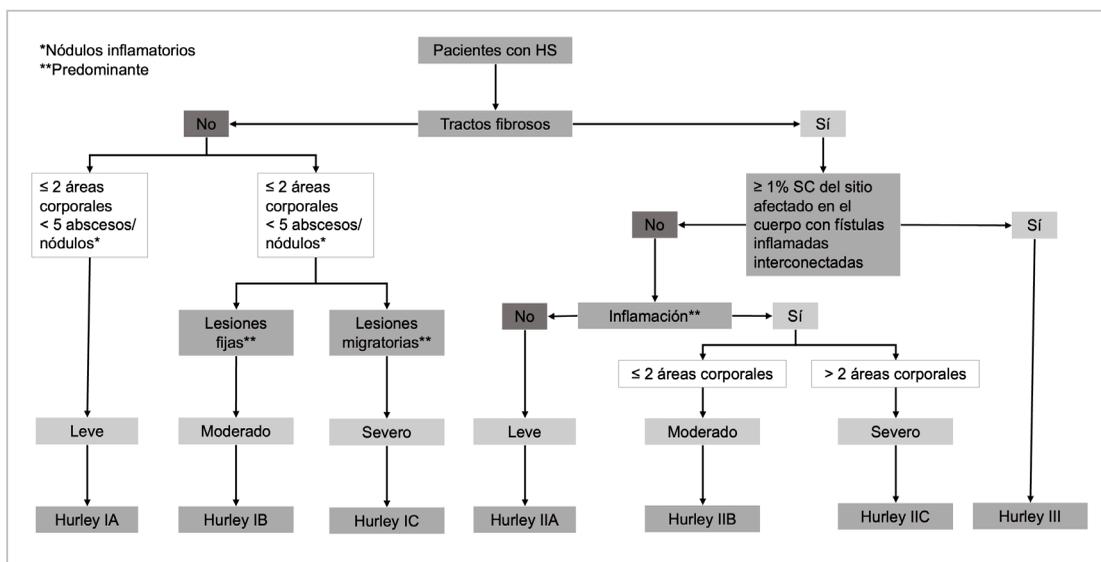


Figura 1. Clasificación de Hurley de la hidrosadenitis supurativa (HS). SC: Superficie corporal.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Federico H. E. Carballo: fcarballopirovano@gmail.com
Recibido: 19-03-2025. Aceptado: 21-04-2025

Federico H. E. Carballo: <https://orcid.org/0000-0002-8513-4715>; Pablo A. Farina: <https://orcid.org/0000-0002-1869-1861>

Una infrecuente complicación de la HS es el desarrollo de neoplasias, de las cuales el carcinoma escamoso es la más prevalente,⁴ mientras que el adenocarcinoma mucinoso (ACM) es sumamente infrecuente; no se han descrito más de 8 casos en toda la bibliografía internacional.⁵

CASO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 46 años de edad con diagnóstico de HS de 10 años de evolución y tabaquismo de aproximadamente 20 pack-year. Realizó múltiples tratamientos, tanto locales como sistémicos, sin respuesta satisfactoria, hasta que se indicó Adalimumab 40 mg vía subcutánea cada 15 días durante los años 2013 y 2014. Con esta terapia logró una muy buena respuesta, con ausencia de secreción y sin progresión de la enfermedad. Sin embargo, las secuelas de esta patología habían escalado hasta un grado de Hurley III y Sartorius 100 (Fig. 2 A). Posteriormente, por razones sociales asociadas a dificultades en la provisión del inmunomodulador, se la paciente interrumpió el tratamiento y correcto seguimiento, hasta que a los 2 años (2016) volvió a la consulta con una tumoración glútea con abundante secreción mucinosa (Fig. 2 B).

Se abordó el caso en equipo multidisciplinario iniciando el

estudio mediante una biopsia, la cual informó adenocarcinoma mucosecretante. Se descartó patología colorrectal con una videocolonoscopia completa.

Se procedió a la resección de la lesión con márgenes oncológicos, removiendo glúteo derecho, parcialmente glúteo izquierdo, rafe anococcígeo y parte del elevador del ano homolateral (Fig. 2 C). Se produjo una efracción de la pared rectal posterior, que fue reparada y protegida con una colostomía sigmoidea en asa.

El análisis anatomopatológico informó adenocarcinoma mucosecretante con lagos de mucina y células glandulares atípicas.

Descartada la presencia de enfermedad, se procedió al cierre de la colostomía a los 10 meses. Sin embargo, factores inherentes al sistema de salud y la falta de adherencia al seguimiento llevaron a diferir los controles durante un año, luego del cual se constató una recidiva local voluminosa (Fig. 2 D) asociada a imágenes tomográficas compatibles con secundarismo, a pesar de que un PET no presentaba captación a dicho nivel. Por deterioro en la calidad de vida y síntomas suboclusivos, se realizó nuevamente una colostomía sigmoidea en asa. Se discutió nuevamente el caso en ateneo oncológico multidisciplinario, recomendándose tratamiento oncológico adyuvante, sin embargo, la paciente no aceptó la propuesta.



Figura 2. Hidrosadenitis suppurativa. **A.** Enfermedad clasificada como Hurley III luego de 10 años de evolución con escasa respuesta a múltiples tratamientos. **B.** Gran tumor glúteo con abundante secreción mucinosa, desarrollado luego de 2 años sin seguimiento. La biopsia reveló un adenocarcinoma mucosecretante. **C.** Resección local amplia. **D.** Recurrencia local voluminosa al año de la cirugía.

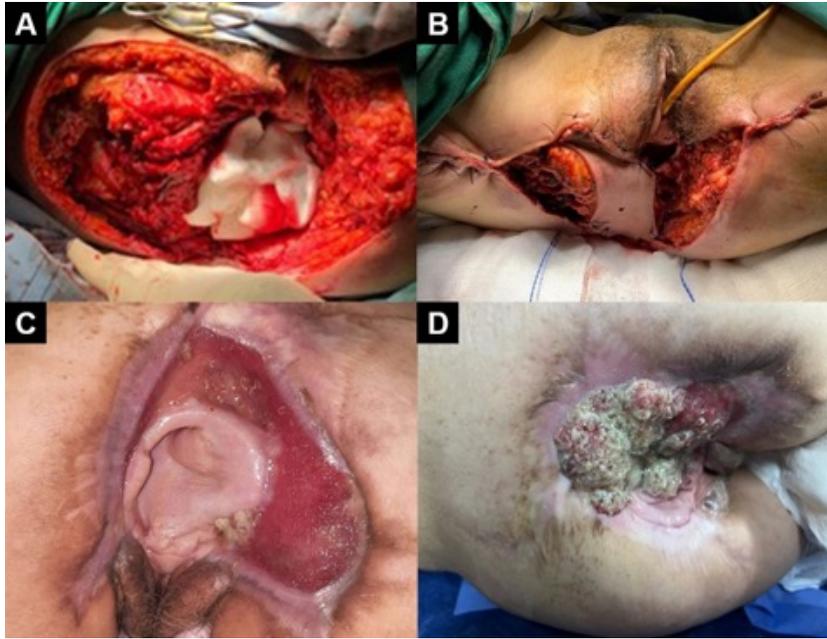


Figura 3. Recidiva local del adenocarcinoma mucosecretante. **A.** Exenteración pelviana posterior del adenocarcinoma mucosecretante recidivado. **B** Reconstrucción parcial del defecto mediante un colgajo rotatorio de recto anterior del abdomen (VRAM). **C.** Progresión de la enfermedad a los 4 meses de la exenteración, tratada con curetajes durante 1 año. **D.** Tumor recurrente.

Dado el avance en la historia natural de la enfermedad sin tratamiento y el deterioro progresivo en la calidad de vida, se decidió nueva conducta quirúrgica mediante una exenteración pelviana posterior con reconstrucción parcial del defecto mediante un Colgajo vertical miocutáneo de recto abdominal (VRAM) a los 41 meses de la primera resección (Fig. 3 A y 3 B). Dicha resección presentó la misma estirpe tumoral y debido a que uno de los márgenes (hueso isquion derecho) resultó positivo, se indicó tratamiento oncológico que realizó parcialmente con capecitabine.

A los cuatro meses se constató por biopsia progresión de la enfermedad, la cual fue tratada localmente mediante curetajes a lo largo de un año (Fig. 3 C). En dicha instancia se constataron lesiones tomográficas compatibles con metástasis pulmonares.

Luego de un año, se documentó estabilidad de la enfermedad oncológica a nivel sistémico, pero por alteración en la calidad de vida por el crecimiento local (Fig. 3 D), asociado a las dificultades de higiene y postura, se le realizó una resección parcial paliativa. Al mes se observó secundarismo suprarrenal y seis meses más tarde, en contexto de un síndrome de impregnación de un mes de evolución se produjo el óbito. Cabe destacar que a lo largo de los 6 años y medio en que padeció esta enfermedad oncológica con una cuestionable calidad de vida, se constató un performance status de 0 hasta el último mes de vida.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma mucosecretante del periné/genital (AC-MSPG) fue descrito por Rosser⁶ en 1934, quien lo reconoce en fistulas de larga data. En los pocos casos publicados secundarios a HS, los pacientes reportan un antecedente de enfermedad de más de 10 años de evolución.⁴ El tumor más frecuente es el carcinoma escamoso, pero se han descrito ACM, en contraste a lo que se presenta habitualmente relacionado con las fistulas.

Tekbas et al.,⁷ en su publicación de 2022, describen 20 casos de neoplasias de la región perianal, dentro de los cuales se incluyen solo 4 casos de ACM sin discriminar su origen. En 2016, Mukai et al.⁴ presentan una revisión sistemática de la bibliografía, donde cita solo 5 casos publicados de ACM secundario a HS. Estos últimos sumados a otros dos reportes de caso y el paciente aquí presentado permiten afirmar que hasta el momento solo existen 9 casos publicados en revistas indexadas.^{4,5,8,9}

Según Kim et al.,⁸ para considerar que un adenocarcinoma es secundario a una fistula anal, en primera instancia se debe descartar su origen en una neoplasia rectal. Además, la fistula debe preceder al carcinoma y, por último, el orificio primario debe hallarse en el canal anal y no en el tumor. Siguiendo estos conceptos podemos afirmar que el caso reportado se debe a la malignización de trayectos fistulosos secundarios a la HS.

Con respecto a la evolución de esta complicación crónica, cabe destacar el concepto descripto en el consenso de HS de la Sociedad Argentina de Dermatología¹ sobre “ventana de oportunidad”, entendiéndose este como el período durante el cual los esfuerzos tendientes a controlar la actividad inflamatoria pueden ser más útiles.

Es habitual que dicha ventana se pierda debido al retraso diagnóstico que se produce en la HS, debido a cuestiones inherentes a la patología, el sistema de salud, e incluso el propio paciente.¹⁰

El tratamiento de los adenocarcinomas de la región perineal y perianal depende de la localización, la extensión y el origen. Esto puede implicar desde resecciones locales amplias hasta una resección abdominoperineal. En el presente caso, se optó por un abordaje progresivo, resultado de la discusión en equipo multidisciplinario y respetando la autonomía de la paciente.

Por último, y no por ello menos importante, cabe destacar el rol del cuidado de la salud mental del paciente, ya que las secuelas de esta enfermedad suelen relacionarse con depresión, vergüenza, estigmatización e irritabilidad, que producen aislamiento, aversión a las relaciones íntimas y muchas veces, como en nuestro caso, una incapacidad que excede la voluntad del paciente de cumplir con el mejor tratamiento.^{11,12}

CONCLUSIÓN

El ACM originado en una HS es una complicación muy infrecuente. La vigilancia de los pacientes con enfermedad de larga data es fundamental y el desarrollo de una neoplasia debe sospecharse ante la progresión de la enfermedad a pesar del tratamiento, o la evolución tórpida posterior a una respuesta previa favorable.

Se recomienda la implementación de equipos multidisciplinarios para el manejo integral del paciente con HS, que incluya el cuidado de su salud mental y el tratamiento de sus posibles adicciones.

REFERENCIAS

1. Consenso Nacional de Hidradenitis Suppurativa. Guía de tratamiento 2019. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Dermatología. 2019. Año 1. N° 1.
2. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 Guideline for the Treatment of Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2015;29(4):619-44.
3. Registro Nacional de Pacientes. Sociedad Argentina de Dermatología (SAD).
4. Mukai N, Pinheiro LV, Ayrizono M de L, Barreiro GC, Kharmandayan P, Akinaga MH, et al. Mucinous Adenocarcinoma Associated with Chronic Suppurative Hidradenitis: Report of a Case and Review of the Literature. *Int J Surg Case Rep*. 2016;26:12-6.
5. Nasir H, Mohammad Azmi N, Dualim DM, Azman ZA, Abdul Rahman NA. The Curious Incidence of Mucinous Adenocarcinoma Masquerading as Perianal Hidradenitis Suppurativa. *Cureus*. 2024;16(4):e57585.
6. Rosser C. The Relation of Fistula in Ano to Cancer of the Anal Canal. *Trans Am Proctol Soc*. 1934;35:65-71.
7. Tekbaş A, Mothes H, Settmacher U, Schuele S. Non-mucinous Adenocarcinomas and Squamous Cell Carcinomas of the Anal Region Masquerading as Abscess or Fistula: A Retrospective Analysis and Systematic Review of Literature. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2022;148(6):1509-22.
8. Kim SJ, Kim TG, Gu MJ, Kim S. Mucinous Adenocarcinoma of the Buttock Associated with Hidradenitis: A Case Report. *World J Clin Cases*. 2020;8(18):4200-6.
9. do Val IC, Almeida Filho GL, Corrêa A, Neto N. Chronic Hidradenitis Suppurativa and Perianal Mucinous Adenocarcinoma. A Case Report. *J Reprod Med*. 2007;52(2):100-2.
10. Hercule S. Iniciativa estratégica de salud para la definición del estándar óptimo de cuidado para pacientes con hidradenitis suppurativa 2017. Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis (ASENDHI).
11. Esmann S, Jemec C. Psychosocial Impact of Hidradenitis Suppurativa. A Qualitative Study. *Acta Derma Venerol*. 2010;91(3):328-33.
12. Matusiak L, Bienieck A, Szepietowski JC. Hidradenitis Suppurativa Markedly Decreases Quality of Life and Professional Activity. *J Am Acad Dermatol*. 2010 A;62 (4):706-8.

Procedimiento de Delorme para el manejo del prolapso rectal en una paciente con pelvis rígida: reporte de caso y revisión de la literatura

María Sofía Labrador Morales¹, Daniel González², Mauricio González Dorado³

Departamento de Coloproctología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, Colombia

¹ Residente de Cirugía

² Fellow de Coloproctología

³ Profesor Asociado

RESUMEN

El prolapso rectal es una patología que impacta significativamente la calidad de vida, principalmente por su asociación con la incontinencia fecal. Existe un claro cambio en el manejo del prolapso hacia la vía abdominal laparoscópica. Sin embargo, los resultados del abordaje abdominal son heterogéneos y un gran porcentaje de pacientes no elegibles para las técnicas laparoscópicas continúa siendo tratado por vía perineal, si bien no hay evidencia suficiente que respalde la elección de un abordaje sobre el otro.

Estudios recientes han mostrado que las técnicas perineales presentan tasas de recidiva menores a las reportadas históricamente. El procedimiento perineal de Delorme es una opción segura con resultados similares a otros abordajes y está especialmente indicado en pacientes añosos, con comorbilidades y/o variantes anatómicas que los hacen no aptos para las técnicas abdominales.

Se presenta una paciente con un prolapso rectal y antecedente de esclerosis múltiple y pelvis rígida, que fue tratada mediante un procedimiento de Delorme con resultados favorables.

Palabras clave: prolapso rectal, incontinencia fecal, pelvis rígida, abordaje perianal, procedimiento de Delorme

ABSTRACT

Rectal prolapse significantly impacts quality of life, primarily due to its association with fecal incontinence. There has been a clear shift in prolapse management toward the laparoscopic abdominal approach. However, the results of this approach are inconsistent, and a significant proportion of patients, ineligible for laparoscopic techniques, continue to undergo perineal treatment. Nevertheless, the available evidence remains insufficient to support the preference for one approach over another.

Recent studies have demonstrated that perineal techniques have lower recurrence rates than previously reported. The Delorme perineal procedure is a safe option with results similar to other approaches. It is particularly suitable for elderly patients with comorbidities and/or anatomical variants that render them ineligible for abdominal techniques.

We present a case of a patient with rectal prolapse, multiple sclerosis, and a rigid pelvis who was treated with a Delorme procedure with favorable results.

Keywords: rectal prolapse; fecal incontinence; rigid pelvis; perianal approach; Delorme procedure

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es una patología poco frecuente, que se presenta en menos del 0,5% de la población, pero tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, dado su importante asociación con la incontinencia fecal.^{1,2} Clínicamente, se identifica por la protrusión de la pared rectal durante maniobras de Valsalva o incluso en reposo.

Para su corrección existen técnicas perineales y abdominales. Históricamente, se ha considerado que las técnicas perineales tienen tasas de recidiva más elevadas, cercanas al 40%,

en comparación con las técnicas abdominales, que oscilan entre el 10 y 20%. Ambos abordajes presentan baja tasa de complicaciones.^{3,4} Las técnicas quirúrgicas abdominales se enfocan en reducir el recto prolapsado y fijarlo al sacro, con o sin resección del colon sigmoide redundante. Las técnicas perineales consisten en la rectosigmoidectomía o la resección de la mucosa del recto prolapsado con plicatura de la pared muscular, sin fijación. El objetivo es restaurar la anatomía y funcionalidad del piso pélvico y disminuir los síntomas relacionados con la obstrucción durante la defecación y la incontinencia fecal.⁵

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **María Sofía Labrador Morales:** sofilab21@gmail.com
Recibido: 14-04-2024. Aceptado: 22-05-2025

María Sofía Labrador Morales: <https://orcid.org/0009-0001-4390-5411>; Daniel González: <https://orcid.org/0000-0002-5261-2952>; Mauricio González Dorado: <https://orcid.org/0000-0003-4884-2437>

Cada vez más, la literatura privilegia las técnicas laparoscópicas sobre los abordajes perineales. Sin embargo, es importante resaltar que no hay evidencia definitiva que favorezca un abordaje sobre el otro. Aproximadamente el 60% de los procedimientos de corrección del prolapso rectal aún se realizan por vía perineal en pacientes seleccionados, especialmente en los nonagenarios y/o con múltiples comorbilidades.^{3,5}

Presentamos un caso de prolapso rectal en una paciente con pelvis rígida tratada mediante la técnica de Delorme, seguido de una revisión de la literatura.

CASO

Paciente femenina de 66 años de edad con un cuadro clínico de 3 años de evolución, consistente en sensación de masa anal, proctorragia ocasional e incontinencia fecal. Fue derivada a la consulta de coloproctología por empeoramiento de sus síntomas, presentando una escala de Wexner de 20 y un ODS SCORE de 10. En el examen físico se encontró un esfínter anal atónico y un prolapso rectal completo, con la mucosa edematizada sin evidencia de sangrado. La manometría evidenció un esfínter interno hipotónico y una disminución de la contracción voluntaria, con el reflejo rectoanal inhibitorio presente y un patrón de disinergia tipo IV. La defecografía mostró un piso pélvico espástico, sin evidencia de organocele. Inicialmente, se planteó realizar una rectopexia ventral con malla por vía laparoscópica, pero el antecedente de esclerosis sistémica y la espasticidad del piso pélvico resultaban

poco favorables para un abordaje laparoscópico, por lo que se optó por un procedimiento de Delorme.

Técnica quirúrgica

El procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia general y en posición de navaja sevillana. Se colocó un separador de Lone Star® en el margen anal, se expuso el canal anal y se realizó tracción del prolapso. Se inició la disección submucosa circunferencial a 1 cm de la línea pectínea. Se continuó con la infiltración de solución salina hipertónica con adrenalina para facilitar la disección y la liberación total de la mucosa redundante. Se comprobó adecuada hemostasia y se procedió a la plicatura muscular con 6 puntos de polidioxanona 2-0. Posteriormente, se realizó la resección de la mucosa, logrando la corrección del prolapso. Finalmente, se realizó la sutura de la mucosa con polidioxanona 2-0, comenzando con la colocación de puntos en los cuatro cuadrantes. Se retiró el retractor sin complicaciones (Fig. 1).

Evolución posoperatoria

La paciente no presentó complicaciones posoperatorias inmediatas y fue dada de alta el primer día posoperatorio. Asistió a control a los 15 y 30 días del procedimiento, encontrándose la corrección completa del prolapso rectal, sin nuevos episodios de proctorragia y con mejoría de la incontinencia fecal, expresada por un puntaje de 12 en la escala de Wexner. En el último control posoperatorio, a los 3 meses, presentó una escala de Wexner de 8, atribuida a la persistencia ocasional

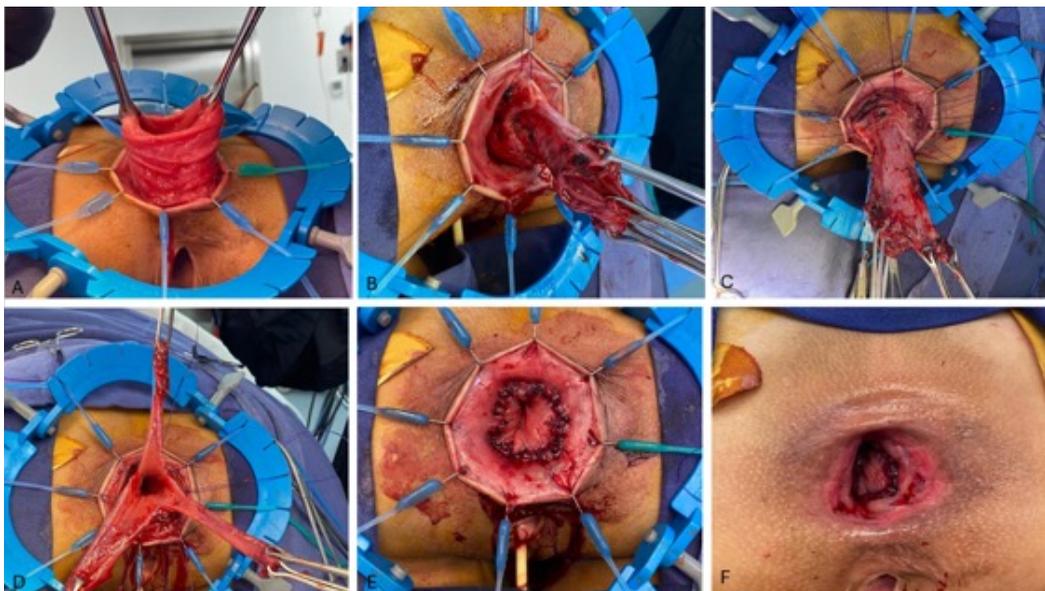


Figura 1. Procedimiento de Delorme en posición de navaja sevillana. **A.** Colocación del separador de Lone Star® y exteriorización del prolapso con pinzas. **B.** Disección submucosa circunferencial. **C.** Colocación y reparo de los puntos para la plicatura muscular. **D.** Puntos musculares anudados y preparación de la mucosa previamente a su resección y sutura. **E.** Sutura mucosa completada. **F.** Resultado final.

de incontinencia para sólidos y líquidos, así como al uso de apósitos, pero con disminución en la alteración del estilo de vida. Se recomendó continuar con rehabilitación y terapias de piso pélvico. No se realizó manometría posoperatoria

DISCUSIÓN

El prolapso rectal es una intususcepción del recto que incluye todas sus capas y sobresale más allá del canal anal, ocasionado principalmente por un debilitamiento progresivo del diafragma muscular que genera un desbalance en el piso pélvico. Se presenta en menos del 0,5% de la población, el 70% de los casos en mujeres y con un pico en mayores de 70 años. Su impacto en la calidad de vida es notable, ya que se asocia estrechamente con la incontinencia fecal. Clínicamente, se identifica por la protrusión de la pared rectal durante maniobras de Valsalva o incluso en reposo durante el examen físico.¹

La mayoría de los pacientes desarrollan un cuadro de obstrucción durante la defecación, lo que conlleva a un esfuerzo defecatorio que daña progresivamente el esfínter anal. En algunos casos, existe una neuropatía pudenda asociada que provoca la distensión del recto y la inhibición refleja del esfínter anal interno, reduciendo la presión anal en reposo favoreciendo la incontinencia fecal.^{1,2}

Los abordajes para su tratamiento incluyen técnicas abdominales y perineales. Históricamente, se ha considerado que las técnicas perineales tienen mayor recidiva que las abdominales, con tasas que pueden alcanzar hasta el 40%. André D'Hoore, ha introducido la técnica de rectopexia ventral laparoscópica, reportando bajas tasas de recidiva a largo plazo y resultados funcionales adecuados, incluso en pacientes nonagenarios y con comorbilidades, no aptos para una cirugía por vía abdominal tradicional.^{5,6} Sin embargo, contrario a lo que se pensaba tradicionalmente, varios estudios recientes han reportado en las vías perineales tasas de recidiva tan bajas como del 10%, asociadas a una baja tasa de complicaciones. Según la Declaración de Consenso de la Sociedad Italiana de Cirugía Colorrectal de 2018, estos procedimientos realizados por abordaje perineal son considerados de primera línea para los pacientes no aptos para abordajes abdominales (abiertos o laparoscópicos), tales como adultos mayores, con muchas comorbilidades y/o con variantes anatómicas. Es importante mencionar que no se especifica cuáles variantes anatómicas se tomaron en cuenta para dicha recomendación.⁵

El procedimiento de Delorme fue descrito originalmente en 1990. La operación consiste en la exéresis de la mucosa del recto prolapsado, seguida de la plicatura del músculo remanente desnudo y la reaproximación de la mucosa con sutura. Su principal ventaja es que evita la resección del colon o

recto, eliminando la necesidad de una anastomosis de alto riesgo.⁷ Aunque tradicionalmente se ha reportado una alta tasa de recurrencia, en manos expertas y con una adecuada selección de pacientes, diversos estudios más recientes han demostrado que esta tasa puede ser tan baja como la de otros procedimientos (10%).⁵ No se encontró información específica sobre el uso de este procedimiento en escenarios de pelvis complicada, pero, basándose en las recomendaciones del consenso para el manejo del prolapso rectal, constituye una excelente alternativa en pacientes con difícil acceso a la pelvis y en aquellos con alto riesgo de fuga anastomótica, como es el caso presentado en este reporte.⁵

El procedimiento quirúrgico óptimo debe sopesar los factores individuales del paciente y los propios del procedimiento para determinar la vía de abordaje ideal. Aunque cada vez más se favorecen las técnicas laparoscópicas sobre los abordajes perineales, esta evidencia es aún controvertida, dado que resulta difícil realizar ensayos clínicos aleatorizados en una patología con baja incidencia y que presenta una escasa consulta debido a la vergüenza y el estigma social.

En la actualidad, el estudio PROSPER,³ el ensayo clínico aleatorizado más grande que compara tratamientos quirúrgicos para el prolapso rectal, no encontró diferencias estadísticamente significativas entre los abordajes perineales y abdominales con respecto a la recidiva, siendo en ambos casos cercana al 11%. Resulta notable el aumento en la tasa de recidiva encontrado en los abordajes abdominales, posiblemente asociado a la inclusión de cirujanos con menos experiencia en estas técnicas, lo que contrasta con lo comunicado previamente en la literatura.⁵ Sin embargo, este ensayo no estuvo exento de limitaciones, tales como problemas de reclutamiento y seguimiento, lo que disminuyó su poder para detectar diferencias pequeñas en los resultados de calidad de vida. Por último, consideramos que todo lo discutido previamente justifica la recomendación actual de definir de manera individualizada el abordaje del prolapso rectal, según la experiencia del cirujano y las condiciones particulares del paciente.

CONCLUSIÓN

Si bien un número creciente de expertos se inclina por las técnicas laparoscópicas frente a los abordajes perineales, la evidencia disponible aún no permite establecer una superioridad clara entre ambas opciones. Esta decisión debe realizarse considerando cada paciente de manera individual, teniendo en cuenta su sintomatología predominante, características clínicas y antecedentes personales.

En el presente caso, dado los antecedentes clínicos poco frecuentes que complicaban la anatomía y desfavorecían el

abordaje abdominal, se optó por la técnica perineal de Delorme, con resultados favorables. Este procedimiento presenta un bajo riesgo de complicaciones inmediatas y bajas tasas de recidiva, por lo que debería considerarse como una opción de manejo en casos seleccionados.

REFERENCIAS

1. Schiergens TS, Thomas MN, Thasler WE. Rectal Prolapse. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(12):2336-7.
2. Cunin D, Siproudhis L, Desfourneaux V, Berkelmans I, Meunier B, Bretagne JF, et al. No Surgery for Full-Thickness Rectal Prolapse: What Happens with Continence? *World J Surg.* 2013;37(6):1297-302.
3. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NCM, et al. PROSPER: A Randomised Comparison of Surgical Treatments for Rectal Prolapse. *Colorectal Dis.* 2013;15(7):858-68.
4. Smedberg J, Graf W, Pekkari K, Hjern F. Comparison of Four Surgical Approaches for Rectal Prolapse: Multicentre Randomized Clinical Trial. *BJS Open.* 2022;6(1):zrab140.
5. Gallo G, Martellucci J, Pellino G, Ghiselli R, Infantino A, Pucciani F, et al. Consensus Statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): Management and Treatment of Complete Rectal Prolapse. *Tech Coloproctol.* 2018;22(12):919-31.
6. Consten EC, van Iersel JJ, Verheijen PM, Broeders IA, Wolthuis AM, D'Hoore A. Long-term Outcome After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy: An Observational Study of 919 Consecutive Patients. *Ann Surg.* 2015;262(5):742-47; discussion 47-8.
7. Watkins BP, Landercasper J, Belzer GE, Rechner P, Knudson R, Bintz M, et al. Long-term Follow-up of the Modified Delorme Procedure for Rectal Prolapse. *Arch Surg.* 2003;138(5):498-502; discussion 502-3.

Proctosigmoidectomía perineal (procedimiento de Altemeier) con levatorplastia anterior para el prolapso rectal



<https://youtu.be/XzL8rDaQR2U>

Javier Chinelli, Paula Morgade, Eugenia Falero, Mariana Invernizzi, Gustavo Rodríguez
Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay

Palabras clave: prolapso rectal, rectosigmoidectomía perineal, Altemeier, levatorplastia anterior, elevador del ano
Keywords: rectal prolapse, perineal proctosigmoidectomy, Altemeier, anterior levatorplasty, levator ani

RESUMEN

Introducción: El prolapso rectal es una patología infrecuente, aunque invalidante para los pacientes, que afecta generalmente a personas de edad avanzada, predominantemente mujeres con una marcada debilidad del piso pélvico.¹ Trastornos funcionales, como constipación y/o incontinencia anal, suelen asociarse a esta condición. El tratamiento quirúrgico del prolapso rectal admite varios enfoques, con abordajes abdominales² y perineales y diversas opciones tácticas (resección, fijación con suturas o mallas y combinación de ambas). Entre los abordajes perineales, la proctosigmoidectomía perineal - también denominada procedimiento de Altemeier - con levatorplastia anterior (plastia anterior del músculo elevador del ano), se destaca por su simplicidad y rápida ejecución. Tiene la ventaja de poder utilizarse en pacientes añosos y frágiles, así como en aquellos portadores de un prolapso recurrente, incluso cuando existe una incarceration.^{3,4}

Descripción de contenido: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 83 años de edad, con antecedentes de 2 laparotomías (colecistectomía e histerectomía), portadora de un prolapso rectal completo, reductible e incoercible de 1 año de evolución, acompañado de incontinencia fecal. El tacto rectal reveló una gran hipotonía esfintérica asociada y se descartó prolapso vaginal. La colonoscopia no informó patología colónica sincrónica.

Se realiza un abordaje inicialmente laparoscópico con el objetivo de efectuar una rectopexia, debiendo abandonar esta vía debido a la presencia de múltiples e importantes adherencias viscerales, lo que prolongaría y dificultaría el procedimiento en una paciente añosa y frágil. Se pasa a posición de litotomía para realizar una proctosigmoidectomía perineal (Altemeier), comenzando por la sección circunferencial del recto a 1

cm de la línea pectínea hasta abrir el fondo de saco de Douglas. Se tracciona el recto y el colon sigmoideos hasta lograr una exteriorización máxima y se secciona el mesosigmoideos con sellador. Se efectúa una plastia anterior del elevador del ano con puntos separados de material irreabsorbible y una anastomosis coloanal a puntos separados con polidioxanona 3-0. La paciente presentó una buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta al 6° día posoperatorio. Con 3 meses de seguimiento, aún no es posible evaluar resultados como la recurrencia a mediano y largo plazo. No obstante, desde el punto de vista funcional presenta evacuaciones diarias de características normales y una buena continencia anal.

Conclusiones: Si bien la cirugía mínimamente invasiva ha hecho resurgir el abordaje abdominal, en los pacientes añosos, frágiles y/o portadores de múltiples adherencias viscerales como en el caso que se presenta, el procedimiento de Altemeier continúa siendo una buena opción. Permite abreviar el tiempo operatorio y proporciona resultados alejados aceptables en términos de recurrencia, similares a los de otros procedimientos. Asociar la levatorplastia puede mitigar las secuelas funcionales (incontinencia), así como evitar complicaciones precoces (evisceración perineal).

REFERENCIAS

1. McNevin MS. Evaluation and Management of Rectal Prolapse. *Surg Clin North Am.* 2024;104(3):557-64.
2. Chinelli J, Ximenez V, Brandolino S, Rodriguez G. Rectopexia laparoscópica con técnica de Orr-Loygue para el tratamiento del prolapso rectal. *Rev Argent Coloproct.* 2023;34(3):32.
3. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar SD, Gaertner W, Feingold DL, et al. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2017;60(11):1121-31.
4. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A, Sileri P, Wexner SD. Perineal Resectional Procedures for the Treatment of Complete Rectal Prolapse: A Systematic Review of the Literature. *Int J Surg.* 2017;46:146-54.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Javier Chinelli:** jchinelli01@gmail.com
Recibido: 27-03-2025. Aceptado: 21-04-2025

Javier Chinelli: <https://orcid.org/0000-0002-3387-7365>; Paula Morgade: <https://orcid.org/0000-0002-8854-3063>; Eugenia Falero: <https://orcid.org/0009-0007-2343-8389>; Mariana Invernizzi: <https://orcid.org/0009-0006-9109-7929>; Gustavo Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0003-3465-8364>

PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Coloplast

La Revista Argentina de Coloproctología declara que Coloplast no ha tenido injerencia alguna en el proceso editorial ni existe un conflicto de interés en relación con el contenido científico publicado en esta edición.



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 1000-2000 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 actualización de determinada patología. La longitud y características serán 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. Subdividir las 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 clínicos en imágenes.** Comunicación de un caso clínico mediante imágenes relevantes (macroscopía, microscopía, 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° - Of. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina