



Revista Argentina de **COLOPROCTOLOGÍA**

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA DE
COLOPROCTOLOGÍA

ISSN 2683-7846 • MARZO 2026

VOLUMEN **37** / **1** NÚMERO



SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA 2025-2027

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Presidente | Dr. Marcelo Colinas |
| Vicepresidente | Dr. Guillermo Tinghitella |
| Tesorero | Dr. Cristian Rodríguez |
| Secretario General | Dr. Alejandro Canelas |
| Secretario de Actas | Dr. Gerardo Martín Rodríguez |
| Vocal titular 1° | Dr. Federico Carballo |
| Vocal titular 2° | Dr. Adrián Mattacheo |
| Vocal titular 3° | Dr. Julio Lococo |
| Vocal suplente 1° | Dr. Ricardo Mentz |
| Vocal suplente 2° | Dra. Gisela Presencia |
| Vocal suplente 3° | Dr. Mariano Vaingurt |

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

Consultoría editorial y traducción:

Rita Pastore (*Hospital Fernández, Buenos Aires*)

SUBCOMISIÓN DE ARTÍCULOS INDEXADOS

Coordinadoras:

Mariela Cederma (*Hospital Militar Central, Buenos Aires*) y
Nadia Peralta (*Hospital Zonal General Alvear y Clínica del Valle,
Comodoro Rivadavia*)

Intergrantes:

Francisco Vera (*Hospital Militar Central, Buenos Aires*),
Federico Bianco (*Hospital Militar Central, Buenos Aires*),
Enzo Miño (*Hospital Militar Central, Buenos Aires*),
Magali Kruzliak (*Hospital Militar Central, Buenos Aires*),
Flavia Gorreta (*Hospital Militar Central, Buenos Aires*).

SUBCOMISIÓN DE COMUNICACIONES VIRTUALES

Coordinadora:

Romina Bianchi (*Hospital Rivadavia, Buenos Aires*)

Integrantes:

Ayelén Caballero (*Hospital Italiano, Bahía Blanca*),
Lucas Matías Tomatis (*Hospital Fernández, Buenos Aires*),
Magali Muthular (*Hospital Argerich, Buenos Aires*),
Leonardo Landi (*Hospital José María Cullén, Santa Fé*),
Milagros Corpacci (*Hospital Interzonal San Juan Bautista, Sanatorio
Junín, Catamarca*),
Gisela Guerrero (*Hospital Papa Francisco, IMAC, Salta*),
Rocio Bustos (*Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba*)

Colaboradores y Revisores:

Nicolás Avellaneda (*CEMIC, Bs As*),
Maximiliano Bun (*Hospital Alemán, Bs As*),
Alejandro Canelas (*Hospital Alemán, Bs As*),
Federico Carballo (*Hospital Pirovano, Bs As*),
Mariano Laporte, (*Sanatorio Güemes, Bs As*),
Fabio Leiro (*Hospital Universitario Fundación Favaloro, Bs As*),
Carlos Miguel Lumi (*Centro Privado de Coloproctología, Bs As*),
Ricardo Mentz (*Hospital Italiano, Bs As*),
Ángel Minetti (*Sanatorio Trinidad de Quilmes, Bs As*),
Juan Carlos Patrón Uriburu (*Hospital Británico, Bs As*),
Guillermo Rosato (*Hospital Universitario Austral, Bs As*),
Gustavo Rossi (*Hospital Italiano, Bs As*),
Nicolás Rotholtz (*Hospital Alemán, Bs As*).

Colaboradores Extranjeros:

Antonio Caycedo Marulanda (*Orlando Health, Florida, EEUU*)
Adriana Della Valle (*Hospital Central de las Fuerzas Armadas,
Montevideo, Uruguay*)
Andrés Larach (*Clínica Alemana, Santiago, Chile*)
Francisco López-Kostner (*Clínica Universidad de los Andes,
Santiago, Chile*)
Patricio Lynn (*Milton S. Hershey Medical Center, Pensilvania, EEUU*)
Rodrigo Oliva Pérez (*Universidad de San Pablo, San Pablo, Brasi*)
Felipe Quezada Diaz (*Clínica Universidad de los Andes, Santiago,
Chile*)
Benedito Rossi (*Hospital Sirio Libanés, San Pablo, Brasi*)
Marcelo Viola (*Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay*)

El objetivo de la Revista Argentina de Coloproctología es facilitar un ámbito de discusión académica, opinión, intercambio y comunicación entre sus miembros y otras sociedades científicas nacionales e internacionales, priorizando la divulgación científica y publicación de datos e información de la patología colorrectal.



SUMARIO

ARTÍCULO ORIGINAL

05. **Conversión en colectomías laparoscópicas: preventiva o reactiva. ¿Hay diferencias?**
Mirian L. Torales, María B. Dening, Ana I. Leone, María A. Casas, Mariano Laporte

REPORTE DE CASO

12. **Metástasis colónicas tardías de carcinoma de ovario: reporte de dos casos y revisión de la literatura**
José Ignacio Pitaco, Juan Pablo Santilli, Raúl García Iturralde, Yessica María Zavaleta, Miguel Angel Minetti
16. **Procedimiento de Malone en un adulto joven con incontinencia fecal secundaria a traumatismo pélvico severo**
María E. Durán, Santiago Bertone, Ricardo Mentz, Juan P. Campana
19. **Lipoma rectal que simula un prolapso rectal: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Nicolás Betancur García, Bryam F. Holguín Muñoz, Cristian H. Higuera Rendon, Alejandro Londoño Amariles
22. **Cierre primario sin derivación en trauma rectal extraperitoneal: reporte de caso y revisión de la literatura**
Liceth J. Rojas, Carmen Santos García, Ernesto González Ballen, Diana C. Navarro Pimiento

VIDEO

26. **Resección endoscópica transanal mediante Plataforma TEO®**
Luis R. Pérez Fuentes, Antonio M. Maya, Gabriel Suárez, Nicole Feldman
 <https://youtu.be/kVI2OzCKpI0>
29. **Colectomía total laparoscópica con extracción transvaginal**
Mirian L. Torales Villalba, Florencia Balmaceda, María Belén Dening, María Agustina Casas, Mariano Laporte
 https://youtu.be/flhUq_Fh6sk
31. **Eventración perineal y paracolostómica luego de cirugía de Miles: abordaje quirúrgico secuencial**
Tomás Ferrer Quiroga, Nadia M. Miranda, Salvador Aguel Sábado, Juan A. Perriello, Agustín A. Alesandrini
 <https://youtu.be/qFKvauYJgDg>

34. **PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE**

Conversión en colectomías laparoscópicas: preventiva o reactiva. ¿Hay diferencias?

Mirian L. Torales, María B. Dening, Ana I. Leone, María A. Casas, Mariano Laporte

Servicio de Cirugía General, Sector de Cirugía Colorrectal, Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La conversión a cirugía abierta durante la colectomía laparoscópica puede ser necesaria en determinados escenarios intraoperatorios. Esta puede ser preventiva, cuando se decide anticipadamente ante hallazgos complejos que impiden continuar con el abordaje laparoscópico, o reactiva, en respuesta a eventos intraoperatorios. Evaluar el impacto del tipo de conversión sobre los resultados postoperatorios resulta clave para optimizar la toma de decisiones quirúrgicas.

Objetivo: Comparar los resultados postoperatorios entre la conversión preventiva y reactiva en colectomías laparoscópicas.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo comparativo de una base de datos recolectada prospectivamente.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes sometidos a conversión a cirugía abierta durante colectomías laparoscópicas realizadas entre enero de 2019 y mayo de 2025. La cohorte se dividió en dos grupos: conversión preventiva (CP) y conversión reactiva (CR). Se analizaron variables demográficas, intraoperatorias y postoperatorias. El objetivo primario fue comparar la tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo III–IV). Se realizó un análisis multivariado mediante una regresión logística para identificar factores de riesgo independientes de complicaciones mayores.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes: 46 (73%) en el grupo CP y 17 (27%) en el grupo CR. No se observaron diferencias significativas en las características demográficas. La CR se asoció con mayor tasa de complicaciones mayores (8,7% vs. 52,9%; $p = 0,01$), reoperación (10,8% vs 41,1%; $p = 0,01$), mayor estadía en la unidad de terapia intensiva (1,9 vs 8,4 días; $p = 0,001$) y mayor mortalidad (2,1% vs 23,5%; $p = 0,01$). En el análisis multivariado, la CR fue un factor independiente asociado a complicaciones mayores (OR 16,3; IC 95% 2,14–125,17; $p = 0,007$).

Conclusión: La conversión reactiva durante la colectomía laparoscópica se asocia con peores resultados postoperatorios, incluyendo mayor morbilidad, necesidad de reoperación, estadía en terapia intensiva y mortalidad.

Palabras clave: colectomía laparoscópica, conversión a cirugía abierta, conversión reactiva, conversión preventiva, complicaciones intraoperatorias, complicaciones postoperatorias

ABSTRACT

Background: Conversion to open surgery during laparoscopic colectomy may be required in certain intraoperative scenarios. Conversion can be preventive, when performed early in the presence of adverse findings that preclude continuation of the laparoscopic approach, or reactive, in response to intraoperative events. Assessing the impact of conversion type on postoperative outcomes is essential to optimize surgical decision-making.

Objective: To compare postoperative outcomes between preventive and reactive conversion in laparoscopic colectomy.

Design: Retrospective comparative observational study using a prospectively maintained database.

Material and Methods: Patients who required conversion to open surgery during laparoscopic colectomy between January 2019 and May 2025 were included. The cohort was divided into two groups: preventive conversion (PC) and reactive conversion (RC). Demographic, intraoperative, and postoperative variables were analyzed. The primary outcome was the rate of major complications (Clavien–Dindo grade III–IV). Multivariable logistic regression was performed to identify independent risk factors for major complications.

Results: A total of 63 patients were included: 46 (73%) in the PC group and 17 (27%) in the RC group. No significant differences in baseline characteristics were observed. RC was associated with a higher rate of major complications (8.7% vs. 52.9%; $p = 0.01$), reoperation (10.8% vs 41.1%; $p = 0.01$), longer intensive care unit stay (1.9 vs 8.4 days; $p = 0.001$), and higher mortality (2.1% vs 23.5%; $p = 0.01$). On multivariable analysis, RC was an independent risk factor for major complications (OR 16.3; 95% CI 2.14–125.17; $p = 0.007$).

Conclusions: Reactive conversion during laparoscopic colectomy is associated with worse postoperative outcomes, including higher morbidity, increased need for reoperation, longer intensive care unit stay, and higher mortality.

Keywords: Laparoscopic colectomy; Conversion to open surgery; Reactive conversion; Preventive conversion; Postoperative complications

Para citar:

Torales ML, Dening MB, Leone AI, et al. Conversión en colectomías laparoscópicas: preventiva o reactiva. ¿Hay diferencias? *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):5-11. doi:10.46768/qdz5pt34

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/qdz5pt34>

Recibido: 02-12-2025

Aceptado: 21-01-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Mirian L. Torales Villalba
lilimpark753@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica se ha consolidado como el abordaje estándar en el tratamiento quirúrgico de gran parte de las patologías colorrectales, tanto benignas como malignas, gracias a los beneficios demostrados en cuanto a la rápida recuperación de los pacientes, el menor dolor postoperatorio y la menor tasa de complicaciones parietales en comparación con la cirugía abierta.¹⁻³ Sin embargo, la necesidad de conversión continúa siendo un desafío inherente al procedimiento, con una incidencia reportada que oscila entre el 10 y el 25%.^{4,5} La conversión representa un evento clínicamente relevante, ya que se asocia con un aumento de la morbilidad, la prolongación del tiempo quirúrgico y la estadía hospitalaria, e incluso con una posible disminución de la supervivencia en pacientes operados por patología oncológica.^{6,7}

Se han distinguido dos tipos de conversión: la preventiva, que es aquella en la que el cirujano toma una decisión anticipada ante condiciones adversas que podrían comprometer la seguridad o la radicalidad del procedimiento, y la reactiva, que ocurre cuando la laparotomía se impone ante la aparición de una complicación o de una situación imprevista.^{8,9}

La decisión de convertir suele estar influenciada por múltiples factores, tanto intraoperatorios como preoperatorios. En el ámbito de la cirugía general, se han identificado varios factores de riesgo de conversión, incluyendo la obesidad, la presencia de cirugías abdominales previas, la extensión tumoral o las dificultades anatómicas.¹⁰ Sin embargo, la literatura ofrece escasa información sobre el impacto del tipo de conversión (reactiva vs preventiva) en los resultados postoperatorios de la cirugía colorrectal.

El objetivo de este estudio fue comparar la morbimortalidad postoperatoria entre pacientes sometidos a conversión preventiva y a conversión reactiva durante colectomías laparoscópicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población

Se realizó un estudio retrospectivo sobre una base de datos cargada de manera prospectiva de pacientes adultos (≥ 18 años) sometidos a colectomía laparoscópica por patología colorrectal benigna o maligna entre enero de 2019 y mayo de 2025 en el Sanatorio Güemes (Buenos Aires, Argentina). Todos los pacientes que fueron convertidos a cirugía abierta fueron incluidos en el análisis. La cohorte se dividió en dos grupos, en función del motivo de la conversión: conversión preventiva (CP) y conversión reactiva (CR). CP: cuando el cirujano optó por convertir de manera anticipada ante condiciones intraoperatorias que podrían comprometer la se-

guridad o la radicalidad oncológica del procedimiento. CR: cuando la conversión fue necesaria por una complicación o dificultad imprevista durante la cirugía (sangrado, lesión o imposibilidad de continuar el procedimiento por vía laparoscópica).^{8,9} Los pacientes con antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal fueron excluidos del análisis. Este estudio se reporta de acuerdo con la guía STROBE para estudios observacionales (material suplementario 1). El Comité de Revisión Institucional aprobó el estudio debido a su naturaleza retrospectiva.

Variables analizadas

Se analizaron variables demográficas como la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), antecedentes quirúrgicos abdominales y presencia de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad renal crónica. Se registraron las siguientes variables intraoperatorias: el tipo de colectomía realizada, el grado de especialización del cirujano, los años de experiencia en cirugía general, el horario de la cirugía (nocturno vs diurno), el tiempo operatorio, la tasa de anastomosis y la realización de ostomía. Dentro de las variables postoperatorias se incluyeron en el análisis la tasa de complicaciones, evaluadas según la clasificación de Clavien-Dindo, la necesidad de transfusión sanguínea, la duración de la estadía hospitalaria, la tasa de reoperación y la tasa de mortalidad a 30 días.

Se otorgó la denominación de cirujano colorrectal a aquel profesional que ha completado una residencia en cirugía general y que posteriormente ha realizado una subespecialización en cirugía colorrectal. Se estableció que un cirujano podrá ser considerado como experimentado si posee un mínimo de cinco años de práctica profesional en el campo de la cirugía general. El objetivo primario del estudio fue comparar la tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo III-IV). Como objetivos secundarios, se han incluido la tasa de complicaciones menores (Clavien-Dindo I-II), la infección del sitio quirúrgico, la reoperación, la mortalidad, la reinternación y el tiempo de estadía hospitalaria en unidad cerrada.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics® (versión 26.0). Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar y se compararon utilizando la prueba t de Student. Las variables categóricas se describieron como frecuencias y porcentajes y se compararon mediante la prueba de Chi-cuadrado. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se construyó un modelo de regresión logística multivariado para identificar factores asociados a morbilidad mayor. Dado el bajo número de eventos (complicaciones gra-

do III/IV), se utilizó regresión logística penalizada de Firth para reducir el sesgo asociado a muestras pequeñas. Las variables se seleccionaron en función de su relevancia clínica y la evidencia previa, con el fin de minimizar el sobreajuste. Los resultados se expresaron como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

RESULTADOS

Se realizaron 511 colectomías laparoscópicas, de las cuales 63 (12,3%) requirieron conversión a cirugía abierta; 46 (73%) pacientes fueron convertidos de forma preventiva (CP) y 17 (27%) de forma reactiva (CR) (Fig. 1). Los motivos más frecuentes de CP fueron adherencias (60,8%) y falta de exposición (26%), mientras que en CR predominaron la hemorragia (35,2%) y la perforación intestinal (29,4%) (Tabla 1).

En cuanto a las variables demográficas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 2).

El tipo de cirugía fue similar en ambos grupos. No se observaron diferencias en cuanto al horario nocturno de la cirugía (CP: 9 [19,5%] vs CR: 6 [35,2%]; $p = 0,19$), la participación de un cirujano colorrectal en el procedimiento (CP: 8 [17,4%] vs CR: 4 [23,5%]; $p = 0,58$), si el cirujano actuante contaba con más de 5 años de experiencia (CP: 14 [30,4%] vs CR: 3 [17,6%]; $p = 0,31$) y si la cirugía fue realizada de urgencia (CP: 24 [52,1%] vs CR: 11 [64,7%]; $p = 0,37$). El tiempo ope-

Tabla 1. Causas de conversión en ambos grupos.

| Tipo de conversión | n (%) |
|-------------------------|-----------|
| Preventiva | |
| Adherencias extensas | 28 (60,8) |
| Falta de exposición | 12 (26,0) |
| Dificultades técnicas | 6 (13,0) |
| Reactiva | |
| Sangrado no controlable | 6 (35,2) |
| Perforación intestinal | 5 (29,4) |
| Causas médicas | 6 (35,2) |

ratorio fue similar entre ambos grupos (CP: 169 min vs CR: 173 min; $p = 0,78$) (Tabla 3).

En cuanto a las variables postoperatorias, no se observaron diferencias entre ambos grupos con respecto a la tasa de infección del sitio quirúrgico (CP: 3 [6,5%] vs CR: 3 [17,3%]; $p = 0,21$) ni a la morbilidad global (CP: 18 [39,1%] vs CR: 11 [64,7%]; $p = 0,12$). Las complicaciones Clavien-Dindo III/IV (CP: 4 [8,7%] vs CR: 9 [52,9%]; $p = 0,001$), la necesidad de reoperación (CP: 5 [10,8%] vs CR: 7 [41,1%]; $p = 0,01$) y la mortalidad (CP: 1 [2,1%] vs CR: 4 [23,5%]; $p = 0,01$) fueron más prevalentes en CR. Los pacientes con CR presentaron una mayor estadía en unidad de terapia intensiva (UTI) (CP: 1,9 días vs CR: 8,4 días; $p = 0,001$). La estadía hospitalaria fue similar entre ambos grupos (CP: 11 días vs CR: 12 días; $p = 0,91$). La tasa de reinternación también fue similar (CP: 5 [10,8%] vs CR: 2 [11,8%]; $p = 0,89$) (Tabla 4).

En el análisis multivariado, la CR fue el único factor independiente asociado a un mayor riesgo de complicaciones mayores (OR 16,3; IC 95% 2,14–125,17; $p = 0,007$) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Nos propusimos analizar el impacto del tipo de conversión (CP/CR) en los resultados postoperatorios de la cirugía colorrectal. Observamos que los pacientes con CR presentaron mayores tasas de complicaciones mayores (Clavien-Dindo grado III/IV), reoperaciones, mayor estadía en UTI y mayor tasa de reinternación. En el análisis multivariado, la CR se identificó como el único factor independiente asociado a complicaciones mayores.

En las últimas décadas, los avances en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, el desarrollo tecnológico y el creciente nivel de experiencia de los cirujanos han establecido la laparoscopia como el estándar de tratamiento quirúrgico de diversas afecciones colorrectales.¹ Múltiples metaanálisis

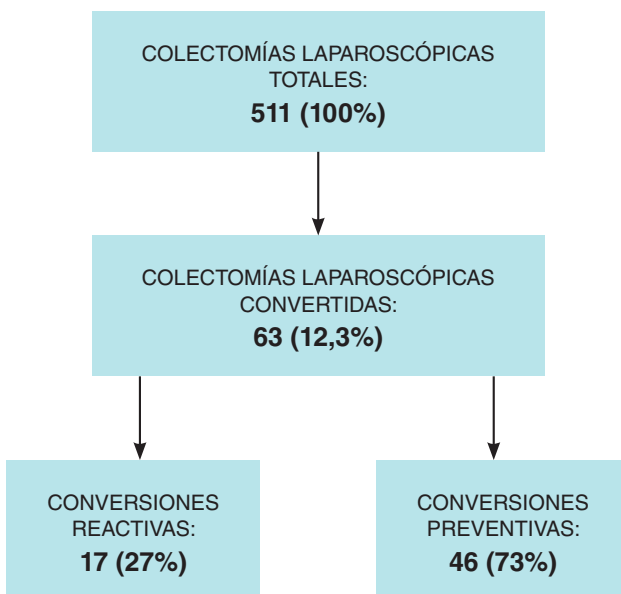


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de pacientes.

Tabla 2. Variables demográficas y preoperatorias.

| | CP n = 46 | CR n = 17 | p |
|---------------------------------|--------------|--------------|------|
| Edad (años), media (rango) | 63 (19–92) | 61 (35–91) | 0,80 |
| Sexo femenino, n (%) | 22 (47,8) | 4 (23,5) | 0,08 |
| ASA I/II, n (%) | 22 (47,8) | 7 (41,1) | 0,72 |
| Obesidad (IMC >30), n (%) | 25 (54,3) | 7 (41,1) | 0,64 |
| Hipertensión arterial, n (%) | 25 (54,3) | 12 (70,5) | 0,24 |
| Dislipemia, n (%) | 9 (19,5) | 3 (17,6) | 0,75 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 8 (17,3) | 1 (5,8) | 0,24 |
| IAM previo, n (%) | 4 (8,6) | 1 (5,8) | 0,71 |
| Tabaquismo, n (%) | 18 (39,1) | 8 (47,0) | 0,57 |
| EPOC, n (%) | 1 (2,1) | 1 (5,8) | 0,50 |
| Enfermedad renal crónica, n (%) | 2 (4,3) | 0 (0) | 0,38 |
| Inmunosupresión, n (%) | 4 (8,6) | 1 (5,8) | 0,71 |
| Cirugía previa abdominal, n (%) | 19 (41,3) | 8 (47,0) | 0,93 |
| Hipoalbuminemia <3,5, n (%) | 14 (30,4) | 4 (23,5) | 0,65 |
| Anemia, n (%) | 28 (60,8) | 11 (64,7) | 0,85 |
| Indicación quirúrgica | | | |
| Patología benigna, n (%) | 26 (56,5) | 6 (35,2) | 0,11 |
| Patología maligna, n (%) | 20 (43,5) | 11 (64,8) | |

CP = conversión preventiva. CR = conversión reactiva. IMC = índice de masa corporal. EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Tabla 3. Variables intraoperatorias.

| | CP n = 46 | CR n = 17 | p |
|---|--------------|--------------|------|
| Tipo de cirugía | | | 0,41 |
| Colectomía derecha, n (%) | 18 (39,1) | 10 (58,8) | |
| Sigmoidectomía, n (%) | 11 (23,9) | 5 (29,4) | |
| Cirugía de Hartmann, n (%) | 11 (23,9) | 2 (11,7) | |
| Colectomía transversa, n (%) | 4 (8,6) | 0 (0) | |
| Colectomía total, n (%) | 2 (4,3) | 0 (0) | |
| Cirugía de urgencia, n (%) | 24 (52,1) | 11 (64,7) | 0,37 |
| Cirugía nocturna, n (%) | 9 (19,5) | 6 (35,2) | 0,19 |
| Cirujano coloproctólogo, n (%) | 8 (17,4) | 4 (23,5) | 0,58 |
| Cirujano con experiencia, n (%) | 14 (30,4) | 3 (17,6) | 0,31 |
| Anastomosis realizada, n (%) | 19 (41,3) | 10 (58,8) | 0,21 |
| Ostomía, n (%) | 29 (56,5) | 6 (29,4) | 0,06 |
| Tiempo quirúrgico (minutos), media \pm DE | 169 \pm 52 | 173 \pm 40 | 0,78 |

CP = conversión preventiva. CR = conversión reactiva.
Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Tabla 4. Variables postoperatorias.

| | CP n = 46 | CR n = 17 | p |
|--|--------------|--------------|-------|
| Morbilidad global, n (%) | 18 (39,1) | 11 (64,7) | 0,12 |
| Morbilidad mayor (Clavien-Dindo III-IV), n (%) | 4 (8,7) | 9 (52,9) | 0,001 |
| Infección de sitio quirúrgico, n (%) | 3 (6,5) | 3 (17,6) | 0,21 |
| Íleo postoperatorio, n (%) | 9 (19,5) | 3 (17,6) | 0,82 |
| Transfusiones sanguíneas, n (%) | 10 (21,7) | 7 (41,2) | 0,09 |
| Dehiscencia de anastomosis, n (%) | 1 (5,2) | 3 (30) | 0,06 |
| Reoperación, n (%) | 5 (10,8) | 7 (41,1) | 0,01 |
| Estadía UTI (días), media ± DE | 1,9 ± 3,9 | 8,4 ± 11,9 | 0,001 |
| Estadía hospitalaria (días), media ± DE | 11 ± 10,9 | 8,4 ± 35,8 | 0,55 |
| Reinternación, n (%) | 5 (10,8) | 2 (11,8) | 0,89 |
| Mortalidad, n (%) | 1 (2,1) | 4 (23,5) | 0,01 |

CP = conversión preventiva. CR = conversión reactiva. UTI = unidad de terapia intensiva.
Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Tabla 5. Análisis multivariado para la determinación de factores predisponentes asociados a complicaciones mayores (Clavien-Dindo III/IV)

| | OR | IC 95% | p |
|--------------------------|--------|-------------|-------|
| Obesidad | 0,343 | 0,03–3,36 | 0,35 |
| Edad | 0,958 | 0,89–1,02 | 0,235 |
| ASA III/IV | 0,819 | 0,10–6,17 | 0,847 |
| Cirugía abdominal previa | 2,67 | 0,42–17,05 | 0,298 |
| Cirugía de urgencia | 0,736 | 0,09–5,55 | 0,766 |
| Cirugía nocturna | 0,536 | 0,27–10,76 | 0,684 |
| Cirujano colorrectal | 3,47 | 0,314–38,4 | 0,310 |
| Conversión reactiva | 16,369 | 2,14–125,17 | 0,007 |

Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

y ensayos controlados aleatorizados han demostrado que la cirugía laparoscópica ofrece diversos beneficios, incluyendo menor dolor, menor incidencia de íleo postoperatorio, mejores resultados estéticos y una menor estadía hospitalaria, así como una y recuperación más rápida.¹¹⁻¹⁴

A pesar de estos avances, la conversión a cirugía abierta persiste y continúa siendo un desafío en la práctica diaria de la cirugía colorrectal. En nuestra serie, la tasa de conversión fue del 12,3%, en línea con lo reportado en la literatura.¹⁵ Sin embargo, el impacto según el tipo de conversión, preventiva o reactiva, ha sido poco explorado en la literatura científ-

ca. En este sentido, Yang et al.⁸ observaron que los pacientes con CR secundaria a una complicación intraoperatoria presentaron peores resultados que aquellos con CP: mayor tasa de complicaciones postoperatorias (50% vs 27%; $p = 0,02$), mayor tiempo hasta la tolerancia de la dieta oral (6 vs 5 días; $p = 0,03$) y una tendencia a una mayor estadía hospitalaria (8,1 vs 7,1 días; $p = 0,08$). Asimismo, en nuestra cohorte los pacientes con CR mostraron una evolución significativamente más desfavorable que aquellos con CP, con mayores tasas de complicaciones grado III/IV (52,9% vs 8,7%; $p = 0,001$), mayor necesidad de reoperación (41,1% vs 10,8%; $p = 0,01$)

y una estadía más prolongada en UTI (8,4 vs 1,9 días; $p = 0,001$). En el análisis realizado, la CR se identificó como el único factor independiente asociado al desarrollo de complicaciones postoperatorias.

Lejos de representar un fracaso técnico, la conversión debe entenderse como una herramienta de seguridad quirúrgica orientada a evitar o prevenir complicaciones mayores. Belizon et al.⁴ han reportado que la morbilidad postoperatoria disminuye significativamente cuando la conversión se realiza dentro de los primeros 30 minutos del procedimiento quirúrgico. Otro estudio que evaluó el impacto del momento de la conversión en cirugía colorrectal mostró que los pacientes convertidos antes de los 105 minutos (conversión temprana) presentaron una menor pérdida sanguínea y requirieron menos transfusiones en comparación con aquellos convertidos más tardíamente ($p = 0,04$).¹⁶ Sin embargo, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a la morbilidad global, la tasa de reoperación, ni la estadía hospitalaria. Por otro lado, un estudio reciente tuvo como objetivo analizar el impacto del tiempo hasta la conversión sobre los resultados oncológicos a 3 años. Los autores demostraron que, si bien la conversión tardía (> 60 minutos) se asoció con un aumento de la morbilidad postoperatoria y la estadía hospitalaria, el tiempo hasta la conversión no se asoció a peores resultados oncológicos a 3 años, en términos de supervivencia específica por cáncer y supervivencia libre de enfermedad.¹⁷ Es así como, si bien el momento óptimo para la conversión aún no se ha determinado debido a la escasa evidencia disponible en la literatura, una conversión temprana podría no solo disminuir la morbilidad postoperatoria, sino también, en un paciente oncológico, evitar la manipulación innecesaria del tumor, disminuyendo así el riesgo potencial de diseminación de células tumorales con el consiguiente deterioro de los resultados oncológicos.^{4,6}

Desde la perspectiva técnica, la CP refleja la capacidad del cirujano para anticipar escenarios adversos y priorizar la seguridad por encima de la persistencia en un abordaje laparoscópico. Esta decisión puede estar condicionada, como se mencionó anteriormente, por factores como la obesidad, la presencia de adherencias firmes, el sangrado o la dificultad para mantener una adecuada exposición del campo operatorio. A su vez, múltiples estudios han sugerido que factores relacionados con el cirujano, como la experiencia, el volumen institucional, la curva de aprendizaje y el nivel de habilidad técnica, constituyen factores de riesgo para la conversión a cirugía abierta.^{18,19} En ese sentido, no observamos diferencias en el tipo de conversión según si la cirugía había sido realizada por un cirujano colorrectal o un cirujano general (CP: 8 [17,4%] vs CR: 4 [23,5%]; $p = 0,58$), ni según si el cirujano actuante tenía más de 5 años de experiencia (CP: 14 (30,4%) vs CR: 3 (17,6%), $p = 0,31$).

El carácter retrospectivo de nuestro estudio es el factor limitante más importante. Además, existe un sesgo de selección de pacientes, ya que el tipo de conversión (CP vs CR) fue a discreción del cirujano actuante. Es importante señalar que la clasificación de CP vs CR fue subjetiva y dependió de la interpretación del parte quirúrgico por parte de los autores del estudio. Además, no se analizaron variables oncológicas, por lo que no se dispone de información sobre el posible impacto del tipo de conversión en la recurrencia ni en la supervivencia a largo plazo de los pacientes operados por causas oncológicas. Tampoco se analizaron variables relacionadas con la experiencia individual del cirujano o la curva de aprendizaje, que podrían influir en la decisión de conversión. Por último, no se analizó el tiempo transcurrido hasta la toma de decisión, aspecto que podría ser objeto de futuras investigaciones. A pesar de estas limitaciones, este estudio es uno de los primeros en analizar el impacto del tipo de conversión sobre los resultados posoperatorios en Argentina.

CONCLUSIÓN

La conversión reactiva durante la colectomía laparoscópica se asocia de manera independiente con peores resultados postoperatorios, incluyendo mayor tasa de complicaciones mayores, reoperación, estadía en unidad de terapia intensiva y mortalidad. Estos hallazgos sugieren que la conversión preventiva, cuando es realizada de forma oportuna ante condiciones intraoperatorias adversas, podría constituir una estrategia más segura. En este sentido, la conversión no debe interpretarse como un fracaso técnico, sino como una decisión orientada a optimizar los resultados del paciente. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados y definir con mayor precisión el momento óptimo para la conversión.

Contribuciones: M.T.: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición

A.I.L.: Conceptualización, Investigación, Redacción – revisión y edición

M.A.C.: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Investigación, Redacción – revisión y edición, Supervisión

M.L.: Conceptualización, Metodología, Redacción – revisión y edición, Supervisión

M.B.D.: Investigación, Redacción – borrador original

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Torales ML: <https://orcid.org/0009-0009-3162-9534>

Denning MB: <https://orcid.org/0009-0008-7052-3380>

Leone AI: <https://orcid.org/0000-0003-4337-3045>

Casas MA: <https://orcid.org/0000-0003-1043-3865>

Laporte M: <https://orcid.org/0000-0002-6395-4325>

REFERENCIAS

1. Reza MM, Blasco JA, Andradás E, Cantero R, Mayol J. Systematic review of laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg*. 2006;93:921–8.
2. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ, et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol*. 2005;6:477–84.
3. Lourenco T, Murray A, Grant A, McKinley A, Krukowski Z, Vale L. Laparoscopic surgery for colorectal cancer: safe and effective? - A systematic review. *Surg Endosc*. 2008;22:1146–60.
4. Belizon A, Sardinha C, Sher M. Converted laparoscopic colectomy. *Surg Endosc*. 2006;20:947–51.
5. Allaix ME, Degiuli M, Arezzo A, Morino M. Conversion of laparoscopic colorectal resection for cancer: what is the impact on short-term outcomes and survival? *Surg Endosc*. 2013;27(11):4273–80. doi:10.1007/s00464-013-3021-y. PMID: 23708912.
6. Clancy C, O'Leary DP, Burke JP, Redmond HP, Coffey JC, Kerin MJ, et al. A meta-analysis to determine the oncological implications of conversion in laparoscopic colorectal cancer surgery. *Colorectal Dis*. 2015;17(6):482–90. doi:10.1111/codi.12925. PMID: 25732430.
7. Rickert A, Herrle F, Doyon F, Post S, Kienle P. Influence of conversion on the peri-operative and oncological outcomes of laparoscopic resection for rectal cancer compared with primarily open resection. *Surg Endosc*. 2013;27:4675–83. doi:10.1007/s00464-013-2913-y. PMID: 23715533.
8. Yang C, Wexner SD, Safar B, Jobanputra S, Jin H, Li VK, et al. Conversion in laparoscopic surgery: does intraoperative complication influence outcome? *Surg Endosc*. 2009;23(11):2454–8. doi:10.1007/s00464-009-0414-6. PMID: 19543973.
9. Wexner SD. Definitions of conversion—reactive vs preemptive. Presented at the 8th Annual International Colorectal Disease Symposium, Cleveland Clinic Florida, Fort Lauderdale, FL; Feb 1997.
10. Leñero M, Keller DS, Haas EM. Conversion in laparoscopic colorectal surgery: risk factors and outcomes. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2014;24(3):161–7. doi:10.1089/lap.2013.0380. PMID: 24694049.
11. Bagshaw PF, Allardyce RA, Frampton CM, et al. Long-term outcomes of the Australasian randomized clinical trial comparing laparoscopic and conventional open surgical treatments for colon cancer: the Australasian Laparoscopic Colon Cancer Study trial. *Ann Surg*. 2012;256:915–9. doi:10.1097/SLA.0b013e31826c13e2. PMID: 23011329.
12. Warps ALK, Vennix S, van den Boom AL, et al. Laparoscopic versus open colorectal surgery in the emergency setting: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Open*. 2021;2(3):e062. doi:10.1097/AS9.0000000000000062.
13. Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group, Buunen M, Veldkamp R, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. *Lancet Oncol*. 2009;10:44–52. doi:10.1016/S1470-2045(08)70249-9. PMID: 19097841.
14. Green BL, Marshall HC, Collinson F, et al. Long-term follow-up of the Medical Research Council CLASSICC trial of conventional versus laparoscopically assisted resection in colorectal cancer. *Br J Surg*. 2013;100:75–82. doi:10.1002/bjs.8975. PMID: 23225623.
15. Moghadamyeghaneh Z, Masoomi H, Mills SD, Carmichael JC, Pigazzi A, Nguyen NT, et al. Outcomes of conversion of laparoscopic colorectal surgery to open surgery. *JLS*. 2014;18(4):e2014.00230. doi:10.4293/JLS.2014.00230. PMID: PMC4283100.
16. Kim IY, Kim BR, Kim YW. Impact of timing of conversion to open surgery on short-term and oncologic outcomes in patients undergoing minimally invasive surgery for colorectal cancer. *Am Surg*. 2017;83(1):71–7. PMID: 28390304.
17. Caputo D, Caricato M, La Vaccara V, Capolupo GT, Coppola R. Conversion in mini-invasive colorectal surgery: the effect of timing on short term outcome. *Int J Surg*. 2014;12(8):805–9. doi:10.1016/j.ijsu.2014.06.010. PMID: 25043810.
18. Massarotti H, Rodrigues F, O'Rourke C, Chadi SA, Wexner S. Impact of surgeon laparoscopic training and case volume of laparoscopic surgery on conversion during elective laparoscopic colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2017;19(1):76–85. doi:10.1111/codi.13433. PMID: 27919027.
19. Francis NK, Curtis NJ, Crilly L, Noble E, Dyke T, Hipkiss R, et al. Does the number of operating specialists influence the conversion rate and outcomes after laparoscopic colorectal cancer surgery? *Surg Endosc*. 2018;32(8):3652–8. doi:10.1007/s00464-017-5969-3. PMID: 29159065.

Metástasis colónicas tardías de carcinoma de ovario: reporte de dos casos y revisión de la literatura

José Ignacio Pitaco, Juan Pablo Santilli, Raúl García Iturralde, Yessica María Zavaleta, Miguel Angel Minetti
Sector de Coloproctología, Sanatorio de la Trinidad de Quilmes, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

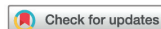
Para citar:

Pitaco JI, Santilli JP, García Iturralde R, et al. Metástasis colónicas tardías de carcinoma de ovario: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Argent Coloproctol*. 2026;37(1):12-15. doi:10.46768/2wzf3n51

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/2wzf3n51>

Recibido: 25-06-2025

Aceptado: 17-11-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Yessica María Zavaleta:
yessizavaleta@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El cáncer de ovario se asocia a una alta mortalidad, con escasos avances terapéuticos en los últimos años. Presenta una alta tasa de diseminación peritoneal y recurrencia. Los implantes metastásicos colónicos solitarios son infrecuentes, presentan dificultades diagnósticas y no tienen un tratamiento definido.

Objetivo: Describir dos casos clínicos de metástasis colónicas tardías por carcinoma de ovario.

Métodos: Se presentan dos pacientes con antecedentes de cáncer de ovario tratadas quirúrgicamente, que desarrollaron metástasis colónicas a los 8 y 20 años del diagnóstico inicial.

Resultados: El diagnóstico se apoyó en estudios de imágenes, marcadores tumorales e inmunohistoquímica, destacándose el inmunofenotipo CK7+/CK20- como indicador de origen ovárico. El tratamiento quirúrgico con resección completa y linfadenectomía regional fue clave para el control de la enfermedad en ambas pacientes, quienes no presentan evidencia de recidiva local o a distancia luego de un seguimiento de 36 y 48 meses, respectivamente.

Conclusiones: El cáncer de ovario puede presentar metástasis solitarias a largo plazo. Las imágenes pueden mostrar características particulares que hacen sospechar la enfermedad, diferenciándola del cáncer primitivo de colon. El tratamiento quirúrgico consiste en la resección del órgano y la linfadenectomía regional.

Palabras clave: Cáncer de ovario, Metástasis colónica de cáncer de ovario, Metástasis tardía

Keywords: Ovarian cancer, Colonic metastasis of ovarian cancer, Late metastasis

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es la séptima neoplasia maligna con gran letalidad y ha registrado escasos progresos en los resultados terapéuticos en las últimas tres décadas, ocasionando a nivel mundial aproximadamente 600.000 muertes por año. Alrededor del 70% presenta enfermedad diseminada a nivel peritoneal por extensión directa en el momento del diagnóstico y el 60% desarrolla recurrencia.¹

Las metástasis en colon son frecuentes en el contexto de diseminación intraperitoneal, las formas solitarias son mucho más raras y resultan excepcionales cuando aparecen varios años después del tratamiento inicial, como ocurriera en los dos casos que motivan esta presentación.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CASO CLÍNICO 1

Mujer de 66 años con antecedente de apendicectomía en la infancia, que a los 46 fue sometida a una anexohisterectomía total y omentectomía por cáncer de ovario. Realizó quimioterapia y radioterapia postoperatoria, ignorándose drogas y dosis empleadas. Durante 20 años realizó controles oncológicos sin recurrencia.

En contexto de una videocolonoscopia de rastreo de cáncer colorrectal en paciente de riesgo promedio, se identifica a 30 cm del margen anal un área de estenosis que impide el paso del endoscopio por compresión extrínseca. Los marcadores tumorales CA-125, CEA, y CA 19-9 fueron normales.

Se realizó una resonancia magnética (RNM) de alta resolución que mostró una formación hipodensa polilobulada en colon sigmoides de aspecto quístico/mucinoso sospechoso de implante peritoneal secundario al antecedente ovárico (Fig. 1).

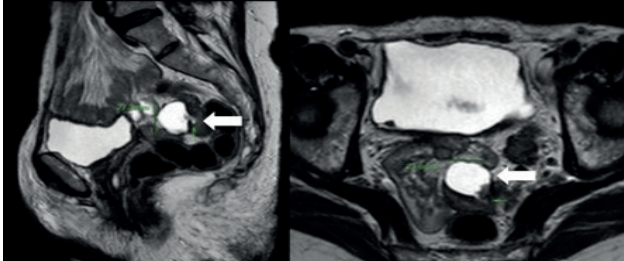


Figura 1: Caso 1. Resonancia magnética que muestra formación polilobulada en colon sigmoides, hiperintensa en T2, de aspecto quístico o mucinoso, con un sector sólido excéntrico hipermetabólico, sospechosa de implante peritoneal secundario al antecedente ovárico (flecha).

La colonoscopia virtual mostró una estenosis luminal producto de una compresión extrínseca ovoidea heterogénea con zonas hipodensas y calcificaciones, sin plano de clivaje con la pared del colon (Fig. 2).

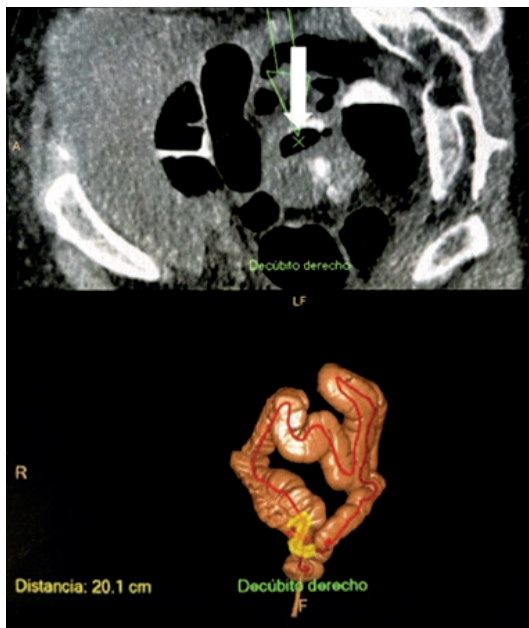


Figura 2: Caso 1. Colonoscopia virtual en la que se observa estenosis luminal producto de una compresión extrínseca ovoidea, heterogénea, con zonas hipodensas y calcificaciones, sin plano de clivaje con la pared del colon.

Se realizó una colectomía izquierda laparoscópica con linfadenectomía regional. La anatomía patológica informó una infiltración metastásica de carcinoma seroso de bajo grado histológico de origen ovárico, con dos ganglios linfáticos po-

sitivos. La inmunomarcación mostró positividad para CK7, CK20, p16 y receptores de estrógeno y progesterona, y negatividad para WT1.

Se le indicó tratamiento adyuvante con 4 sesiones de carboplatino, no pudiendo completarlo por intolerancia. A 48 meses de la cirugía no presenta evidencia de recurrencia.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 80 años, diabética, que a los 65 es sometida a una anexohisterectomía total y omentectomía por cáncer de ovario. Realizó adyuvancia con paclitaxel y carboplatino. Tres años más tarde, le detectaron un tumor de colon sigmoides por lo que se realizó una resección segmentaria de 5 cm de colon, biopsia de nódulo vesical y resección del epiplón residual. La anatomía patológica informó metástasis de ovario en colon, epiplón y un nódulo inflamatorio en la vejiga.

Un año más tarde presentó una adenopatía sobre arteria mesentérica inferior por lo que se realizó una nueva cirugía. La anatomía patológica confirmó nuevamente metástasis de adenocarcinoma de ovario.

Ocho años más tarde, presentó episodios de suboclusión intestinal por lo que realizó una videocolonoscopia en la que se halló una lesión que ocupaba el 90% de la luz a 15 cm del margen anal, cuya biopsia informó mucosa colónica normal. Los marcadores tumorales CEA, CA 19-9 y CA 125 fueron normales. La RNM evidenció una lesión sobre la pared del colon con presencia de adenopatías en mesorrecto. Se realizó una nueva laparotomía con resección de tumor de 5 cm en la unión recto-sigmoidea, con anastomosis primaria a 7 cm del margen anal. La anatomía patológica informó metástasis de carcinoma seroso de alto grado de ovario, con 2/14 ganglios positivos. La inmunomarcación mostró positividad para CK7, p16, PAX-8, WT1 y receptores de estrógeno y progesterona, y negatividad para CK20, p63 y cromogranina (Fig. 3).

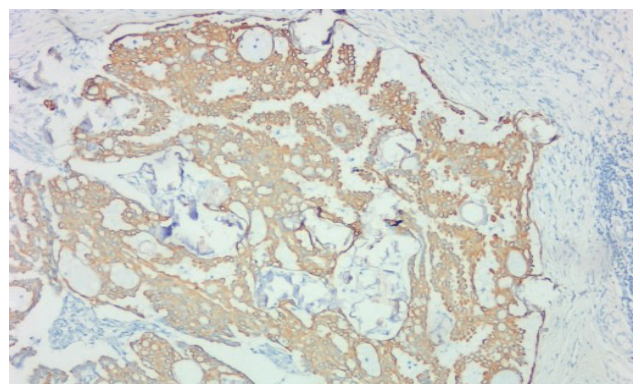


Figura 3: Caso 2. Inmunomarcación de la lesión metastásica. CK7 positivo.

Se indicó adyuvancia con paclitaxel y carboplatino, aunque debió suspender el tratamiento por leucopenia severa.

Meses más tarde, se realizó una tomografía con emisión de positrones (PET-TC) en la que se evidenciaron dos nódulos en región posterobasal de pulmón derecho, por lo que se realizó una lobectomía por videotoracoscopia. Nuevamente, la anatomía patológica confirmó que se trataba de metástasis de adenocarcinoma de ovario.

En el control alejado a 36 meses la paciente no presenta evidencia de recurrencia.

DISCUSIÓN

El carcinoma epitelial de ovario representa del 85 al 90% de los tumores malignos de ovario. Tiende a diseminarse por invasión directa, generando en ocasiones carcinomatosis peritoneal, lo que muchas veces lleva a la muerte por ascitis y obstrucción intestinal. Las metástasis por diseminación vascular son menos frecuentes (16%) y los órganos afectados suelen ser: pleura (33%), hígado (26%), pulmón (15%) y bazo.^o

Las metástasis solitarias en el colon corresponden al 1% de los tumores colorrectales. A menudo se diagnostican en pacientes con neoplasia procedente de pulmón, ovario, mama, próstata, riñón y melanoma. Las del ovario representan entre el 4 y el 6% de los casos y son más frecuentes en colon izquierdo, aunque han sido observadas también en el ciego.³⁻⁵

Las metástasis del colon se clasifican de acuerdo a la vía de diseminación en hemáticas, linfáticas y por contiguidad (implantes peritoneales). En este último caso, inicialmente se afecta la serosa del colon, seguida de infiltración de la pared muscular y finalmente de la mucosa. Las formas embólicas son extremadamente raras y ocurren por vía hemática o linfática. Zigelboim et al.⁶ informaron un caso de recurrencia de carcinoma epitelial de ovario como una lesión intestinal intraluminal, de forma polipoidea con preservación de la serosa; en consecuencia, el origen fue considerado como hematógeno por embolización en la red submucosa.

En los casos presentados, el mecanismo fisiopatológico de las metástasis fue la invasión peritoneal. La anatomía patológica confirmó la invasión de la pared colónica desde la serosa y subserosa sin compromiso mucoso.

Habitualmente, el periodo entre el diagnóstico del cáncer primario de ovario y el desarrollo de la metástasis colónica oscila entre 1 y 22 años con mediana de 9 años, siendo la edad promedio de 58,8 años.^{3,4} En nuestros casos, el intervalo libre de enfermedad fue muy prolongado lo que puede hacer que el diagnóstico sea más dificultoso. En la primera paciente el intervalo libre de enfermedad fue de 20 años, mientras que

en la segunda, luego de una metástasis en colon a los 3 años, el intervalo libre de recurrencia fue de 8 años.

La forma de presentación es similar a la del cáncer colorrectal. El antecedente de tratamiento por cáncer de ovario, independientemente del tiempo de evolución, debe hacer pensar en metástasis. La visualización directa durante la colonoscopia contribuye a la sospecha si existe lesión protuberante con la mucosa indemne.⁴

Los marcadores tumorales (CEA, CA 19-9 y CA 125) pueden ser útiles, aunque de ser normales no descartan la sospecha de metástasis.⁷ Las imágenes pueden orientar al diagnóstico, como lo observado en nuestras pacientes.

La distinción histológica entre adenocarcinoma primario de colon y metastásico de ovario puede resultar difícil. Los estudios inmunohistoquímicos de CK7 y CK20 son de ayuda. En el estudio de Loy et al.,⁷ un inmunofenotipo CK7 positivo/CK20 negativo fue 100% específico para diferenciar un carcinoma de ovario primario de un carcinoma de colon metastásico. Un inmunofenotipo CK7 negativo/CK20 positivo fue 99% específico para diferenciar un carcinoma de colon metastásico de uno ovárico. Aunque son menos específicas que la inmunotinción de CK, la positividad para CA-125, receptores de estrógeno y progesterona favorecen un carcinoma de ovario primario. Por el contrario, la positividad para MUC2 y CDX2 favorece un cáncer de colon primario.

La cirugía de citorreducción es el tratamiento usual en el cáncer avanzado de ovario, y, apoyados en este criterio, las metástasis solitarias han sido tratadas mediante resección segmentaria. Sin embargo, O'Hanlan et al.⁸ estudiaron 100 pacientes con resecciones intestinales por cáncer de ovario. Llamativamente, de los 33 pacientes resecados con mesenterio, el 70% tenían ganglios positivos. En ambos casos presentados hubo invasión ganglionar positiva, por este motivo, consideramos que el tratamiento debe incluir al menos 5 cm de resección longitudinal, tal como lo mencionan estos autores.

La supervivencia global del cáncer de ovario con metástasis en colon puede ser aceptable. Los resultados del estudio DESKTOP III demostraron una mayor supervivencia global cuanto mayor fue el intervalo hasta la primera recurrencia, en pacientes aleatorizadas a cirugía citorreductora secundaria. El beneficio en supervivencia se observó únicamente en aquellas con resección completa del tumor. En la actualidad, la selección adecuada de pacientes es fundamental, priorizando aquellas con alta probabilidad de lograr una resección completa. Entre los principales predictores de resecabilidad se incluyen: intervalo libre de platino >6 meses, buen estado general, resección completa en la cirugía inicial, ausencia de gran volumen ascítico (>500 mL), ausencia de lesiones irreseccables en las imágenes y ausencia de contraindicaciones quirúrgicas.⁹

CONCLUSIONES

Las metástasis solitarias y tardías del cáncer de ovario en colon y recto son infrecuentes incluso muchos años después del tratamiento inicial y requieren un alto índice de sospecha clínica. La colonoscopia, tomografía y resonancia magnética permiten identificar lesiones con características particulares, diferenciables del cáncer colorrectal primario. La inmunohistoquímica cumple un papel diagnóstico fundamental. En pacientes seleccionadas, la resección completa con linfadenectomía locoregional, seguida de tratamiento adyuvante, ofrece el mejor control oncológico y supervivencia prolongada.

Contribuciones: JIP: Investigación bibliográfica y actualización del tema.

JPS: Desarrollo y estudio de piezas de anatomía patológica.

RGI: Gestión y desarrollo de datos de pacientes.

YZ: Diseño, redacción y compaginación.

AMM: Asesoramiento científico y revisión.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Pitaco JI: <https://orcid.org/0000-0002-8450-0488>

Santilli JP: <https://orcid.org/0000-001-8165-2171>

Zavaleta YM: <https://orcid.org/0009-0004-5101-9024>

Minetti AM: <https://orcid.org/0000-0003-1235-6904>

REFERENCIAS

1. Reid BM, Permeth JB, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer Biol Med.* 2017;14(1):9-32.
2. Mitra A. Ovarian cancer metastasis: a unique mechanism of dissemination. In: Xu K, ed. *Tumor Metastasis.* InTech; 2016:115-36.
3. Bhange SA, Bhansali M, Shaikh T, Ajgaonkar U. Colonic metastases 13 years after the primary ovarian cancer. *BMJ Case Rep.* 2019;12(7):e230127.
4. Aqsa A, Droubi S, Amarnath S, Haddad F, Deeb L. Colorectal Metastasis from Ovarian Neoplasm Mimicking Primary Colon Cancer. *Case Rep Gastroenterol.* 2021;15(1):41-46.
5. Slimani KA, Debbagh A, Torreis M, Sbitti Y, Errihani H, Ichou M. An Unusual Case of Rectal Metastasis from Ovarian Cancer. *Austin J Clin Case Rep.* 2016;3(4):1099.
6. Zigelboim I, Broaddus RR, Ramirez PT. Atypical sigmoid metastasis from a high-grade mixed adenocarcinoma of the ovary. *Gynecol Oncol.* 2004;94(3):850-3.
7. Loy TS, Calaluce RD, Keeney GL. Cytokeratin immunostaining in differentiating primary ovarian carcinoma from metastatic colonic adenocarcinoma. *Mod Pathol.* 1996;9(11):1040-4.
8. O'Hanlan KA, Kargas S, Schreiber M, Burrs D, Mallipeddi P, Longacre T, et al. Ovarian carcinoma metastases to gastrointestinal tract appear to spread like colon carcinoma: implications for surgical resection. *Gynecol Oncol.* 1995 Nov;59(2):200-6.
9. Colombo N, Sessa C, du Bois A, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, et al. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Ann Oncol.* 2019;30(5):672-705.

Procedimiento de Malone en un adulto joven con incontinencia fecal secundaria a traumatismo pélvico severo

María E. Durán¹, Santiago Bertone², Ricardo Mentz³, Juan P. Campana³

Servicio de cirugía general, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

¹ Residente de cirugía

² Cirujano especialista en paredes abdominales

³ Cirujano especialista en coloproctología

Para citar:

Durán ME, Bertone S, Mentz R, et al. Procedimiento de Malone en un adulto joven con incontinencia fecal secundaria a traumatismo pélvico severo. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):16-18. doi:10.46768/1e4g4t21

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/1e4g4t21>

Recibido: 28-07-2025

Aceptado: 02-09-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

María Eugenia Durán:

eugenia.duran@hospitalitaliano.org.ar

Palabras clave: Irrigación colónica anterógrada, procedimiento de Malone, incontinencia fecal
Keywords: Antegrade continence enema, Malone Procedure, Fecal Incontinence

INTRODUCCIÓN

La incontinencia anal es un trastorno que afecta significativamente la calidad de vida. En pacientes con alteración irreversible de la función esfinteriana, la irrigación colónica anterógrada puede mejorar significativamente los resultados funcionales. La cirugía de Malone, también conocida como MACE (sigla en inglés de *Malone Antegrade Continence Enema*), fue descrita por primera vez en 1990 por Paul Malone. El procedimiento original combinaba el principio de un enema colónico anterógrado para lavado del colon, con la formación de un conducto continente que pudiera fácilmente ser cateterizado a través de la pared abdominal.¹ Inicialmente, fue propuesto para niños con incontinencia fecal severa secundaria a malformaciones anorrectales congénitas o espina bífida (mielomeningocele), aunque posteriormente sus indicaciones se han extendido a otras patologías como el estreñimiento funcional, inclusive en adultos. Ofrece un enfoque alternativo para aquellos que han fracasado con los tratamientos convencionales y preferirían evitar una ostomía definitiva.²

El objetivo de esta presentación es comunicar la utilización del procedimiento de Malone como una alternativa quirúrgica válida para el manejo de la incontinencia anal en el adulto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un hombre de 28 años con disfunción del complejo esfinteriano, secuela de un grave traumatismo pélvico por accidente de moto de alto impacto. El paciente había sido sometido a múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales y traumatológicas por una lesión compleja de la pelvis, incluida la realización de un colgajo perineal y la creación de una colostomía. Al examen físico se constató una eventración paracolostómica. La evaluación proctológica reveló una cicatriz en la región anal, con atonía completa del esfínter y protrusión de la mucosa rectal (Fig. 1A). Durante el tacto rectal, el paciente contraía los glúteos, pero no había respuesta esfinteriana. No se pudo realizar la manometría anorrectal, porque el paciente no logró contener el sensor.

La tomografía computada mostró una eventración mediana con contenido grueso e intestinal y la colostomía izquierda en fosa ilíaca. La resonancia magnética nuclear evidenció atrofia e hipotrofia del complejo muscular esfinteriano y del elevador del ano, tejido fibroso en la fosa isquiorrectal izquierda y cambios en la señal del complejo esfinteriano del lado izquierdo, sugestivos de denervación. También se observó asimetría en ambas fosas isquiorrectales con atrofia de los músculos glúteos izquierdos (Fig. 1B).

El examen bajo anestesia reveló fibrosis desde hora 12 a hora 3, palpación del esfínter anal interno desde hora 3 a hora 10, ectropion de la mucosa del canal anal y ausencia de lesiones endoluminales en la anoscopia.

En base a los hallazgos, se decidió realizar una cirugía conjunta entre los equipos de coloproctología y de pared abdominal.

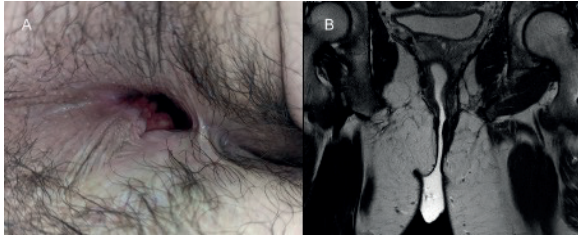


Figura 1: Estado preoperatorio del paciente. A. Defecto severo de la anatomía esfinteriana con ausencia del esfínter externo y cicatriz fibrosa retráctil entre horas 3 y 6. B. Resonancia magnética que evidencia fibrosis completa del esfínter externo y atrofia muscular.

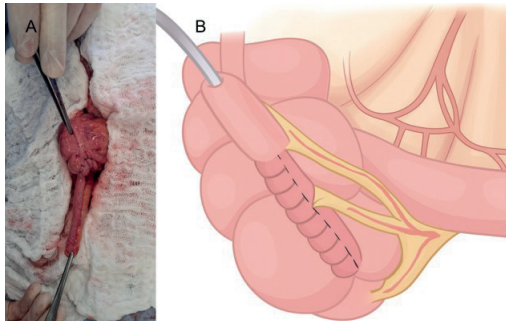


Figura 2: Técnica de Malone. A. Imagen intraoperatoria del apéndice cecal preparado para su exteriorización y plicatura del ciego en su base, que actúa como válvula antirreflujo. B. Esquema ilustrado que muestra la plicatura del ciego alrededor del apéndice para conformar un conducto continente.

El procedimiento incluyó la reconstrucción del tránsito intestinal, la eventroplastia y la técnica de Malone como alternativa terapéutica de la incontinencia anal, para evitar una colostomía definitiva y mejorar así la calidad de vida del paciente.

Como parte de la técnica de Malone, se realizó la plicatura de la base cecal, buscando crear un reservorio continente y prevenir el reflujo (Fig. 2). Se disecó cuidadosamente el mesoapéndice, preservando los vasos apendiculares para asegurar la viabilidad del apéndice, un paso crucial para el éxito a largo plazo de la técnica. Además, se exteriorizó el apéndice cecal a través de una incisión en la fosa ilíaca derecha, fijándolo a la piel. Posteriormente, se realizó la pexia del ciego al peritoneo parietal para prevenir la rotación o torsión del ciego. (Figs. 3 y 4).

El paciente evolucionó favorablemente, con una estancia hospitalaria de solo 5 días. En la evolución alejada, realiza un lavado cada 2 o 3 días y presenta una adecuada sensibilidad tanto para líquidos como para gases, sin escurrimiento y con una excelente calidad de vida.

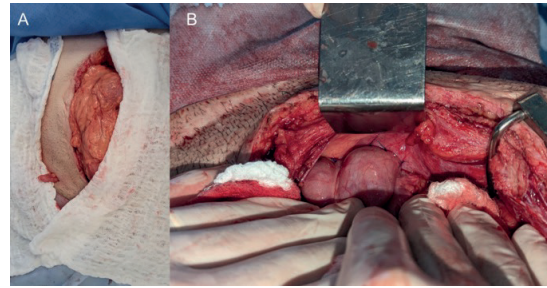


Figura 3: Técnica de Malone. A. Exteriorización del apéndice cecal por fosa iliaca derecha. B. Pexia del ciego a la pared abdominal, luego de la exteriorización apendicular que evita rotaciones y filtraciones hacia la cavidad abdominal.



Figura 4: Técnica de Malone. Aspecto postoperatorio del abdomen mostrando el apéndice cecal exteriorizado en fosa iliaca derecha, con la sonda de irrigación colocada.

DISCUSIÓN

El enema de continencia anterógrada es un ostoma colónico proximal que permite el lavado anterógrado del colon para el tratamiento de la incontinencia fecal y el estreñimiento funcional. En su descripción original, la técnica combina los principios del lavado colónico anterógrado con el canal cateterizable antirreflujo de Mitrofanoff, para crear un ostoma colónico continente que permite un vaciado colónico completo y evita la incontinencia.³

La cirugía de Malone ha demostrado ser una alternativa válida para el tratamiento de la incontinencia debido a disfunción del esfínter anal al permitir la instauración de un régimen de lavados intestinales mediante a través del apéndice. Este procedimiento, no requiere una colostomía permanente y puede restaurar en cierta medida la continencia en pacientes seleccionados.

La guía 2023 de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS 2023) propone un abordaje escalonado para la incontinencia fecal que incluye medidas conservadoras, terapias mínimamente invasivas y opciones quirúrgicas. La neuromo-

dulación sacra (SNS) es la alternativa con mejor evidencia de eficacia y seguridad a largo plazo.⁴ Si bien inicialmente se consideraba que la integridad del esfínter era necesaria, estudios posteriores demostraron que también puede ser eficaz en presencia de defectos parciales. Como detalla la guía ASCRS 2023 se ha reportado éxito de la SNM en pacientes con defectos esfinterianos de hasta 120 grados. Nuestro paciente no tenía fibras viables en todo el hemiano izquierdo lo que hacía muy poco probable una respuesta adecuada a esta técnica. La guía también destaca la utilidad de la irrigación transanal, particularmente en pacientes con disfunción neurogénica o tránsito intestinal alterado, aunque su aplicación se ve limitada en anatomías severamente comprometidas. Por otro lado, la colostomía definitiva continúa siendo una opción segura y eficaz para controlar la incontinencia, pero con un impacto psicosocial considerable, especialmente en adultos jóvenes. Finalmente, el procedimiento de Malone constituye una alternativa quirúrgica destinada a generar continencia mediante la creación de un acceso para irrigación anterógrada. En el caso presentado, esta técnica ofreció una solución funcional que permitió alcanzar continencia y evitar la necesidad de una colostomía definitiva.

La bibliografía respalda que el procedimiento de Malone representa una opción eficaz para pacientes con incontinencia fecal secundaria a trauma o disfunción intestinal, con mejoras sustanciales en la calidad de vida tanto en población pediátrica como adulta. En niños con tránsito intestinal lento o disfunción intestinal neuropática, estudios como el de Bani-Hani et al.,⁵ con 236 pacientes con una mediana de seguimiento de 50 meses, reportaron una alta tasa de éxito, logrando la continencia en el 94 % de los casos, con una tasa de revisión quirúrgica del 17 % y alta tasa de satisfacción general. Hoekstra et al.⁶ documentaron que el 86 % de los niños y sus familias estaban satisfechos con los resultados, con una notable reducción en los episodios de incontinencia tras la intervención. Asimismo, Yerkes et al.⁷ reportaron una satisfacción del 89 %, con mejoras significativas en la higiene personal, la integración social y la autonomía del paciente, logrando una continencia fecal completa o casi completa en el 77%.

En adultos con enfermedad neurogénica intestinal, Teichman et al.⁸ comunicaron que el 83 % (n = 6) de los pacientes se sentían satisfechos con el resultado y calificaron su calidad de vida como superior tras el procedimiento. Además, la revisión sistemática de Patel et al.,² que incluyó 15 estudios con un total de 374 pacientes adultos, concluyó que el enema de continencia anterógrado constituye una alternativa terapéutica segura, eficaz y bien tolerada para el tratamiento tanto de la incontinencia fecal como del estreñimiento funcional, con mejoras clínicas consistentes y un perfil aceptable de satisfacción.

En conjunto, estos datos brindan un respaldo contundente al procedimiento de Malone no solo para lograr control de la continencia en porcentajes elevados sino para mejorar la autonomía, reducir el impacto psicosocial y elevar la satis-

facción del paciente y su familia en distintos rangos etarios y etiologías clínicas. Por ello, en pacientes seleccionados, especialmente aquellos refractarios a otras alternativas o que rechazan la ostomía definitiva, el procedimiento de Malone debería contemplarse como una opción válida y potencialmente transformadora.

CONCLUSIONES

El presente caso destaca la relevancia de la cirugía de Malone como una opción terapéutica en la población joven con incontinencia anal. Proporciona evidencia sobre la importancia de personalizar las estrategias quirúrgicas para mejorar la calidad de vida. Este procedimiento debe considerarse una alternativa válida en pacientes seleccionados que han fracasado con tratamientos convencionales y buscan evitar una ostomía definitiva.

Contribuciones: MED: recopilación y organización de datos clínicos, investigación, redacción del borrador original; SB y RM: revisión y edición; JPC: investigación, redacción final y edición, supervisión.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Durán ME: <https://orcid.org/0009-0000-7315-9344>

Bertone S: <https://orcid.org/0000-0003-4349-0793>

Mentz R: <https://orcid.org/0000-0002-6746-8869>

Campana JP: <https://orcid.org/0000-0002-0420-5906>

REFERENCIAS

- Graf JL, Strear C, Bratton B, Housley HT, Jennings RW, Harrison MR, et al. The antegrade continence enema procedure: a review of the literature. *J Pediatr Surg.* 1998;33(8):1294-6.
- Patel AS, Saratzis A, Arasaradnam R, Harmston C. Use of Antegrade Continence Enema for the Treatment of Fecal Incontinence and Functional Constipation in Adults: A Systematic Review. *Dis Colon Rectum.* 2015;58(10):999-1013.
- Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. *Lancet.* 1990;336(8725):1217-8.
- Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, Steele SR, Rafferty JF. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2023;66(6):663-687.
- Bani-Hani AH, Cain MP, Kaefer M, Meldrum KK, King S, Johnson CS, et al. The Malone antegrade continence enema: single institutional review. *J Urol.* 2008;180(3):1106-10.
- Hoekstra LT, Kuijper CF, Bakx R, Heij HA, Aronson DC, Benninga MA. The Malone antegrade continence enema procedure: the Amsterdam experience. *J Pediatr Surg.* 2011;46(8):1603-8.
- Yerkes EB, Cain MP, King S, Brei T, Kaefer M, Casale AJ, et al. The Malone antegrade continence enema procedure: quality of life and family perspective. *J Urol.* 2003;169(1):320-3.
- Teichman JM, Zabihi N, Kraus SR, Harris JM, Barber DB. Long-term results for Malone antegrade continence enema for adults with neurogenic bowel disease. *Urology.* 2003;61(3):502-6.

Lipoma rectal que simula un prolapso rectal: reporte de un caso y revisión de la literatura

Nicolás Betancur García¹, Bryam F. Holguín Muñoz², Cristian H. Higuera Rendon², Alejandro Londoño Amariles²

Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia

¹Coloproctologist

²Medical Student

Para citar:

Betancur García N, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendon CH, et al. Lipoma rectal que simula un prolapso rectal: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):19-21. doi:10.46768/4h2w0044

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/4h2w0044>

Recibido: 21-08-2025

Aceptado: 24-09-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Alejandro Londoño Amariles:
Alejandro.londono2@utp.edu.com

RESUMEN

Introducción: El lipoma rectal es una neoplasia benigna extremadamente rara que puede simular un prolapso rectal, representando solo el 3.4% de todos los lipomas colónicos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 69 años que consultó por un prolapso rectal irreductible, identificado posteriormente como un lipoma multilobulado de 8 x 8 cm. La resección quirúrgica transanal confirmó el diagnóstico mediante análisis histopatológico.

Resultados: La paciente cursó con una adecuada evolución postoperatoria, sin reingresos.

Conclusión: Los lipomas colorrectales, especialmente en el recto, son inusuales y pueden presentar complicaciones como necrosis y sangrado, requiriendo un diagnóstico diferencial preciso y una intervención quirúrgica oportuna.

Palabras clave: lipoma, neoplasia del recto, prolapso rectal, cirugía colorrectal, recto

ABSTRACT

Introduction: Rectal lipoma is an extremely rare benign neoplasm that can simulate rectal prolapse, accounting for only 3.4% of all colonic lipomas. **Case report:** We present the case of a 69-year-old female patient who consulted for an irreducible rectal prolapse, subsequently identified as an 8 x 8 cm multilobulated lipoma. Transanal surgical resection confirmed the diagnosis by histopathological analysis. **Results:** The patient had an adequate postoperative evolution, with no readmissions. **Conclusions:** Colorectal lipomas, especially in the rectum, are unusual and may present complications such as necrosis and hemorrhage, requiring an accurate differential diagnosis and timely surgical intervention.

Keywords: lipoma, rectal neoplasia, rectal prolapse, colorectal surgery, rectum

INTRODUCCIÓN

El prolapso hemorroidal y el prolapso rectal son condiciones frecuentes con un diagnóstico y abordaje terapéutico específico. Con menor incidencia, otras lesiones como los lipomas rectales también pueden prolapsar a través del ano, en cuyo caso se requiere una alta sospecha clínica para un adecuado tratamiento.

Los lipomas son tumores benignos de tejidos blandos compuestos por adipocitos maduros. En 1957 Bauer describió por primera vez este tumor en el tracto digestivo, el cual macroscópica y radiológicamente es indistinguible del tejido adiposo normal, por lo que el estándar de oro para el diag-

nóstico es el análisis histopatológico. Los lipomas colónicos son relativamente raros, su incidencia en la literatura se reporta entre el 0,035 y el 4,4%,^{1,2} predominando en el colon derecho. El lipoma rectal es aún más raro, representando el 3,4% de todos los lipomas colónicos.³ Son más comunes en adultos entre los 40 y 59 años y tienen una predominancia femenina.⁴ El objetivo de esta publicación es reportar un caso de lipoma rectal prolapsado, que simulaba un prolapso rectal y discutir sobre las múltiples entidades que obligan a considerar ese diagnóstico diferencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 69 años, quien consulta a la unidad de urgencias por un cuadro clínico de 3 horas de evolución, que impresiona un prolapso rectal irreductible a las maniobras digitales (Fig. 1A), sin síntomas asociados ni signos de isquemia o necrosis, acompañado de rectorragia de corta evolución.

En este contexto, la paciente es evaluada por el cirujano de colon y recto, quien al examen físico observa una masa de aspecto amarillento indurada, friable, irreductible, sin presencia de moco ni un orificio central, descartando la posibilidad de que dependa de la mucosa rectal (Fig. 1B). Al realizar el tacto rectal, se encuentra un pedículo grueso que impresiona depender de la capa muscular y no infiltra el esfínter anal. Por lo anterior, se considera necesaria la resección quirúrgica.

Se realiza un abordaje transanal, donde se evidencia una lesión tumoral de 8 x 8 cm protruida por el canal anal, multilobulada y con un único pedículo grueso aparentemente dependiente de la capa muscular (Fig. 2A).



Figura 1: Lipoma de recto. A. Lesión que prolapsa a través del ano, de coloración amarillenta, multilobulada, de aproximadamente 8 x 8 cm. B. Se observa un pedículo no dependiente de la mucosa rectal.

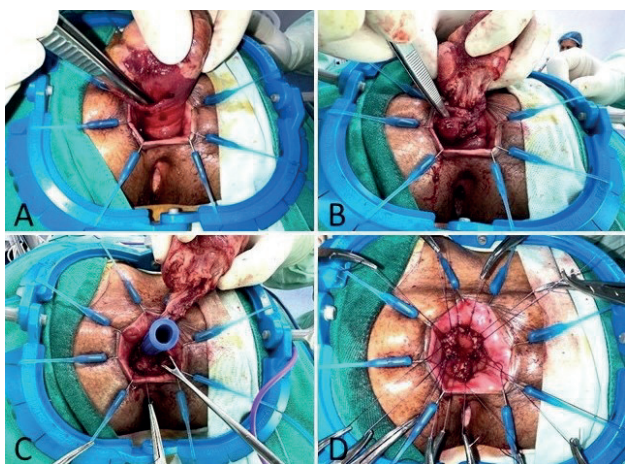


Figura 2: Exéresis de lipoma rectal por vía endoanal. A. Lesión pediculada dependiente de la capa muscular rectal, se observa una pinza de disección en la luz rectal. B. Se inicia la disección liberando la mucosa de la capa muscular del recto, identificando la luz rectal con una pinza de disección. C. Tutorización de la luz rectal con una sonda para evitar su cierre. D. Anastomosis de la mucosa rectal.

Se considera imposible reseccionar la lesión con sutura mecánica por el riesgo de ocluir la luz del recto de manera iatrogénica. Por tal razón, durante todo el procedimiento, se tutoriza la luz rectal con una sonda o una pinza de disección y se disecciona la lesión liberando la mucosa de la muscular del recto hasta reseccionar el tumor (Figs. 2B y 2C), realizando el cierre de la mucosa rectal (Fig. 2D) con puntos separados de Vicryl 3-0. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones y se otorgó el egreso hospitalario al quinto día.

El estudio histopatológico reportó una neoplasia benigna compuesta por adipocitos maduros en una trama fibrovascular laxa, compatible con un lipoma (Fig. 3).



Figura 3: Pieza de resección. Lesión multilobulada de color amarillo y superficie suave al corte.

DISCUSIÓN

Los lipomas colorrectales se definen como tumores benignos no epiteliales de origen mesenquimal, cuyo potencial maligno es muy bajo. Histológicamente, son depósitos esféricos de tejido adiposo maduro en la pared intestinal, rodeados por una cápsula fibrótica. Se clasifican en tipo submucoso, subseroso, intramuscular y mixto. El submucoso es el tipo patológico más importante y prevalente,⁵ encontrándose hasta en un 90% de los casos.^{4,6} Macroscópicamente se distinguen por una superficie suave y lisa cubierta por una mucosa de color amarillo. Generalmente, este tipo de lipoma es <2cm, sésil o pediculado.

Los lipomas colónicos predominan en el colon derecho, que representa del 65 al 75% de todos los casos.⁷ En el recto son extremadamente raros. En un análisis de 18 años realizado en 17 pacientes con lipomas colorrectales, solo tres presentaron lipoma rectal.⁸ En otro análisis de 10 años realizado en la Clínica Mayo, sobre 91 pacientes con lipomas colorrectales, no se reportó ningún lipoma rectal.⁹ El prolapso del lipoma rectal a través del ano es más raro aún, solo se han reportado pocos casos en la literatura y hasta el momento ninguno en Colombia, lo que hace interesante este caso clínico.

El lipoma del recto o colon sigmoidees puede prolapsar fuera del ano durante el acto defecatorio y reducirse de manera

espontánea o con maniobras manuales. En ocasiones puede producirse un prolapso agudo irreductible, como es el caso de nuestra paciente. La mucosa del lipoma puede presentar congestión y edema, erosión focal, ulceración⁵ e incluso puede actuar como una incarceration llevando a isquemia y necrosis.¹⁰ Deben considerarse los diagnósticos diferenciales con otras lesiones que prolapsan a través del ano, entre ellas el prolapso mucoso o completo del recto, el prolapso hemorroidal, los pólipos rectales prolapsados y, por otra parte, con otras lesiones como la trombosis hemorroidal y el tumor de Buschke-Lowenstein, causado por el virus del papiloma humano. La colonoscopia es un medio importante para diagnosticar lipomas colorrectales. La mayoría de los lipomas aparecen como unas lesiones blandas, recubiertas de mucosa normal lisa, con cápsula intacta, móviles y deformables, con o sin pedículo y, ocasionalmente, presentan vasos sanguíneos. Aunque se han desarrollado diferentes técnicas endoscópicas consideradas como un adelanto importante en la endoscopia diagnóstica actual¹⁰ como la endoscopia con imagen de banda estrecha, y otras técnicas de visualización citológica in vivo como la endomicroscopía láser confocal, el análisis histopatológico continúa siendo el *gold standard* diagnóstico para estas lesiones. Por otra parte, existen ayudas diagnósticas como el examen con enema de bario, la ultrasonografía endoscópica, la tomografía computarizada (TC) abdominalopélvica y la resonancia nuclear magnética (RNM). El tratamiento de los lipomas que prolapsan a través del ano es inminentemente quirúrgico, por la sintomatología y las complicaciones que pueden desencadenar como necrosis, ulceración y sangrado.

Li Jiang et al.¹¹ consideran que la extirpación quirúrgica debería ser la opción preferida para las siguientes indicaciones: 1) diámetro >4 cm, con apariencia sésil o pedículo limitado; 2) diagnóstico preoperatorio incierto; 3) síntomas y signos significativos, especialmente la aparición de intususcepción; 4) compromiso de la capa muscular o serosa y 5) lesión que no puede ser resecada radicalmente bajo colonoscopia.

CONCLUSIÓN

Los lipomas de recto que prolapsan a través del ano son infrecuentes y requieren una resolución quirúrgica pronta por

el riesgo de necrosis, ulceración y/o sangrado. Se deben conocer los diferentes diagnósticos diferenciales de las lesiones prolapsantes, ya que no todas tienen igual manejo diagnóstico y terapéutico.

Contribuciones: *Conceptualización:* Betancur García N, Londoño Amariles A, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendón CH; *Recopilación de datos:* Betancur García N; *Administración de proyectos:* Londoño Amariles A; *Supervisión:* Betancur García N; *Redacción:* Betancur García N, Londoño Amariles A, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendón CH; *Escritura:* Betancur García N, Londoño Amariles A, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendón CH.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Betancur García N: <https://orcid.org/0000-0001-7542-157X>

Holguín Muñoz BF: <https://orcid.org/0000-0001-5930-0217>

Higuera Rendón CH: <https://orcid.org/0000-0003-0979-0814>

Londoño Amariles A: <https://orcid.org/0000-0003-2541-2434>

REFERENCIAS

- Ghanem OM, Slater J, Singh P, Heitmiller RF, DiRocco JD. Pedunculated colonic lipoma prolapsing through the anus. *World J Clin Cases.* 2015;3:457-61.
- Panagiotakis GI, Andreou AG, Petrakis IE, Tzardi M, Daskalogiannaki M, Chalkiadakis GE. Laparoscopic resection of a sigmoid colon lipoma in a young female patient: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2017;13:1303-6.
- Roknsharif S, Ricci Z, Kobi M, Huo E, Yee J. Colonic lipomas revisited on CT colonography. *Abdom Radiol (NY).* 2022;47:1788-97.
- Kose E, Cipe G, Demirgan S, Oguz S. Giant colonic lipoma with prolapse through the rectum treated by external local excision: A case report. *Oncol Lett.* 2014;8:1377-9.
- Gao W, Zhang K, You F. A case report and literature review of rectal lipoma. *Medicine (United States).* 2023;102:E34429.
- Kouritas VK, Baloyiannis I, Koukoulis G, Mamaloudis I, Zacharoulis D, Efthimiou M. Spontaneous expulsion from rectum: A rare presentation of intestinal lipomas. *World Journal of Emergency Surgery.* 2011;6:1-5.
- Ozen O, Guler Y, Yuksel Y. Giant colonic lipoma causing intussusception: CT scan and clinical findings. *Pan Afr Med J.* 2019;32:1937-8688.
- Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large-bowel lipomas-presentation and management. An 18-year study. *Acta Chirurg Eur J Surg.* 1991;157:51-5.
- Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas - Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum.* 1987;30:888-93.
- Liz A, Castro Á, Escuder Rébora J, Viola Malet M. Lipoma de recto prolapsado e incarceration: caso clínico y análisis de la literatura. *Rev Cir Uru.* 2023;7.
- Jiang L, Jiang LS, Li FY, Ye H, Li N, Cheng NS, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:5664-7.

Cierre primario sin derivación en trauma rectal extraperitoneal: reporte de caso y revisión de la literatura

Liceth J. Rojas¹, Carmen Santos García², Ernesto González Ballen³, Diana C. Navarro Pimiento³

Hospital Santa Clara y Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia

¹ Cirujana General. Hospital Santa Clara

² Residente de Cirugía General. Universidad el Bosque

³ Médico General. Universidad el Bosque

Para citar:

Rojas LJ, Santos García C, González Ballen E, et al. Cierre primario sin derivación en trauma rectal extraperitoneal: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):22-25
doi:10.46768/q0gb6r28

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista:
<https://doi.org/10.46768/q0gb6r28>

Recibido: 15-09-2025

Aceptado: 25-02-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.
Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Diana Camila Navarro Pimiento:
dnavarrop@unbosque.edu.co
Contacto +573017292190
Calle 42 22-29
Bogotá, Colombia

RESUMEN

A partir de las experiencias quirúrgicas adquiridas en épocas de guerra, se conoce información respecto al abordaje inicial y el tratamiento del trauma de recto. Con el fin de optimizar el manejo, el trauma se categoriza según se trate de lesiones intraperitoneales o extraperitoneales.

El objetivo de este artículo es evaluar el papel y el posible beneficio de la derivación fecal mediante colostomía en el manejo del trauma rectal, a través de la presentación de un caso clínico y una revisión de la literatura. Se presenta el caso de un paciente masculino que acudió al servicio de urgencias tras sufrir una herida penetrante en la región glútea izquierda causada por un arma cortopunzante. Se realizó reparación primaria por vía endoanal sin colostomía, colocación de drenaje y administración de antibióticos de amplio espectro y loperamida. La evolución fue favorable, sin complicaciones.

La evidencia actual sugiere que la indicación de colostomía en el trauma rectal extraperitoneal debe individualizarse según la gravedad y la extensión de la lesión. En casos seleccionados, con lesiones no destructivas, puede evitarse la derivación fecal sin incremento significativo en la morbimortalidad.

Palabras clave: trauma rectal, lesiones extraperitoneales, colostomía, cierre primario

ABSTRACT

Based on surgical experience gained during wartime, information exists regarding the initial approach and treatment of rectal trauma. To optimize management, trauma is categorized as intraperitoneal or extraperitoneal.

The objective of this article is to evaluate the role and potential benefit of fecal diversion via colostomy in the management of rectal trauma, through the presentation of a clinical case and a review of the literature. We present the case of a male patient who presented to the emergency department after suffering a penetrating wound to the left gluteal region caused by a sharp weapon. Primary repair was performed endoanally without colostomy, with placement of a drain and administration of broad-spectrum antibiotics and loperamide. The outcome was favorable, without complications.

Current evidence suggests that the indication for colostomy in extraperitoneal rectal trauma should be individualized according to the severity and extent of the injury. In selected cases with non-destructive injuries, fecal diversion can be avoided without a significant increase in morbidity or mortality.

Keywords: rectal trauma, extraperitoneal injuries, colostomy, primary closure

INTRODUCCIÓN

El abordaje y manejo de las lesiones causadas por un trauma de recto han sido variables y dinámicos en el tiempo. Desde la guerra civil norteamericana se estableció un manejo expectante, el cual se asociaba con una mortalidad cercana al 100 %.¹ Posteriormente, durante la Primera Guerra Mundial, comenzaron a realizarse intervenciones quirúrgicas, principalmente con reparo primario, lo que permitió reducir la mortalidad a cifras entre el 60% y el 90 %.²

En la Segunda Guerra Mundial se incorporó la derivación fecal mediante colostomía, lo que disminuyó la mortalidad al 30-40%. Durante las guerras de Vietnam y Yugoslavia, se añadieron el lavado rectal distal y la cirugía de control de daños, obteniendo un descenso de la mortalidad hasta aproximadamente el 8%.²

Estas estrategias se extrapolaron posteriormente al manejo del trauma de recto en el ámbito civil; sin embargo, el tratamiento

continúa siendo controvertido. Existen diferentes abordajes y clasificaciones de las lesiones en función de su manejo. Para O'Donnell et al.³ existen cuatro principios básicos que deben considerarse al establecer el tratamiento: derivación fecal (ileostomía o colostomía), drenaje presacro, reparación primaria e irrigación distal rectal conocidos como las “cuatro Ds”. En los últimos años, la relevancia individual de estos 4 principios ha sido cuestionada.⁴

La Asociación Estadounidense de Cirugía del Trauma (AAST, por su sigla en inglés), para el trauma rectal recomienda la clasificación de Moore et al.⁵ que categoriza las lesiones según su severidad, desde contusiones hasta la desvascularización completa. En un estudio multicéntrico conducido por la AAST sobre 785 pacientes, la mayoría tuvo lesiones no destructivas (Grados I y II con <25% de circunferencia comprometida) (Tabla 1).⁶ Sin embargo, esta clasificación no contempla si las lesiones son intraperitoneales o extraperitoneales según su localización con respecto a la reflexión peritoneal, un aspecto fundamental que condiciona la elección del abordaje terapéutico y la estrategia de manejo.^{7,8}

Estas lesiones se asocian con una elevada morbimortalidad, debido al alto riesgo de contaminación fecal y a la complejidad de su abordaje quirúrgico, determinada por su localización anatómica profunda en la pelvis.³ Además, constituyen un importante desafío diagnóstico y terapéutico, ya que sus características anatómicas pueden retrasar la aparición de manifestaciones clínicas evidentes, lo que condiciona un diagnóstico tardío y, en consecuencia, un limitado manejo oportuno. Por otra parte, resulta fundamental distinguir entre el trauma civil y militar, dado que difieren tanto en el mecanismo lesional como en la disponibilidad y el tiempo de acceso a la atención médica, factores que influyen de manera significativa en la evolución y el pronóstico del paciente.

El objetivo de este artículo es evaluar el papel y el posible beneficio de la derivación fecal mediante colostomía en el manejo del trauma rectal, a través de la presentación de un caso clínico y una revisión de la literatura.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 30 años, sin antecedentes médicos de importancia, quien ingresa al servicio de urgencias tras presentar una herida por arma cortopunzante en glúteo izquierdo, refiriendo dolor local intenso y sangrado por la herida. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente compensado. Al examen físico se evidenciaba una lesión penetrante de aproximadamente 3 cm en glúteo izquierdo, sin sangrado activo ni déficit motor o sensitivo. El tacto rectal en posición de litotomía, reveló un sangrado reciente y dolor a la palpación. El tono esfinteriano estaba conservado. La anoscopia evidenció a 6 cm del margen anal una solución de continuidad de aproximadamente de 2 cm a nivel posterolateral izquierdo. Se decidió traslado a quirófano. Se abordó la lesión rectal mediante la colocación de un anoscopio de Parks, realizando un lavado rectal y cierre en dos planos de la herida con sutura sintética absorbible (Fig. 1), más la colocación de un drenaje pasivo (Penrose) en el trayecto, exteriorizado por la herida glútea, que se cierra con puntos separados (Fig. 2). Durante el procedimiento, no se evidenció sangrado activo ni lesiones adicionales.



Figura 1. Lesión rectal suturada por vía endorrectal.

TABLA 1. Grado de severidad de las lesiones por trauma rectal halladas en un estudio multicéntrico de la AAST⁶

| Grado * | Tipo de lesión | Pacientes N = 785 |
|---------|---|----------------------|
| I | Contusión o hematoma sin desvascularización o laceración de espesor parcial del recto | 28% |
| II | Laceración de espesor total que afecta <50% de la circunferencia del recto | 41% |
| III | Laceración de espesor total que afecta >50% de la circunferencia del recto | 13% |
| IV | Laceración de espesor total que se extiende hacia el periné | 12% |
| V | Segmento desvascularizado del recto | 5% |

*Avanzar un grado para lesiones múltiples hasta el grado III.

En el postoperatorio se indicó antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam y metronidazol durante 8 días, y loperamida durante 3 días. La alimentación oral se reinició de manera progresiva, con adecuada tolerancia.



Figura 2. Herida en la región glútea suturada y drenaje de Penrose en el trayecto.

El paciente presentó una evolución satisfactoria, sin fiebre ni otros signos de infección local, por lo que se otorgó el egreso hospitalario al octavo día de estancia.

En el control ambulatorio a la semana, el paciente se encontraba en buen estado general, sin infección de la herida glútea. El seguimiento posterior se realizó mediante consultas telefónicas periódicas durante un año, sin documentar complicaciones.

DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico del trauma rectal a lo largo de la historia ha sido dinámico y controvertido. Evolucionó desde un manejo expectante, con una elevada mortalidad, a la implementación del cierre primario, colostomía, drenaje presacro y lavado rectal distal.¹ Por consiguiente lo previamente mencionado se ha convertido en un dogma al momento de abordar estos pacientes, particularmente, en el requerimiento de una derivación proximal en todos los casos. Sin embargo, en los traumas civiles, estudios recientes cuestionaron los principios de las “cuatro D”.⁴

Se ha reportado que la mayoría de los pacientes con lesiones intraperitoneales se someten a una reparación directa o resección, así como a una derivación, aunque se demostró que la derivación no se asocia con mejores resultados. Además, si bien el 20% de los pacientes con lesiones extraperitoneales

siguen recibiendo un drenaje presacro y/o un lavado rectal distal, estas maniobras adicionales se asocian de forma independiente con un aumento del triple en las complicaciones abdominales y no deben incluirse en el tratamiento de las lesiones rectales extraperitoneales.⁶

La clasificación de la AAST no distingue entre un compromiso extraperitoneal e intraperitoneal, generando decisiones terapéuticas inapropiadas. En ese contexto, sería recomendable adaptar a esta clasificación el tipo y localización de la lesión.

Las lesiones rectales intraperitoneales deben manejarse de manera similar a las lesiones del colon, donde la reparación primaria constituye el tratamiento de elección.⁸ La colostomía se considera una alternativa cuando no es posible realizar una reparación primaria de forma segura. Por otra parte, las lesiones extraperitoneales se han tratado mayoritariamente con la derivación fecal mediante colostomía. Sin embargo, Gonzales et al.⁹ propusieron un enfoque alternativo al clasificar las lesiones rectales extraperitoneales en destructivas y no destructivas, según el porcentaje de la circunferencia del recto comprometida. Establecieron como punto de corte una afectación del 25% de la circunferencia rectal, considerando destructivas aquellas lesiones que superan este umbral. Trataron 14 pacientes con lesiones no destructivas, sin derivación fecal, sin sutura y sin drenaje presacro. No hubo complicaciones infecciosas y todos los controles radiológicos con enema de bario al 10° día fueron normales, lo que demuestra que dichas lesiones cicatrizan rápidamente.

El presente caso describe un manejo menos agresivo, que consistió en la reparación primaria de la lesión mediante sutura absorbible por planos, sin necesidad de colostomía y con colocación de drenaje. Este abordaje permitió una evolución clínica favorable, con recuperación satisfactoria y egreso hospitalario temprano.

Finalmente, basándonos en los conceptos previamente expuestos, consideramos que en las lesiones aisladas y no destructivas del recto extraperitoneal puede optarse por la reparación primaria con un alto nivel de seguridad y eficacia.

CONCLUSIÓN

El cierre primario sin colostomía puede considerarse una alternativa terapéutica menos invasiva en pacientes seleccionados con trauma rectal extraperitoneal. No obstante, es fundamental evaluar de manera individual las condiciones clínicas de cada paciente, el compromiso anatómico y la gravedad de la lesión, teniendo en cuenta que el tipo de intervención puede influir en el pronóstico a largo plazo.

Se requiere mayor evidencia científica, mediante estudios de cohorte y revisiones sistemáticas, que permita establecer

recomendaciones más sólidas y definir un abordaje terapéutico óptimo y eficaz en el manejo del trauma rectal y sus posibles complicaciones.

Contribuciones: LJR: Supervisión, Redacción – revisión y edición

CSG: Administración del proyecto, Redacción – borrador original

EGB: Investigación

DCNP: Redacción – borrador original, Preparación del manuscrito

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Rojas LJ: <https://orcid.org/0009-0002-8592-8168>

Santos García C: <https://orcid.org/0000-0002-6756-9653>

González Ballen E: <https://orcid.org/0000-0001-8967-7795>

Navarro Pimiento DC: <https://orcid.org/0000-0002-5055-0700>

REFERENCIAS

- Carla E, Barciona S. Reparación primaria versus colostomía por trauma de colon en el área de emergencias del hospital Luis Vernaza desde enero de 2011 a enero de 2013. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2014. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/2957>
- Saldarriaga LG, Palacios-Rodríguez HE, Pino LF, Hadad AG, Caicedo Y, Capre J, et al. Rectal damage control: when to do and not to do. *Colomb Med (Cali)*. 2021;52(2):e4124776.
- O'Donnell MT, Greer LT, Nelson J, Shriver C, Vertrees A. Diversion remains the standard of care for modern management of war-related rectal injuries. *Mil Med*. 2014;179(7):778-82.
- Steele SR, Maykel JA, Johnson EK. Traumatic injury of the colon and rectum: the evidence vs dogma. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(9):1184-1201.
- Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Shackford SR, Champion HR, McAninch JW. Organ injury scaling. *Surg Clin North Am*. 1995;75(2):293-303.
- Brown CVR, Teixeira PG, Furay E, Sharpe JP, Musonza T, Holcomb J, et al. Contemporary management of rectal injuries at Level I trauma centers: The results of an American Association for the Surgery of Trauma multi-institutional study. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;84(2):225-33.
- Hargraves MB, Magnotti LJ, Fischer PE, Schroepfel TJ, Zarza BL, Fabian TC, et al. Injury location dictates utility of digital rectal examination and rigid sigmoidoscopy in the evaluation of penetrating rectal trauma. *Am Surg*. 2009;75(11):1069-72.
- Weinberg JA, Fabian TC, Magnotti LJ, Minard G, Bee TK, Edwards N, Claridge JA, Croce MA. Penetrating rectal trauma: management by anatomic distinction improves outcome. *J Trauma*. 2006;60(3):508-13.
- Gonzalez RP, Phelan H III, Hassan M, Ellis CN, Rodning CB. Is fecal diversion necessary for nondestructive penetrating extraperitoneal rectal injuries? *J Trauma*. 2006;61(04):815-19.

Resección endoscópica transanal mediante Plataforma TEO®



<https://youtu.be/kVI2OzCKpI0>

Luis R. Pérez Fuentes¹, Antonio M. Maya², Gabriel Suárez³, Nicole Feldman³

Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari-UBA, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

¹ Cursista de la Carrera de Especialista Universitario en Coloproctología, Facultad de Medicina UBA

² Director de la Carrera Especialista Universitario en Coloproctología, Facultad de Medicina UBA

³ Médico Residente de Cirugía General

Para citar:

Pérez Fuentes LR, Maya AM, Suárez G, et al. Resección endoscópica transanal mediante Plataforma TEO®. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):26-28. doi:10.46768/kdp05007

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/kdp05007>

Recibido: 01-10-2025

Aceptado: 07-01-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.

Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Antonio Maya

antoniomaya@live.com.ar

Palabras clave: resección transanal endoscópica, adenocarcinoma de recto, cirugía mínimamente invasiva, TEO

Keywords: Transanal endoscopic resection, Rectal adenocarcinoma, Minimally invasive surgery, TEO

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento del adenocarcinoma (ADC) de recto, la resección total del mesorrecto continúa siendo el tratamiento quirúrgico de elección. Las técnicas transanales mínimamente invasivas como TEM® (Transanal Endoscopic Microsurgery), TEO® (Transanal Endoscopic Operation) y TAMIS® (Transanal Minimally Invasive Surgery) han demostrado ser alternativas para carcinomas en estadios tempranos de bajo riesgo, ofreciendo resecciones locales completas con buenos márgenes, menor recurrencia y mejor preservación funcional.¹⁻³ Estudios recientes confirman que en pacientes seleccionados estas técnicas logran resultados oncológicos comparables a la cirugía radical, con menor impacto en la calidad de vida.^{1,4,5}

DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 71 años con antecedente de resección de un tumor de partes blandas y múltiples resecciones endoscópicas de adenomas colorrectales con displasia de bajo grado. En una videocolonoscopia de seguimiento se identificó una lesión de 1 cm de diámetro,

localizada en la cara posterior del recto a 10 cm del margen anal, con *lifting sign* negativo (Fig. 1).

La anatomía patológica (AP) inicial informó un carcinoma intramucoso de recto. En el examen proctológico, el tacto rectal no evidenció particularidades. La resonancia magnética mostró el recto sin signos de enfermedad residual ni adenopatías regionales (Fig. 2). La tomografía computada estadificada no reveló metástasis a distancia de la lesión rectal, pero sí lesiones blásticas en T7 y formaciones nodulares en ambas glándulas suprarrenales (Fig. 3). Por tal motivo, se realizó un PET, que mostró captación del radiotrazador en la glándula tiroides y en la suprarrenal izquierda. Los marcadores tumorales fueron normales. No se efectuó ecografía anorrectal 360° por falta de disponibilidad.

El caso fue discutido en comité oncológico interdisciplinario, decidiéndose realizar una escisión local transanal mediante la plataforma TEO® y seguimiento para las lesiones óseas y suprarrenales.

Bajo anestesia general y en posición de litotomía, se efectuó antisepsia y colocación de campos estériles. Tras el tacto rectal y dilatación digital, se introdujo un rectoscopio tipo TEO® hasta los 10 cm del margen anal, fijándolo a la camilla. Se estableció



Figura 1. Videocolonoscopia que evidencia a 10 cm del margen anal una lesión elevada sésil de 10 mm de diámetro con erosiones en superficie. Se realiza inyección submucosa con índigo carmín /adrenalina /solución salina sin lograr elevación de la lesión (Lifting sign negativo). Se realiza biopsia de la lesión.

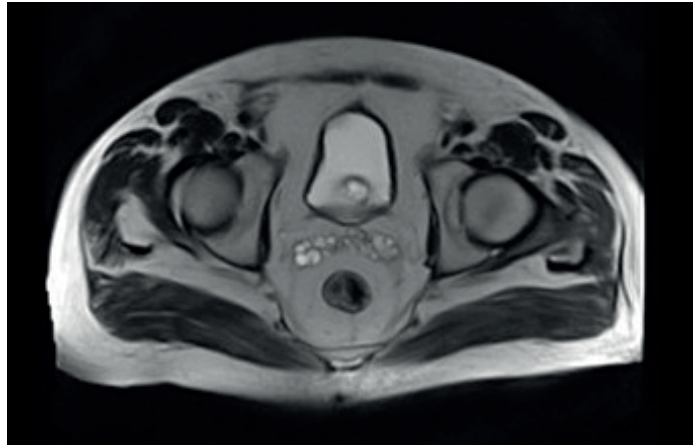


Figura 2. Resonancia nuclear magnética de pelvis. Recto sin evidencia de enfermedad y ausencia de adenopatías regionales.

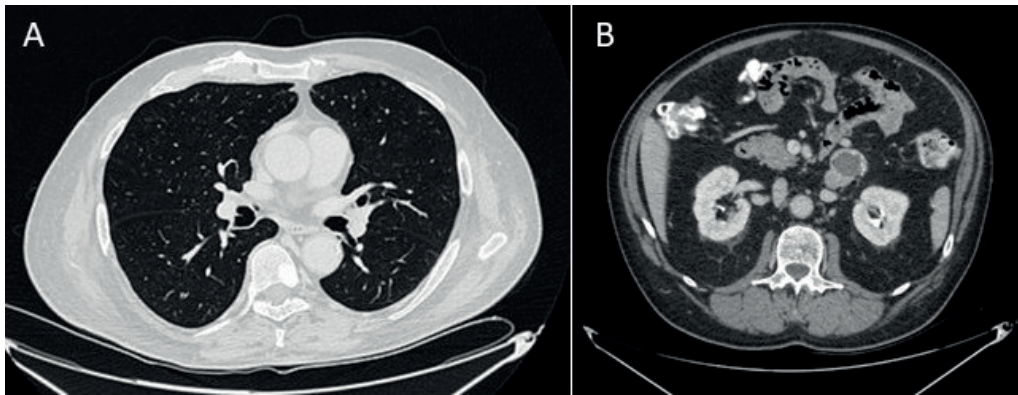


Figura 3. Tomografía computada de tórax y abdomen. **A.** Imagen focal densa de aspecto blástico en el cuerpo vertebral de T7. **B.** Lesión en glándula adrenal izquierda heterogénea con calcificaciones periféricas, realce periférico con contraste y centro hipodenso.

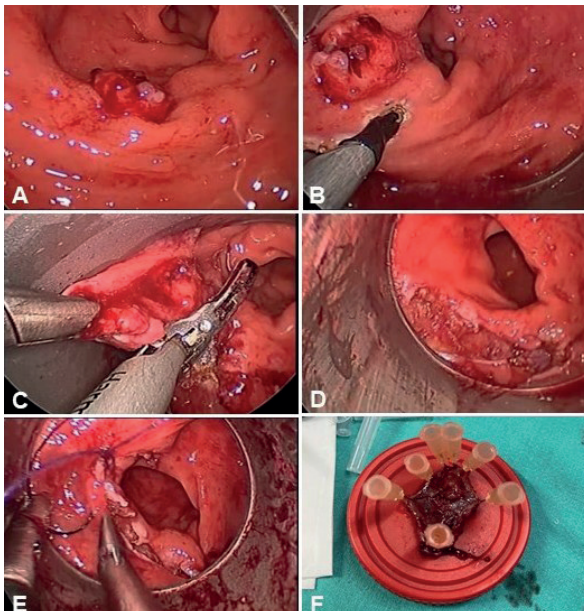


Figura 4. Resección transanal endoscópica –TEO. **A.** Lesión elevada sésil, sangrante, de 1 cm de diámetro, en cara posterolateral derecha. **B.** Marcación de la mucosa sana marginal a la lesión con hook. **C.** Resección transmuscular del tumor con Harmonic Ace® **D.** Control de hemostasia del lecho quirúrgico. **E.** Cierre del defecto de la pared rectal con surget de polydioxanona 2-0. **F.** Pieza quirúrgica de 2 x 2,5 cm estaqueada.



Figura 5. Rectosigmoideoscopia flexible hasta los 30 cm del margen anal. **A.** Recto de calibre conservado, sin estenosis. **B.** A 7 cm del margen anal se evidencia hilo de sutura y mucosa granular. **C.** Biopsia de la mucosa granular.

un neumorrecto con CO₂ a 12 mmHg de presión. Mediante óptica de 30°, se observó una lesión en la cara posterolateral derecha de 1 cm de diámetro (Fig. 4A). Se realizó una marcación circular de la mucosa sana adyacente con bisturí tipo *hook* (Fig. 4B), seguida de incisión y resección transmuscular del tumor con *Harmonic Ace*® (Fig. 4C). La pieza se extrajo a través del dispositivo, verificándose hemostasia y recuento de material satisfactorio (Fig. 4D). El defecto de la pared rectal se cerró con sutura continua de polidioxanona 2-0 (Fig. 4E). La pieza se envió a AP, correctamente estaqueada (Fig. 4F). El paciente toleró adecuadamente el procedimiento.

El informe histopatológico definitivo reveló un adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado en un adenoma túbulo-veloso con displasia de alto grado, infiltrante hasta la submucosa (1 mm), con infiltración perineural y márgenes libres. Dista a 0,4 cm del margen lateral más cercano y a 0,3 cm del margen de profundidad.

El paciente fue dado de alta a las 24 horas del postoperatorio. En el control a los 45 días, la rectosigmoideoscopia flexible mostró a 7 cm del margen anal una zona de mucosa granular (Fig. 5), cuya AP informó tejido fibroso sin evidencia de recidiva. Se decidió continuar con seguimiento oncológico.

CONCLUSIONES

La plataforma TEO® es una alternativa eficaz y mínimamente invasiva frente a la cirugía radical en lesiones rectales tempranas seleccionadas, ya que combina seguridad oncológica con

mejor preservación funcional. En este caso permitió evitar la morbilidad de una resección radical, destacando la importancia de la correcta selección de pacientes y un seguimiento estricto. La plataforma facilita la obtención de piezas de mayor tamaño, sin fragmentación y mayor distancia del margen.

Contribuciones: LPF: redacción del manuscrito, edición de material audiovisual, cirujano. NF y GS: redacción del manuscrito y edición de material audiovisual. AMM: cirujano y revisión crítica del artículo.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Maya AM: <https://orcid.org/0000-0003-2264-4213>

Pérez Fuentes LR: <https://orcid.org/0009-0008-3367-7153>

Suárez G: <https://orcid.org/0009-0007-5819-6893>

Feldman N: <https://orcid.org/0009-0007-1687-3753>

REFERENCIAS

1. Calvo CG, Palazuelos JCM, Alonso Martín J, Castillo Diego J, Martín Parra I, Gómez Ruiz M, et al. Cirugía endoscópica transanal en tumores rectales. *Cir Esp*. 2014;92(1):38-43.
2. Minetti ÁM, Pitaco I, Santilli JP, Ramallo I, Carrasco F. Controversias en la resección local del cáncer de recto estadio I. *Rev Argent Coloproct*. 2021;32(2):60-8.
3. Rossi G. Relato oficial. Resecciones transanales: pasado, presente y futuro. *Rev Argent Coloproct*. 2019;30:1-77.
4. Mun JY, Sung GG, Yoo N, Kim HJ, Cho HM, Kye BH. Minimally invasive transanal excision for rectal tumors: technical feasibility compared to conventional approach. *Ann Coloproctol*. 2025;41(2):162-168.
5. Mohammed H, Mohamed H, Mohamed N, Sharma R, Sagar J. Early Rectal Cancer: Advances in Diagnosis and Management Strategies. *Cancers*. 2025;17(4):588.

Colectomía total laparoscópica con extracción transvaginal



https://youtu.be/flhUq_Fh6sk

Mirian L. Torales Villalba, Florencia Balmaceda, María Belén Dening,
María Agustina Casas, Mariano Laporte
Sector Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General, Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

Para citar:

Torales Villalba ML, Balmaceda F, Dening MB, et al. Colectomía total laparoscópica con extracción transvaginal. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):29-30. doi:10.46768/p2b1rc32

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista.
<https://doi.org/10.46768/p2b1rc32>

Recibido: 15-11-2025

Aceptado: 02-12-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Mirian L. Torales Villalba:
lilimpark753@gmail.com

Palabras clave: *poliposis adenomatosa familiar, extracción transvaginal, colectomía total*

Keywords: *Familial adenomatous polyposis; Transvaginal extraction; Total colectomy*

INTRODUCCIÓN

La extracción transvaginal de la pieza operatoria en colectomías laparoscópicas ha demostrado ser una alternativa segura en pacientes seleccionadas. Cuando se utilizan los orificios naturales, se evita la mini-laparotomía que se emplea con frecuencia para la extracción del espécimen. En consecuencia, se mejoran los parámetros de recuperación, como el dolor postoperatorio y las complicaciones parietales, lo que impacta positivamente en los resultados estéticos y funcionales.

DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de una paciente de 45 años que, en contexto de antecedentes familiares de cáncer colorrectal, se realiza una videocolonoscopia que evidencia múltiples pólipos colónicos (>100). En el recto, presenta menos de 20 pólipos. Con diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar, se realizó una colectomía total laparoscópica con extracción de la pieza por vía transvaginal. La paciente se coloca en posición de Lloyd-Davies modificada. Se ingresa a la cavidad mediante la colocación de 4 trócares: tres de 12 mm en la fosa ilíaca derecha, en el hipocondrio derecho y en la región supraumbilical, y uno de 5 mm en la fosa ilíaca izquierda. Se comienza con

el abordaje medial del colon derecho, descendiendo los elementos retroperitoneales. Se identifican vasos ileocólicos, que se ligan y se seccionan con bisturí armónico. Se identifica y liga la arteria cólica media. Se continúa con el abordaje lateral y con el decolamiento del parietocólico derecho. Posteriormente, se aborda el colon transversal, seccionando el ligamento gastrocólico y el mesocolon transversal, constataando la movilización completa del colon hasta el ángulo esplénico. Se continúa con el abordaje medial del colon izquierdo, con sección de la arteria mesentérica inferior. Se realiza el decolamiento del parietocólico izquierdo. Sección a nivel del recto superior con sutura mecánica lineal laparoscópica de 60 mm. Se procede a la extracción de la pieza operatoria por vía vaginal, a través de una colpotomía posterior protegida con retractor y protector de herida. Se realiza la anastomosis colorrectal con sutura mecánica circular de 29 mm. Se constata la integridad de la anastomosis mediante una prueba neumática. El cierre de la colpotomía se realiza con material absorbible. La paciente evoluciona favorablemente, con alta hospitalaria a las 72 horas. La anatomía patológica en diferido informó más de 100 pólipos de 5-10 mm, adenomas tubulares y tubulo vellosos con displasia de bajo grado.

CONCLUSIÓN

La colectomía laparoscópica con extracción de la pieza operatoria por vía vaginal es una alternativa a la técnica estándar, factible de realizar en pacientes seleccionadas.

Contribuciones: *Conceptualización:* MT, MAC, ML; *Metodología:* MAC, ML; *Análisis formal:* MT, MAC; *Investigación:* MT, FB, MBD, MAC; *Redacción – borrador original:* MT, MBD; *Redacción–revisión y edición:* MT, MAC, ML; *Supervisión:* MAC, ML.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Torales Villalba M: <https://orcid.org/0009-0009-3162-9534>

Balmaceda F: <https://orcid.org/0009-0008-5296-6268>

Dening B: <https://orcid.org/0009-0008-7052-3380>

Casas A: <https://orcid.org/0000-0003-1043-3865>

Laporte M: <https://orcid.org/0000-0002-6395-4325>

REFERENCIAS

1. Franklin ME Jr, Kelley H, Kelley M, Brestan L, Portillo G, Torres J. Transvaginal extraction of the specimen after total laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2008;18(3):294-8.
2. Chang JHE, Xu H, Zhao Y. et al. Transvaginal versus transabdominal specimen extraction in minimally invasive surgery: a systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg.* 2024;409:172.

Eventración perineal y paracolostómica luego de cirugía de Miles: abordaje quirúrgico secuencial



<https://youtu.be/qFKvauYJgDg>

Tomás Ferrer Quiroga, Nadia M. Miranda, Salvador Aguel Sábado, Juan A. Perriello, Agustín A. Alesandrini
Hospital Privado de La Comunidad, Mar Del Plata, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

Para citar:

Ferrer Quiroga T, Miranda NM, Aguel Sábado S, et al. Eventración perineal y paracolostómica luego de cirugía de Miles: abordaje quirúrgico secuencial. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):31-33. doi:10.46768/yd7hrb84

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/yd7hrb84>

Recibido: 19-12-2025

Aceptado: 14-01-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Agustín A. Alesandrini:
agustinalesandrini91@gmail.com

Palabras clave: operación de Miles, amputación abdominoperineal, eventración perineal, eventración paracolostómica

Keywords: Abdominoperineal excision, Abdominoperineal resection, Perineal hernia, Parastomal hernia

INTRODUCCIÓN

La amputación abdominoperineal (AAP) o cirugía de Miles es el tratamiento de elección para el cáncer de ano que no responde o recidiva luego de la terapia quimiorradiante o el cáncer del recto inferior que no es candidato a tratamientos conservadores. Si bien la cirugía es de intención curativa, se asocia a una morbilidad significativa. Las eventraciones son complicaciones muy frecuentes de la cirugía abdominal, pero las de localización perineal y paracolostómica posteriores a un procedimiento de Miles son particularmente complejas y desafiantes.

La eventración perineal es una complicación infrecuente pero probablemente subdiagnosticada, con una incidencia que varía ampliamente entre el 0,6 y el 26% según las series.¹ Ocurre con mayor frecuencia en pacientes con resección extra-elevador y que recibieron tratamiento neoadyuvante. Los factores de riesgo incluyen el sexo femenino (por la conformación de la pelvis ósea), la obesidad, el tabaquismo, la infección del sitio quirúrgico y la histerectomía previa. Clínicamente, puede manifestarse desde una asimetría perineal asintomática hasta dolor crónico, ulceración de la piel, obstrucción intestinal o, como en este caso, una limitación severa para la deambulación y la posición sedente.²

No existe un consenso sobre la técnica de reparación ideal para la eventración perineal. Las opciones incluyen el abordaje abdominal (abierto o laparoscópico), perineal o combinado.^{3,4} El abordaje laparoscópico ofrece las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva y una excelente visualización de la pelvis profunda, pero puede ser insuficiente para asegurar el cierre distal en grandes defectos, donde el abordaje perineal permite un anclaje más sólido y la reconstrucción muscular.

Por otro lado, la eventración paracolostómica es la complicación más frecuente de los ostomas definitivos, con tasas que pueden superar el 50% a largo plazo.⁵ Su reparación es igualmente compleja debido a las altas tasas de recidiva y el riesgo de contaminación.

Presentamos un caso de alta complejidad técnica en una paciente con hernia perineal y hernia paracolostómica posteriores a una operación de Miles, resueltas mediante una estrategia secuencial en dos tiempos quirúrgicos. En el primer tiempo se realizó la reparación de la hernia perineal mediante un abordaje combinado laparoscópico y perineal, y en un segundo tiempo la reparación de la hernia paracolostómica.

DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 69 años de edad con antecedentes de obesidad, miomectomía laparoscópica, apendicectomía laparoscópica y cáncer de ano, por el cual se sometió a una cirugía de Miles.

Al mes de la cirugía oncológica, la paciente consultó por signos de sepsis perineal (fetidez, supuración, fiebre). Se diagnosticó una colección perineal que drenó espontáneamente. La exploración digital confirmó indemnidad de la pared vaginal posterior. El cuadro se resolvió con tratamiento médico, pero el defecto cicatrizal predispuso a la debilidad del piso pélvico.

A los 5 años postoperatorios, en una tomografía computarizada de control, se evidenció una eventración paracolostómica con contenido de colon transverso y epiplón, asintomática en ese momento (Fig. 1). Además, se observó una eventración perineal gigante, sintomática, asociada a bulto visible, malestar e imposibilidad para la deambulaci3n (Fig. 2).

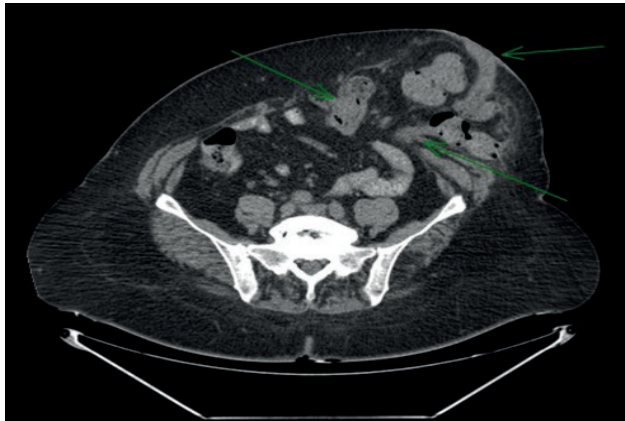


Figura 1. Corte axial de tomografía computada de abdomen donde se evidencia una eventraci3n paracolost3mica.

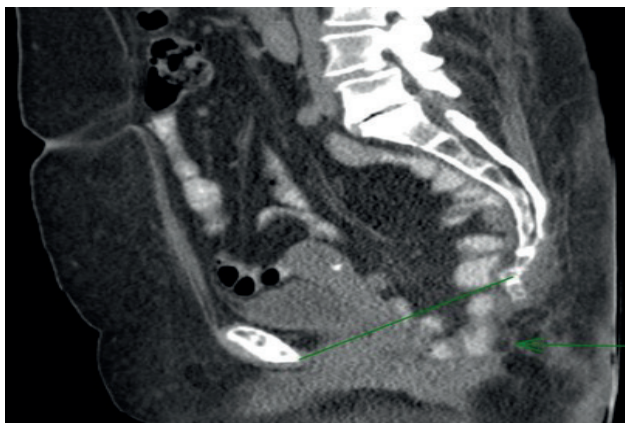


Figura 2. Corte sagital de tomografía computarizada de abdomen en la cual se evidencia eventraci3n perineal.

Se decidió la resoluci3n quirúrgica prioritaria de la eventraci3n perineal debido a la incapacidad funcional. Dados los antecedentes de la paciente y el tama1o de los defectos, se planificó una estrategia secuencial de reparaci3n con doble malla en dos tiempos quirúrgicos independientes, comenzando con la reparaci3n de la eventraci3n perineal y posteriormente la eventraci3n paracolost3mica. En la primera cirugía, se planificó un abordaje combinado de doble malla abdominal y perineal. En el tiempo abdominal laparosc3pico se realizó liberaci3n de adherencias. Posteriormente, se redujo el contenido intestinal del saco eventr3geno y se colocó una malla separadora de tejidos de 20 x 30 cm, fijada al ligamento de Cooper y al promontorio, reforzada con un surget de sutura irreabsorbible, cerrando el orificio de la pelvis menor. Por vía perineal y con la paciente en posici3n de navaja sevillana, se resecó la cicatriz perineal y se colocó una segunda malla por encima del sacro y los planos musculares y luego se confeccionó un colgajo de avance con ambos glúteos. La paciente tuvo un postoperatorio sin intercorrencias.

Al a1o de esta cirugía (6 a1os post-Miles), se programó la correcci3n de la eventraci3n paracolost3mica que se había tornado sintomática. Por vía laparosc3pica luego de la reducci3n del contenido del saco herniario (colon y epipl3n), se cerró el defecto de la pared con puntos percutáneos con aguja de Reverdin con sutura irreabsorbible, para luego colocar una malla de 30 x 20 separadora de tejido intraperitoneal fijada mediante tackers (Fig. 3).

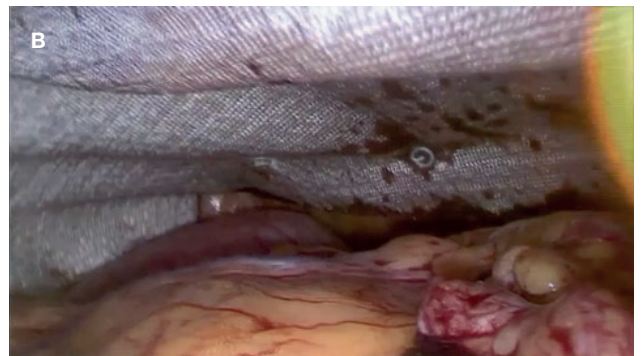


Figura 3. Visi3n laparosc3pica de cierre del defecto paracolost3mico con puntos percutáneos previo a colocaci3n de malla (A) y luego de la colocaci3n de la misma (B).

La paciente fue dada de alta al tercer día. Luego de 7 años de seguimiento, se encuentra asintomática y sin recidiva clínica ni radiológica de ninguna de las eventraciones.

DISCUSIÓN

El manejo de las eventraciones tardías post-Miles representa un desafío técnico-quirúrgico. En este caso, la paciente presentaba la tríada de obesidad, gran defecto pélvico y eventración paracolostómica, factores que confieren un altísimo riesgo de fracaso de la reparación.

El uso de un abordaje laparoscópico inicial permite una disección segura de las adherencias intestinales profundas que son de difícil acceso desde el periné, reduciendo el riesgo de enterotomía.² Sin embargo, la fijación distal de la malla en la pelvis profunda es técnicamente demandante por vía laparoscópica. En este caso, la adición del tiempo perineal permitió asegurar el cierre distal y reconstruir el soporte muscular, algo fundamental en pacientes obesos donde la presión intraabdominal es elevada. El uso de doble malla provee un refuerzo mecánico superior, reportado en la literatura como una técnica con menores tasas de recidiva comparada con el cierre simple o malla única.³

La reparación de la eventración paracolostómica se llevó a cabo utilizando una técnica similar al principio de Sugarbaker,⁶ buscando disminuir la tasa de recidiva de la hernia paracolostómica.⁵

CONCLUSIÓN

Este caso subraya la necesidad de un enfoque quirúrgico agresivo y multifactorial en eventraciones post-Miles com-

plejas. La técnica de doble malla para la eventración perineal y el manejo planificado de la eventración paracolostómica resultaron en una solución duradera y una significativa mejora en la calidad de vida de la paciente.

Contribuciones: *Recopilación y organización de datos clínicos, investigación, redacción de borrador original y edición material audiovisual:* TF y SA; *Revisión del manuscrito y del material audiovisual:* NM y JP; *Redacción y edición final, supervisión:* AA.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Ferrer Quiroga TF: <https://orcid.org/0009-0004-9361-6492>

Miranda NM: <https://orcid.org/0009-0002-6109-6731>

Aguel Sábado S: <https://orcid.org/0009-0009-1890-3500>

Perriello JA: <https://orcid.org/0000-0002-2739-7242>

Alasandrini AA: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>

REFERENCIAS

1. Balla A, Batista Rodríguez G, Buonomo N, et al. Perineal hernia repair after abdominoperineal excision or extralevator abdominoperineal excision: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2017;21(5):329-336.
2. Abbas Y, Garner J. Laparoscopic and perineal approaches to perineal hernia repair. *Colorectal Dis.* 2014;16(5):362-369.
3. Martijnse IS, Holman FA, Nieuwenhuijzen GA, et al. Perineal hernia repair after abdominoperineal resection: a comparative study of 2 techniques. *Dis Colon Rectum.* 2012;55(5):540-545.
4. Messaoudi N, Vanlander A, De Bruyne R, et al. Laparoscopic perineal hernia repair with a biological mesh: a video vignette. *Colorectal Dis.* 2016;18(6):628-629.
5. Carne PW, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia: prevention and treatment. *ANZ J Surg.* 2003;73(12):984-990.
6. Sugarbaker PH. Peritoneal approach to prosthetic repair of paraostomy hernias. *Ann Surg.* 1985;201(3):344-346.

PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con dicho resultado, ¿qué conducta tomaría?

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

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

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

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

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



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 3º - Of. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina