



# Revista Argentina de **COLOPROCTOLOGÍA**

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA  
SOCIEDAD ARGENTINA DE  
**COLOPROCTOLOGÍA**

ISSN 2683-7846 • JUNIO 2026

VOLUMEN **37/2** NÚMERO



## SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

### COMISIÓN DIRECTIVA 2025-2027

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

#### AUTORIDADES REVISTA SACP

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

## 05. EDITORIAL

**Calidad de la cirugía oncológica en el escenario de emergencia: el cáncer colorrectal como modelo**  
Fábio de Oliveira Ferreira, Benedito Mauro Rossi

## ARTÍCULO ORIGINAL

## 09. Diverticulitis colónica aguda: experiencia en su tratamiento y predictores de recurrencia en un servicio de cirugía general

Agustina S. Hermida, Agustín A. Alesandrini, Juan A. Perriello, Lisandro M. Álvarez, Nadia M. Miranda

## REPORTE DE CASO

## 15. Tumor retrorectal y cáncer de recto bajo sincrónicos: manejo quirúrgico y revisión de la literatura

Valentina Molina, Alfonso Nuñez, María I Ortiz, Oscar E Molina

## 21. Pileflebitis como complicación postoperatoria de apendicitis aguda

Agustín A. Alesandrini, Salvador Aguel Sábado, Juan A. Perriello, Isidro Moggiano

## 25. Metástasis cutáneas difusas secundarias a adenocarcinoma mucinoso rectal

Agustín A. Alesandrini, Isidro Moggiano, Juan A. Perriello, Tomás F. Ferrer Quiroga

## 29. Obstrucción colónica secundaria a hernia de Morgagni incarcerada

Javier Chinelli, Gustavo Rodríguez

## VIDEO

## 33. Abordaje laparoscópico de tumor oclusivo del ángulo esplénico: estrategias quirúrgicas

Francisco Rodríguez Estévez, Lucas J. Caram, Esteban González Salazar



<https://youtu.be/tElkvih04II>

## 35. Abordaje mínimamente invasivo de la endometriosis profunda con compromiso rectal y ureteral

Facundo Montero Quiroga, Agustín Quintaie, Guido Koren, Paul Sereday, Nicolás Avellaneda



<https://youtu.be/qL3whlD1lls>

## CARTA AL EDITOR

## 37. Comentario sobre: "Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal. Reporte de caso". Vergara Sanchez J, Garat V, Hoffmann B. *Rev Argent Coloproctol.* 2025;36(3):25-27.

## 39. PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE

# Calidad de la cirugía oncológica en el escenario de emergencia: el cáncer colorrectal como modelo

Fábio de Oliveira Ferreira<sup>1,2</sup>, Benedito M. Rossi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Disciplina de Cirugía General y Trauma, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.

FOF: Cirujano oncológico. Profesor Libre Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Miembro Titular de la Sociedad Brasileña de Cirugía Oncológica. Miembro Titular del Colegio Brasileño de Cirujanos.

BMR: Cirujano oncológico. Profesor Libre Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Miembro Titular del Colegio Brasileño de Cirujanos.

## Para citar:

Oliveira Ferreira F, Mauro Rossi B. Calidad de la cirugía oncológica en el escenario de emergencia: el cáncer colorrectal como modelo. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):5-8. doi:10.46768/8nmgxw44

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/8nmgxw44>

Recibido: 01-05-2026

Aceptado: 13-05-2026



© 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

**Benedito Mauro Rossi**  
[bmrossi@me.com](mailto:bmrossi@me.com)

## INTRODUCCIÓN

La calidad de la cirugía oncológica suele discutirse en su ambiente ideal, en el cual el paciente está correctamente estadificado, los casos complejos pueden discutirse en reunión multidisciplinaria con equipos especializados, en un centro de referencia, con disponibilidad de imágenes, endoscopia, anatomía patológica, terapias locales y sistémicas en una secuencia planificada y seguimiento estructurado. Sin embargo, una proporción importante de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) no recorre ese camino. Muchos llegan al sistema de salud por la puerta de la emergencia, con obstrucción, perforación, sangrado, sepsis, anemia, dolor o deterioro clínico. En esos casos, la cirugía deja de ser solo un acto técnico planificado y pasa a ser también una decisión tomada bajo presión, con información incompleta, recursos variables y riesgo elevado.

En el escenario de emergencia, además de los factores relacionados con la enfermedad de base, dos preguntas influyen directamente en el resultado: ¿dónde será atendido el paciente y quién lo operará? En muchos sistemas de salud, el paciente oncológico en situación de urgencia es atendido en hospitales generales, con frecuencia por cirujanos generales de guardia, no siempre con formación específica en cirugía oncológica o colorrectal. Esta constatación no debe interpretarse como una crítica individual al cirujano de emergencia, sino como el re-

conocimiento de una realidad asistencial: la emergencia expone las fragilidades estructurales, formativas y organizacionales del cuidado oncológico.

El CCR constituye un modelo particularmente adecuado para esta discusión. Se trata de una de las neoplasias de mayor incidencia en el mundo, con una prevista carga global creciente en las próximas décadas.<sup>1</sup> Además, una proporción relevante de los pacientes aún se presenta con complicaciones agudas, sobre todo obstrucción, perforación o sangrado. A diferencia de otros tumores, el CCR ofrece indicadores objetivos para evaluar la calidad quirúrgica: estadificación, tipo de operación, extensión de la resección, márgenes, ganglios linfáticos evaluados, estoma, morbilidad, mortalidad, readmisión, reoperación, SLE y SLE.

La pregunta central, por lo tanto, no se trata solo de si el paciente con CCR operado en la emergencia tiene peores resultados. La literatura sugiere, de forma consistente, que así es. En comparación con los procedimientos electivos, la cirugía de emergencia se asocia con mayores tasas de complicaciones, mortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria, readmisión y confección de estomas, así como con peores desenlaces oncológicos.<sup>2-5</sup> La pregunta más importante es otra: ¿cuáles de esos resultados son inevitables por la condición clínica del paciente y cuáles son potencialmente modificables por la organización del cuidado?

## Indicadores de calidad en la cirugía oncológica de emergencia

La calidad en salud puede entenderse como la capacidad de ofrecer una atención segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en el paciente.<sup>6</sup> En cirugía oncológica, sin embargo, medir la calidad es una tarea compleja. Los indicadores cambian con la evolución del tratamiento, varían entre tumores y dependen de diferentes etapas del cuidado. El modelo clásico de Donabedian —estructura, proceso y desenlace— continúa siendo útil para organizar esta evaluación.<sup>7</sup> En la cirugía colorrectal de emergencia, los indicadores de estructura incluyen disponibilidad de tomografía computarizada, endoscopia, unidad de terapia intensiva (UTI), banco de sangre, anestesia, anatomía patológica, antibióticos, soporte nutricional, equipo quirúrgico experimentado, acceso a especialistas, posibilidad de transferencia y existencia de protocolos institucionales. También deben considerarse el volumen hospitalario, la experiencia del equipo y la continuidad del tratamiento oncológico.

Los indicadores de proceso son quizá los más importantes y, paradójicamente, los más difíciles de medir. Incluyen el reconocimiento de la sospecha oncológica, la estadificación posible antes de la operación, la definición explícita de la intención terapéutica —curativa, paliativa o de control de daño—, la elección racional entre resección, derivación, anastomosis o estoma, la preservación de los principios de resección oncológica, la obtención de márgenes adecuados, la linfadenectomía compatible con el tipo de tumor y la documentación de los hallazgos intraoperatorios. En el cáncer de colon, el número mínimo de ganglios linfáticos evaluados permanece como un indicador consolidado de calidad de la estadificación y se asocia con mejores desenlaces oncológicos.<sup>8</sup>

Los indicadores de desenlace no deben limitarse a la mortalidad hospitalaria. Es necesario evaluar la tasa de mortalidad a 30 y 90 días, complicaciones, infección del sitio quirúrgico, fístula anastomótica, necesidad de UTI, reoperación, readmisión, tiempo de internación, ostoma definitivo, márgenes comprometidos, inicio oportuno del tratamiento adyuvante, supervivencia libre de enfermedad (SLE), supervivencia global (SG) y, siempre que sea posible, calidad de vida y experiencia del paciente.

La documentación quirúrgica merece un destaque propio. En cirugía oncológica, la descripción operatoria no es solo una formalidad administrativa, es un instrumento de cuidado, comunicación, auditoría e investigación. En el contexto de la emergencia, los informes operatorios incompletos impiden una adecuada evaluación de si se han respetado los principios oncológicos. El informe operatorio debe incluir, siempre que sea posible, la localización tumoral, la extensión

de la enfermedad, la presencia de perforación o contaminación, la sospecha de invasión de órganos adyacentes, la presencia de metástasis, la estadificación quirúrgica estimada, el tipo de resección, el estado de los márgenes, la linfadenectomía, la justificación de la realización de anastomosis o estoma y la intención del procedimiento. Lo que no se documenta no puede auditarse, y lo que no se audita difícilmente puede mejorarse.

## ¿Quién debe operar: cirujano general, coloproctólogo o cirujano oncológico?

El CCR evidencia un dilema práctico: ¿quién debe operar al paciente que llega a la emergencia con abdomen agudo obstructivo o perforativo por cáncer de colon? ¿El cirujano general con experiencia en emergencia, pero sin formación oncológica específica? ¿El coloproctólogo o cirujano oncológico, eventualmente con menor exposición a la rutina de emergencia? La respuesta no debe ser corporativa. Lo ideal no es oponer especialistas, sino aproximar competencias.

En la práctica, muchos pacientes con CCR en emergencia son tratados en hospitales generales, por cirujanos generales, muchas veces en servicios de menor volumen. En una serie, las operaciones electivas fueron realizadas por cirujanos colorrectales en 37% de los casos, cirujanos oncológicos en 10% y cirujanos generales en 53%; en las emergencias, esos porcentajes fueron de 19%, 10% y 70%, respectivamente.<sup>9</sup> Estos datos refuerzan que la mayoría de los casos, especialmente en la emergencia, será conducida por cirujanos generales. Por lo tanto, la solución no puede depender exclusivamente de la disponibilidad de especialistas en todas las guardias.

No se trata de exigir que todo cirujano de emergencia sea cirujano oncológico o coloproctólogo. Se trata de garantizar que todo paciente oncológico atendido en la emergencia reciba una operación orientada por principios mínimos de calidad oncológica. Estudios sugieren que la especialización, el volumen y la organización del cuidado pueden influir en los desenlaces, aunque el impacto de estas variables sea más complejo en la emergencia que en la cirugía electiva.<sup>10,11</sup> En algunos escenarios, cirujanos experimentados en emergencia pueden alcanzar resultados adecuados; en otros, la ausencia de entrenamiento oncológico, protocolos y soporte institucional puede aumentar el riesgo de resecciones inadecuadas, márgenes positivos o linfadenectomía insuficiente.

La discusión, por lo tanto, debe salir del plano individual y entrar en el plano del sistema. Quién opera es importante, pero también importan el hospital, el horario, la disponibilidad de recursos, la documentación, los protocolos, la posibilidad de transferencia, la discusión posoperatoria y el acceso al tratamiento adyuvante.

## Desenlaces en la emergencia: complicaciones, recuperación y supervivencia

Los pacientes con CCR operados en situación de emergencia presentan con frecuencia menor disponibilidad de estudios preoperatorios, menor probabilidad de estadificación completa y mayor probabilidad de requerir procedimientos como la operación de Hartmann, la confección de ostomas y resecciones segmentarias no planificadas.<sup>3,4</sup> También se ha descrito un mayor riesgo de márgenes positivos, un menor número de ganglios linfáticos evaluados en algunas series, mayor tiempo de internación, mayor tasa de readmisión y peores resultados de supervivencia.<sup>4,5</sup>

En la serie de Wanis et al.,<sup>4</sup> los pacientes sometidos a resección de emergencia por cáncer de colon presentaron peores tasas de SLE y de SG a cinco años en comparación con aquellos operados de forma electiva. Xu et al.<sup>5</sup> demostraron que las colectomías de urgencia fueron más frecuentes en hospitales comunitarios y centros de menor volumen, y se asociaron con mayor probabilidad de márgenes positivos, menor evaluación ganglionar, mayor tasa de readmisión no planificada y peor SLE. Estos hallazgos respaldan la preocupación de que la urgencia puede comprometer tanto los desenlaces perioperatorios como los oncológicos.

Sin embargo, la interpretación de estos resultados exige cautela. Los pacientes que se presentan en situación de emergencia no son equivalentes a aquellos operados de forma electiva. Con frecuencia son de mayor edad, más frágiles, con más comorbilidades, enfermedad más avanzada, mayor carga inflamatoria o infecciosa y menor acceso previo a programas de tamizaje. La presentación de urgencia también puede reflejar vulnerabilidad socioeconómica y diagnóstico tardío.<sup>12</sup> En análisis ajustados, algunos autores sugieren que parte de los peores resultados se debe más a las circunstancias clínicas y biológicas que a la condición de urgencia en sí.<sup>13</sup>

Esta distinción es fundamental. La emergencia no compromete inevitablemente la calidad oncológica, pero aumenta el riesgo de que esta sea comprometida. El peor pronóstico puede resultar de la combinación entre enfermedad avanzada, condición fisiológica desfavorable, atraso diagnóstico, limitación estructural, ausencia de planificación multidisciplinaria y eventuales fallas técnicas. Por eso, la conclusión más útil no es que la cirugía de emergencia “es peor”, sino que exige mecanismos específicos de protección de la calidad.

## Propuestas para la mejora de la calidad

La mejora de la calidad exige un conjunto mínimo de acciones. Primero, definir los indicadores específicos de calidad. Segundo, crear registros prospectivos, preferentemente multicéntricos o nacionales. Tercero, estandarizar la descripción operatoria oncológica en la urgencia. Cuarto, desarrollar

manuales prácticos para las principales emergencias oncológicas, comenzando por la obstrucción y perforación en el CCR. Quinto, establecer criterios de transferencia y discusión posoperatoria multidisciplinaria. Sexto, invertir en el entrenamiento formal de los profesionales de primera línea. La multidisciplinariedad, considerada un pilar de la calidad en oncología, debe adaptarse al contexto de la emergencia. No siempre será posible discutir el caso antes de la operación, pero sí es posible establecer flujos mínimos: comunicación con oncología, coloproctología o cirugía oncológica cuando estén disponibles; definición de criterios de transferencia; discusión posoperatoria precoz; adecuada revisión anatomopatológica; y derivación ágil para el tratamiento sistémico cuando esté indicado. La emergencia no debe ser vista como un evento aislado dentro del proceso asistencial, sino como una etapa crítica de la línea de cuidado oncológico.

En este contexto, como fruto de una alianza entre el Colegio Brasileño de Cirujanos (CBC) y la Sociedad Brasileña de Cirugía Oncológica (SBCO), surgió la propuesta del Advanced Oncological Life Support (AOLS), una iniciativa brasileña en desarrollo que representa una evolución natural en la organización de la atención del paciente oncológico en situación de urgencia. En este sentido, defendemos la creación de un programa de soporte avanzado orientado a las emergencias oncológicas, inspirado en la lógica de cursos consolidados como el ATLS, pero adaptado a las particularidades del paciente con cáncer: reconocimiento precoz, estabilización, toma de decisiones, preservación de principios oncológicos, documentación adecuada y planificación del seguimiento después del evento agudo.<sup>14</sup> El AOLS busca difundir una cultura mínima de calidad oncológica entre los profesionales que atienden pacientes con cáncer en servicios de urgencia, incluidas las emergencias abdominales relacionadas con el CCR.

Aunque esta iniciativa se origina en el contexto brasileño, el problema que enfrenta es común a muchos sistemas de salud latinoamericanos: desigualdad de acceso, tamizaje insuficiente, diagnóstico tardío, heterogeneidad estructural, hospitales generales sobrecargados y dificultad de derivación a centros especializados. El CCR, por su frecuencia y por sus indicadores mensurables, puede servir como punto de partida para un programa más amplio de evaluación de la calidad de la cirugía oncológica de emergencia.

## CONCLUSIÓN

El paciente con CCR no elige presentar una emergencia. El sistema, sin embargo, puede decidir si esa emergencia será solo un acto de rescate o una oportunidad para preservar la calidad oncológica. La urgencia no elimina la necesidad de

sólidos principios quirúrgicos y oncológicos; por el contrario, hace que su aplicación sea aún más importante.

El CCR debe utilizarse como modelo inicial porque es frecuente, mensurable y se asocia a indicadores objetivos de calidad. Mejorar sus resultados exige reconocer factores modificables, mejorar el registro, definir indicadores, capacitar a los profesionales, crear protocolos e integrar la emergencia a la línea de cuidado oncológico. El desafío contemporáneo no es solo operar más rápido, sino operar mejor, incluso cuando el tiempo es limitado.

#### Contribuciones:

FOF: Redacción del borrador original, revisión y edición final.

BMR: Redacción del borrador original, revisión y edición final.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

#### ORCID:

Oliveira Ferreira F: <https://orcid.org/0000-0002-5340-2578>

Mauro Rossi B: <https://orcid.org/0000-0003-2614-4910>

## REFERENCIAS

- Morgan E, Arnold M, Gini A, Lorenzoni V, Cabasag CJ, Laversanne M, et al. Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Gut*. 2023;72(2):338-44. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327736.
- Zhou H, Jin Y, Wang J, Chen G, Chen J, Yu S. Comparison of short-term surgical outcomes and long-term survival between emergency and elective surgery for colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2023;38(1):41. doi: 10.1007/s00384-023-04334-8.
- Guidolin K, Withers R, Shariff F, Ashamalla S, Nadler A. Quality of colon cancer care in patients undergoing emergency surgery. *Curr Oncol*. 2021;28(3):2079-86.
- Wanis KN, Ott M, Van Koughnett JAM, Colquhoun P, Brackstone M. Long-term oncological outcomes following emergency resection of colon cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(11):1525-32.
- Xu Z, Becerra AZ, Aquina CT, Hensley BJ, Justiniano CF, Boodry C, et al. Emergent colectomy is independently associated with decreased long-term overall survival in colon cancer patients. *J Gastrointest Surg*. 2017;21(3):543-53. doi: 10.1007/s11605-017-3355-8.
- Hardt JL, Merkow RP, Reissfelder C, Rahbari NN. Quality assurance and quality control in surgical oncology. *J Surg Oncol*. 2022;126(8):1560-72.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(Suppl):166-206.
- Shulman LN, Browner AE, Palis BE, Mallin K, Kakade S, Carp N, et al. Compliance with cancer quality measures over time and their association with survival outcomes: the Commission on Cancer's experience with at least 12 lymph nodes in colon cancer resections. *Ann Surg Oncol*. 2019;26(6):1613-21. doi: 10.1245/s10434-019-07323-w.
- Patel SV, Patel SVB, Brackstone M. Emergency surgery for colorectal cancer does not result in nodal understaging compared with elective surgery. *Can J Surg*. 2014;57(5):349-53.
- Huijts DD, Dekker JWT, van Bodegom-Vos L, van Groningen JT, Bastiaannet E, Marang-van de Mheen PJ. Differences in organization of care are associated with mortality, severe complication and failure to rescue in emergency colon cancer surgery. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(1):mzab038. doi: 10.1093/intqhc/mzab038.
- Schrag D, Cramer LD, Bach PB, Cohen AM, Warren JL, Begg CB. Influence of hospital procedure volume on outcomes following surgery for colon cancer. *JAMA*. 2000;284(23):3028-35.
- Gunnarsson H, Ekholm A, Olsson LI. Emergency presentation and socioeconomic status in colon cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39(8):831-6.
- Weixler B, Warschkow R, Ramser M, Droeser R, von Holzen U, Oertli D, et al. Urgent surgery after emergency presentation for colorectal cancer has no impact on overall and disease-free survival: a propensity score analysis. *BMC Cancer*. 2016;16:208. doi: 10.1186/s12885-016-2239-8.
- Ferreira FO, Lima TMA, Utiyama EM, Oliveira AF, Von Bahten LC, Ribeiro HSC. Quality of emergency oncological surgery: time for advanced oncological life support. *Rev Assoc Med Bras*. 2024;70(Suppl 1):e2024S109.

# Diverticulitis colónica aguda: experiencia en su tratamiento y predictores de recurrencia en un servicio de cirugía general

Agustina S. Hermida<sup>1</sup>, Agustín A. Alesandrini<sup>2</sup>, Juan A. Perriello<sup>2</sup>,  
Lisandro M. Álvarez<sup>3</sup>, Nadia M. Miranda<sup>3</sup>

Hospital Privado de la Comunidad, Mar Del Plata, Provincia. de Buenos Aires, Argentina

<sup>1</sup> Residente de cirugía general

<sup>2</sup> Cirujano general y coloproctólogo

<sup>3</sup> Cirujano general

## Para citar:

Hermida AS, Alesandrini AA, Perriello JA, Álvarez LM, Miranda NM. Diverticulitis colónica aguda: experiencia en su tratamiento y predictores de recurrencia en un servicio de cirugía general. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):9-14. doi:10.46768/wwpxhp83

► 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/wwpxhp83>

Recibido: 29-09-2025

Aceptado: 11-05-2026



© 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

Hermida Agustina Sol:  
[hermidaagustinasol@gmail.com](mailto:hermidaagustinasol@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad diverticular es una patología frecuente en los países occidentales, con incidencia creciente con la edad. Si bien la mayoría de los pacientes permanece asintomática, una proporción desarrolla diverticulitis aguda, con potencial de recurrencia y complicaciones. Aunque el tratamiento médico es eficaz en la mayoría de los casos, algunos pacientes evolucionan a formas complejas que requieren intervenciones invasivas.

**Objetivo:** Describir la experiencia de nuestra institución en el manejo de la diverticulitis colónica aguda y analizar los factores predictivos de recurrencia.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda que requirieron internación para su tratamiento durante un periodo de 8 años (2013-2020), en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Comunidad.

**Resultados:** Se incluyeron 329 pacientes con una media de edad de 65 años y predominio femenino. La mayoría presentó sobrepeso u obesidad y un bajo índice de comorbilidad.

El manejo fue predominantemente conservador, reservándose las intervenciones invasivas para una minoría de los casos. El drenaje percutáneo y el lavado con drenaje abdominal mostraron buenos resultados en pacientes seleccionados, con baja necesidad de cirugía resectiva. La recurrencia se observó en aproximadamente el 25% de los pacientes. En el análisis multivariado, la edad mayor de 50 años se asoció de forma independiente con un menor riesgo de recurrencia (OR 0,47; IC95% 0,24-0,91;  $p = 0,025$ ).

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con diverticulitis aguda pudo ser manejada de forma conservadora durante el primer episodio. Las estrategias miniinvasivas, como el drenaje percutáneo y el lavado y drenaje abdominal, fueron efectivas en pacientes seleccionados. La recurrencia se observó en aproximadamente una cuarta parte de los casos, y la edad mayor de 50 años se asoció de manera independiente con un menor riesgo de recurrencia. Estos hallazgos respaldan un manejo conservador e individualizado, en el que la indicación quirúrgica no debe basarse exclusivamente en la recurrencia.

**Palabras clave:** *diverticulitis aguda, recurrencia, drenaje percutáneo, lavado y drenaje*

## ABSTRACT

**Introduction:** Diverticular disease is a common condition in Western countries, with increasing incidence with age. While most patients remain asymptomatic, a proportion develop acute diverticulitis, with the potential for recurrence and complications. Although medical treatment is effective in most cases, some patients progress to complex forms requiring invasive interventions.

**Objective:** To describe our institution's experience in the management of acute colonic diverticulitis and to analyze predictive factors for recurrence.

**Materials and methods:** A retrospective cohort study was conducted, observational, descriptive, and analytical, including patients diagnosed with acute diverticulitis who required hospitalization for treatment over an 8-year period (2013-2020) in the General Surgery Department of the Hospital Privado de Comunidad.

**Results:** 329 patients were included, with a mean age of 65 years and a predominance of females. Most were overweight or obese and had a low comorbidity index. Management was predominantly conservative, with invasive interventions reserved for a minority of cases. Percutaneous drainage and abdominal lavage showed good results in selected patients, with a low need for resective surgery. Recurrence was observed in approximately 25% of patients. In multivariate analysis, age over 50 years was independently associated with a lower risk of recurrence (OR 0.47; 95% CI 0.24-0.91;  $p = 0.025$ ).

**Conclusions:** Most patients with acute diverticulitis could be managed conservatively during the first episode. Minimally invasive strategies, such as percutaneous drainage and abdominal lavage and drainage, were effective in selected patients. Recurrence was observed in approximately one-quarter of cases, and age over 50 years was independently associated with a lower risk of recurrence. These findings support a conservative and individualized approach, in which the surgical indication should not be based solely on recurrence.

**Keywords:** *acute diverticulitis, recurrence, percutaneous drainage, lavage and drainage*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular del colon constituye una patología frecuente en los países occidentales, con una prevalencia que se incrementa con la edad, alcanzando hasta el 60–65% en individuos mayores de 60 años.<sup>1,2</sup> Aunque la mayoría de los pacientes con diverticulosis permanece asintomáticos, una proporción desarrolla diverticulitis aguda, la principal complicación clínica de la enfermedad.

La diverticulitis aguda presenta un espectro clínico variable, desde formas no complicadas hasta cuadros severos con abscesos, perforación y peritonitis, lo que condiciona diferentes estrategias terapéuticas. La clasificación de Hinchey y sus modificaciones continúa siendo una herramienta fundamental para la estratificación de la gravedad, especialmente en la evaluación tomográfica.<sup>3-6</sup> Si bien el tratamiento suele ser conservador, la recurrencia de la enfermedad y la adecuada selección de los pacientes para intervenciones más agresivas continúan representando un desafío clínico.<sup>7-11</sup>

En este contexto, persisten interrogantes con respecto a los factores asociados a la recurrencia y a la mejor estrategia terapéutica en la práctica clínica real. Existe escasa evidencia proveniente de series institucionales locales que permitan evaluar estos aspectos en nuestra población.

El estudio tuvo como objetivo primario describir de manera retrospectiva la experiencia en el manejo de pacientes hospitalizados por diverticulitis aguda en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Los objetivos secundarios fueron evaluar la relación que existe entre edad e índice de Charlson, con gravedad y necesidad de cirugía, identificar factores independientes asociados a recurrencia, comparar los resultados del manejo con antibióticos frente a cirugía en términos de complicaciones y recurrencia, y determinar el impacto del drenaje percutáneo en la evolución clínica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda que requirieron internación para su tratamiento durante un periodo de 8 años (2013-2020), en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Comunidad.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años internados con diagnóstico de diverticulitis aguda confirmada mediante tomografía computada. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda tratados de forma ambulatoria y los que presentaron un episodio de diverticulitis durante una internación por otra causa.

El manejo de la diverticulitis aguda se llevó a cabo de acuerdo con un protocolo institucional basado en la severidad del cuadro clínico y los hallazgos tomográficos, utilizando la clasificación de Hinchey modificada como herramienta de estratificación.

Los pacientes clasificados como Hinchey Ia fueron tratados de forma conservadora, con antibióticos de amplio espectro, analgesia y medidas de soporte, indicando ayuno o dieta líquida según la evolución clínica. En los pacientes con Hinchey Ib y II, el tratamiento inicial fue conservador en aquellos con quienes presentaban colecciones menores a 2-3 cm y sin signos de sepsis persistente. En presencia de abscesos mayores o refractarios al tratamiento médico, se indicó drenaje percutáneo guiado por tomografía computada, siempre que la localización y las condiciones clínicas lo permitieran. Los pacientes con diverticulitis Hinchey III, con peritonitis purulenta sin evidencia de perforación colónica franca, fueron tratados con lavado y drenaje abdominal, reservando la cirugía resectiva para aquellos con mala evolución clínica o fracaso en el control de la sepsis. En los casos Hinchey IV, con perforación colónica y peritonitis fecal, se indicó cirugía resectiva de urgencia.

Se definió como recurrencia a la segunda internación por diverticulitis aguda.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresan como proporciones y las continuas como medias con sus respectivos desvíos estándar o medianas con sus rangos intercuartiles, según distribución. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria para identificar factores independientes asociados a la recurrencia de diverticulitis aguda. Se incluyeron en el modelo las variables con significancia estadística en el análisis bivariado ( $p < 0,20$ ), y aquellas de relevancia clínica, expresando los resultados como odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 329 pacientes con una media de edad de 65 años. El 57,5% fueron del sexo femenino. Las características demográficas, los factores de riesgo y las comorbilidades de los pacientes con el primer episodio de diverticulitis aguda y con recurrencia se exponen en la Tabla 1. El tratamiento del primer episodio de diverticulitis aguda, así como su recurrencia se detallan en la Fig. 1. Los pacientes que presentaron un primer episodio de diverticulitis fueron tratados según la gravedad del cuadro clínico, empleando los diferentes tratamientos disponibles. Para la orientación del

manejo terapéutico, se utilizó la clasificación de Hinchey. El primer episodio de diverticulitis aguda fue tratado de manera conservadora en 267 (81,1%) pacientes. Esto se aplicó a aquellos con diverticulitis Hinchey Ia y Hinchey Ib-II. El tratamiento conservador resultó efectivo en los pacientes con colecciones menores de 2-3 cm. Las colecciones de mayor tamaño requirieron drenaje percutáneo. En el primer episodio se realizó drenaje percutáneo en 13 pacientes, con recurrencia en 5 de ellos (38,5%). Si se consideran, además, los episodios recurrentes de diverticulitis, se realizaron un total de 21 drenajes percutáneos en 20 pacientes. Luego del drenaje percutáneo, 15 pacientes requirieron intervenciones quirúrgicas (11 electivas y 4 de urgencia). En 5 pacientes la conducta fue expectante. Un paciente requirió cirugía urgente durante la misma internación por fracaso del drenaje percutáneo, mientras que otro, con alto riesgo quirúrgico, falleció durante el seguimiento. El resto de las cirugías de urgencia se realizaron en reinternaciones posteriores. Durante el primer episodio, las indicaciones quirúrgicas correspondieron a los pacientes con diverticulitis Hinchey III-IV. En los 22 pacientes con peritonitis purulenta, la conducta inicial fue el lavado y drenaje abdominal; durante el seguimiento, 1 (4,5%) requirió reinternación y drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada y otros 4 (18,2%) requirieron posteriormente cirugía programada. No se registraron cirugías de urgencia ni mortalidad en este grupo. En los 23 pacientes con peritonitis fecal, se realizó cirugía resectiva de urgencia (17 procedimientos de Hartmann y 6

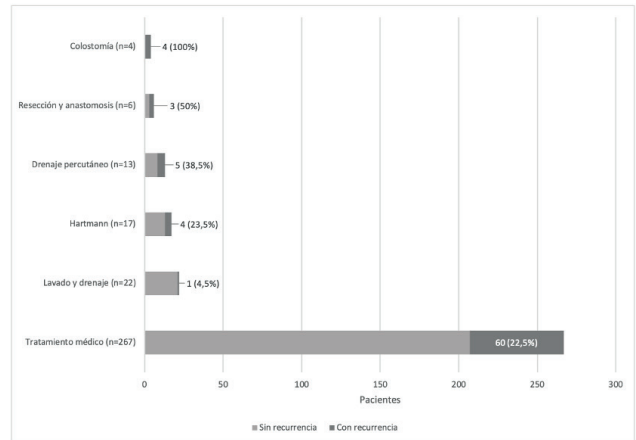


Figura 1. Recurrencia luego del primer episodio de diverticulitis aguda de acuerdo al tipo de tratamiento establecido.

resecciones con anastomosis primaria) (Fig. 1). La mortalidad fue del 17,4% (4/23), observándose exclusivamente en pacientes mayores de 83 años. La recurrencia global luego del primer episodio fue del 23,4% (77/329) (Fig. 1). El 22,5% (60/267) de los pacientes cuyo primer episodio fue tratado de forma exclusivamente médica presentaron recurrencia durante el seguimiento. Entre los pacientes que presentaron recurrencia luego de un primer episodio tratado médicamente, 48 (80%) fueron manejados nuevamente de forma conservadora, mientras que los 12 res-

Tabla 1. Características demográficas, factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con primer episodio y recurrencia de diverticulitis colónica aguda.

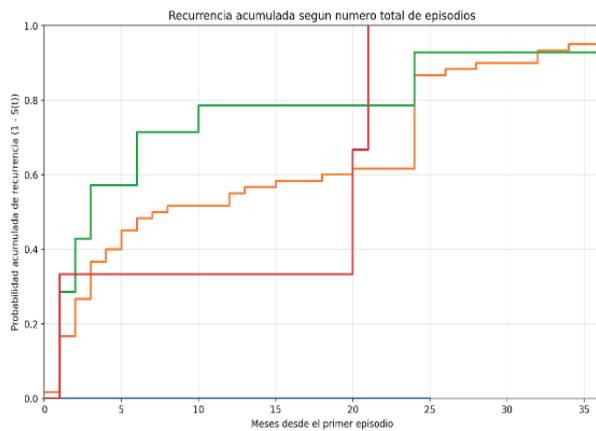
Variables	Casos totales n = 329	Recurrencia n = 77	No recurrencia n = 252	P
Edad, n (%)				
≤ 50	106 (32,2)	32 (41,5)	74 (29)	0,0210
> 50	223 (67,8)	33 (43)	134 (53)	
Sexo, n (%)				
Masculino	140 (42,5)	32 (41,5)	108 (42,8)	0,8442
Femenino	189 (57,5)	45 (58,5)	144 (57,2)	0,8442
Obesidad/Sobrepeso, n (%)	230 (70)	52 (67)	178 (70)	0,6022
Índice de comorbilidad de Charlson, n (%)				
< 4	315 (95,7)	76 (99)	239 (94,8)	0,1427
≥ 4	14 (4,2)	1 (1)	13 (5,2)	0,1427
Inmunosupresión/ Inmunosupresores, n (%)	15 (4)	3 (3)	12 (4,7)	0,7942
Diabetes, n (%)	60 (18)	11 (3,3)	49 (19,4)	0,3113
Cardiopatía, n (%)	94 (28,5)	24 (31)	70 (27,7)	0,5636
Tabaquismo, n (%)	145 (44)	29 (37)	116 (46)	0,1985
Neoplasia, n (%)	27 (8)	4 (5)	23 (9)	0,2812
Nefropatía, n (%)	18 (4)	2 (2)	16 (6,3)	0,2126

tantes (20%) requirieron de tratamientos invasivos: 5 drenajes percutáneos, 1 lavado y drenaje abdominal, 4 operaciones de Hartmann y 2 resecciones con anastomosis primaria. En el análisis multivariado, la edad > 50 años se asoció de manera independiente con menor riesgo de recurrencia (OR 0,47; IC95% 0,24–0,91;  $p = 0,025$ ). Ninguna de las demás variables incluidas en el modelo mostró asociación estadísticamente significativa tras el ajuste (Tabla 2).

**Tabla 2.** Factores asociados con recurrencia de diverticulitis en el modelo de regresión logística multivariado. Se muestran odds ratios (OR) ajustados con IC95% para las cinco variables incluidas.

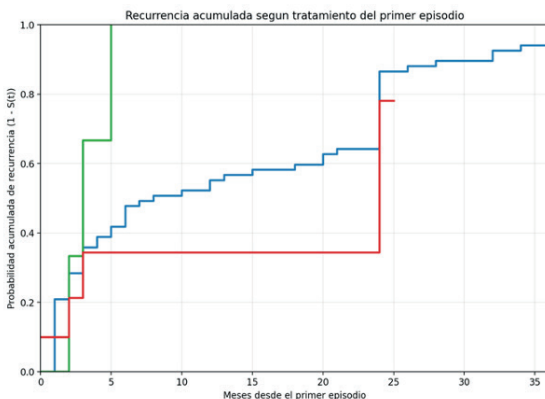
Variables	OR	IC95%	<i>p</i>
Edad > 50 años	0,47	0,24–0,91	0,025
Sexo masculino	0,82	0,47–1,44	0,489
Charlson ≥ 4	0,46	0,13–1,61	0,224
Tabaquismo (sí)	0,81	0,47–1,38	0,435
Hinchey ≥ II (vs ≤ I)	1,23	0,62–2,46	0,549

El análisis temporal mostró un incremento progresivo de la incidencia acumulada de recurrencia a lo largo del seguimiento (Fig. 2). Como es esperable, los pacientes sin recurrencia permanecieron censurados sin eventos, mientras que los grupos con mayor número total de episodios mostraron una acumulación más temprana de nuevos episodios. Sin embargo, dado que los grupos fueron definidos según el número total de episodios observados, esta figura debe interpretarse como una descripción del patrón temporal de recurrencia y no como una comparación predictiva de riesgo entre grupos. Asimismo, el análisis temporal de la recurrencia según el tratamiento realizado durante el primer episodio mostró diferencias en la acumulación de nuevos eventos entre los grupos (Fig. 3). Los pacientes tratados médicamente presentaron una acumulación progresiva de recurrencias durante el seguimiento, mientras que los pacientes tratados con lavado y drenaje mostraron recurrencias más tempranas. En el grupo “otros”, la acumulación de eventos fue menor y más tardía. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido al bajo número de pacientes en los grupos quirúrgicos y de tratamiento invasivo.



Grupo	n	Eventos	Sin nuevos eventos
1	6	0	6
2	60	60	0
3	14	14	0
4	3	3	0

**Figura 2.** Incidencia acumulada de recurrencia de la diverticulitis aguda ( $1 - S(t)$ ) según el número total de episodios (grupos de 1: sin recurrencia, grupo 2: una recurrencia, grupo 3: dos recurrencias, grupo 4: tres recurrencias). El tiempo se expresa en meses desde el primer episodio. Se definió recurrencia como una segunda internación, y “meses desde el primer episodio” como intervalo entre hospitalizaciones. Los pacientes sin recurrencia se censuraron en el último seguimiento.



Grupo	n	Eventos	Sin nuevos eventos
Tratamiento médico	67	67	0
Lavado y drenaje	6	5	1
Otros	10	5	5

**Figura 3.** Incidencia acumulada de recurrencia de la diverticulitis aguda ( $1 - S(t)$ ) según el tipo de tratamiento realizado durante el primer episodio. El tiempo se expresa en meses desde el primer episodio. Se definió recurrencia como una segunda internación, y “meses desde el primer episodio” como intervalo entre hospitalizaciones. Los pacientes sin recurrencia se censuraron en el último seguimiento.

## DISCUSIÓN

La enfermedad diverticular del colon constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica quirúrgica, particularmente en poblaciones de edad avanzada. En nuestra serie, la edad promedio de presentación fue de 65 años, en concordancia con lo reportado en la literatura internacional.<sup>12-16</sup> Su elevada prevalencia en países occidentales y el aumento progresivo de la incidencia con la edad explican el impacto significativo que la diverticulitis aguda tiene sobre los sistemas de salud, tanto por la necesidad de internación como por el potencial requerimiento de intervenciones invasivas.

Diversos estudios han demostrado que la mayoría de los episodios de diverticulitis aguda presentan una evolución favorable con tratamiento médico, reservándose las intervenciones quirúrgicas para los cuadros complicados o con mala evolución clínica. En nuestra experiencia institucional, el 81% de los pacientes fue manejado de forma conservadora durante el primer episodio, lo que respalda la eficacia del tratamiento médico en los casos no complicados y resulta consistente con lo reportado en series contemporáneas. Estos hallazgos adquieren particular relevancia en el contexto actual, en el cual las guías de práctica clínica recomiendan un enfoque cada vez más selectivo y menos invasivo, promoviendo la individualización de las decisiones terapéuticas según las características clínicas y radiológicas de cada paciente.

La estratificación de la gravedad mediante la clasificación de Hinchey continúa siendo una herramienta central en la toma de decisiones terapéuticas. En nuestra cohorte, los pacientes clasificados como Hinchey Ia fueron tratados exclusivamente con antibióticos y medidas de soporte, mientras que en los estadios Ib y II se priorizó el tratamiento conservador en presencia de colecciones pequeñas, reservando el drenaje percutáneo para abscesos de mayor tamaño. Este enfoque escalonado permitió un adecuado control de la sepsis en la mayoría de los casos, con una baja tasa de conversión a cirugía, en concordancia con lo descrito en otras series y con las recomendaciones internacionales.<sup>17-25</sup>

El drenaje percutáneo se consolidó en nuestra experiencia como una estrategia efectiva en pacientes con Hinchey II, permitiendo resolver el episodio agudo sin necesidad de cirugía inmediata en la mayoría de los casos. Si bien un porcentaje de estos pacientes presentó recurrencia, la necesidad de cirugía de urgencia posterior fue baja, lo que respalda el rol del drenaje percutáneo como una herramienta terapéutica válida y segura.

En los cuadros más graves, correspondientes a diverticulitis Hinchey III y IV, las decisiones quirúrgicas fueron condicionadas por el estado clínico del paciente y los hallazgos intraoperatorios. En los casos de peritonitis purulenta sin evidencia de perforación franca, con el lavado y drenaje ab-

dominal se logró un control efectivo de la infección en un alto porcentaje de los pacientes, con baja mortalidad y una proporción significativa de enfermos, superior al 80%, que no requirieron cirugía resectiva posterior. Estos resultados se alinean con publicaciones que proponen el lavado y drenaje como una alternativa válida en pacientes cuidadosamente seleccionados, aunque su indicación continúa siendo motivo de debate.<sup>24,25</sup> En cambio, todos los pacientes con peritonitis fecal recibieron cirugía resectiva, con una mortalidad del 17,4%.

La recurrencia de la diverticulitis aguda constituye uno de los principales desafíos en el seguimiento de estos pacientes. En nuestra serie, el 23% de los pacientes presentó al menos un episodio recurrente luego del primer episodio, cifra comparable a la comunicada en la literatura.<sup>2,5,20</sup>

En nuestro estudio, la edad >50 años se asoció de manera independiente con un menor riesgo de recurrencia, lo que sugiere que la evolución no depende exclusivamente de la edad. La mayoría de las recurrencias no requirió tratamiento quirúrgico. Estos hallazgos respaldan el manejo individualizado de la diverticulitis aguda, en el que la indicación de cirugía no debe basarse en la edad ni en el número de episodios, sino en la gravedad del cuadro, las comorbilidades y el impacto en la calidad de vida. Este enfoque es consistente con las guías internacionales y las recomendaciones de las principales sociedades científicas, que desaconsejan la resección electiva basada en criterios aislados.<sup>26-31</sup>

Finalmente, si bien nuestro estudio aporta una casuística significativa y refleja la práctica real de un servicio de cirugía general, presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo. En este sentido, la información analizada proviene de registros clínicos previamente confeccionados, lo que puede implicar datos incompletos, falta de estandarización en la recolección de variables y posible sesgo de información. Asimismo, la selección de pacientes no fue controlada de manera prospectiva, lo que introduce un potencial sesgo de selección. No obstante, el análisis multivariado permitió identificar factores asociados de manera independiente a la recurrencia. Estudios prospectivos serán necesarios para validar estos hallazgos.

## CONCLUSIONES

La diverticulitis aguda constituye una patología frecuente en la práctica quirúrgica, cuya evolución clínica es heterogénea y requiere un abordaje individualizado. En nuestra experiencia institucional, la mayoría de los pacientes pudo ser manejado de forma conservadora durante el primer episodio, con buenos resultados clínicos y baja necesidad de cirugía.

Las estrategias miniinvasivas, como el drenaje percutáneo y el lavado y drenaje abdominal, demostraron ser alternativas tera-

péuticas efectivas en pacientes seleccionados, permitiendo en muchos casos evitar la cirugía resectiva en el contexto agudo. La recurrencia se observó en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes. En el análisis multivariado, la edad mayor de 50 años se asoció de manera independiente con menor riesgo de recurrencia, mientras que otras variables clínicas no mostraron asociación significativa.

En conjunto, estos hallazgos respaldan un enfoque terapéutico conservador y escalonado, en el que la indicación quirúrgica no debe basarse exclusivamente en la recurrencia, sino en una evaluación integral del paciente y de la gravedad del cuadro clínico.

#### Contribuciones:

ASH: investigación, curación de datos, recolección de datos y redacción del borrador original. AAA: conceptualización, metodología, supervisión, investigación, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito. JAP: supervisión, validación, análisis formal, revisión y edición del manuscrito. LMA: recolección de datos, curación de datos e investigación. NMM: recolección de datos, curación de datos e investigación. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

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

#### ORCID:

Hermida AS: <https://orcid.org/0009-0001-1382-6309>

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

Perriello JA: <https://orcid.org/0009-0000-2798-5979>

Álvarez LM: <https://orcid.org/0009-0000-2798-5979>

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

## REFERENCIAS

- Buie LA. Diverticula of the colon. *N Engl J Med*. 1939;221:593-8. doi: 10.1056/NEJM193910192211601.
- Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. *Br Med J*. 4(5684):639-42 doi: 10.1136/bmj.4.5684.639.
- Oomen JLT, Engel AF, Cuesta MA. Outcome of elective primary surgery for diverticular disease of the sigmoid colon: a risk analysis based on the POSSUM scoring system. *Colorectal Dis*. 2006;8: 91-7.
- Yamada T. *Manual de Gastroenterología*. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Chautems RC, Ambrosetti P, Ludwig A, Mermillod B, Morel P, Soravia C. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: is surgery mandatory?: a prospective study of 118 patients. *Dis Colon Rectum*. 2002;45: 962-6.
- Petruzzello C, Marannino M, Migneco A, Brigida M, Saviano A, Piccioni A, et al. The efficacy of a mix of three probiotic strains in reducing abdominal pain and inflammatory biomarkers in acute uncomplicated diverticulitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019;23: 9126-33.
- Shah SD, Cifu AS. Management of acute diverticulitis. *JAMA*. 2017;318: 291-2.
- Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg*. 1978;12: 85-109.
- Klarenbeek BR, de Korte N, van der Peet DL, Cuesta MA. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27: 207-14.
- Köhler L, Sauerland S, Neugebauer E. Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference. The Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc*. 1999;13:430-6.
- Feingold D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, Boushey R, Buie WD, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2014;57(3):284-94. doi: 10.1097/DCR.000000000000075.
- Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):32. doi: 10.1186/s13017-020-00313-4.
- Turunen P, Wikström H, Carpelan-Holmström M, Kairaluoma P, Kruuna O, Scheinin T. Smoking increases the incidence of complicated diverticular disease of the sigmoid colon. *Scand J Surg*. 2010;99:14-7.
- Cologne KG, Skiada D, Beale E, Inaba K, Senagore AJ, Demetriades D. Effects of diabetes mellitus in patients presenting with diverticulitis: clinical correlations and disease characteristics in more than 1,000 patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76:704-9.
- Van de Wall BJM, Draaisma WA, Van der Kaaij RT, Consten ECJ, Wiezer MJ, Broeders I. The value of inflammation markers and body temperature in acute diverticulitis. *Colorectal Dis*. 2013;15:621-6.
- Nizri E, Spring S, Ben-Yehuda A, Khatib M, Klausner J, Greenberg R. C-reactive protein as a marker of complicated diverticulitis in patients on anti-inflammatory medications. *Tech Coloproctol*. 2014;18:145-9.
- Bolkenstein HE, van de Wall BJM, Consten ECJ, Broeders IAMJ, Draaisma WA. Risk factors for complicated diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2017;32:1375-83.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-83.
- Lambrichts DPV, Bolkenstein HE, van der Does DCHE, Dieleman D, Crolla RMPH, Dekker JWT, et al. Multicentre study of non-surgical management of diverticulitis with abscess formation. *Br J Surg*. 2019;106:458-66.
- Lamb MN, Kaiser AM. Elective resection versus observation after non-operative management of complicated diverticulitis with abscess: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:1430-40.
- Toorenvliet BR, Swank H, Schoones JW, Hamming JF, Bemelman WA. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2010;12: 862-7.
- Cirocchi R, Trastulli S, Vettoretto N, Milani D, Cavaliere D, Renzi C, et al. Laparoscopic peritoneal lavage: a definitive treatment for diverticular peritonitis or a "bridge" to elective laparoscopic sigmoidectomy?: a systematic review. *Medicine*. 2015;94: e334.
- Swank HA, Vermeulen J, Lange JF, Mulder IM, van der Hoeven JAB, Stassen LPS, et al. The ladies trial: laparoscopic peritoneal lavage or resection for purulent peritonitis and Hartmann's procedure or resection with primary anastomosis for purulent or faecal peritonitis in perforated diverticulitis (NTR2037). *BMC Surg*. 2010;10:29. doi: 10.1186/1471-2482-10-29.
- Thornell A, Angenete E, Gonzales E, Heath J, Jess P, Läckberg Z, et al. Treatment of acute diverticulitis laparoscopic lavage vs. resection (DILALA): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011;12:186. doi: 10.1186/1745-6215-12-186.
- Schultz JK, Yaqub S, Wallon C, Blečić L, Forsmo HM, Folkesson J, et al. laparoscopic lavage vs primary resection for acute perforated diverticulitis: the SCANDIV randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;314:1364-75.
- Peery AF, Shaikat A, Strate LL. AGA Clinical practice update on medical management of colonic diverticulitis: expert review. *Gastroenterology*. 2021;160(3):906-11.
- Young-Fadok TM. Diverticulitis. *N Engl J Med*. 2018;379:1635-42.
- Sacks OA, Hall J. Management of diverticulitis: a review. *JAMA Surg*. 2024;159(6):696-703. doi: 10.1001/jamasurg.2023.8104.
- Mizuki A, Nagata H, Tatemichi M, Kaneda S, Tsukada N, Ishii H, et al. The out-patient management of patients with acute mild-to-moderate colonic diverticulitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:889-97.
- Ünlü Ç, Gunadi PM, Gerhards MF, Boermeester MA, Vrouwenraets BC. Outpatient treatment for acute uncomplicated diverticulitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2013;25:1038-43.
- Macarena Fernández A., Joaquín Irrarázaval E., Andrés Larach K., Leonardo Espíndola S. Manejo del absceso diverticular. *Rev Argent Coloproct*. 2013;24(2):73-7.

# Tumor retrorrectal y cáncer de recto bajo sincrónicos: manejo quirúrgico y revisión de la literatura

Valentina Molina<sup>1</sup>, Alfonso Nuñez<sup>2</sup>, María I Ortiz S<sup>2</sup>, Oscar E Molina<sup>3</sup>

Servicio de cirugía general, equipo de Coloproctología. Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Valparaíso, Chile.

<sup>1</sup> Cirujano general

<sup>2</sup> Médico general

<sup>3</sup> Cirujano colorrectal

## Para citar:

Molina V, Nuñez A, Ortiz MI, Molina Sáez OE. Tumor retrorrectal y cáncer de recto bajo sincrónicos: manejo quirúrgico y revisión de la literatura. *Rev Argent Coloproctol*. 2026;37(2):15-20 doi:10.46768/7ym87846

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/7ym87846>

Recibido: 18-08-2025

Aceptado: 21-04-2026



© 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

Oscar Eduardo Molina Sáez:  
omolinasaesz@gmail.com  
Contacto +598 9949 1516

## RESUMEN

Se presenta un caso que ilustra la complejidad del manejo del cáncer de recto temprano y la coexistencia excepcional de un quiste retrorrectal. Si bien la literatura respalda la escisión local del cáncer rectal post-neoadyuvancia en pacientes seleccionados, los resultados son variables y el riesgo de recurrencia en tumores ypT2 limita su aplicabilidad general. Asimismo, los tumores retrorrectales benignos pueden considerarse para seguimiento en casos seleccionados, aunque la indicación quirúrgica sigue siendo estándar. Una paciente femenina de 41 años con adenocarcinoma de recto cT2N0M0, se realizó inicialmente terapia neoadyuvante total con intención de preservación de órgano. La reevaluación post-neoadyuvancia mostró respuesta parcial (yT1N0), por lo que se realizó escisión local transanal, con resultado final ypT2 y márgenes muy estrechos. Ante los factores de alto riesgo, se indicó resección abdominoperitoneal laparoscópica en bloque con la exéresis del quiste retrorrectal, que correspondió a un quiste epidermoide. La paciente evoluciona sin recidiva a los 6 meses.

**Palabras clave:** *cáncer de recto temprano, escisión local, escisión total del mesorrecto, terapia quimiorradiante neoadyuvante, preservación de órgano, tumor retrorrectal, quiste epidermoide*

## ABSTRACT

We present a case illustrating the complexity of early rectal cancer management and the rare coexistence of a presacral lesion. Although the literature supports local excision of rectal cancer after neoadjuvant therapy in selected patients, outcomes are variable, and the risk of recurrence in ypT2 tumors limits its widespread applicability. In addition, benign presacral tumors may be considered for surveillance in selected cases; however, surgical resection remains the standard of care. A 41-year-old female patient with cT2N0M0 rectal adenocarcinoma was initially treated with total neoadjuvant therapy with organ preservation intent. Post-treatment reassessment demonstrated a partial response (yT1N0), and transanal local excision was performed. Final pathology revealed ypT2 disease with very close margins. Given these high-risk features, a laparoscopic abdominoperitoneal resection en bloc with excision of the presacral mass was performed, which was confirmed to be an epidermoid cyst. The patient had an uneventful postoperative course and remains disease-free at 6 months of follow-up.

**Keywords:** *early rectal cancer; local excision; total mesorectal excision; neoadjuvant chemoradiation therapy; organ preservation; presacral tumor; epidermoid cyst*

## INTRODUCCIÓN

La escisión total del mesorrecto (ETM) es el tratamiento estándar del cáncer de recto medio e inferior, principalmente en lesiones T2–T4.<sup>1,2</sup> La neoadyuvancia desempeña un papel fundamental en la enfermedad localmente avanzada, al reducir la tasa de recurrencia local (RL) y mejorar la supervivencia libre de enfermedad.<sup>3</sup> A pesar de los grandes avances en el tratamiento del cáncer de recto, persiste un deterioro significativo en la calidad de vida de muchos pacientes después de la ETM, por lo que

surge la necesidad de nuevas estrategias orientadas a la preservación del órgano y su función sin comprometer el pronóstico oncológico.

La escisión local (EL) es un tratamiento aceptado para las neoplasias rectales tempranas (T1N0) con histología, tamaño y localización favorables. Sin embargo, la EL se asocia a una alta tasa de RL en tumores T2N0. Algunos autores han reportado una disminución de la RL tras EL luego de neoadyuvancia en estos casos.<sup>1,2</sup>

Los tumores retrorrectales o presacros son lesiones derivadas de restos embrionarios. En su mayoría son benignos, aunque existen subtipos de naturaleza maligna (Tabla 1).<sup>4</sup> Tienen baja incidencia, estimándose en 1 de cada 40.000 a 60.000 admisiones hospitalarias por año en centros de alta complejidad en Estados Unidos. Suelen ser asintomáticos y su tratamiento es quirúrgico.<sup>5</sup>

Presentamos el caso de una paciente joven con tumor de recto inferior asociado a tumor retrorrectal, con el objetivo de ilustrar la complejidad del algoritmo de decisiones cuando coexisten dos patologías potencialmente contradictorias en su manejo, con escasa experiencia publicada.

**CASO CLÍNICO**

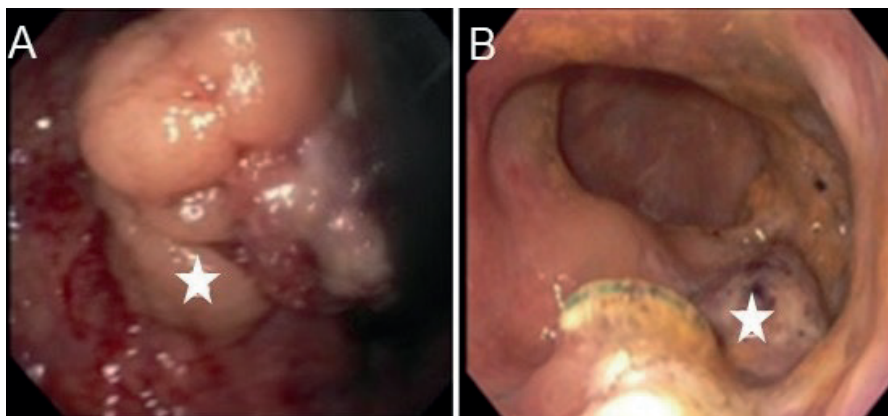
Paciente de sexo femenino de 41 años, consultó por un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por hematoquecia, tenesmo y descenso de peso de 5 kg. En el tacto rectal se palpó una masa irregular, ulcerada, friable parcialmente mó-

vil, no fija a planos profundos, a 2 cm del margen anal. La colonoscopia confirmó la lesión y la biopsia informó adenocarcinoma de recto (ADCR) moderadamente diferenciado con proteínas de reparación de mismatch no mutadas (pMMR). La resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis informó engrosamiento parietal del recto a 1,1 cm de la línea pectínea, con extensión craneocaudal de 5,2 cm y transversal de 4,4 cm, con infiltración de la capa muscular. No se observó compromiso del complejo esfinteriano, adenopatías mesorrectales, ni margen circunferencial comprometido por el tumor. Tampoco se observó invasión vascular extramural. El estadio final fue caracterizado como cT2N0Mx (Fig. 1) La tomografía axial computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis descartó metástasis y adenopatías mesorrectales. Como hallazgo incidental ambos estudios reportaron un tumor retrorrectal de 5,2 x 4,5cm, redondeado, de paredes lisas bien definidas y contenido sólido-quístico sugestivo de hamartoma. Se discutió el caso en comité multidisciplinario y se comunicaron los riesgos y beneficios de las distintas conductas a la quien manifestó el deseo de someterse a estrategia

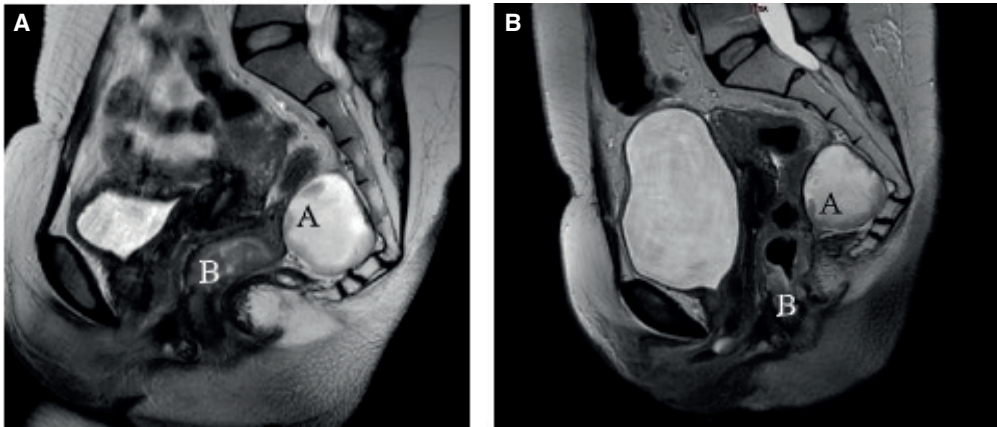
**Tabla 1.** Clasificación de los tumores retrorrectales más frecuentes

	Benignos	Malignos
<b>Congénitos</b>	Quiste epidermoide/dermoide Quiste entérico Hamartoma quístico (tailgut cyst) Teratoma (sólido)	Hamartoma quístico malignizado* Teratocarcinoma (sólido)
<b>Neurogénicos</b>	Schwanoma Neurofibroma	Schwanoma maligno Neurofibrosarcoma
<b>Óseos</b>	Quiste óseo aneurismal Osteoma Quiste simple óseo	Cordoma Condrosarcoma
<b>Misceláneos</b>	GIST Hemangiopericitoma Desmoide Angiomixoma	Carcinoma metastásico Angiosarcoma Carcinosarcoma Fibrosarcoma

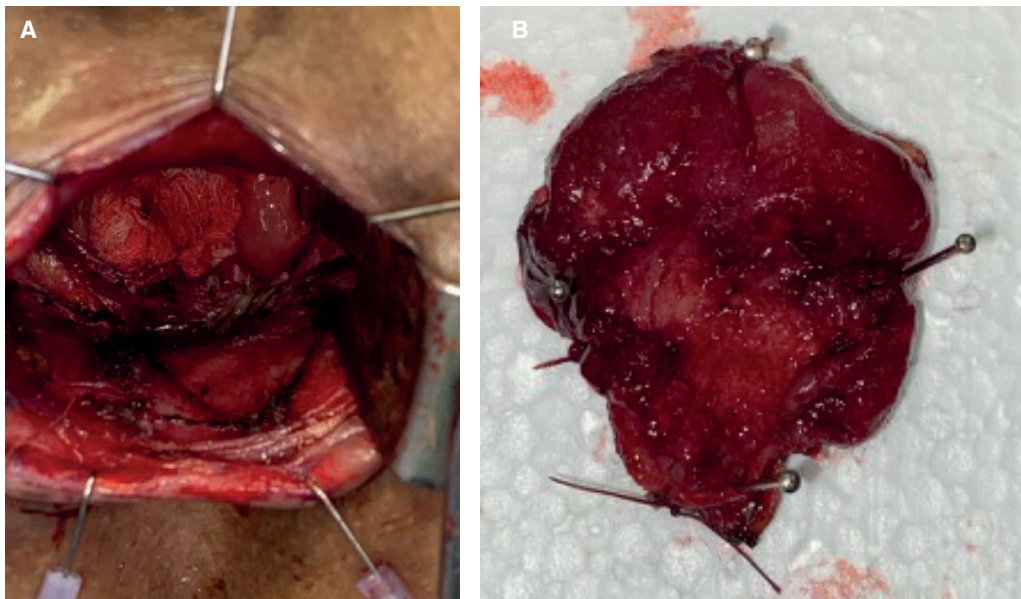
\* Riesgo leve de malignización.



**Figura 1.** Colonoscopia. **A.** Imagen endoscópica del adenocarcinoma de recto previa a la quimiorradioterapia neoadyuvante. **B.** Imagen endoscópica que evidencia reducción del tamaño tumoral luego de la neoadyuvancia.



**Figura 2.** Resonancia magnética de pelvis de alta resolución en plano sagital, con secuencias ponderadas en T2. A. Imagen previa a la neoadyuvancia. B. Imagen posterior a la neoadyuvancia. Se evidencia engrosamiento irregular hipointenso de la pared del recto distal, compatible con carcinoma de recto inferior (A) y lesión quística retrorrectal bien delimitada, homogéneamente hiperintensa, compatible con quiste retrorrectal (B).



**Figura 3.** Escisión local del adenocarcinoma de recto. A. Lecho quirúrgico posterior. B. Pieza operatoria.

de preservación de órganos y seguimiento de la lesión retrorrectal asintomática. Se realizó terapia neoadyuvante total (TNT) de consolidación con radioterapia de curso corto seguida de quimioterapia con esquema FOLFOX por 6 ciclos. La evaluación a las 8 semanas evidenció en el tacto rectal y la rectoscopia una lesión plana sobreelevada de 2,9 x 2,2 cm. La RMN informó invasión del tumor hasta la submucosa y contacto con la muscular sin compromiso del complejo esfinteriano, estadio  $\gamma$ T1N0Mx y grado 3 de regresión tumoral (Fig. 2).

Ante la posibilidad histológica de resear un tumor T1 con preservación de esfínteres, baja mortalidad y posibilidad de resección R0, se plantea la opción de EL transanal convencional. La biopsia operatoria informó tumor de 2,5 x 2,8 cm,

$\gamma$ pT2N<sub>x</sub>M<sub>x</sub>, sin invasión linfovascular ni perineural, Budding tumoral de bajo grado, con margen lateral negativo (1 cm) y circunferencial profundo de 0,2 mm. Debido al alto riesgo de recidiva y enfermedad ganglionar por lesión T2 y residuo tumoral post-neoadyuvancia > 2 cm, asociado a un margen profundo libre pero extremadamente estrecho (0,2 mm), se decidió realizar una resección abdominoperineal laparoscópica del adenocarcinoma de recto, asociada a la resección del tumor retrorrectal en posición de litotomía (Fig. 3).

La histopatología de la pieza de resección reportó adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado con producción focal de mucina en el lecho de la EL, sin metástasis ganglionar mesorrectal (0/14) ni compromiso del margen

de resección. El tumor retrorrectal fue informado como un quiste epidermoide retrorrectal. Actualmente, tras 6 meses de seguimiento no hay signos de recidiva local ni a distancia (Fig. 4).

## DISCUSIÓN

Los tumores retrorrectales constituyen una entidad infrecuente, cuya verdadera incidencia resulta difícil de establecer debido a que la mayoría cursa de forma asintomática y suele diagnosticarse como hallazgo incidental en estudios de imagen. No existe una asociación conocida entre estas lesiones y el ADCR, por lo que su coexistencia es extremadamente rara. De acuerdo con nuestra revisión de la literatura, únicamente se han reportado cuatro casos similares a nivel mundial, ninguno de ellos en Latinoamérica.<sup>6,7</sup>



Figura 4. Pieza de resección abdominoperineal con quiste retrorrectal (A) extirpado en bloque.

Tabla 2. Resultados oncológicos de la escisión local post-neoadyuvancia en cáncer de recto

Autor / Año	Diseño del estudio	Población / Estado del ADCR	Evaluación	Resultados
Park et al. <sup>1</sup> 2024	Retrospectivo comparativo	119 pacientes cT2N0 a <8 cm del MA	QRTn + EL vs ETM	SLRL a 3 años: 87.9% vs 96.2%; p = 0.129 SLE a 3 años: 79.6% vs 84.9%; p = 0.429
Peltrini et al. <sup>8</sup> 2022	Revisión sistemática 9 estudios	cT2N0	QRTn + EL	SLE a 5 años: 91.3% SG a 5 años: 72.6% RL: 4%
García Aguilar et al. <sup>9</sup> ACOSOG Z6041 2015	Multicéntrico no randomizado	79 pacientes cT2N0 a <8 cm del MA	QRTn + EL	RCc: 44% Downstaging (ypT0-1): 64% SLE a 3 años: OR 88,2% IC95% 81,3-95,8 RL: 8%
Rullier, et al. <sup>10</sup> GRECCAR 2 2017	Multicéntrico prospectivo, randomizado	186 pacientes cT2T3-N0 a <8 cm del MA, buenos respondedores a QRT (tumor residual <2 cm)	QRTn + EL vs ETM	RCc: 40% RL: 5% QRTn + EL vs 7% ETM
Serra, et al. <sup>11</sup> TAUTEM 2025	Multicéntrico prospectivo, randomizado de no inferioridad	173 pacientes cT2-T3abN0M0 a <10 cm del MA Tumor ≤4 cm	QRTn + EL vs ETM	RL: 7,4% QRTn + EL vs 6,2% ETM Recurrencia a distancia: 12,3% QRTn + EL vs 17,3% ETM SLE: 82,7% QRTn + EL vs. 85,2% ETM
Hallam et al. <sup>12</sup> 2016	Revisión sistemática 20 estudios	1.068 pacientes	QRTn + EL	Recurrencia en ypT2: 23.6% SLE combinada: 68%
Van Oostendorp et al. <sup>13</sup> 2020	Metaanálisis 73 estudios	4.674 pacientes pT1-T2	EL sin QRTn vs QRTn + EL vs ETM	RL: 28.9% EL sin QRTn vs 14.7% QRTn + EL vs 4% ETM
Oliva et al., <sup>3</sup> 2016	Prospectivo	53 pacientes ADCR a <7 cm)	QRTn + EL con seguimiento vs ETM de rescate	ypT2: 68% hallazgos desfavorables: invasión linfocelular/perineural/már- genes positivos RL: 22% MRC+: 87% en ETM

ADCR = adenocarcinoma de recto. MA = margen anal. SLRL = sobrevida libre de recurrencia local. SLE = sobrevida libre de enfermedad. EL = escisión local. ETM = Escisión total del mesorrecto. QRTn = quimiorradioterapia neoadyuvante. SG = sobrevida global. RL = recurrencia local. RCc: respuesta clínica completa. MRC = margen de resección circunferencial.

En relación con la estrategia terapéutica, nos enfrentamos a un escenario particularmente complejo. Si bien la cirugía radical con ETM constituye el estándar de tratamiento en estos casos, la localización tumoral y la imposibilidad de garantizar márgenes oncológicos descartaban la realización de una resección anterior ultrabaja. Por otro lado, la resección interesfíntérica podría haber permitido alcanzar objetivos oncológicos apropiados, dado que la obtención de márgenes radiales negativos requería la resección parcial del esfínter interno. Sin embargo, la experiencia previa de los autores con este abordaje ha evidenciado resultados funcionales subóptimos. En este contexto, y considerando además la edad joven de la paciente, se optó por una estrategia de preservación de órgano.

La TNT en tumores tempranos consigue mayor tasa de respuesta clínica completa (RCc), por lo que esta opción siempre debe ser considerada en pacientes con deseo de preservación del recto.<sup>8</sup> Ante la respuesta clínica parcial la opción de realizar EL está respaldada por múltiples estudios (Tabla 2)<sup>1,3,8-13</sup>

El estudio ACOSOG Z6041, con QRTn y EL obtuvo una tasa de respuesta patológica completa (RPC) del 44%, con *downstaging* (ypT0-1) del 64%. Sin embargo, no hubo comparación con el tratamiento *gold standard*, por lo que solo recomienda esta estrategia en pacientes seleccionados o no candidatos a ETM.<sup>9</sup>

El ensayo GRECCAR 2 es un estudio clínico aleatorizado que incluyó 186 pacientes con ADCR inferior estadio T2-T3 y tumores menores de 4 cm. Tras recibir QRTn, aquellos con buena respuesta clínica (tumor residual  $\leq 2$  cm) fueron asignados al azar a EL o a ETM, con un protocolo que indicaba cirugía radical de rescate si la anatomía patológica mostraba enfermedad más avanzada (ypT2-T3) o márgenes positivos. El estudio mostró una tasa de RPC del 40% y una RL baja y similar entre ambos grupos (5% y 7% a 5 años), sin diferencias significativas en supervivencia. Sin embargo, un porcentaje considerable de pacientes sometidos a EL requirió cirugía radical de rescate, lo que anuló los beneficios en morbilidad. En resumen, los resultados confirman que la EL puede ser segura en pacientes muy seleccionados, buenos respondedores a la neoadyuvancia, pero no reemplaza al estándar actual debido a la necesidad frecuente de tratamiento adicional.<sup>10</sup>

En el mismo sentido, el estudio TAU-TEM demostró que en cáncer de recto temprano seleccionado (cT2-T3ab N0, M0, tumor  $\leq 4$  cm y a  $< 10$  cm del margen anal), la estrategia de QRTn + EL es no inferior a la ETM, ofreciendo una alternativa menos invasiva con resultados oncológicos comparables.<sup>11</sup> Hallam et al.,<sup>12</sup> en una revisión sistemática, concluyeron que la EL post QRTn solo debe considerarse curativa si se obtiene una RPC, debido a la elevada tasa de RL entre los respondedores incompletos (23,6% en ypT2). En línea con estos hallazgos, una revisión sistemática con metaanálisis (73 estudios y 4674 pacientes) evaluó distintas estrategias terapéuticas luego de la EL en tumores pT1-2: observación sin tra-

tamiento adicional, EL seguida de ETM de finalización y RT/QRT adyuvante. En los tumores pT2, las tasas de RL fueron del 28,9%, 4% y 14,7%, respectivamente. Los autores concluyeron que la preservación de órgano mediante tratamiento adyuvante luego de la EL ofrece resultados comparables a la ETM de finalización en tumores pT1 de alto riesgo, pero se asocia con un mayor riesgo de RL en tumores pT2.<sup>13</sup>

En conclusión, la evidencia sugiere que, en tumores rectales tempranos (cT1-T2N0) o en buenos respondedores a la neoadyuvancia (lesión residual  $\leq 2$  cm), las estrategias de preservación de órgano con QRTn + EL logran resultados comparables a la ETM en RL y supervivencia a corto-mediano plazo.<sup>1,9-11</sup> Sin embargo, estos datos presentan limitaciones metodológicas (tamaño muestral reducido, sesgo de selección y heterogeneidad en criterios y evaluación de respuesta), y las altas tasas de ETM de rescate atenúan el beneficio de la estrategia conservadora, pudiendo asociarse a peores resultados que la ETM primaria.<sup>1,9-11</sup> Los mejores resultados se observan en pacientes con RCc o ypT0-T1, mientras que los tumores ypT2 presentan mayor riesgo de recurrencia.<sup>8,12,13</sup> En consecuencia, la EL es una opción válida en pacientes cuidadosamente seleccionados, pero no sustituye a la ETM; la presencia de factores histopatológicos adversos luego de QRTn + EL debe indicar ETM precoz, dado el peor control oncológico y las altas tasas de resección incompleta asociadas a la cirugía de rescate.<sup>3</sup>

Por último, es importante destacar el concepto de fragmentación tumoral residual o “*tumor scatter*”, que explica que post-neoadyuvancia la respuesta tumoral puede ser heterogénea, con focos microscópicos discontinuos de tumor viable dentro del área de fibrosis o cicatriz tumoral. En estos casos, la EL puede extirpar el remanente tumoral visible, pero no necesariamente la totalidad del lecho tumoral original, lo que podría explicar la presencia de enfermedad residual en la pieza de ETM posterior a la EL.<sup>14</sup>

En relación al manejo no operatorio de los tumores retrorectales, Hopper et al.<sup>15</sup> evaluaron 69 pacientes y demostraron que la RMN tiene mayor precisión diagnóstica que la TC para discriminar lesiones malignas (94% vs 64%,  $p = 0,03$ ). Debido a su alta especificidad para enfermedad benigna, especialmente en lesiones quísticas, proponen que estas puedan ser manejadas con seguimiento imagenológico seriado sin resección en casos seleccionados.

Posteriormente, Carpelan-Holmström et al.<sup>16</sup> analizaron 52 pacientes y observaron que la predicción de malignidad por imágenes preoperatorias presenta baja sensibilidad (25%) pero alta especificidad (98%), concluyendo que la RMN es imprescindible en la evaluación inicial. La biopsia preoperatoria no aportó beneficios relevantes por su elevada tasa de error diagnóstico, y la colonoscopia no añadió información significativa frente a la RMN o el tacto rectal. Estos autores recomiendan

resección en tumores sintomáticos, sólidos o de gran tamaño por riesgo de malignidad, mientras que lesiones quísticas pequeñas de pared delgada y las recurrencias asintomáticas de lesiones benignas pueden considerarse para vigilancia.

Bajo estas consideraciones, de haberse logrado una RCc o una resección R0 en la lesión ypT1NxM0, el manejo expectante de la lesión retrorrectal de bajo riesgo podría haber sido una alternativa válida y segura; sin embargo, en el caso presentado no fue posible, por lo que se indicó la resección radical.

## CONCLUSIÓN

La coexistencia de tumores retrorrectales y adenocarcinoma de recto inferior es un escenario infrecuente. Aunque la escisión local posterior a quimiorradioterapia neoadyuvante en tumores T2N0 ha sido propuesta en casos seleccionados, su alta tasa de recurrencia, especialmente en lesiones residuales >2 cm, y la mayor probabilidad de resecciones R1 en cirugías de rescate limitan su indicación como alternativa estándar. En tumores retrorrectales benignos, el manejo expectante puede considerarse en lesiones asintomáticas y de bajo riesgo en RMN, pese a la indicación quirúrgica habitual. Este caso refuerza la importancia de individualizar el tratamiento en el cáncer de recto temprano, priorizando la seguridad oncológica sobre estrategias de preservación de órgano, en contextos complejos y de evidencia aún limitada.

### Contribuciones:

VM: Conceptualización, Investigación, Redacción – borrador original. AN: Investigación, Curación de datos, Redacción – revisión y edición. MO: Investigación, Redacción – revisión y edición. OM: Administración del proyecto, Investigación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.

**Declaración de conflictos de interés:** Ninguno.

**Financiamiento:** Ninguno.

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

### ORCID:

Molina V: 0009-0002-1889-8712

Núñez A: 0009-0002-9610-405X

Ortiz MI: 0009-0002-3923-4026

Molina Sáez OE: 0000-0002-8252-7548

## REFERENCIAS

1. Park H-M, Lee J, Lee SY, Kim CH, Kim HR. Comparative analysis of organ preservation attempt and radical surgery in clinical T2N0 mid to low rectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2024;39(1):136. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-024-04708-6>
2. Lei Y, Lin L, Shao Q, Chen W, Liu G. Long-term efficacy of transanal local excision versus total mesorectal excision after neoadjuvant treatment for rectal cancer: a meta-analysis. *PLoS One.* 2023;18(11):e0294510. doi:10.1371/journal.pone.0294510.
3. Oliva R, Habr-Gama A, São Julião GP, Proscurshim I, Fernandez LM, de Azevedo RU, et al. Transanal endoscopic microsurgery (TEM) following neoadjuvant chemoradiation for rectal cancer: outcomes of salvage resection for local recurrence. *Ann Surg Oncol.* 2016;23(4):1143–8. doi:10.1245/s10434-015-4977-2.
4. Alonso Sánchez L, Jiménez Bobadilla B, Villanueva Herrero JA, Cosme Reyes C. Características clinicopatológicas de pacientes con tumores retrorrectales en el Hospital General de México. *Cir Gen.* 2026;34(4):243–8.
5. Cortes Fuentes V, Azolas Marcos R, Abedrapo Moreira M, Diaz Beneventi M, Sanguineti Montalva A, Llanos Bravo J. Análisis del manejo en tumores presacros en adultos: Experiencia de los últimos 15 años en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Cir.* 2024;76(1). doi:10.35687/s2452-454920240011858.
6. Alshahri J, Alshehri M, Alnafesa A, Aljehani Y, Algethami R. Sacral chordoma with incidental rectal adenocarcinoma: a case report. *J Med Case Rep.* 2021;15:195. doi:10.1186/s13256-021-02728-2.
7. Wang R, Yan Z. Rectal mucinous adenocarcinoma invading retrorectal dermoid cysts: a case report. *Front Oncol.* 2019;9:1389. doi:10.3389/fonc.2019.01389.
8. Peltrini R, Imperatore N, Di Nuzzo MM, Pellino G, D'Ambrosio G, Candilio G, et al. Towards personalized treatment of T2N0 rectal cancer: a systematic review of long-term oncological outcomes of neoadjuvant therapy followed by local excision. *J Gastroenterol Hepatol.* 2022;37(5):1426–34. doi:10.1111/jgh.15898.
9. Garcia-Aguilar J, Renfro LA, Chow OS, Shi Q, Carrero XW, Lynn PB, et al. Organ preservation for clinical T2N0 distal rectal cancer using neoadjuvant chemoradiotherapy and local excision (ACOSOG Z6041): results of an open-label, single-arm, multi-institutional, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2015;16(15):1537–46. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00215-6.
10. Rullier E, Rouanet P, Tuech JJ, Valverde A, Lelong B, Rivoire M, et al. Organ preservation for rectal cancer (GRECCAR 2): a prospective, randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet.* 2017;390(10093):469–79. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31056-5.
11. Serra-Aracil X, Pericay C, Cidoncha A, Badia-Closa J, Golda T, Kreisler E, et al. Chemoradiotherapy and local excision vs total mesorectal excision in T2-T3ab, N0, M0 rectal cancer: the TAUTEM randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2025;160(7):783–93. doi: 10.1001/jamasurg.2025.1398.
12. Hallam S, Messenger DE, Thomas MG. A systematic review of local excision after neoadjuvant therapy for rectal cancer: are ypT0 tumors the limit? *Dis Colon Rectum.* 2016; 59 (10):984–97. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000613>.
13. van Oostendorp SE, Smits LJH, Vroom Y, Detering R, Heymans MW, Moons LMG, et al. Local recurrence after local excision of early rectal cancer: a meta-analysis of completion TME, adjuvant (chemo)radiation, or no additional treatment. *Br J Surg.* 2020;107(13):1719–30. doi: 10.1002/bjs.12040.
14. Hayden DM, Jakate S, Pinzon MC, Giusto D, Francescatti AB, Brand MI, et al. Tumor scatter after neoadjuvant therapy for rectal cancer: are we dealing with an invisible margin? *Dis Colon Rectum.* 2012;55(12):1206–12. doi: 10.1097/DCR.0b013e318269fdb3.
15. Hopper L, Eglinton TW, Wakeman C, Dobbs BR, Dixon L, Frizelle FA. Progress in the management of retrorectal tumours. *Colorectal Dis.* 2016;18(4):410–7.
16. Carpelan-Holmström M, Koskenvuo L, Haapamäki C, Renkonen-Sinisalo L, Lepistö A. Clinical management of 52 consecutive retro-rectal tumours treated at a tertiary referral centre. *Colorectal Dis.* 2020;22(10):1279–85.

# Pileflebitis como complicación postoperatoria de apendicitis aguda

Agustín A. Alesandrini<sup>1</sup>, Salvador Aguel Sábato<sup>2</sup>, Juan A. Perriello<sup>1</sup>,  
Isidro Moggiano<sup>2</sup>

Hospital Privado de La Comunidad, Mar del Plata, Argentina

<sup>1</sup> Cirujano colorrectal

<sup>2</sup> Residente de cirugía

## Para citar:

Alesandrini AA, Aguel Sábato S, Perriello JA, Moggiano I. Pileflebitis como complicación postoperatoria de apendicitis aguda. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):21-24. doi:10.46768/tdkvm766

► 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/tdkvm766>

Recibido: 18-12-2025

Aceptado: 20-04-2026



© 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](mailto:agustinalesandrini91@gmail.com)

## RESUMEN

La pileflebitis es una trombosis séptica del sistema portal secundaria a infecciones intraabdominales y representa una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la apendicitis aguda. Presentamos el caso de un paciente masculino de 52 años con diagnóstico de apendicitis gangrenosa tratado mediante apendicectomía laparoscópica. Tras una evolución postoperatoria inicial favorable y alta hospitalaria al tercer día, reconsultó 72 horas después por fiebre y deterioro del estado general. La tomografía computada con contraste endovenoso evidenció trombosis de la rama derecha de la vena porta, posteriormente confirmada mediante ecografía Doppler hepática, sin abscesos hepáticos ni extensión al sistema porto-mesentérico. Se instauró tratamiento con antibioticoterapia de amplio espectro y anticoagulación terapéutica, con evolución clínica favorable y reperusión parcial del sistema portal durante el seguimiento. La pileflebitis continúa asociándose a elevada morbimortalidad cuando el diagnóstico se retrasa, por lo que debe considerarse ante la persistencia de signos infecciosos luego de una cirugía abdominal. El reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones graves.

**Palabras clave:** *pileflebitis; trombosis portal; apendicitis aguda; apendicectomía; complicaciones postoperatorias*

## ABSTRACT

Pylephlebitis is a septic thrombosis of the portal venous system secondary to intra-abdominal infections and represents a rare but potentially severe complication of acute ap-pendicitis. We present a case of a 52-year-old male patient diagnosed with gangrenous appendicitis who underwent laparoscopic appendectomy. After an initially favorable postoperative course and discharge on postoperative day 3, the patient was readmitted 72 hours later with fever and clinical deterioration. Contrast-enhanced abdominal computed tomography revealed thrombosis of the right portal vein branch. This finding was subsequently confirmed by Doppler ultrasonography. The patient was treated with broad-spectrum antibiotic therapy and therapeutic anticoagulation, resulting in favorable clinical evolution and partial portal vein reperfusion during follow-up. Pylephlebitis is a condition that, if diagnosed late, can lead to significant morbidity and mortality. It should be considered in patients who have persistent infectious symptoms following abdominal surgery. Early recognition and prompt treatment are essential to improve outcomes and prevent severe complications.

**Keywords:** *pylephlebitis; portal vein thrombosis; acute appendicitis; appendectomy; postoperative complications*

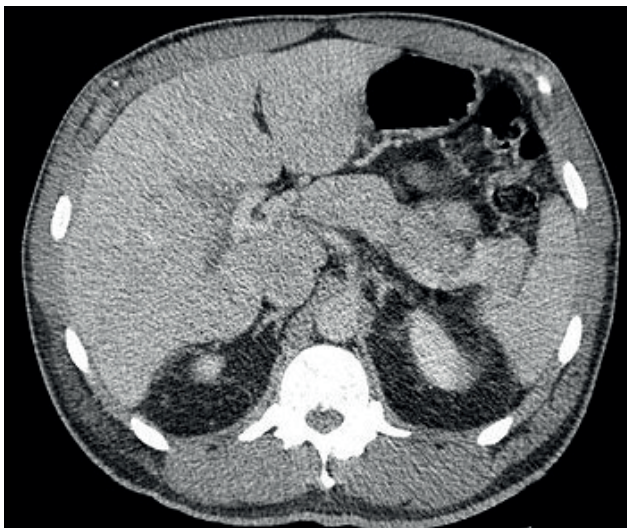
## INTRODUCCIÓN

La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta o de sus ramas tributarias secundaria a un foco infeccioso intraabdominal localizado en su territorio de drenaje. La propagación de la infección a través del sistema venoso mesentérico favorece la formación de trombos infectados y la diseminación de émbolos sépticos hacia el hígado, particularmente al lóbulo derecho, debido al patrón fisiológico de flujo portal.<sup>1-3</sup>

Se trata de una complicación infrecuente, reportada en menos del 0,2% de los pacientes con infecciones intraabdominales, aunque su incidencia exacta permanece incierta.<sup>1,2</sup> Afecta predominantemente a hombres (72-83%), con una edad media de presentación entre 49 y 57 años.<sup>4</sup> Las infecciones subyacentes más frecuentes en adultos son la diverticulitis y la pancreatitis mientras que en niños y adolescentes predomina la apendicitis aguda.<sup>2,3</sup>

La presentación clínica es inespecífica e incluye fiebre persistente, dolor abdominal, ictericia y signos de sepsis, lo que con frecuencia retrasa el diagnóstico y el tratamiento, pudiendo incrementar la morbimortalidad.<sup>5,6</sup> Las complicaciones asociadas incluyen abscesos hepáticos, isquemia intestinal y, en casos avanzados, shock séptico.<sup>5,6</sup>

La microbiología suele ser polimicrobiana y refleja la flora intestinal del foco infeccioso subyacente, predominando microorganismos anaerobios como *Bacteroides fragilis* y bacilos Gram negativos aerobios como *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, que son los más frecuentemente aislados en hemocultivos y abscesos.<sup>2,4,7</sup>



**Figura 1.** Tomografía abdominal con contraste endovenoso, corte transversal. Se observa falta de opacificación de la rama anterior derecha de la vena porta, sugestiva de trombosis.

Presentamos un caso de pyleflebitis como complicación postoperatoria de una apendicitis aguda y destacamos la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno debido a la elevada morbimortalidad asociada a esta entidad.

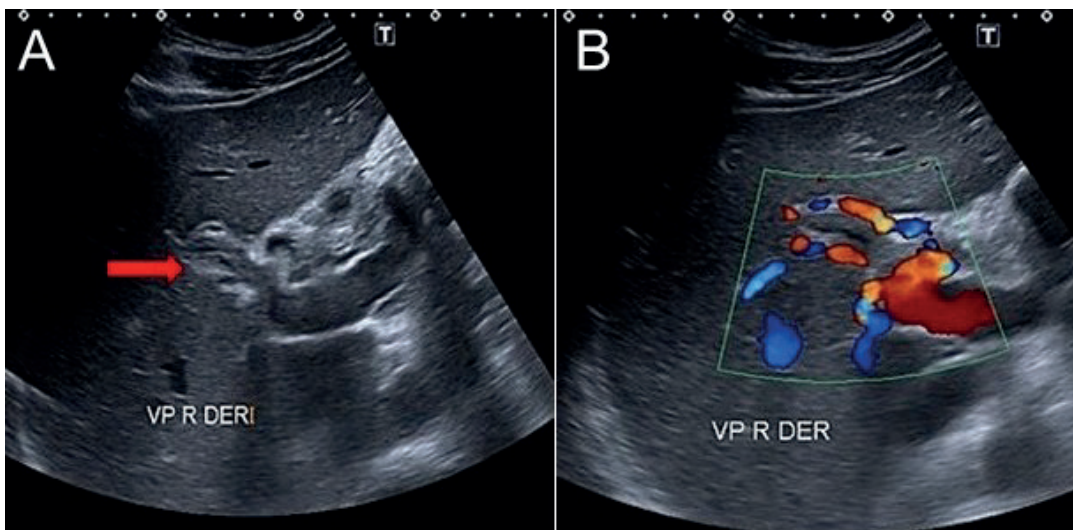
## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consultó por un cuadro típico de apendicitis aguda. Se realizó apendicectomía laparoscópica, constatando intraoperatoriamente apendicitis gangrenosa. Durante el procedimiento presentó inestabilidad hemodinámica, requiriendo internación postoperatoria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Por buena evolución fue trasladado a sala general al segundo día postoperatorio y dado de alta hospitalaria al tercer día.

Setenta y dos horas después del alta reconsultó por fiebre, escalofríos y deterioro del estado general. Al ingreso presentaba temperatura de 38 °C, leucocitosis de 12.580/mm<sup>3</sup> y proteína C reactiva de 11 mg/dL. La tomografía computada de abdomen con contraste endovenoso evidenció una imagen hiperdensa tubular en la rama anterior derecha de la vena porta compatible con trombosis portal, sin colecciones intraabdominales, abscesos hepáticos ni extensión al sistema porto-mesentérico (Fig. 1). La ecografía Doppler hepática que confirmó la trombosis y ausencia de flujo en la rama portal derecha (Fig. 2).

Se diagnosticó pyleflebitis e inició tratamiento antibiótico intravenoso con piperacilina-tazobactam y anticoagulación terapéutica con heparina de bajo peso molecular, cursando los tres primeros días de reinternación en UCI. Los hemocultivos fueron negativos. Evolucionó favorablemente, con mejoría clínica y



**Figura 2.** Ecografía Doppler hepática. A. Rama derecha de la vena porta con material ecogénico ocupando la luz (flecha). B. Doppler color con ausencia de flujo portal, confirmando trombosis portal.

descenso progresivo de los parámetros inflamatorios.

La ecografía Doppler de control mostró reperfusión parcial del sistema portal, por lo que se realizó transición a antibiótico-terapia oral con amoxicilina-ácido clavulánico y anticoagulación oral con apixabán (10 mg cada 12 horas durante 7 días, seguido de esquema habitual). La anticoagulación se mantuvo durante 2 meses.

En el seguimiento a los 2 meses permanecía asintomático, sin recurrencia infecciosa ni complicaciones tromboticas.

## DISCUSIÓN

La pyleflebitis constituye una complicación infrecuente pero potencialmente grave de procesos infecciosos intraabdominales, como la apendicitis aguda, especialmente en sus formas perforada o gangrenosa. Aunque su incidencia ha disminuido con los avances en el diagnóstico y el uso racional de los antibióticos, continúa asociándose a una elevada morbimortalidad cuando el diagnóstico y el tratamiento se retrasan.

El tratamiento se basa en antibioticoterapia de amplio espectro dirigida a la flora intestinal y anticoagulación precoz. Diversos estudios y revisiones sugieren que la instauración temprana de este tratamiento se asocia con mejores resultados clínicos y menor incidencia de complicaciones, como abscesos hepáticos, isquemia intestinal o sepsis grave.<sup>1</sup>

Sin embargo, el papel de la anticoagulación continúa siendo motivo de debate. Múltiples series retrospectivas y revisiones sugieren que su utilización podría favorecer la recanalización portal y disminuir la progresión trombotica y las complicaciones sépticas.<sup>5,7,8</sup>

En el presente caso, la combinación de antibióticos intravenosos y anticoagulación se asoció a rápida mejoría clínica y resolución favorable, sin recurrencia infecciosa ni eventos tromboticos durante el seguimiento, en coincidencia con varias series de casos que señalan la eficacia del manejo temprano y adecuado.

Desde el punto de vista pronóstico, la mortalidad reportada continúa siendo significativa, particularmente ante la ausencia de diagnóstico y tratamiento oportuno, pudiendo desencadenar complicaciones severas como shock séptico o isquemia intestinal.<sup>4</sup> En consecuencia, resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha en pacientes con fiebre persistente o deterioro clínico luego de una cirugía abdominal, especialmente en presencia de apendicitis complicada, y resalta la importancia de realizar estudios de imagen sin demora.

En este contexto, la tomografía computada con contraste endovenoso constituye el método diagnóstico de elección debido a su alta sensibilidad para detectar trombosis del sistema portal y complicaciones asociadas, incluyendo abscesos hepáticos o extensión trombotica al sistema porto-mesentérico.<sup>2,5</sup> La

ecografía Doppler puede resultar útil como método complementario para confirmar la ausencia de flujo portal y evaluar la reperfusión durante el seguimiento.

Como limitación del presente reporte, no se dispone de estudios por imágenes posteriores al alta que permitan documentar la recanalización completa del sistema portal. Sin embargo, la evolución clínica favorable y la ausencia de complicaciones durante el seguimiento ambulatorio sugieren una resolución adecuada del cuadro.

## CONCLUSIÓN

La pyleflebitis es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de las infecciones intraabdominales y puede presentarse en el período postoperatorio de una apendicectomía complicada. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica ante la persistencia de signos sistémicos de infección luego de una cirugía abdominal. La tomografía computada con contraste endovenoso, complementada por ecografía Doppler, desempeña un papel fundamental para el diagnóstico precoz y la evaluación de la extensión trombotica. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario e incluye la instauración temprana de antibióticos de amplio espectro, anticoagulación terapéutica, y en algunos casos, intervención quirúrgica para controlar focos infecciosos asociados.

El presente reporte resalta la importancia de considerar la pyleflebitis dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con signos infecciosos persistentes en el postoperatorio de cirugías abdominales. El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado y oportuno pueden modificar significativamente el pronóstico de esta entidad infrecuente pero potencialmente grave.

**Contribuciones:** AAA: investigación, revisión y edición del manuscrito, supervisión. SSA: conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original. JAP: supervisión, administración del proyecto, revisión del manuscrito. IM: investigación, recursos, recolección y curación de material.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

**Declaración de conflictos de interés:** Ninguno.

**Financiamiento:** Ninguno.

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

**ORCID:**

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

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

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

Moggiano I: <https://orcid.org/0009-0006-2023-1430>

## REFERENCIAS

1. Tang R, Tian X, Xie X, Yang Y. Intestinal infarction caused by thrombophlebitis of the portomesenteric veins as a complication of acute gangrenous appendicitis after appendectomy: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(24):e1033. doi:10.1097/MD.0000000000001033.

2. Jevtic D, Gavranic T, Pantic I, Nordin T, Nordstrom CW, Antic M, et al. Suppurative thrombosis of the portal vein (pylphlebitis): a systematic review of literature. *J Clin Med*. 2022;11(17):4992. doi: 10.3390/jcm11174992
3. Naymagon L, Tremblay D, Schiano T, Mascarenhas J. The role of anti-coagulation in pylphlebitis: a retrospective examination of characteristics and outcomes. *J Thromb Thrombolysis*. 2020;49(2):325–31. doi: 10.1007/s11239-019-01949-z.
4. Wang YF, Chang CC, Lee TC, Shih IL, Lien WC, Chen SJ, et al. Recent trend of pylphlebitis in Taiwan: *Klebsiella pneumoniae* liver abscess as an emerging etiology. *Infection*. 2013;41(6):1137–43. doi: 10.1007/s15010-013-0497-9.
5. Pérez-Bru S, Nofuentes-Riera C, García-Marín A, Luri-Prieto P, Morales-Calderón M, García-García S. Pileflebitis: una extraña pero posible complicación de las infecciones intraabdominales. *Cir Cir*. 2015;83(6):501– 5.
6. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylphlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis*. 1995 Nov;21(5):1114-20. doi: 10.1093/clinids/21.5.1114.
7. Ufuk F, Herek D, Karabulut N. Pylphlebitis complicating acute appendicitis: prompt diagnosis with contrast-enhanced computed tomography. *J Emerg Med*. 2016;50(3):e147-9. doi:10.1016/j.jemermed.2015.06.083.
8. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD: Pylphlebitis: a review of 95 cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(3):656–61. doi:10.1007/s11605-015-2875-3.
9. Chang TN, Tang L, Keller K, Harrison MR, Farmer DL, Albanese CT. Pylphlebitis, portal-mesenteric thrombosis, and multiple liver abscesses owing to perforated appendicitis. *J Pediatr Surg*. 2001;36(9):E19. doi:10.1053/jpsu.2001.26401.

# Metástasis cutáneas difusas secundarias a adenocarcinoma mucinoso rectal

Agustín A. Alesandrini<sup>1</sup>, Isidro Moggiano<sup>2</sup>, Juan A. Perriello<sup>1</sup>, Tomás F. Ferrer Quiroga<sup>2</sup>

Hospital Privado de La Comunidad, Mar del Plata, Argentina

<sup>1</sup> Cirujano colorrectal

<sup>2</sup> Residente de cirugía

## Para citar:

Alesandrini AA, Moggiano I, Perriello JA, Ferrer Quiroga TF. Metástasis cutáneas difusas secundarias a adenocarcinoma mucinoso rectal. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):25-28. doi:10.46768/bzhrdb11

► 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/bzhrdb11>

Recibido: 10-11-2025

Aceptado: 28-04-2026



© 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](mailto:agustinalesandrini91@gmail.com)

## RESUMEN

Las metástasis cutáneas como forma de presentación de cáncer colorrectal son infrecuentes, con una incidencia menor al 1%. En la mayoría de los casos se presentan en pacientes con enfermedad avanzada y con presentaciones clínicas variables, capaces de simular procesos infecciosos. Su reconocimiento resulta fundamental para un diagnóstico oportuno y una adecuada orientación terapéutica.

Presentamos el caso de una paciente inmunosuprimida por trasplante renal que desarrolló lesiones cutáneas inicialmente sospechosas de herpes zoster. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento antiviral, se realizó biopsia cutánea, que evidenció metástasis de carcinoma mucinoso. El estudio inmunohistoquímico fue compatible con origen colorrectal, mientras que los estudios por imágenes identificaron un tumor primario rectal asociado a enfermedad metastásica.

Este caso resalta la importancia de considerar metástasis cutáneas dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas atípicas, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, así como el rol fundamental de la biopsia y la inmunohistoquímica en el diagnóstico de neoplasias de origen inicialmente desconocido.

**Palabras clave:** metástasis cutáneas, cáncer colorrectal, adenocarcinoma mucinoso, inmunosupresión, herpes zoster

## ABSTRACT

Cutaneous metastases as the initial manifestation of colorectal cancer are rare, with an incidence below 1%. They usually occur in patients with advanced disease and may present with variable clinical features mimicking infectious conditions. Early recognition is essential for timely diagnosis and appropriate management. We report the case of an immunosuppressed kidney transplant recipient who developed cutaneous lesions initially suspected to be herpes zoster. Owing to the lack of response to antiviral therapy, a skin biopsy was performed and revealed metastatic mucinous carcinoma. Immunohistochemical findings supported a colorectal origin, and imaging studies identified a primary rectal tumor with metastatic disease. This case highlights the importance of including cutaneous metastases in the differential diagnosis of atypical skin lesions, particularly in immunocompromised patients, and underscores the pivotal role of biopsy and immunohistochemistry in identifying neoplasms of initially unknown origin.

**Keywords:** cutaneous metastases, colorectal cancer, mucinous adenocarcinoma, immunosuppression, herpes zoster

## INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas del cáncer colorrectal constituyen una manifestación infrecuente, con una incidencia reportada inferior al 1% de los pacientes afectados.<sup>1-3</sup> Dentro del espectro de las metástasis cutáneas originadas por tumores sólidos, el cáncer colorrectal representa una etiología poco frecuente en comparación con neoplasias de mayor prevalencia metastásica cutánea, como el cáncer de mama y el cáncer de pulmón.<sup>3</sup>

Desde el punto de vista clínico, estas lesiones presentan una marcada heterogeneidad morfológica. Pueden manifestarse

como nódulos subcutáneos firmes, placas infiltrativas o, con menor frecuencia, adoptar patrones atípicos que simulan procesos infecciosos, como el herpes zóster.<sup>4</sup> Esta diversidad de manifestaciones puede dificultar el diagnóstico y retrasar el inicio del tratamiento adecuado, especialmente en pacientes inmunocomprometidos.

La presencia de metástasis cutáneas suele reflejar una diseminación sistémica avanzada y se asocia con un pronóstico desfavorable, con una supervivencia media reportada inferior a un año desde el momento del diagnóstico.<sup>4,5</sup> En este contexto, su identificación precoz resulta fundamental ya que permite optimizar la estrategia terapéutica

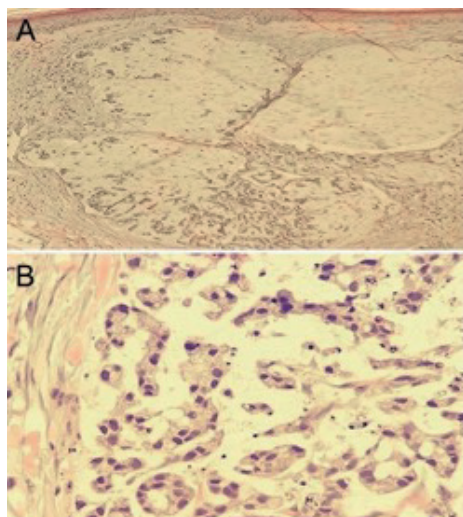
y orientar de manera adecuada el manejo clínico del paciente. El carcinoma mucinoso de recto representa un subtipo histológico particular, caracterizado por una abundante producción de mucina extracelular y un comportamiento biológico diferenciado, con mayor tendencia a la diseminación peritoneal y patrones diferenciales de respuesta terapéutica en comparación con el adenocarcinoma convencional.<sup>6</sup> Aunque la afectación cutánea es excepcional, su reconocimiento puede representar la primera manifestación de enfermedad metastásica o de progresión tumoral.

## CASO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica secundaria a poliquistosis renal y trasplante renal cadavérico realizado en 2011, con adecuada función del injerto. Se



**Figura 1.** Lesiones cutáneas vesiculosas en el muñón del miembro inferior derecho, inicialmente interpretadas como herpes zóster.



**Figura 2.** Estudio histopatológico de la lesión cutánea. A. Epidermis conservada y compromiso dérmico por infiltración de células neoplásicas asociadas a abundante mucina extracelular, compatible con adenocarcinoma mucinoso (H-E, 40x). B. Células tumorales dispuestas en islotes dentro de lagunas de mucina extracelular, con núcleos vesiculosos y nucléolos prominentes (H-E, 400x).

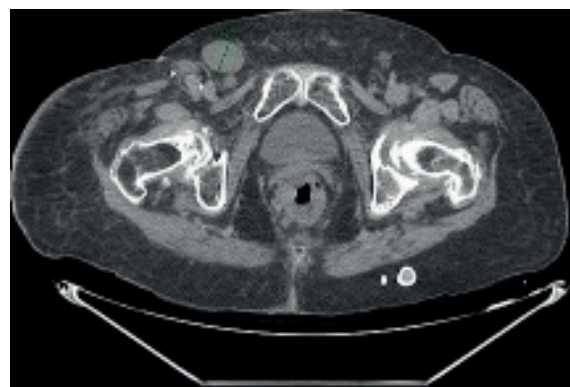
encontraba bajo tratamiento inmunosupresor con sirolimus (2 mg/día) y meprednisona (4 mg/día). Presentaba además neuropatía, arteriopatía periférica y amputación suprapatelar derecha. La paciente consultó por la aparición de lesiones vesiculosas dolorosas localizadas en el muñón del miembro inferior derecho, inicialmente interpretadas como herpes zóster en el contexto de inmunosupresión (Fig. 1). Sin embargo, ante la ausencia de respuesta al tratamiento antiviral instaurado y la persistencia de las lesiones, se decidió realizar una biopsia cutánea.

El estudio histopatológico evidenció infiltración dérmica por células neoplásicas con abundante mucina extracelular, organizadas en lagunas mucinosas características de carcinoma mucinoso (Fig. 2). El perfil inmunohistoquímico mostró positividad para citoqueratinas AE1-AE3, CK20 y CDX2, con negatividad para CK7, TTF1, PAX8, CD10 y GATA3, hallazgos compatibles con metástasis cutánea de origen .

Ante la sospecha de metástasis de origen inicialmente desconocido, se realizó tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, la cual evidenció engrosamiento mural irregular del recto inferior, adenomegalias mesorrectales, retroperitoneales e inguinales de hasta 26 mm (Fig. 3) y múltiples nódulos pulmonares sugestivos de enfermedad metastásica. No se realizó estudio endoscópico ni resonancia magnética de recto debido a la condición clínica de la paciente y a la confirmación del origen tumoral mediante los hallazgos anatomopatológicos y tomográficos.

No se evaluó la inestabilidad de los microsátélites, considerando que la paciente no era candidata a inmunoterapia debido a su estado de inmunosupresión.

El caso fue discutido en comité interdisciplinario decidiéndose iniciar tratamiento sistémico con capecitabina. Tras tres ciclos de quimioterapia se observó estabilización de la enfermedad, tanto a nivel de las lesiones cutáneas como del tumor primario. Sin embargo, a los 8 meses del diagnóstico se constató progresión tumoral, motivo por el cual se decidió



**Figura 3.** Tomografía computarizada de abdomen y pelvis que muestra engrosamiento mural irregular del recto inferior, asociado a adenomegalias inguinales.

priorizar un enfoque centrado en cuidados paliativos y control sintomático. La paciente falleció 11 meses después del diagnóstico inicial.

## DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas del carcinoma colorrectal constituyen una manifestación infrecuente, con una incidencia reportada inferior al 1% de los casos, y suelen reflejar enfermedad sistémica avanzada.<sup>1-3</sup> En la mayoría de los pacientes, aparecen en el contexto de una enfermedad metastásica ya conocida, por lo que resulta excepcional que se presenten como manifestación inicial o como hallazgo que conduce al diagnóstico del tumor primario.

Desde el punto de vista clínico, las metástasis cutáneas de origen colorrectal se localizan con mayor frecuencia en la región abdominal, perineal y en cicatrices quirúrgicas, hallazgo vinculado a mecanismos de extensión directa o implantación tumoral.<sup>4,7</sup> No obstante, también se han descrito localizaciones menos habituales, incluyendo tórax, cabeza y cuello, y extremidades; estas últimas constituyen una forma de presentación particularmente infrecuente, como ocurrió en nuestra paciente.<sup>7-9</sup>

Si bien la forma nodular es la forma más frecuente de presentación, existen variantes clínicas que pueden simular procesos infecciosos o inflamatorios, incluyendo presentaciones zosteriformes.<sup>4,8</sup> Este fenómeno puede generar retrasos diagnósticos, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, en quienes las infecciones cutáneas son más prevalentes. En nuestro caso, la sospecha inicial de herpes zóster en una paciente trasplantada renal ilustra claramente esta dificultad diagnóstica.

La inmunosupresión constituye un factor relevante en este contexto, no solo por el aumento del riesgo de neoplasias de novo en pacientes trasplantados, sino también por la posibilidad de presentaciones clínicas atípicas y más agresivas.<sup>10</sup> Esto refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante lesiones cutáneas persistentes o de evolución inusual en este grupo de pacientes.

La histopatología y la inmunohistoquímica desempeñan un rol central en la identificación del origen tumoral, lo que resulta particularmente relevante cuando el tumor primario no ha sido previamente diagnosticado. La presencia de lagunas de mucina con células neoplásicas flotantes, junto con un perfil inmunohistoquímico caracterizado por positividad para CK20 y CDX2 y negatividad para CK7, permite orientar el diagnóstico hacia un origen colorrectal, descartando otros primarios frecuentes como pulmón, mama, riñón o tumores ginecológicos.

En relación con el pronóstico, la aparición de metástasis cutáneas del cáncer colorrectal se asocia con una supervivencia limitada, con medianas reportadas que oscilan entre 5 y 12 meses desde el diagnóstico.<sup>4,5</sup>

Si bien el tratamiento de las metástasis cutáneas de origen colorrectal es predominantemente paliativo, un abordaje multidisciplinario puede contribuir a mejorar el control sintomático y la calidad de vida. En el caso presentado, la quimioterapia sistémica con capecitabina permitió inicialmente estabilizar la enfermedad; sin embargo, posteriormente se evidenció progresión tumoral a los 8 meses del diagnóstico, con una supervivencia global de 11 meses, en concordancia con lo descrito en la literatura.

El presente caso aporta varios aspectos de interés clínico a la literatura disponible, entre ellos la localización metastásica en una extremidad, la presentación clínica con patrón pseudozóster y el contexto de inmunosupresión en una paciente receptora de trasplante renal. Asimismo, pone de relieve la importancia de integrar los hallazgos clínicos, histopatológicos e imagenológicos para establecer un diagnóstico preciso y orientar adecuadamente la estrategia terapéutica.

## CONCLUSIONES

La presencia de lesiones cutáneas atípicas, persistentes o de evolución inusual, particularmente en pacientes inmunocomprometidos, debe despertar la sospecha de compromiso metastásico, incluso cuando la presentación clínica simule entidades infecciosas frecuentes como el herpes zóster.

La biopsia cutánea complementada con el estudio histopatológico e inmunohistoquímico, constituye la herramienta diagnóstica fundamental para determinar el origen tumoral en neoplasias de presentación inicialmente desconocida.

El presente caso destaca la importancia de un diagnóstico integral y multidisciplinario, así como la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales infrecuentes ante presentaciones clínicas atípicas. La integración adecuada de los hallazgos clínicos, histopatológicos e imagenológicos resulta esencial para orientar la estrategia terapéutica y optimizar el manejo de pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

**Contribuciones:** AAA: conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito. IM: conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original. JAP: supervisión, administración del proyecto, revisión del manuscrito. TFFQ: investigación, recursos, recolección y curación de material. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

**Declaración de conflictos de interés:** Ninguno.

**Financiamiento:** Ninguno.

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

Agustín A. Alesandrini: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>

Isidro Moggiano: <https://orcid.org/0009-0006-2023-1430>

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

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

## REFERENCIAS

1. Hu SC, Chen GS, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Lan CC. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(3):379–87.
2. Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J*. 2003;96(2):164–7.
3. Brenner M, Zalaudek I, Hofmann-Wellenhof R. Cutaneous metastases of internal malignancies: an update. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18(8):816–27.
4. Nshan D, Müller ML, Braun-Falco M, Reichenberger S, Szeimies RM, Bruckner-Tuderman L. Cutaneous metastases of visceral tumours: a review. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009;135(1):1–14.
5. Wang DY, Ye F, Lin JJ, Xu X. Cutaneous metastasis: a rare phenomenon of colorectal cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2017;93(5):277–80.
6. Huguen N, van de Velde CJH, de Wilt JHW, Nagtegaal ID. Mucinous colorectal carcinoma: clinical pathology and treatment options. *Ann Surg Oncol*. 2015;22(11):3499–505.
7. Parente P, Ciardiello D, Reggiani Bonetti L, Famiglietti V, Cazzato G, Caramaschi S, et al. Cutaneous metastasis from colorectal cancer: making light on an unusual and misdiagnosed event. *Life (Basel)*. 2021;11(9):954. doi: 10.3390/life11090954.
8. Chiang A, Hsu CK, Lee JY. Cutaneous metastasis mimicking herpes zoster: a case report and review of the literature. *Dermatol Online J*. 2018;24(2):13030.
9. Zelenova E, Belysheva T, Sofronov D, Semenova V, Radjabova G, Vishnevskaya Y, et al. Cutaneous metastasis of rectal cancer as a diagnostic challenge: a clinical case and literature review. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(21):2420. doi: 10.3390/diagnostics14212420. PMID: 39518386; PMCID: PMC11545733.
10. Al-Adra D, Al-Qaoud T, Fowler K, Wong G. De novo malignancies after kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2022;17(3):434–43. doi: 10.2215/CJN.14570920

# Obstrucción colónica secundaria a hernia de Morgagni incarcerada

Javier Chinelli<sup>1</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>2</sup>

Corporación Médica de Canelones (COMECA). Canelones, Uruguay

<sup>1</sup> Cirujano de Planta

<sup>2</sup> Jefe del Servicio de Cirugía

## Para citar:

Chinelli J, Rodríguez G. Obstrucción colónica secundaria a hernia de Morgagni incarcerada. *Rev Argent Coloproctol*. 2026;37(2):29-32 doi:10.46768/jz1ctj58

► 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/jz1ctj58>

Recibido: 06-11-2025

Aceptado: 12-05-2026

## RESUMEN

La hernia de Morgagni en adultos es una entidad infrecuente y representa aproximadamente el 2% de las hernias diafrágicas congénitas. Puede cursar en forma asintomática; cuando presenta manifestaciones clínicas, los síntomas respiratorios son los más frecuentes, aunque también pueden ocurrir complicaciones agudas. El diagnóstico suele ser incidental y la tomografía computarizada es el *gold standard*. El tratamiento es quirúrgico, preferentemente mediante abordaje mínimamente invasivo y en forma electiva, tanto en pacientes sintomáticos como en aquellos con hallazgos incidentales. Se presenta el caso de un paciente masculino con obstrucción intestinal secundaria a una hernia de Morgagni incarcerada. Se realizó laparotomía exploradora con reducción del colon herniado y reparación del defecto mediante rafia. La evolución postoperatoria fue favorable, sin evidencia de recidiva a los 12 meses de seguimiento.

**Palabras clave:** obstrucción colónica, hernia de Morgagni, hernia incarcerada

## ABSTRACT

Morgagni hernia in adults is a rare entity, accounting for approximately 2% of congenital diaphragmatic hernias. It may be asymptomatic; when clinical manifestations occur, respiratory symptoms are the most common, although acute complications may also develop. Diagnosis is often incidental, with computed tomography considered the gold standard. Surgical repair is recommended, preferably via a minimally invasive approach and on an elective basis, both in symptomatic patients and in those with incidental findings.

We report the case of a male patient presenting with large bowel obstruction secondary to an incarcerated Morgagni hernia. An exploratory laparotomy was performed, with reduction of the herniated colon and primary repair of the defect. The postoperative course was uneventful, with no evidence of recurrence at 12 months of follow-up.

**Keywords:** large bowel obstruction; Morgagni hernia; incarcerated hernia.

© 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

Dr. Javier Chinelli:

[jchinelli01@gmail.com](mailto:jchinelli01@gmail.com)

Contacto +598 9949 1516

## INTRODUCCIÓN

La hernia de Morgagni es una forma poco frecuente de hernia diafrágica congénita, con una incidencia de 0,5/1000 nacidos vivos. Es asintomática hasta en un 30% de los casos;<sup>1</sup> no obstante, en ocasiones puede evolucionar con complicaciones potencialmente graves.

Se origina por un defecto diafrágico congénito a nivel del denominado tabique transversal dorsal, de localización anterior y retroesternal. Representa aproximadamente el 2% de las hernias diafrágicas congénitas.<sup>2</sup> El lado derecho es el más frecuentemente afectado (hasta en un 90% de los casos), y corresponde a la variante

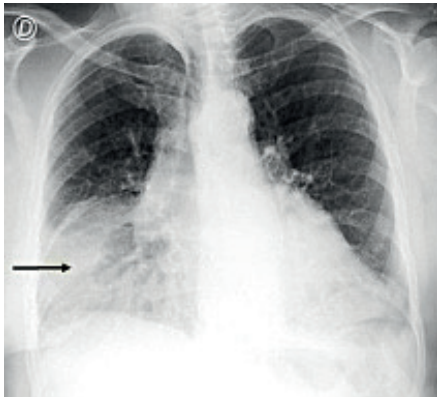
originalmente descrita por Giovanni Morgagni en 1761. Las formas bilaterales representan alrededor del 8%, mientras que las izquierdas son excepcionales (aproximadamente 2%), probablemente debido al efecto protector del saco pericárdico.

En la actualidad, la tomografía computada (TC) constituye el método diagnóstico *gold standard*.

El objetivo del presente trabajo es reportar un caso cuya particularidad radica en la presentación infrecuente de esta entidad como obstrucción intestinal secundaria a incarceración colónica.

## CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 75 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémica, que consultó por detención completa del tránsito intestinal y distensión abdominal de 48 h de evolución asociado a disnea de reposo. Al examen físico se observó distensión abdominal

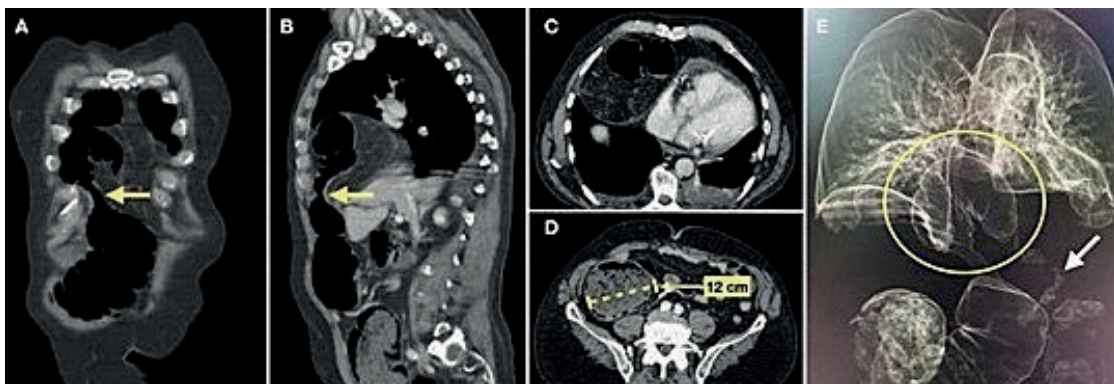


**Figura 1.** Radiografía de tórax en proyección frontal. La flecha señala una opacidad paracardiaca derecha heterogénea en el hemitórax inferior.

asimétrica, con predominio en el hemiabdomen derecho, timpanismo generalizado y ruidos hidroaéreos aumentados. La radiografía de tórax evidenció una opacidad heterogénea en la mitad inferior del campo pulmonar derecho (Fig. 1). La TC reveló una oclusión colónica en asa cerrada, con un diámetro cecal de 12 cm, secundaria a una hernia de Morgagni con incarceration del colon transverso (Fig. 2)

Dada la marcada distensión abdominal y colónica, se optó por un abordaje laparotómico. En el acto operatorio se confirmó el diagnóstico, identificándose herniación del colon transverso derecho y epiplón mayor, sin signos de isquemia ni perforación. Se procedió a la reducción del contenido herniario y a la resección casi completa del saco herniario (Fig. 3 A y B), Posteriormente, se realizó la rafia del defecto diafragmático, de aproximadamente 6 cm de diámetro, mediante sutura continua de polipropileno 1-0 dejando remanente del saco in situ (Fig. 3 C).

El paciente evolucionó favorablemente por lo que fue externado al tercer día postoperatorio. En el seguimiento, se realizó control radiológico al año (Figura 4), sin evidencia de recidiva herniaria.



**Figura 2.** Tomografía computada. Corte coronal (A) y sagital (B) que evidencian el sitio de incarceration (flecha). En los cortes axiales (C y D) se observa la dilatación colónica, con un diámetro cecal máximo de 12 cm. La reconstrucción tridimensional (E) muestra con mayor precisión el punto de incarceration (círculo) y la ausencia de distensión del colon distal (flecha).



**Figura 3.** Hallazgos intraoperatorios. A. Defecto diafragmático compatible con hernia de Morgagni. B. Colon transverso herniado con identificación del punto de incarceration (flecha). C. Reparación del defecto mediante rafia con surget de material irreabsorbible.



Figura 4. Control radiológico al año de la cirugía.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de la hernia de Morgagni suele ser incidental durante la realización de estudios de imagen como radiografía de tórax y/o TC.<sup>3</sup> En la radiología simple, puede observarse una opacidad heterogénea basal o una imagen hidroaérea en caso de herniación visceral. La evolución natural puede determinar el aumento progresivo del defecto diafragmático y la incorporación de nuevas vísceras al contenido herniario. En orden de frecuencia decreciente se describen epíplon, colon, hígado y estómago.<sup>4</sup> Esto puede desencadenar sintomatología variable, torácica o abdominal, con predominio de manifestaciones respiratorias, más frecuentemente en la quinta década de la vida.

En casos sintomáticos o complicados, la TC se considera el método diagnóstico de elección, al permitir identificar el contenido herniado y estimar el tamaño del defecto.<sup>5</sup> El estudio contrastado digestivo estará sujeto a la condición del paciente, aunque resulta prescindible si la TC es de adecuada calidad. El tratamiento quirúrgico está recomendado de forma sistemática debido al riesgo de complicaciones incluso en pacientes asintomáticos.<sup>6</sup> Sin embargo, esta recomendación puede ser controvertida, especialmente en casos de defectos pequeños con contenido graso o en pacientes añosos o con comorbilidades severas, donde la conducta expectante puede ser una opción aceptable. En pacientes sintomáticos no complicados, el abordaje de elección es el mínimamente invasivo abdominal (laparoscópico o robótico),<sup>7</sup> con menor agresión parietal respecto del abordaje abierto y sin diferencias relevantes en complicaciones.<sup>8</sup> En el presente caso se optó por una laparotomía debido al carácter urgente del cuadro clínico, la edad avanzada del paciente, la cardiopatía de base y la significativa distensión colónica, factores que anticipaban potenciales dificultades tanto anestesiológicas como técnicas.

El abordaje torácico es menos utilizado. Por el contrario, el abordaje abdominal resulta preferible, y más adecuado aún en el contexto agudo, ya que permite evaluar la viabilidad del contenido herniado y descartar complicaciones como isquemia o perforación cecal.

Respecto de la reparación del defecto, su elección depende del contexto clínico. Si bien el tamaño del anillo permitió una rafia primaria sin tensión, las mallas irreabsorbibles son una alternativa en defectos mayores, aunque su uso es controvertido por el riesgo de fistulización de vísceras huecas y lesiones durante la fijación, especialmente con la utilización de tackers.<sup>9</sup> También se ha descrito el uso de cianoacrilato en casos seleccionados.<sup>10</sup>

Otras opciones incluyen mallas con doble componente o recubiertas con colágeno. En este caso, la rafia primaria fue adecuada, evitando prolongar el tiempo quirúrgico en un paciente de riesgo. A un año de seguimiento no se evidenció recidiva.

## CONCLUSIONES

La incarceration colónica en una hernia de Morgagni constituye una causa infrecuente de obstrucción intestinal del adulto. La tomografía computada es fundamental para su diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es de indicación sistemática, especialmente en los casos complicados, y la elección del abordaje debe individualizarse según el contexto clínico, el estado del paciente y las dificultades técnicas previstas.

### Contribuciones:

JC: Conceptualización. Metodología. Investigación. Curación de datos. Redacción – borrador original. Redacción – revisión y edición.

GR: Supervisión. Validación. Investigación. Redacción – revisión y edición. Aprobación final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

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

ORCID:

Chinelli J: <https://orcid.org/0000-0002-3387-7365>

Rodríguez G: <https://orcid.org/0000-0003-3465-8364>

## REFERENCIAS

- Loong TP, Kocher HM. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni. *Postgrad Med J*. 2005;81(951):41-4. doi: 10.1136/pgmj.2004.022996.
- Napolitano L, Waku M, Di Fulvio A, Maggi G, Ciarelli F. Diaphragmatic hernia: Report of two cases, classification, and review of literature. *Ann Ital Chir*. 2016;87:422-5.
- Alvite Canosa M, Alonso Fernández L, Seoane Vigo M, Berdeal Díaz M, Pérez Grobas J, Carral Freire M, et al. Hernia de Morgagni incarceration en un adulto. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100(7): 438-9.

4. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc.* 2008;22(6):1413-20. doi: 10.1007/s00464-008-9754-x.
5. Perrone G, Giuffrida M, Annicchiarico A, Bonati E, Del Rio P, Testini M, et al. Complicated diaphragmatic hernia in emergency surgery: systematic review of the literature. *World J Surg.* 2020;44(12):4012-31. doi: 10.1007/s00268-020-05733-6.
6. Giuffrida M, Perrone G, Abu-Zidan F, Agnoletti V, Ansaloni L, Baiocchi GL, et al. Management of complicated diaphragmatic hernia in the acute setting: a WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2023;18(1):43. doi: 10.1186/s13017-023-00510-x.
7. Maes-Carballo M, Martín-Díaz M, Robayo-Soto P, Plata-Perez I, Cantarero-Jiménez B, Calzado-Baeza M, et al. Hernia de Morgagni-Larrey incidental en el adulto: diagnóstico y tratamiento. *Cir Andal* 2017. 28(2): 74-6.
8. Young MC, Saddoughi SA, Aho JM, Harmsen WS, Allen MS, Blackmon SH, et al. Comparison of laparoscopic versus open surgical management of Morgagni hernia. *Ann Thorac Surg.* 2019;107(1):257-61. doi: 10.1016/j.athoracsur.2018.08.021.
9. Rivelli M, Turri G, Conti C, Valdegamberi A, Pedrazzani C. Laparoscopic double mesh repair of a large Morgagni hernia: a video vignette. *J Minim Invasive Surg.* 2023;26(2):93-5. doi: 10.7602/jmis.2023.26.2.93.
10. Hoyuela C, Juvany M, Guillaumes S. Cyanoacrylate for safer mesh fixation during laparoscopic repair of Morgagni hernia. *Ann Thorac Surg.* 2020;109(4):e305-e307. doi: 10.1016/j.athoracsur.2019.10.019.

# Abordaje laparoscópico de tumor oclusivo del ángulo esplénico: estrategias quirúrgicas



<https://youtu.be/tElkvih04II>

Francisco Rodríguez Estévez<sup>1</sup>, Lucas J. Caram<sup>2</sup>, Esteban González Salazar<sup>2</sup>

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

<sup>1</sup> Department of General Surgery

<sup>2</sup> Section of Colon and Rectal Surgery

## Para citar:

Rodríguez Estévez F, Caram LJ, González Salazar E. Abordaje laparoscópico de tumor oclusivo del ángulo esplénico: estrategias quirúrgicas. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):33-34. doi:10.46768/vr0c3215

► 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/vr0c3215>

Recibido: 26-12-2025

Aceptado: 21-01-2026

**Palabras clave:** ángulo esplénico, cáncer de colon, obstrucción del colon, laparoscopia, colectomía subtotal, tensión anastomótica

**Keywords:** splenic flexure; colon cancer; colonic obstruction; laparoscopy; subtotal colectomy; anastomotic tension

## INTRODUCCIÓN

Los tumores del ángulo esplénico son relativamente poco frecuentes, representando menos del 5% de todos los cánceres colorectales. Su tratamiento quirúrgico representa un desafío debido a su localización anatómica, su irrigación y su drenaje linfático.<sup>1,2</sup> Estas características explican, en parte, la ausencia de consenso respecto a la extensión óptima de la resección. Coexisten distintas opciones que incluyen la colectomía segmentaria del ángulo esplénico, la colectomía izquierda ampliada y, en casos seleccionados, la colectomía subtotal.<sup>3,4</sup>

En el contexto de un cuadro obstructivo, estas dificultades se acentúan debido a la dilatación colónica proximal, el edema mesocolico y la fragilidad tisular, factores que incrementan el riesgo de complicaciones anastomóticas. En este escenario, la evaluación intraoperatoria de la tensión anastomótica es un aspecto crítico, y la capacidad del cirujano para adaptar oportunamente la extensión de la resección o la técnica reconstructiva resulta fundamental para garantizar la seguridad del procedimiento y minimizar la morbilidad.

El presente video muestra la resolución laparoscópica de un tumor oclusivo del

ángulo esplénico, destacando no solo los aspectos técnicos del procedimiento, sino principalmente el proceso de toma de decisiones intraoperatorias y la adaptación de la estrategia quirúrgica frente a hallazgos que comprometían la seguridad de la anastomosis.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años, sin antecedentes personales de relevancia ni estudios endoscópicos previos, que concurrió a la guardia por dolor y distensión abdominal. En el examen de laboratorio presentaba leucocitosis (15.000/mm<sup>3</sup>), sin otras alteraciones. Ante la sospecha de un abdomen agudo oclusivo, se realizó tomografía abdominopelviana que evidenció un engrosamiento segmentario a nivel del ángulo esplénico, asociado a dilatación intestinal proximal y de la cámara gástrica. Se decidió tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica. Tras la exploración inicial, se realizó la movilización del colon izquierdo, colon transverso distal y descenso del ángulo esplénico. La disección incluyó la omentectomía parcial en bloque, debido



© 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

Francisco Rodríguez Estévez:  
[francisco.rodrigueze@hospitalitaliano.org.ar](mailto:francisco.rodrigueze@hospitalitaliano.org.ar)

a la extensión tumoral. Inicialmente se planificó una resección segmentaria del ángulo esplénico con control vascular de la arteria cólica izquierda, la vena mesentérica inferior y la rama izquierda de la arteria cólica media. Luego de la resección, se evaluó la factibilidad de realizar una anastomosis transverso-descendente laterolateral isoperistáltica. Sin embargo, el colon proximal se encontraba marcadamente dilatado, acortado y con meso engrosado, condicionando una anastomosis potencialmente bajo tensión, a pesar de la adecuada movilización colónica realizada. Ante estos hallazgos, se decidió modificar la estrategia quirúrgica para facilitar la etapa reconstructiva. Se realizó una colectomía subtotal laparoscópica, completando la colectomía derecha y la resección de transverso remanente. Se confeccionó una ileo-descenso anastomosis isoperistáltica, libre de tensión. La orientación fue antihoraria, dado que las características del mesenterio del ileon terminal impedían una adecuada ascensión para una configuración horaria. La pieza quirúrgica fue extraída a través de una incisión tipo Pfannenstiel. El paciente evolucionó favorablemente, con alta hospitalaria al quinto día postoperatorio.

## CONCLUSIONES

En el tratamiento de tumores oclusivos del ángulo esplénico, el abordaje laparoscópico es factible y seguro en centros con experiencia.

La evaluación intraoperatoria de la tensión anastomótica constituye un elemento clave en la toma de decisiones. La capacidad de modificar la estrategia quirúrgica en función de los hallazgos intraoperatorios resulta fundamental para minimizar complicaciones.

Este caso ilustra cómo la conversión oportuna de una resección segmentaria a una colectomía más extensa permitió lograr una anastomosis libre de tensión y un resultado postoperatorio satisfactorio.

La evaluación crítica de la tensión anastomótica debe guiar la estrategia reconstructiva en tumores obstructivos del ángulo esplénico; la adaptación intraoperatoria hacia resecciones más extensas puede ser determinante para garantizar una anastomosis segura.

### Contribuciones:

FRE: edición y producción de video; redacción del borrador original.

LC: edición y producción de video.

EGS: coordinación general, supervisión y validación del manuscrito.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

**Declaración de conflictos de interés:** Ninguno.

**Financiamiento:** Ninguno.

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

**ORCID:**

Rodríguez Estévez F: <https://orcid.org/0009-0005-4045-495X>

Caram LJ: <https://orcid.org/0000-0002-0608-9048>

González Salazar E: <https://orcid.org/0000-0003-3831-522X>

## REFERENCIAS

1. Griffiths JD. Surgical anatomy of the blood supply of the distal colon. *Ann R Coll Surg Engl.* 1956;19(4):241–56.
2. Kim CW, Shin US, Yu CS, Kim JC. Clinicopathologic characteristics, surgical treatment and outcomes for splenic flexure colon cancer. *Cancer Res Treat.* 2010;42(2):69–76.
3. Garoufalia Z, Emile SH, Horesh N, Perets M, Kahana N, Wexner SD. A scoping literature review on the surgical management of splenic flexure tumors. *Scand J Surg.* 2025 Oct 24;14574969251387491. [Epub ahead of print]. doi:10.1177/14574969251387491.
4. de'Angelis N, Martínez-Pérez A, Winter DC, Landi F, Vitali GC, Le Roy B, et al. Extended right colectomy, left colectomy, or segmental left colectomy for splenic flexure carcinomas: a European multicenter propensity score matching analysis. *Surg Endosc.* 2021;35(2):661–72.

# Abordaje mínimamente invasivo de la endometriosis profunda con compromiso rectal y ureteral



<https://youtu.be/qL3whID1ls>

Facundo Montero Quiroga<sup>1</sup>, Agustín Quintae<sup>2</sup>, Guido Koren<sup>3</sup>, Paul Sere day<sup>2</sup>, Nicolás Avellaneda<sup>4</sup>

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (CEMIC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General,

<sup>2</sup> Servicio de Tocoginecología,

<sup>3</sup> Servicio de Urología,

<sup>4</sup> Servicio de Coloproctología

## Para citar:

Montero Quiroga F, Quintae A, Koren G, Sere day P, Avellaneda N. Abordaje mínimamente invasivo de la endometriosis profunda con compromiso rectal y ureteral. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):35-36. doi:10.46768/t8cctk11

► 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/t8cctk11>

Recibido: 08-01-2026

Aceptado: 06-04-2026

**Palabras clave:** *endometriosis profunda; endometriosis rectal; endometriosis ureteral; cirugía laparoscópica; reimplante ureteral*

**Keywords:** *deep endometriosis; rectal endometriosis; ureteral endometriosis; laparoscopic surgery; ureteral reimplantation*

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis profunda es una forma grave de endometriosis caracterizada por la infiltración de tejido endometrial mayor de 5 mm debajo de la superficie peritoneal. Esta condición puede afectar estructuras pélvicas como el recto y los uréteres, generando dolor cíclico intenso y síntomas urinarios o gastrointestinales.<sup>1,2</sup> El tratamiento quirúrgico de esta patología, especialmente cuando existe afectación rectal y ureteral, requiere un enfoque multidisciplinario preciso y una disección meticulosa que preserve la función orgánica y reduzca la morbilidad.<sup>3,4</sup> La cirugía mínimamente invasiva se ha consolidado como el abordaje de elección en la endometriosis compleja debido a la mejor visualización anatómica, la reducción de la morbilidad posoperatoria y la optimización de la recuperación. El presente vídeo muestra una técnica quirúrgica de alta complejidad, que incluye la liberación rectal y la reimplantación ureteral. Este material audiovisual puede aportar evidencia técnica y educativa a la comunidad coloproctológica.

## DESCRIPCIÓN DEL VIDEO

Paciente femenina de 47 años, con índice de masa corporal de 27 kg/m<sup>2</sup> y sin alergias medicamentosas conocidas, que consultó por dolor abdominal cíclico recurrente refractario a 3 meses de tratamiento médico. Entre sus antecedentes quirúrgicos destacaban histerectomía subtotal por miomatosis uterina, reducción mamaria y colocación previa de catéter doble J derecho por hidronefrosis secundaria a endometriosis. La paciente no presentaba deseo de fertilidad futura, por lo que se indicó tratamiento quirúrgico definitivo. Se realizó acceso laparoscópico estándar. La exploración inicial evidenció implantes endometriósicos ováricos bilaterales y adherencias densas que comprometían recto y paredes laterales de la pelvis. Se realizó disección medial del mesocolon sigmoideos y mesorrecto utilizando dispositivos de energía, seguida de liberación de los ovarios de la cara anterior del colon y recto. Posteriormente, se identificó y liberó el uréter izquierdo de adherencias a la pared rectal. A continuación se completó la



© 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

Facundo Montero Quiroga:  
[facu.mq@gmail.com](mailto:facu.mq@gmail.com)

ooforectomía izquierda mediante disección combinada con tijera y energía.

En el uréter derecho se identificó el compromiso endometriótico severo con fibrosis extensa. Se realizó sección del segmento afectado, extracción del catéter doble J y ligadura del muñón ureteral distal. La integridad del tracto urinario proximal fue confirmada mediante prueba hidroneumática. Se completó la ooforectomía derecha y, posteriormente, la resección de un implante endometriótico localizado en la pared del cuello uterino. Se realizaron colpotomía y traquelectomía seguidas de cierre de la cúpula vaginal.

Para la reconstrucción urinaria, se efectuó movilización vesical y anastomosis ureterovesical laparoscópica utilizando puntos separados de Vicryl® sobre un tutor ureteral. El procedimiento concluyó con la colocación de un drenaje en el lecho quirúrgico.

La evolución posoperatoria fue favorable, con alta al primer día postoperatorio sin complicaciones. La sonda vesical fue retirada a los 15 días y en el seguimiento la paciente permanecía asintomática y sin requerimiento de analgesia.

## CONCLUSIONES

La cirugía mínimamente invasiva para la endometriosis profunda con compromiso rectal y ureteral es factible y segura en pacientes seleccionados cuando es realizada por un equipo multidisciplinario experimentado. La identificación anatómica precisa y una técnica quirúrgica meticulosa son fundamentales para minimizar la morbilidad, preservar la función orgánica y mejorar la recuperación posoperatoria.

Este caso demuestra la factibilidad técnica del abordaje laparoscópico combinando adhesiolisis, resección anexial, traquelectomía y reimplante ureteral, con adecuados resultados perioperatorios y funcionales incluso en presencia de compromiso ureteral severo.

### Contribuciones:

FM: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, visualización, redacción borrador original. PS: investigación, supervisión, validación. GK: investigación, supervisión, validación. AQ: investigación, supervisión, validación. NA: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, visualización, redacción borrador original, revisión y edición, supervisión y validación.

**Declaración de conflictos de interés:** Ninguno.

**Financiamiento:** Ninguno.

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

### ORCID:

Montero Quiroga F: <https://orcid.org/0009-0006-3110-1391>

Quintaia a: <https://orcid.org/0000-0001-5096-5837>

Koren G: <https://orcid.org/0000-0001-5523-0063>

Sereday P: <https://orcid.org/0000-0001-5096-5837>

Avellaneda N: <https://orcid.org/0000-0002-6802-7125>

## REFERENCIAS

1. Zapata GH, Videla Rivero B, Moreira Grecco A, Videla Rivero L. Tratamiento multidisciplinario de la endometriosis profunda grave. *Rev Arg Coloproctol.* 2020;31(4):124–9. doi:10.46768/racp.v31i04.82.
2. Wolthuis AM, Meuleman C, Tomassetti C, D'Hooghe T, de Buck van Overstraeten A, de D'Hoore A. Bowel endometriosis: Colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team. *World J Gastroenterol.* 2014;20(42):15616–23.
3. Nezhat C, Li A, Falik R, Copeland D, Razavi G, Shakib A, et al. Bowel endometriosis: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(6):549–62. doi: 10.1016/j.ajog.2017.09.023.
4. Cano Busnelli V, Mentz R, Vaccaro C, Antelo Galarza R, Im V, Gil S, et al. Tratamiento laparoscópico resectivo por endometriosis severa con compromiso colorrectal: factibilidad y seguridad. *Rev Arg Coloproctol.* 2014;25(4):204–10.

## Carta al Editor

Comentario sobre: "Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal. Reporte de caso". Vergara Sanchez J, Garat V, Hoffmann B. *Rev Argent Coloproctol.* 2025;36(3):25-27.

### Para citar:

Pastore, RLO. Carta al Editor. Comentario sobre: "Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal. Reporte de caso". Vergara Sanchez J, Garat V, Hoffmann B. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):37-38. doi:10.46768/b0rwc234

► 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/b0rwc234>

Recibido: 02-10-2025

Aceptado: 04-10-2025



© 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

Rita L. O. Pastore:  
[rpastore@intramed.net](mailto:rpastore@intramed.net)

### Sr. Editor:

Vergara Sánchez et al. describen un caso infrecuente de hernia diafragmática de Morgagni en una paciente nonagenaria que se presentó con oclusión intestinal. La localización derecha, la ausencia de antecedente traumático y la edad avanzada de la paciente otorgan particular interés al caso.

Las hernias diafragmáticas se asocian predominantemente con traumatismos o anomalías congénitas. Por otra parte, las hernias no traumáticas, especialmente en adultos mayores, pueden estar asociadas a factores tales como el debilitamiento y la pérdida de elasticidad del diafragma y del tejido conectivo circundante, relacionados con la edad. Un factor contribuyente es el aumento de la presión intraabdominal causado por tos crónica, obesidad o estreñimiento, más comunes en los ancianos. En los nonagenarios, los síntomas de una hernia diafragmática pueden ser sutiles o confundirse con otras afecciones relacionadas con la edad, como puede ser la dispepsia o problemas respiratorios, lo que puede dificultar el diagnóstico.<sup>1-3</sup>

En este caso, la manifestación de la hernia como oclusión intestinal llevó a la realización de un estudio tomográfico que permitió establecer el diagnóstico y realizar un tratamiento quirúrgico precoz, evitando así una posible isquemia intestinal que hubiera complejizado el acto operatorio y agravado el pronóstico de la paciente. La resolución de la oclusión intestinal y el reparo del defecto diafragmático fueron realizados con éxito y sin complicaciones. No obstante, resulta pertinente cuestionar la indicación de una colostomía que los autores indicaron por importante distensión del ciego y diverticulosis sigmoidea avanzada. La diverticulosis sigmoidea no complicada no constituye, en sí misma, una indicación de desfuncionalización.<sup>4</sup> Además, tras la reducción del colon herniado, la distensión cecal podría haberse resuelto con la progresión del contenido intraluminal hacia la zona ldistal mediante maniobras compresivas.

En caso de considerarse riesgosa esta maniobra por la fragilidad de la pared cecal, una cecostomía podría haber cumplido un rol descompresivo con menor morbilidad y mayor facilidad para la reconstrucción del tránsito intestinal. En contraste con la colostomía, la cecostomía tiende a cerrarse de manera espontánea tras la retirada de la sonda, mientras que la reconstrucción del tránsito en pacientes de edad avanzada no siempre resulta factible.

Rita L. O. Pastore  
División Cirugía, Sector Coloproctología, Hospital Juan A. Fernández  
Buenos Aires, Argentina

## REFERENCIAS

1. Prakash P, Krishnan K, Chandran M, Sundar M. Spontaneous acquired diaphragmatic hernia in an elderly female: a case report of abdominal mesh repair and diagnostic challenges. *Cureus*. 2025;17(5):e83376. doi:10.7759/cureus.83376.
2. Rodriguez Hermosa JI, Tuca Rodrigues F, Ruiz Feliu B, Girones Vila J, Roig Garcia J, Codina Cazador A, et al. Diaphragmatic hernia of Morgagni-Larrey in adults: analysis of 10 cases. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:535–40. doi:10.1016/S0210-5705(03)70408-7.
3. Iso Y, Sawada T, Rokkaku K, Furihata T, Shimoda M, Kita J, et al. A case of symptomatic Morgagni's hernia and a review of Morgagni's hernia in Japan (263 reported cases). *Hernia*. 2006;10:521–4. doi:10.1007/s10029-006-0123-1.
4. Hall J, Hardiman K, Lee S, Lightner A, Stocchi L, Paquette IM, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2020;63:728–47.

### Contribuciones de la autora:

Conceptualización: RLOP. Redacción – revisión y edición: RLOP.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

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

ORCID:

Rita L. O. Pastore: <https://orcid.org/0000-0001-5240-9068>

# PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuál sería la conducta más adecuada?

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

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

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

El médico de cabecera solicita los siguientes estudios complementarios:

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

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

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

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

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

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

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

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



## 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](http://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