

Revista Argentina de **COLOPROCTOLOGÍA**

Publicación oficial de la
Sociedad Argentina de Coloproctología



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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 artículos:

- **Artículo original.** Descripción de investigaciones clínicas, experimentales o técnicas que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre un tema relacionado a la Coloproctología.
El Resumen tanto en español como en inglés deberá tener menos de 300 palabras y tener la siguiente estructura: Introducción/Background, Objetivo/Aim, Diseño/Design, Material y Métodos/Method, Resultados/Results, Conclusiones/Conclusions.
Los artículos deberán seguir el formato de Introducción, Objetivo, Diseño, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Referencias bibliográficas, Tablas, figuras y gráficos.
La extensión máxima del texto (excluyendo resúmenes y bibliografía) será de 3.500 palabras y se admitirán hasta 6 figuras o tablas. Tras el resumen se incluirán entre 3 y 5 palabras claves. El número de referencias bibliográficas será menor a 30 y deberá estar ordenada según aparición en el texto. El número máximo de autores será de 6 por institución. En caso de manuscritos con más de 6 autores, se deberá justificar la razón en la carta de presentación al Comité Editorial.
- **Editoriales/Cartas al lector/Opinión de expertos.** Salvo excepciones, su redacción se hará por encargo del Comité Editorial sobre un tema de actualidad, que se refiera o no a un artículo que se publique en el mismo número de la Revista de la SACP. Habitualmente tendrá una extensión de 800-1000 palabras con un máximo de 15 citas bibliográficas. Hasta un máximo de 2 autores.
- **Reporte de casos.** Descripción de una presentación o evolución clínica poco frecuente. Una breve introducción debería presentar el tema y el propósito del trabajo. En general, no es necesario usar secciones separadas en resultados, discusión, conclusiones o resumen. No debería exceder de 1000 palabras, con 2 ilustraciones y hasta 5 referencias bibliográficas. El número máximo de autores es 4.
- **Guías clínicas.** Manuscrito que se basa en la 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 fotografías 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.

Para consultar el reglamento completo: www.revistasacp.com

Recuerde que los trabajos deben ser enviados **únicamente en forma on-line** a través de nuestro sitio web.

Editores Responsables SACP
Sociedad Argentina de Coloproctología
Av. Córdoba 937 - Piso 3° - Of. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina

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



COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA 2020-2022

Presidente	Luis Zanoni
Vicepresidente	Fernando Serra
Secretario General	Marcelo Colinas
Tesorero	Pablo Farina
Secretario de Actas	Alejandro Canelas
Vocal titular 1°	Karina Collia Ávila
Vocal titular 2°	Romina Bianchi
Vocal titular 3°	Guillermo Tinghitella
Vocal suplente 1°	Ignacio Pitaco
Vocal suplente 2°	Ricardo Mentz
Vocal suplente 3°	Federico Carballo

La Revista Argentina de Coloproctología es publicada por la Sociedad Argentina de Coloproctología, Asociación Civil, Av. Córdoba 937 Piso 3°, oficinas 3 y 4, (C1054AAI) CABA, Argentina, +54 11 4322 9695. La suscripción para los miembros de la Sociedad Argentina de Coloproctología está incluida en la cuota societaria. Los trabajos científicos a presentar deben estar adaptados al Reglamento de Publicaciones. Las opiniones expresadas por los autores y anunciantes son a título personal y no representan necesariamente las de la Sociedad Argentina de Coloproctología o la de su revista. Registro de propiedad intelectual N° 64317. ISSN 2683-7846

Para más información dirigirse a www.sacp.org.ar

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología

Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil

Revista Indizada en Latindex, UNAM, México

DIRECTOR

Hugo Amarillo

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

EDITOR

Mariano Laporte

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

COMITÉ EDITORIAL

Romina Bianchi

Hospital Penna, Buenos Aires, Argentina

Juan Pablo Campana

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Sebastián Guckenheimer

Hospital Pirovano, Buenos Aires

Rubén Miravalle

Centro Privado De Coloproctología, Buenos Aires

Marcelo Pollastri

Hospital Privado De Rosario, Santa Fé

Joaquín Tognelli

Sanatorio Sagrado Corazón, Buenos Aires, Argentina

Maximiliano Bun

Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina

Federico Carballo

Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

Ricardo Mentz

Hospital Italiano, Buenos Aires

Jose Piatti

Unidad Digestiva Baistrocchi, Cordoba, Argentina

Hernan Ruiz

Hospital Britanico, Buenos Aires, Argentina

Florencia Ventura

Hospital Durand, Buenos Aires, Argentina

CONSEJO ASESOR

Carlos Miguel Lumi

Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires, Argentina

Rita Pastore

Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina

Juan Carlos Patron Uriburu

Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

Gustavo Rossi

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Nicolás Rotholtz

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

COMITÉ CIENTÍFICO

José Devesa Mugica

Hospital Ruber Internacional. Madrid, España

Alessio Pigazzi

Universidad de California Irvine. California, EEUU

Rodrigo Oliva Pérez

Universidad de San Pablo. San Pablo, Brasil

Fernando de la Portilla

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

Steven Wexner

Cleveland Clinic. Florida, EEUU

Andrew Zbar

Chaim Sheba Medical Center Ramat Gan. Tel Aviv, Israel

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

Diseño y diagramación: Visión Producciones: Sergio Epelbaum, Nehuén Hidalgo, y Soledad Palacio
www.visionproducciones.com.ar - info@visionproducciones.com.ar



REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

ÍNDICE

ARTÍCULO ORIGINAL

- 70 - **Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn ileocecal luego del tratamiento quirúrgico**
Nicolás Avellaneda,^{1,2} Silvina Goncalves,³ Juan Lasa,⁴ Pablo Olivera,⁴ Analía Poticchio,¹ Fernando Vazquez,¹ Mariano Vaingurt,¹ Augusto Carrie Augusto,² Juan Pablo Muñoz¹
¹Nueva Proctología. CABA, Argentina. ²Servicio de Cirugía General, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quiro" (CEMIC). CABA, Argentina. ³Servicio de Gastroenterología, Hospital Carlos Bonorino Udaondo. CABA, Argentina. ⁴Departamento de Gastroenterología, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quiro" (CEMIC). CABA, Argentina.
- 77 - **Resolución de quiste pilonidal mediante técnica de colgajo en H**
Andrés Felipe Escudero Sepúlveda
Médico Residente de Cirugía General Hospital de trauma y emergencias Dr. Federico Abete, Miraflores, Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- 85 - **Peritonitis diverticular: ¿qué nos enseñó Dilala? Análisis metodológico de su diseño, aplicación y resultados**
Diego Hernán Barletta
Sanatorio del Oeste (sede Merlo e Ituzaingó). Buenos Aires, Argentina.

REPORTE DE CASOS

- 90 - **Tumor de piel de localización atípica: quiste epidérmico gigante perianal. Presentación de un caso**
Gonzalo Castellano Egloff,¹ Gustavo Nestares,² Lorena Diez,³ Brian Santos³
¹Encargado de la Unidad de Coloproctología. Clínica Adventista Belgrano. CABA, Argentina. ²Jefe de Cirugía General. Clínica Adventista Belgrano. CABA, Argentina. ³Médico Cirujano Staff. Clínica Adventista Belgrano. CABA, Argentina..
- 93 - **Tumor de células granulares perianal. Reporte de un caso y revisión de literatura**
Fernando Grinóvero, Pamela Jacinto, Julieta Cittadini, Omar Rubén Miravalle, Pablo Antonio Farina, Carlos Miguel Lumi
Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. CABA, Argentina.
- 97 - **Cirugía sin incisiones como tratamiento mini-invasivo del vólvulo sigmoideo a través del sitio de la colostomía. Reporte de caso**
Juan Manuel Sotelo, Javier Oviedo, Romina Di Vietro, Rodrigo Moran Azzi
Sector Coloproctología, Sanatorio Güemes de Buenos Aires. CABA, Argentina.
- 100 - **Endometriosis pélvica extragenital como presentación de abdomen agudo obstructivo en una mujer posmenopáusica. Reporte de caso**
Brian U. Santos,¹ Livia Gareis,¹ Santiago Brayer,¹ Matías Recchia²
¹Médico cirujano de guardia, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. CABA, Argentina. ²Médico residente Cirugía Gastroenterológica, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. CABA, Argentina.

CASOS EN IMÁGENES

- 103 - **Shock hemorrágico como presentación inicial de divertículo de Meckel**
Camila Haro, Alexandra Duffau, Nicolás Muniz, Sofía Mansilla, Manuel Sanguinetti, Marcelo Viola
Departamento de Cirugía Médica Uruguaya (MUCAM). Montevideo, Uruguay. Hospital Churruca-Visca. CABA, Argentina.
-

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

ÍNDICE

NOTA TÉCNICA

106 - **Cirugía miniinvasiva transanal (TAMIS). Una alternativa para la resección de una cicatriz rectal luego de una resección endoscópica insuficiente.**

Alejandra Liz, Isabel Gabito, Álvaro Lavega, Emilia Cerchiari, Gonzalo Gayo, Diego Lapiedra, Marcelo Viola
Unidad de Coloproctología. Clínica Quirúrgica "1" Hospital Pasteur. Prof. Dr. Fernando González Calcagno. Montevideo, Uruguay.

VIDEO

112 - **Perforación videocolonoscópica. ¿Es factible suturar?**

Rocío Pérez Domínguez,¹ Melina Sofía Colman,² Sergio Schlain³

¹Staff de la División Coloproctología, HIGA San Roque de Gonnet. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

²Residente de Cirugía General, HIGA San Roque de Gonnet. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

³Coordinador de la División Coloproctología, HIGA San Roque de Gonnet. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn ileocecal luego del tratamiento quirúrgico

Nicolás Avellaneda,^{1,2} Silvina Goncalves,³ Juan Lasa,⁴ Pablo Olivera,⁴
Analía Potolicchio,¹ Fernando Vazquez,¹ Mariano Vaingurt,¹ Augusto
Carrie Augusto,² Juan Pablo Muñoz¹

¹Nueva Proctología. CABA, Argentina.

²Servicio de Cirugía General, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas
"Norberto Quirno" (CEMIC). CABA, Argentina.

³Servicio de Gastroenterología, Hospital Carlos Bonorino Udaondo. CABA, Argentina.

⁴Departamento de Gastroenterología, Centro de Educación Médica e Investigaciones
Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC). CABA, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La localización ileocecal es la más frecuente en la enfermedad de Crohn y muchos de los pacientes que la presentan requieren tratamiento quirúrgico durante la evolución de su enfermedad. Existe escasa evidencia sobre el impacto del mismo en la calidad de vida de estos enfermos.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva, incluyendo los pacientes operados durante un periodo de 30 meses por enfermedad de Crohn con compromiso ileocecal. Como variable de resultados primaria se evaluó la calidad de vida de los mismos, tanto antes como 4 meses después de la cirugía, usando dos cuestionarios validados: Short Form-36 e Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. También se evaluó la morbilidad de los procedimientos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 19 pacientes. La edad media fue de 34 años (23-72). dieciocho pacientes fueron operados por vía laparoscópica y 2 pacientes requirieron reoperación. La media de seguimiento fue de 16 meses (4-30). Tres pacientes (16 %) presentaron complicaciones mayores. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una mejoría promedio del 46 % en los parámetros valorados por el cuestionario SF-36 ($p=0,0001$) y de 81 puntos ($p=0,0001$) en los valores del cuestionario IBDQ luego del tratamiento operatorio.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn con compromiso ileocecal presenta buenos resultados después del tratamiento quirúrgico y una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: Crohn; Enfermedad inflamatoria; Ileocecal; Cirugía; Calidad de vida; Morbilidad

ABSTRACT

Introduction: Ileocecal Crohn's disease is the most frequent presentation and requires surgical treatment in many patients. There is little evidence on the impact of surgery in the quality of life of these patients.

Material and methods: A retrospective study, based on a prospective database included all patients operated on electively for ileocecal Crohn's disease during a 30-month period. The primary end-point was postoperative change in quality of life, assessed with two validated questionnaires: Short Form-36 and Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, performed before and 4 months after surgery. The morbidity of the procedures was also evaluated.

Results: Nineteen patients with a mean age of 34 years (23-72) were included. Eighteen (94.7%) patients underwent a laparoscopic approach, with 2 (11.1%) conversions. Major complications presented in 3 (16%) patients, 2 of whom required reoperation due to anastomotic dehiscence. Patients showed an average improvement of 46% in the parameters assessed by the SF-36 questionnaire ($p<0.0001$) and 81 points ($p<0.0001$) in the values of the IBDQ questionnaire after surgery. The mean follow-up was 16 months (4-30).

Conclusion: After resective surgical treatment for ileocecal Crohn's disease patients achieved a significant improvement in their quality of life, with a low percentage of major complications.

Keywords: Crohn; Inflammatory disease; Ileocecal; Surgery; Quality of life; Morbidity

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) se presenta como un proceso inflamatorio crónico y transmural que puede afectar cualquier órgano del tubo digestivo, caracterizado por exacerbaciones y remisiones. Su incidencia ha aumentado a nivel mundial en los últimos años.¹ Es más prevalente en

países desarrollados y aquellos recientemente industrializados y su pico de frecuencia se encuentra entre la segunda y cuarta década de vida.^{2,3} La EC tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto el diagnóstico temprano, la identificación de factores de mal pronóstico y un tratamiento que prevenga las complicaciones e induzca una remisión prolongada son objetivos prioritarios para estos enfermos.⁴

A pesar de los avances en el tratamiento médico de la EC el 30-40 % de los pacientes requerirán tratamiento quirúrgico en algún momento de su evolución. Los ob-

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Nicolás Avellaneda

n.avellaneda86@gmail.com

Recibido: enero 2021. Aceptado: abril 2021.

jetivos del mismo apuntan a resolver las complicaciones, restituir la salud y preservar la mayor cantidad de intestino posible, evitando ostomías definitivas y permitiendo que el paciente retorne a su tratamiento médico de sosten. ^{5,6}

Dos tercios de los enfermos debutan con afectación ileocecal. ⁷ Si bien la cirugía está asociada a la resolución de las complicaciones que ocurren durante el tratamiento médico, una resección quirúrgica temprana podría evitar las mismas, disminuyendo la morbimortalidad del procedimiento. ⁸

Pocos estudios han estudiado el impacto de las diferentes modalidades terapéuticas sobre la calidad de vida. El objetivo de este trabajo es comparar la calidad de vida de pacientes operados por EC ileocecal antes y después de la cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio y selección de la población

Se realizó un análisis retrospectivo sobre una base de datos confeccionada de forma prospectiva. Se incluyeron todos aquellos pacientes operados durante el periodo comprendido entre mayo de 2017 y noviembre de 2019, por EC localizada en la region ileocecal con o sin extension al colon derecho, por un equipo de cirujanos especializados en patologia colorrectal. Se tomaron en cuenta todos aquellos pacientes operados por vía abierta o laparoscópica, siendo la indicación quirúrgica la presencia de una complicación (estenosis o fistula). Todos los pacientes fueron operados de forma programada. Se excluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico de EC sin compromiso ileocecal y aquellos pacientes que recibieron tratamiento no operatorio durante el periodo indicado.

El diagnóstico de EC se realizó en todos los casos asociando la clínica y los hallazgos de laboratorio, endoscópicos y de imágenes; y confirmado histológicamente mediante biopsia endoscópica.

Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución.

Variables estudiadas y medidas de efecto

Para la confección de la base se incluyeron los siguientes datos: edad, sexo, clasificación de los pacientes (score de Montreal), ⁹ tratamiento con corticoides y/o agentes biológicos preoperatorio, tipo de cirugía y vía de abordaje, tiempo de seguimiento de los pacientes y la calidad de vida de los mismos medida antes de la intervención quirúrgica y 4 meses luego de la cirugía usando dos cuestionarios:

1. Cuestionario de calidad de vida SF 3610 (cuestiona-

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS

Variable	n/N (%)
Edad	34 (23-72)
Género (%M)	13/19 (68,42)
Tiempo desde el diagnóstico a la cirugía (años, media, rango)	8 (1-24)
Clasificación de Montreal	
A2L1B2	10/19 (52,63)
A2L1B2p	5/19 (26,31)
A2L3B2	3/19 (15,79)
A3L1B2	1/19 (5,27)
Tratamiento con biológicos y/o corticoides	
Tratamiento con biológicos y/o corticoides	12/19 (63,16)
Tipo de cirugía	
Resección ileocecal	16/19 (84,21)
Hemicolectomía derecha	3/19 (15,79)
Abordaje laparoscópico	
Abordaje laparoscópico	18/19 (94,74)
Necesidad de reintervención quirúrgica	
Necesidad de reintervención quirúrgica	2/19 (10,53)
Ostomía	5/19 (26,32)
Tiempo de cirugía (minutos, media, rango)	
Tiempo de cirugía (minutos, media, rango)	120 (80-240)
Tiempo de estadía postoperatorio (días, media, rango)	
Tiempo de estadía postoperatorio (días, media, rango)	7 (4-20)
Seguimiento (meses, media, rango)	
Seguimiento (meses, media, rango)	16 (4-30)

rio SF 36 validado en Argentina): Formulario de 36 preguntas que miden el funcionamiento de 8 ítems relacionados con la vida del paciente. Los resultados se miden en porcentaje, representando un valor más bajo una peor concepción del ítem evaluado por parte del paciente.

2. Cuestionario de calidad de vida IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire): ¹¹ Consiste en 32 preguntas que evalúan 4 áreas de funcionalidad del paciente. Otorga un puntaje total que puede oscilar entre 32 y 224 puntos, siendo un puntaje más bajo reflejo de peor funcionalidad.

A su vez, se registraron la cantidad de días de internación y las complicaciones postoperatorias estratificadas se-

TABLA 2: COMPARACIÓN DEL SF36 ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN SUJETOS INCLUIDOS (%)

Variable	Pre-cirugía (mediana y rango)	Post-cirugía (mediana y rango)	Delta (mediana y rango)	P
Funcionamiento físico	60 (30-100)	100 (75-100)	30 (-15-65)	0,006
Limitación física	0 (0-100)	100 (25-100)	75 (0-100)	0,0001
Dolor corporal	25 (10-65)	100 (45-100)	65 (33-90)	0,0001
Salud general	30 (5-55)	65 (25-100)	35 (-10-95)	0,0002
Vitalidad	25 (0-80)	75 (20-100)	45 (-5-85)	0,0002
Funcionamiento social	37 (12-87)	87 (0-100)	37 (-25-88)	0,0004
Rol Emocional	33 (0-100)	100 (0-100)	67 (0-100)	0,0001
Salud mental	52 (0-76)	75 (32-100)	36 (-8-84)	0,0002
Transición de salud reportada	25 (0-75)	100 (75-100)	75 (25-100)	0,0001
Puntaje SF36 total	35 (10-63)	85 (41-97)	46 (21-78)	0,0001

gún la clasificación de Dindo-Clavien,¹² la duración de la cirugía y si se realizó o no una anastomosis primaria.

Se tomó como variable de resultado primaria el cambio en la calidad de vida de los pacientes tanto antes como 4 meses después de la cirugía. Como variable secundaria, se analizó la morbilidad postoperatoria.

Análisis estadístico

Para la comparación de los puntajes de calidad de vida, se utilizó el test de Wilcoxon. Para la comparación de variables categóricas se utilizó el test de Fisher y en el caso de las variables numéricas, el test de Mann Whitney. Asimismo, se realizó un estudio de correlación entre los dos puntajes utilizados para medir calidad de vida mediante el test de Spearman. Se tomó como significativo a un valor de p menor de 0,05.

RESULTADOS

Durante un período de 30 meses, 20 pacientes fueron operados por EC ileocecal con o sin extensión a colon derecho. Un paciente debió ser excluido por haber sido operado con un tumor de ciego que al momento de la cirugía se hallaba en estadio avanzado y falleció 5 meses luego de la cirugía por progresión de su patología oncológica.

Las principales características de los pacientes se encuentran resumidas en la Tabla 1.

Sobre el total de 19 pacientes, 7 (36,8 %) no habían recibido tratamiento previo con corticoides y/o fármacos anti-TNF antes de la cirugía y se indicó el tratamiento quirúrgico debido al debut con complicaciones de la enfermedad (estenosis o fístulas).

Tipo de cirugía:

- De los 19 pacientes incluidos en este estudio, 16 (84,2 %) presentaron enfermedad localizada exclusivamente en la región ileocecal con patrón estenosante, por lo que se realizó una resección del segmento comprometido. De estos, 3 (15,8 %) se asociaron a enfermedad fistulizante, dos ileoileales y uno ileosigmoidea, que requirió una sigmoidectomía. Este último, asoció concomitantemente 3 estenosis de íleon que requirieron estricturoplastias.

- Dos pacientes (10,5 %) fueron operados por presentar estenosis sintomática de anastomosis de resección ileocecal previa y se completó la resección del colon derecho. A los restantes, se les realizó una colectomía derecha reglada por estenosis de ángulo hepático asociada.

- En 3 pacientes (15,8 %) no se confeccionó anastomosis primaria por mal estado nutricional y corticoterapia concomitante, por lo cual se decidió diferir la reconstrucción del tránsito para un segundo acto quirúrgico.

- Dieciocho pacientes (94,7 %) fueron abordados por vía laparoscópica, 2 (10,5 %) requirieron conversión a cirugía abierta por presentar un gran tumor inflamatorio que imposibilitaba la correcta identificación de las estructuras. Un enfermo presentaba múltiples antecedentes de cirugía abdominal previa, por lo que se decidió abordarlo por vía convencional.

Nueve pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio (47 %). Sin embargo, 6 de estas fueron complicaciones menores (I y II de clasificación de Dindo-Clavien):¹² tres pacientes presentaron una flebitis secundaria a vía periférica, un paciente presentó infección de herida y 2 pacientes presentaron íleo prolongado. De las 3 complicaciones mayores, 2 requirieron reoperaciones por dehiscencia de anastomosis y un paciente requirió colocación de marcapasos por un trastorno electrofisiológico.

TABLA 3: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL IBDQ ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN SUJETOS INCLUIDOS

Variable	Pre-cirugía (mediana y rango)	Post-cirugía (mediana y rango)	Delta (mediana y rango)	P
Síntomas GI	31 (16-57)	59 (43-69)	27 (10-47)	0,0001
Salud emocional	32 (18-65)	68 (56-78)	34 (5-49)	0,0001
Síntomas sistémicos	13 (7-31)	30 (22-34)	16 (-2-25)	0,0002
Función social	14 (5-33)	31 (27-35)	17 (-2-24)	0,0002
Puntaje total IBDQ	105 (60-166)	196 (165-212)	81 (19-141)	0,0001

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes ostomizados de forma primaria o por dehiscencia anastomótica, fue realizada antes de la reconstrucción del tránsito intestinal.

Las Tablas 2 y 3 presentan los resultados de las respuestas a ambos cuestionarios que evaluaron la calidad de vida de los pacientes antes y después de ser operados. Todos los parámetros evaluados presentaron mejoras estadísticamente significativas luego de la cirugía.

Los ítems del cuestionario SF-36 que registraron mayores cambios luego del tratamiento quirúrgico fueron aquellos que reflejan la limitación física que sufren los pacientes, los referidos al dolor corporal y al rol emocional. El promedio de todos los cuestionarios, tomando en consideración todos los parámetros contemplados en el mismo, refleja una mejora del 46 % (p=0,0001).

Las respuestas del cuestionario IBDQ también presentaron mejoras reflejadas en las respuestas de los pacientes, sobre todo en aquellas preguntas asociadas a la salud emocional de los mismos. El promedio reflejó una diferencia de 81 puntos entre aquellos cuestionarios contestados antes y después de la cirugía (p=0,0001), demostrando el impacto positivo de la cirugía en la calidad de vida de los pacientes.

En análisis multivariado, ninguno de los parámetros estudiados generó diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los pacientes (incluida la presencia de ostomía a la hora de contestar los cuestionarios).

Por último, la diferencia de puntaje en el cuestionario SF-36 mostró una correlación significativa pero moderada (r:0,6 y p=0,001) con la diferencia reflejada en el cuestionario IBDQ, lo cual podría indicar que ambos cuestionarios son complementarios, a pesar de que no miden lo mismo; o bien, que los pacientes no contestan de la misma forma ambos cuestionarios.

DISCUSIÓN

La región ileocecal es la más frecuentemente afectada por la EC y se da en hasta dos tercios de los pacientes.⁷ Para aquellos que debutan con enfermedad en esta loca-

lización, los fármacos anti-TNF representan una segunda línea de tratamiento en quienes no responden a las drogas convencionales, presentan resistencia o dependencia a corticoides, en ausencia de enfermedad estenosante/ fistulizante.¹³

Aun luego del advenimiento de los fármacos anti-TNF, un tercio de los pacientes con enfermedad restringida a la región ileocecal requieren cirugía antes de los 5 años de haber empezado con tratamiento médico, por resistencia al mismo o por complicaciones de la enfermedad (estenosis o fístulas).¹⁴⁻¹⁶ Tal es el caso de los pacientes presentados en esta serie: todos presentaban complicaciones asociadas a la enfermedad.

El tratamiento médico con fármacos de segunda línea ha presentado buenos resultados en términos de preservación de órganos,¹⁷⁻¹⁹ pero con un costo significativo para el sistema de salud (sobre todo al usar dichas drogas como terapia de mantenimiento) y con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes que deben someterse a infusiones a intervalos regulares de tiempo.^{20,21} Se observa también que hasta un 30-40 % de los mismos requerirán posteriormente una intervención quirúrgica en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Los resultados de la cirugía electiva para pacientes con EC ileocecal son satisfactorios. Realizada por vía laparoscópica, la misma conlleva un alto grado de satisfacción por parte del paciente, una mejora significativa de la calidad de vida sostenida en el tiempo, con una baja morbilidad y un rápido retorno a las actividades habituales.²²⁻²⁴ Incluso, algunos estudios han publicado que hasta un 50 % de estos pacientes permanecen asintomáticos y sin tratamiento hasta 7 años después de la cirugía.²⁵

Los beneficios del abordaje laparoscópico han sido probados en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos de la actualidad. Este principio también ha sido comprobado en la cirugía para el tratamiento de la EC por varios autores.²⁶⁻²⁹ En nuestra serie, 18 pacientes (94,74 %) pudieron ser abordados por esta vía.

En uno de los pocos trabajos que han evaluado la calidad de vida de los pacientes con EC ileocecal luego de la resección quirúrgica, Wright et al.²³ presentaron, en 2015,

los resultados de las resecciones de toda la enfermedad macroscópica en 174 pacientes de 17 hospitales. Las indicaciones de cirugía fueron complicaciones de la enfermedad y falla del tratamiento médico. De todos los pacientes, a 133 se les realizó una resección ileocecal y en 15 casos se asoció a una resección proximal concomitante. Utilizando los cuestionarios IBDQ y SF-36, midieron el impacto en la calidad de vida de los pacientes posterior a la cirugía y evidenciaron una mejora significativa a este nivel en el postoperatorio, la cual se sostiene en el tiempo. Estos hallazgos son consecuentes con los resultados reflejados en el presente estudio. Sin embargo, el trabajo mencionado afirma mejores resultados en aquellos casos tratados con drogas biológicas en el postoperatorio.

Otro estudio presentado por R. Thirby et al. en 2001,²² evaluó el impacto en la calidad de vida de 139 pacientes luego de recibir tratamiento quirúrgico por EC y colitis ulcerosa utilizando el cuestionario "Health Status Questionnaire-HSQ". Cincuenta y seis de estos pacientes presentaban EC, de los cuales 22 tenían enfermedad limitada al intestino delgado. Este estudio también presentó una mejora en los parámetros de calidad de vida luego de la cirugía, mostrando incluso que, en el mediano plazo, estos valores son similares o superiores a los de la población general. Otro hallazgo de este trabajo fue el impacto negativo que tienen las recidivas de la enfermedad en pacientes previamente operados.

Hamon et al.³⁰ estudiaron el impacto del tratamiento quirúrgico de la EC luego de retomar actividades laborales, encontrando que la mayoría de sus pacientes pudieron volver a sus respectivas ocupaciones luego de una media de 11 semanas y refiriendo una mejora significativa en su desenvolvimiento diario, lo cual también es consecuente con los resultados del presente estudio.

Por último, el estudio más importante a la fecha sobre calidad de vida en EC involucró 29 hospitales de Holanda y el Reino Unido. Aleatorizaron pacientes con EC limitada a la región ileocecal refractaria a drogas de primera línea por 3 meses (corticoides, tiopurinas o metotrexate) en 2 grupos: un grupo recibió tratamiento con infliximab y otro grupo fue sometido a tratamiento quirúrgico (resección ileocecal laparoscópica).³¹ Ciento cuarenta y tres pacientes participaron del estudio y se estudió, como variable de resultado, la calidad de vida de los pacientes, uti-

lizando los mismos dos cuestionarios que se utilizaron en nuestro trabajo (IBDQ y SF-36), la morbilidad de ambos tratamientos, el tiempo de vuelta a actividades laborales, la imagen corporal y el resultado cosmético. Un año después de haber ingresado en el estudio, se observaron valores comparables en ambos brazos tanto en calidad de vida como en el resto de los parámetros evaluados, razón por la cual los autores concluyeron que ambas alternativas de tratamiento son válidas y comparables para este tipo de pacientes al primer año de seguimiento.

En una segunda etapa, el mismo grupo estudió los costos asociados a ambos tipos de tratamiento (quirúrgico vs. Infliximab).³² El grupo de pacientes que recibió tratamiento quirúrgico presentó un costo asociado mucho menor al del grupo tratado con Infliximab.

La conclusión de que el tratamiento resectivo podría ser más costo efectivo que aquel con fármacos anti-TNF representa un hallazgo sumamente significativo en la actualidad, donde estas drogas representan un cambio de paradigma en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Si bien nuestros pacientes fueron operados ante el fracaso del tratamiento de segunda línea, los resultados en torno a calidad de vida y la morbilidad han sido similares a los publicados por otros autores previamente.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, a pesar del advenimiento de los fármacos anti-TNF, muchos pacientes con EC ileocecal requieren de tratamiento quirúrgico resectivo durante la evolución de su enfermedad, por complicaciones (estenosis o fistulas) o por resistencia al tratamiento médico. En estos pacientes, la cirugía ha demostrado alcanzar resultados postoperatorios satisfactorios, con una aceptable morbilidad y una mejora significativa en los parámetros de calidad de vida.

Considerando que un porcentaje importante de los pacientes se operan luego del fracaso en el tratamiento de segunda línea, y en muchos casos en condiciones clínicas más desfavorables, creemos que una cirugía temprana podría mejorar aún más los resultados objetivados en este trabajo.

REFERENCIAS

1. Ananthakrishnan AN, Kaplan GG, Ng SC. Changing global epidemiology of inflammatory bowel diseases: Sustaining health care delivery into the 21st century. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020;18:1252-60.
2. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* 2017; 389: 1741-55.
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet* 2018; 390: 2769-78.
4. Kalla R, Ventham N, Satsangi J, Arnott I. Crohn's disease-clinical review. *BMJ* 2014; 349:g6670.
5. Galandiuk S, Kimberling J, Al-Mishlab T, et al. Perianal Crohn's disease. Predictors of need for permanent diversion. *Ann Surg*

- 2005;241:796-802.
6. Cosnes J. Crohn's disease phenotype, prognosis, and long-term complications: What to expect? *Acta Gastroenterol Belg* 2008; 71:303-7.
 7. Thoreson R, Cullen J. Pathophysiology of inflammatory bowel disease: An overview. *Surg Clin N Am* 2007;87:575-85.
 8. Gionchetti P, Dignass A, Danese S, Magro Dias FJ, Rogler G, Lakatos PL et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations. *J Crohns Colitis* 2017;11:135-49.
 9. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T. et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005; 19:5-36.
 10. Augustovski FA, Lewin G, Garcia Elogio E, et al. The Argentine-Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol* 2008; 61:1279-84.
 11. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1989; 96:804-10.
 12. Clavien Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004; 240: 205-13.
 13. Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO et al. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis* 2017; 11:3-25.
 14. Bouguen G, Peyrin-Biroulet L. Surgery for adult Crohn's disease: what is the actual risk? *Gut* 2011;60:1178-81.
 15. Burke JP, Velupillai Y, O'Connell PR, Coffey JC. National trends in intestinal resection for Crohn's disease in the post-biologic era. *Int J Colorectal Dis* 2013;28:1401-6.
 16. DW, Finlayson SRG. Trends in surgery for Crohn's disease in the era of infliximab. *Ann Surg* 2010;252:307-12.
 17. Feagan BG, Lémann M, Befrits R, Connell W, D'Haens G, Ghosh S, et al. Recommendations for the treatment of Crohn's disease with tumor necrosis factor antagonists: An expert consensus report. *Inflammatory bowel diseases* 2012;18:152-60.
 18. Rubenstein JH, Chong RY, Cohen RD. Infliximab decreases resource use among patients with Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35:151-56.
 19. Van Assche G, Vermeire S, Rutgeerts P. The potential for disease modification in Crohn's disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010;7:79-85.
 20. Feagan BG, Yan S, Bala M, Bao W, Lichtenstein GR. The effects of infliximab maintenance therapy on health-related quality of life. *Am J Gastroenterol* 2003; 98:2232-38.
 21. Dretzke J, Edlin R, Round J, Connock M, Hulme C, Czczot J, et al. A systematic review and economic evaluation of the use of tumour necrosis factor-alpha (TNF- α) inhibitors, adalimumab and infliximab, for Crohn's disease. *Health Technol Assess* 2011;15:1-244.
 22. Thirlby RC, Sobrino MA, Randall JB. The long-term benefit of surgery on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Arch Surg* 2001;136:521-27.
 23. Wright EK, Kamm MA, De Cruz P, Hamilton AL, Ritchie KJ, Krejany EO, et al. Effect of intestinal resection on quality of life in Crohn's disease. *J Crohns Colitis* 2015;9:452-62.
 24. Nordgren SR, Fasth SB, Oresland TO, et al. Long term follow - up in Chron's disease. Mortality, morbidity and functional status. *Scan J Gastr* 1994;29:1122-28.
 25. Cullen G, O'Toole A, Keegan D, et al. Long-term clinical results of ileocecal resection for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:1369-73.
 26. Eshuis EJ, Polle SW, Slors JF, et al. Long-Term surgical recurrence, morbidity, quality of life, and body image of laparoscopic-assisted vs. open ileocolic resection for Crohn's disease: A comparative study. *Dis Colon and Rectum* 2008; 51:858-67.
 27. Stocchi L, Milsom JW, Fazio VW. Long-term outcomes of laparoscopic versus open ileocolic resection for Crohn's disease: follow-up of a prospective randomized trial. *Surgery* 2008;144:622-27; discussion 627-28.
 28. Eshuis EJ, Slors JF, Stokkers PCF, et al. Long-term outcomes following laparoscopically assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease. *Br J Surg* 2010;97:563-68.
 29. Dasari BV, McKay D, Gardiner K. Laparoscopic versus Open surgery for small bowel Crohn's disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;1:CD006956.
 30. Hamon JF, Beaugerie L, Parc R, et al. Care patterns and resumption of social and occupational activities after exegesis surgery in Crohn's disease. Study of 58 patients. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1995;4:215-20.
 31. Ponsioen CY, de Groof EJ, Eshuis EJ, et al. Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial. *Lancet* 2017; 2:785-92.
 32. de Groof EJ, Stevens TW, Eshuis EJ, et al. Cost-effectiveness of laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab treatment of terminal ileitis in Crohn's disease: the LIR!C Trial. *Gut* 2019;68:1774-80.

COMENTARIO

El manejo con tratamiento médico de la enfermedad de Crohn, ante el advenimiento de nuevos fármacos que demuestran una mejoría en la evolución de la enfermedad, el abuso en la utilización de los mismos y el mantenimiento en el tiempo de estos programas de tratamiento, lleva a que muchos pacientes con afectación ileocecal presenten complicaciones evolutivas de la enfermedad como son la estenosis y fistulización de un íleon enfermo.

Es fundamental consensuar con el equipo médico tratante (Gastroenterólogos y Clínicos) cuándo llevar a cabo el tratamiento quirúrgico en estos pacientes. No hay duda de que ante una estenosis ileal debemos llegar a una resolución quirúrgica de la misma. La resección quirúrgica es obligada ante una estenosis extensa del íleon terminal.

El abordaje videolaparoscópico nos permite realizar la inspección de toda la cavidad abdominal y reducir la agresión de la pared abdominal.

El dilema puede presentarse ante la decisión de anastomosar o no a estos pacientes. La evaluación médica previa (comorbilidades y estado general) ayudarán a tomar esta decisión.

No cabe duda de que es una práctica que debe ser realizada por cirujanos experimentados, en forma electiva.

La complicación más temida es la dehiscencia anastomótica, es por ello que es importante considerar cómo se realiza la

misma (su técnica y elementos de sutura).

Por otro lado, evaluar si corresponde tener protocolizada, en el seguimiento postoperatorio de estos pacientes, la realización de algún estudio de imagen (tomografía), para la detección precoz de una complicación de la anastomosis, para llegar rápidamente a su resolución.

Felicito a los autores por su experiencia, la calidad del trabajo presentado y los resultados obtenidos. Y concuerdo, como concluyen en el trabajo, que es muy probable que una cirugía temprana mejoraría, aún más, los resultados.

Marcelo Pollastri
Hospital Privado de Rosario. Santa Fe, Argentina.

Resolución de quiste pilonidal mediante técnica de colgajo en H

Andrés Felipe Escudero Sepúlveda

Médico Residente de Cirugía General Hospital de trauma y emergencias
Dr. Federico Abete, Miraflores, Buenos Aires, Argentina.
Universidad de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: El quiste pilonidal es una enfermedad conocida desde 1833, descrita por Herbert Mayo como un quiste lleno de pelo a nivel del coxis con una frecuencia de 26 por cada 100.000 habitantes que se presenta con mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años de edad.

Diseño: Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en pacientes sometidos a técnica de colgajo en H, entre abril de 2017 y abril de 2018, en el Hospital de trauma y emergencias Dr. Federico Abete.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con masa o tumefacción a nivel sacro. Con seguimiento a 12 meses, se excluyeron aquellos pacientes con infecciones en el área quirúrgica o recidivas por cirugías previas. En este trabajo se busca describir el rendimiento de la técnica de colgajo en H para el tratamiento del quiste pilonidal.

Resultados: De 15 candidatos que cumplieron los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Técnica quirúrgica con tasas de complicación aceptable, recurrencia nula a seguimiento a un año, con excelente aceptación por los pacientes.

Conclusión: El colgajo en H es una alternativa terapéutica más para la resolución del quiste pilonidal, con buena tolerancia por parte del paciente y resultados satisfactorios.

Palabras claves: Quiste pilonidal; Quiste sacrococcígeo; Colgajo; Tratamiento; Cirugía; Recurrencia

ABSTRACT

Introduction: The pilonidal cyst, a lesion filled with hair at the level of the coccyx, occurs in 26/100,000 inhabitants, mostly between 15 and 30 years of age.

Objective: To describe the performance of the H-flap technique for the treatment of pilonidal cyst.

Design: Prospective descriptive observational study.

Material and methods: All patients with mass or swelling at the sacral area, with a diagnosis of pilonidal cyst, treated with the H-flap technique between April 2017 and April 2018, at the Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete were included. Those with infections in the surgical area or recurrences from previous surgeries were excluded. The follow-up was 12 months.

Results: Fifteen patients underwent the H-flap technique. It had an excellent acceptance by the patients. The complication rate was 13.3% and recurrence was null.

Conclusion: The H-flap is another therapeutic alternative for the resolution of the pilonidal cyst, with good tolerance by the patient and satisfactory results.

Key words: Pilonidal Cyst; Sacrococcygeal Cyst; H Flap; Treatment; Surgery; Recurrence

INTRODUCCIÓN

El quiste pilonidal es una enfermedad conocida desde 1833, descrita por Herbert Mayo como un quiste lleno de pelo a nivel del coxis.¹ En 1880 Richard Manning Hodges acuñó el término quiste pilonidal derivado de los vocablos latinos pilus (pelo) y nidus (nido), por semejanza del mismo con un nido de pelos.²

Es una enfermedad con una frecuencia aproximada de 26 por cada 100.000 habitantes, la relación hombre-mujer es de 2:^{1,3,4} aunque en algunas series puede ser de 3:1 o 5:1.⁵ Se presenta con mayor frecuencia entre los 15 a los 30 años de edad.⁶

Existen dos teorías sobre su formación fisiopatológica.

El autor declara ausencia de conflictos de interés.

Trabajo autofinanciado.

Andrés Felipe Escudero Sepúlveda

asder_rl@hotmail.com

Recibido: septiembre de 2020. Aceptado: abril de 2021.

La primera es la teoría congénita, que hace relación a la presencia, desde el nacimiento, de un remanente primitivo ectodérmico.^{1,6}

La segunda teoría, la más aceptada, indica que el quiste pilonidal es adquirido⁷ y se relaciona con el microtraumatismo, frotamiento o aplastamiento del folículo piloso, lo que induce una reacción subcutánea con formación de una cavidad rodeada de tejido de granulación producto del crecimiento de una o más hebras de cabello a nivel subcutáneo.⁶ En 1992 Karydakos indicó tres factores importantes en la patogénesis: el pelo, la fricción y la susceptibilidad de la piel.⁸

Algunos de los factores de riesgo que suelen estar relacionados con esta patología son: hirsutismo, sobrepeso, obesidad, surco interglúteo profundo, daño epidérmico y antecedentes de familiares, entre otros.⁹

La presentación clínica puede ir desde un proceso asintomático, hasta ser clínicamente manifiesta con sobreinfección, recurrente formación de abscesos o como una in-

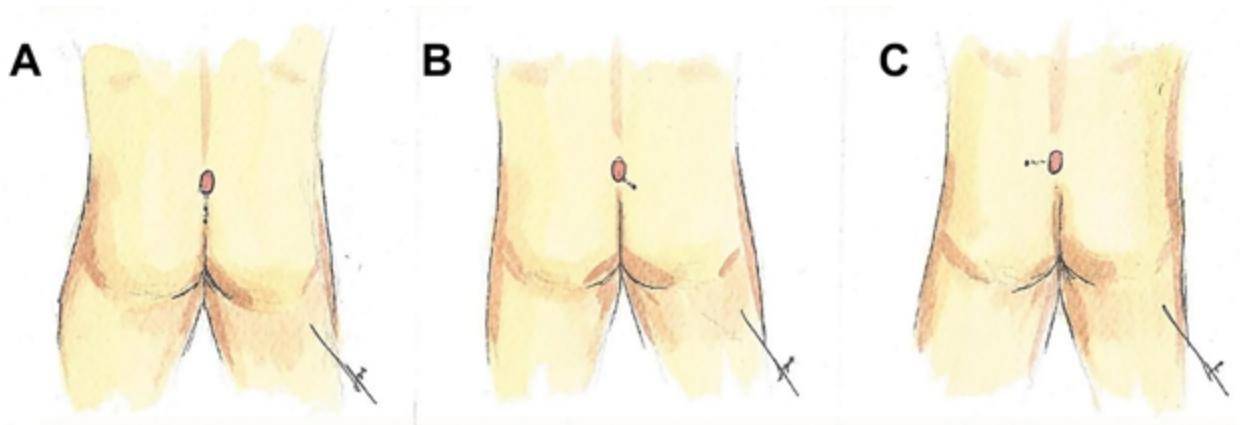


Figura 1: a) Orificio y trayecto fistuloso medial. b) Orificio y trayecto fistuloso medial-lateral. c) Orificio y trayecto fistuloso lateral.

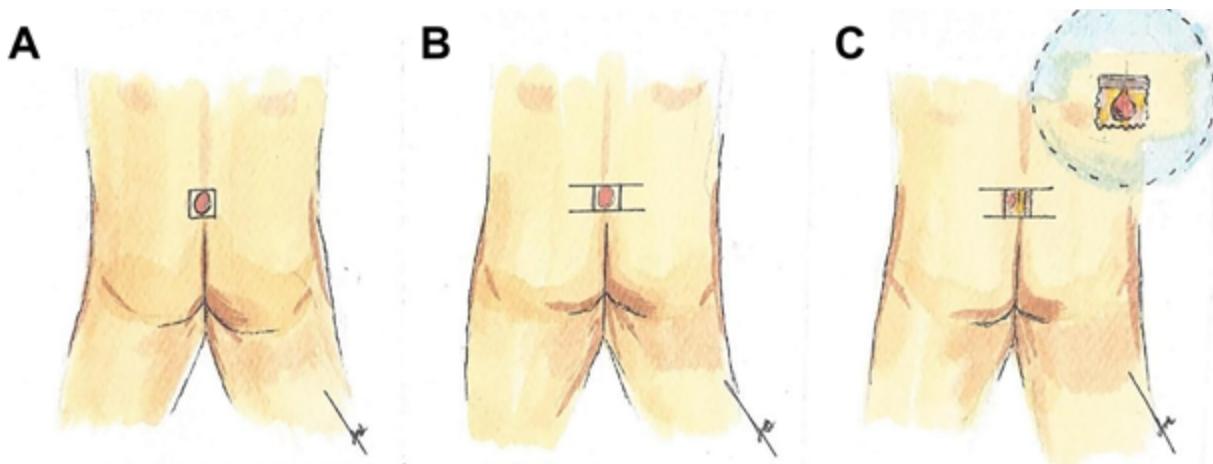


Figura 2: a) Quiste pilonidal. b) Diseño de la H plastia c) Resección de la lesión.

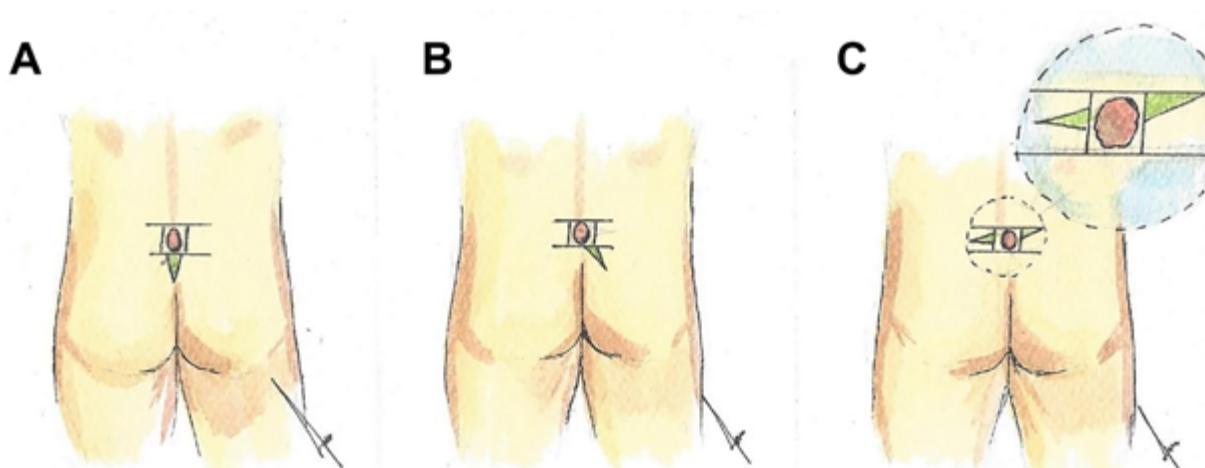


Figura 3: Elaboración de la cuña (sombreado en verde). a) Para el manejo de una fistula medial. b) Para una fistula medial-lateral. c) Para una fistula lateral con la compensación en cuña contralateral.

flamación crónica con secreción purulenta o serohemática a través de la misma o por trayectos fistulosos con un grado de molestia variable.⁴ Se manifiesta después de la pubertad, como un absceso agudo en aproximadamente el 50 % de los pacientes.¹⁰ Cualquiera sea la forma de presentación, el quiste pilonidal suele acompañarse de uno o varios orificios, la mayoría en la línea media,¹¹ pero pue-

den presentarse trayectos secundarios con orificios laterales o lejanos a la línea media.¹²

La realización de un colgajo en H, es utilizada en cirugía plástica y hace parte de los colgajos de avance local, con vascularización de tipo aleatoria, de componente dermocutáneo, resultado de la conjugación de dos colgajos en U, lo que lo clasificaría como bipediculado.¹³

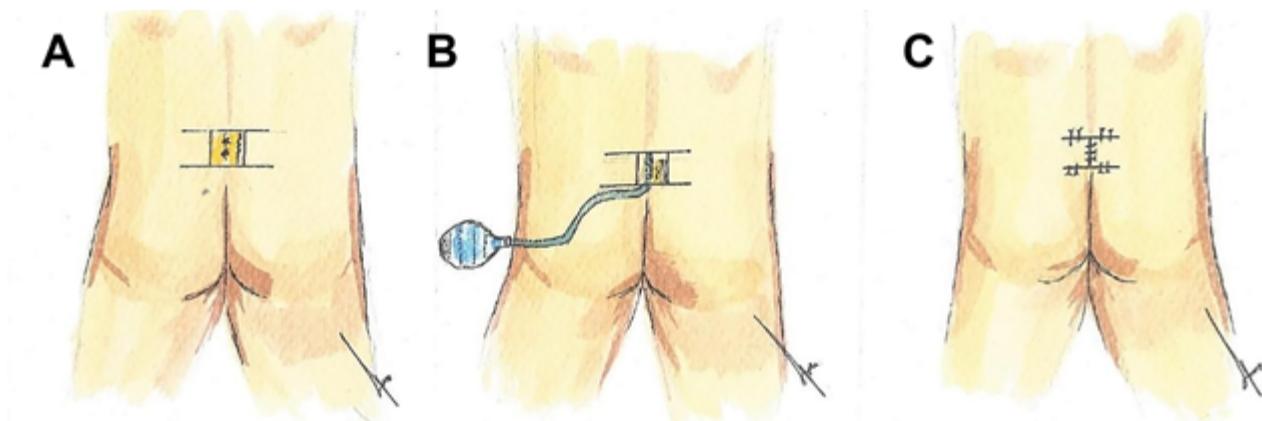


Figura 4: a) Cierre del tejido celular subcutáneo. b) Colocación del drenaje subcutáneo. c) Procedimiento finalizado.

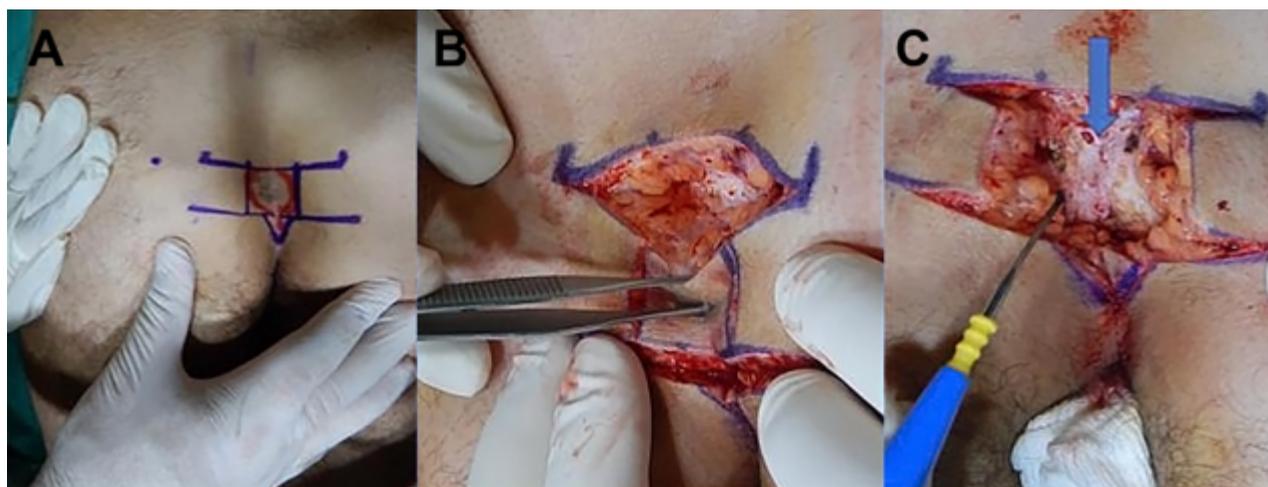


Figura 5: Fístula medial. a) Marcación y delimitación del colgajo en H. b) Disección con bisturí frío. c) Coagulación selectiva.

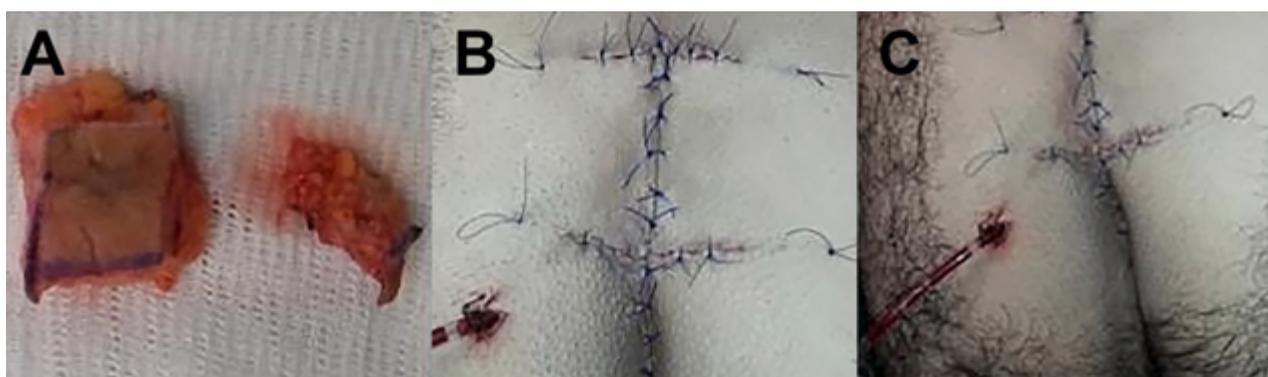


Figura 6: Fístula medial. a) Piezas obtenidas de la resección, una de forma cuboidal y la otra piramidal. b) Terminación de la cirugía. Sutura completada y drenaje fijado a la piel.

Tratamiento

Aunque existen múltiples tratamientos para el quiste pilonidal, desde los no operatorios, hasta los quirúrgicos. La evidencia sugiere que el estándar de oro es la cirugía,⁷ la resección en bloque del quiste y el cierre, sea este primario o secundario. Estas son las técnicas más frecuentes.¹⁴ En el presente artículo se abordará el manejo quirúrgico con cierre primario, teniendo en cuenta las

técnicas de colgajo de Limberg y de colgajo Karydakis.

La técnica de colgajo Karydakis consiste en la escisión en la línea media de los tractos del seno pilonidal seguido de cobertura de tejidos blandos por tejido fasciocutáneo que se sutura lateralmente a la fascia sacrococcígea para evitar la tensión en la línea media.^{8,11}

La técnica de colgajo de Limberg, consiste en la resección en bloque en forma de rombo del quiste pilonidal y

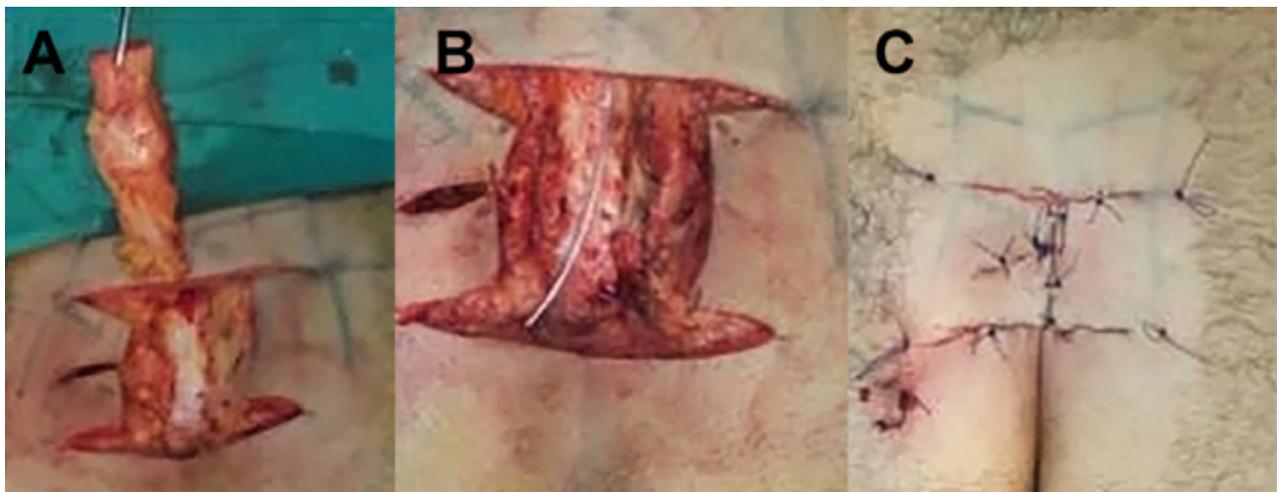


Figura 7: Fístula lateral. a) Separación de la pieza de la fascia sacra. b) Resección en cuña lateral (flecha) y colocación del drenaje. c) Sutura de la herida terminada.

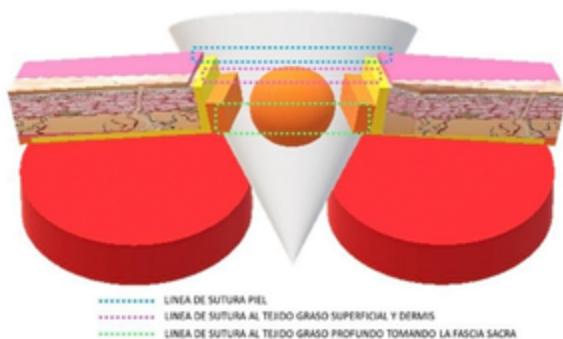


Figura 8: Esquema que muestra el cierre por planos de la técnica en H.

el desplazamiento de un colgajo oblicuamente, de la misma forma romboidal, con poca tensión, al evitar la línea media, y rápida cicatrización.^{15,16}

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es mostrar el rendimiento de la técnica de colgajo en H, en pacientes con patología sacrococcígea en el Hospital de trauma y emergencias Dr. Federico Abete de Malvinas Argentinas con seguimiento a 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y con recolección prospectiva de los datos en el Hospital de trauma y emergencias Dr. Federico Abete de Malvinas Argentinas. Se seleccionaron 15 pacientes entre abril de 2017 y abril de 2018, atendidos en el servicio de cirugía general, con seguimiento a 12 meses. El cirujano actuante en todos los procedimientos fue el mismo con el propósito de disminuir variaciones de la técnica quirúrgica.

Se incluyeron los pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informa-

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS PACIENTES SOMETIDOS A H PLASTIA

Características	Colgajo en H n=15	
	Val mín.	Val máx.
Edad	19,13 ± 8,17	20 - 46
Sexo (M:F)	11/4	
IMC	30,10 ± 5,22	22,85 - 40,3
Tiempo de evolución clínica (meses)	53,8 ± 61,97	1 - 240
Presentación clínica	(%)	
Absceso	4	26,67
Masa dolorosa	2	13,33
Supuración crónica	9	60,00
Hirsutismo		
* Leve	5	33,33
* Moderado	7	46,67
* Severo	2	13,33
* Sin vello	1	6,67
Antecedente de drenaje		
Sí	7	46,67
No	8	53,33
ASA		
I	14	93,33
II	1	6,67

do escrito y que presentaran masa o tumefacción a nivel sacrococcígea. Se excluyeron pacientes con cirugías con otras técnicas abiertas o cerradas previas, que presentaran

recidivas o signos de infección en la piel como celulitis.

Se analizaron cuatro variables demográficas de la población a estudio: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y antecedente familiar. El riesgo quirúrgico se evaluó por el servicio de anestesiología por medio de la clasificación del estado funcional de los pacientes según la American Society of Anesthesiologist (ASA). El grado de hirsutismo fue determinado por el servicio de dermatología. El rendimiento de la técnica se evaluó teniendo en cuenta el tiempo quirúrgico, complicaciones y recurrencia. El dolor postoperatorio se determinó por la Escala Visual Analógica (EVA). Con examen físico se evaluó la presencia de fístulas procedentes de la lesión. Se realizaron seguimientos a los 5 y 15 días, al mes y a los 12 meses del postoperatorio. En el último control se realizó ultrasonografía para determinar la distancia de la piel a la fascia presacra. Esta ecografía fue realizada por el mismo operador.

Para el análisis descriptivo de las variables requeridas para el estudio, se trabajó con el programa estadístico Epiinfo versión 7.2.

Técnica quirúrgica

Con el paciente en posición de decúbito ventral se identifica y caracteriza la lesión, la presencia de orificios fistulosos y su dirección (Figura 1). Se realiza la marcación hasta delimitar los bordes de la lesión en un cuadrado (Figura 2.a). Posterior tomando como eje las líneas verticales del cuadrado, se amplían las líneas horizontales superior e inferior hasta dos veces su longitud, hasta formar una H en posición horizontal (Figura 2.b). Se pueden realizar algunas variaciones técnicas, para el manejo de los trayectos fistulosos mediante cuñas (Figura 3). Se realiza una diéresis por planos con bisturí frío, y solo usando el electrobisturí para la hemostasia. Una vez alcanzados los reparos en forma cuboidal hasta la fascia presacra, se reseca completamente la lesión de la fascia con electrobisturí (Figura 2.c). Posteriormente se realiza un avance de los colgajos y cierre primario de la herida por planos, realizando una separación del tejido adiposo superficial del profundo, con sutura absorbible y piel con sutura no absorbible monofilamento (Gráfico 1 y Figura 4).

Se evalúa la colocación de un drenaje, cuya duración oscila entre de 3 a 5 días, según las siguientes indicaciones (figura 4.b):

1. QP abscedado,
2. si se realizó resección de tractos fistulosos y
3. obesidad.

El alta se da a las pocas horas de postoperatorio, ya que es una cirugía ambulatoria. El paciente se egresa con manejo oral antibiótico con cefalexina y analgésico ibuprofeno o paracetamol, por 5 días.

TABLA 2: RENDIMIENTO DE LA TÉCNICA COLGAJO EN H

		Colgajo en H n=15	
Tipo de anestesia		Colgajo en H (%)	
Local	9	60	
Raquídea	6	40	
Uso de drenaje			
Sí	10	67	
No	5	33	
Presencia de fístulas		7/15 47	
Lateral	2	28,57	
Medial	4	57,14	
Medio-lateral	1	14,29	
Complicaciones		7/15 13,33	
Temprana - Hematoma	1	6,66	
Tardía - Granuloma por hilo	1	6,66	
		Val min.	Val máx.
Tiempo operatorio (minutos)	69,33 ± 21,61	30	105
Dolor postoperatorio		(%)	
EVA día 1			
1	7	46,67	
2	7	46,67	
3	1	6,67	
EVA día 1			
0	3	20	
1	10	66,67	
2	2	13,33	
Dolor crónico	0	0	
Resultado de biopsia			
Vinculable con quiste pilonidal	13/15	86,67	
Vinculable a proceso inflamatorio	2/15	13,33	
		Val min.	Val máx.
Tiempo en retorno a actividad laboral (días)	13,53 ± 5,22	7	21

TABLA 3: CONTROL POSTOPERATORIO A LOS 12 MESES COLGAJO EN H

		Colgajo en H	
Tipo de anestesia		n= 15 (%)	
Recidiva a 12 meses	0/15	0	
Ecografía de control a los 12 meses		Val min.	Val máx.
Distancia desde la piel a la fascia presacra (mm)	39,35 ± 13,95	22,7	77,8
Alteración sensibilidad de la piel		n	(%)
Hipoestesia		4	0
Normal	2	0	
Hiperestesia	9	6,66	
Percepción del resultado estético a 12 meses			
Malo	0	0	
Regular	1	6,66	
Bueno	5	33,67	
Excelente	9	60	

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Caso fístula media. Elaboración Marcación y delimitación del colgajo en H (Figura 5.a). Se realiza la disección con bisturí frío, para obtener unos bordes más lineales y facilitar el cierre (Figura 5-b.). En este procedimiento solo se utiliza el electrobisturí para realizar coagulación selectiva (Figura 5.c).

Caso 2

Caso fístula medial. Terminación de la cirugía, donde se evidencia drenaje fijado a la piel (Figura 6.b).

Caso 3

Caso fístula lateral. Se realiza manejo de una fístula lateral y la separación de la pieza de la fascia presacra. Se observa la resección en cuña lateral (Figura 7.a.). Luego se coloca el drenaje (Figura 7.b). Terminación de la cirugía, vista frontal. Se evidencia drenaje fijado a la piel (Figura 7.c).

A continuación, se agregan casos en pacientes, para mejor orientación técnica.

RESULTADOS

Se sometió, a la técnica de H plastia, un total de 15 pacientes, informados previamente y habiendo firmado un consentimiento informado, para la resección de la masa o tumefacción sacra. Todos los especímenes obtenidos fueron enviados a revisión por servicio de patología.

La población a estudiar fue en un 73,34 % hombres, adultos jóvenes con un promedio de edad de 19,13 años. Se observó que había algún grado de sobrepeso dado por el IMC>25 en 3 pacientes, que representan el 20 % de la muestra, y se presentaron 7 pacientes con IMC>30, que representan el 46,66 % de la muestra. Al igual que la consulta al servicio de cirugía, la resolución de esta patología fue tardía en un promedio de 53,8 meses. Esto podría relacionarse a que la presentación más frecuente fue la supuración crónica (60 %). El 46,67 % había acudido para atención por masa dolorosa, que fue drenada y manejada con antibioterapia oral, sin ser derivados al servicio de cirugía para su manejo definitivo. Casi la totalidad de los pacientes presentaban bajo riesgo en el momento preoperatorio. Solo un paciente tenía antecedente de haber tenido un familiar con quiste pilonidal (Tabla 1).

En el intraoperatorio, se usaron dos tipos de anestesia: local y raquídea. La presencia de fístulas fue del 47 %, siendo más frecuente la ubicación medial. Se utilizaron drenajes en el 67 % de los pacientes. En cuanto al tiempo operatorio, el promedio fue de 64,33 minutos (Tabla 2).

Al evaluar el dolor posoperatorio se observó que es una técnica muy bien tolerada sin presentar casos de dolor crónico. Se presentó una complicación temprana y una tardía con resolución sin necesidad de reintervención quirúrgica. Con un rápido retorno a sus actividades laborales en promedio de 13,53 días (Tabla 2).

Al revisar el resultado de la anatomía patológica, la misma era vinculable a un quiste pilonidal en un 86,67 % de los casos estudiados (Tabla 2).

En el control a 12 meses, no se observaron recidivas a

la evaluación clínica y ultrasonográfica, con una distancia de la piel a la fascia presacra de 39,35 mm, en promedio. Se presentó un caso de hiperestesia de la zona quirúrgica en donde, al evaluar al paciente, se identificó la presencia de un granuloma por hilo, que fue retirado en consultorio con tracción suave de la sutura. Posteriormente, mejoró la sintomatología.

Fue destacable la percepción del resultado de la cicatriz por los pacientes siendo excelente en un 60 % y bueno en un 33,67 %. Lo cual la hace una técnica con aceptación por parte del paciente.

DISCUSIÓN

El uso de drenaje subcutáneo puede presentar complicaciones o evitarlas, concepto controversial al haber en la literatura estudios que evidencian reducción de las complicaciones, otros aumento y otros ninguna diferencia en el uso del mismo, como se concluye de Guía nacional alemana sobre el manejo de la enfermedad pilonidal.¹⁷ En nuestro estudio se utilizó en casos de quiste abscedado, obesidad y necesidad de resección de fístula.

En relación al sobrepeso como factor de riesgo, se encuentra en la literatura que se una relación del 37 % de los casos y la obesidad en el 13 % de los casos.¹⁰ Esto difiere de nuestra muestra, donde la obesidad estaba presente en casi la mitad de los casos. Esto puede estar relacionado con el pequeño tamaño de la muestra.

Si se compara la tasa de recurrencia a 12 meses, se observa en un metaanálisis de la literatura un 0,2% para la técnica de Karydakís y 0,4% para la técnica de colgajo Limberg. Pero es importante describir que en este estudio el seguimiento fue a 60 meses y que el porcentaje de recurrencia fue aumentando en el tiempo siendo 1,9 % y

5,2 % respectivamente.¹⁸ En relación con la técnica de H plastia no se presentaron recurrencias, pero también puede estar limitado al número de la muestra y al tiempo de seguimiento. Las tasas de recaída suelen ser menores en seguimientos a corto plazo¹⁸ y también los cirujanos pueden pensar que sus recaídas son menores. Por esto es importante hacer seguimientos a largo plazo.¹⁹

La tasa de complicaciones con la técnica Karydakís fue del 8 % y para la técnica de colgajo de Limberg fue del 0-6 %.¹¹ En nuestra serie la tasa 13,33 %, esto puede estar relacionado a la curva de aprendizaje y al tamaño de la muestra. Como se describió previamente, las complicaciones fueron menores: una temprana, de un paciente con un hematoma, y una tardía, de un paciente con granuloma por hilo.

La satisfacción de los pacientes fue importante en nuestra técnica, pero debe tenerse en cuenta que limitar la resección por preocupaciones estéticas, podría llevar a una mayor tasa de recurrencia.⁵

CONCLUSIÓN

Se conocen en la actualidad múltiples técnicas quirúrgicas cerradas con porcentajes de recurrencia y de complicaciones variables. Se presenta una alternativa en el manejo de la patología sacrococcígea quiste pilonidal: el colgajo en H. Su implementación resultó en una aceptación importante por los pacientes, postoperatorio con escaso dolor y complicaciones mínimas.

En este estudio no se observaron recurrencias a 12 meses. El seguimiento de esta serie de casos y la ampliación del número de pacientes será necesario para, en un futuro, realizar estudios comparativos con otras técnicas.

REFERENCIAS

1. Salgado-Nesme N, Vergara-Fernández O. Resultados basados en evidencia y nuevos tratamientos de la enfermedad pilonidal. *Cir Gen* 2011;33(S1):86-9.
2. Mutaf M, Temel M, Koç MN. A new surgical technique for closure of pilonidal sinus defects: Triangular closure technique. *Med Sci Monit*. 2017;23:1033-42.
3. Almajid FM, Alabdrabnabi AA, Almulhim KA. The risk of recurrence of Pilonidal disease after surgical management. *Saudi Med J*. 2017;38:70-4.
4. Levinson T, Sela T, Chencinski S, Derazne E, Tzur D, Elad H, et al. Pilonidal sinus disease: A 10-year review reveals occupational risk factors and the superiority of the minimal surgery trephine technique. *Mil Med* 2016;181:389-94.
5. Kanlioz M, Ekici U. Analysis of the relapse rates of the primary closure and Limberg flap techniques in pilonidal sinus surgery. *Cureus* 2019;11:e5730.
6. de Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. *J Visc Surg* 2013;150:237-47.
7. Karatas T, Kanlioz M. The correlation between delayed surgical therapy after the diagnosis of pilonidal sinus disease and relapse, labor loss, and costs. *Cureus* 2019;11:e6255.
8. Karydakís GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg* 1992;62:385-89.
9. Hap W, Frejlich E, Rudno-Rudzińska J, Kotulski K, Kurnol K, Hap K, et al. Pilonidal sinus: Finding the right track for treatment. *Polish J Surg* 2017;89:71-7.
10. Bradley L. Pilonidal sinus disease: A review. Part one. *J Wound Care* 2010;19:504-8.
11. Humphries AE, Duncan JE. Evaluation and management of pilonidal disease. *Surg Clin North Am*. 2010;90:113-24.
12. Søndena K, Andersen E, Nesvik I, Søreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 1995;10:39-42.
13. Lebas D, Amici J-M. Introducción a las movilizaciones tisulares. Principios de los colgajos. *EMC - Dermatología* 2018;52:1-12.
14. Grabowski J, Oyetunji TA, Goldin AB, Baird R, Gosain A, Lal DR, et al. The management of pilonidal disease: A systematic review. *J*

-
- Pediatr Surg 2019;54:2210-21.
15. Palacios Baldoceca DJ. Reparación plástica con colgajo de Limberg en seno pilonidal sacrococcigeo. *Rev Argent Coloproct* 2020;31:34-41.
 16. Rodríguez-Medina U, Medina-Murillo GR, Rodríguez-Wong U. Enfermedad pilonidal: tratamiento mediante colgajos cutáneos. *Rev Hosp Jua Mex* 2014;81:220-25.
 17. Iesalnieks I, Ommer A, Petersen S, Doll D, Herold A. German national guideline on the management of pilonidal disease. *Langenbeck's Arch Surg* 2016;401:599-609.
 18. Stauffer VK, Luedi MM, Kauf P, Schmid M, Diekmann M, Wieferrich K, et al. Common surgical procedures in pilonidal sinus disease: A meta-analysis, merged data analysis, and comprehensive study on recurrence. *Sci Rep* 2018;8:1-28.
 19. Burnett D, Smith SR, Young CJ. The surgical management of pilonidal disease is uncertain because of high recurrence rates. *Cureus* 2018;10: e2625.

Peritonitis diverticular: ¿qué nos enseñó Dilala? Análisis metodológico de su diseño, aplicación y resultados

Diego Hernán Barletta

Sanatorio del Oeste (sede Merlo e Ituzaingó). Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Contexto y antecedentes: DILALA comparó el lavado laparoscópico (LL) con la operación de Hartmann (OH) en Hinchey 3. Se trató de uno de los pocos ensayos aleatorios realizados hasta la fecha, por ello es necesario realizar una profunda revisión metodológica para validar u objetar sus conclusiones.

Objetivos: Analizar la metodología empleada en el diseño, aplicación, análisis de resultados y conclusiones de sus publicaciones. Secundariamente, colaborar en el mejoramiento de la investigación de la peritonitis diverticular y facilitar el análisis del tema por parte de los lectores.

Métodos: Se analizaron las partes centrales de toda investigación, desde la pregunta de investigación, elaboración de hipótesis, operacionalización de variables y diseño del ensayo, análisis estadístico de resultados y conclusiones. Se buscaron errores, sesgos y debilidades que pudiesen objetar los hallazgos del estudio.

Resultados: Se diseñó como un ensayo controlado, randomizado, abierto de 2 ramas con una distribución 1:1. Se trató de un estudio de superioridad y sus datos fueron analizados tanto por intención de tratar como por protocolo. En él se encontraron posibles sesgos de selección, debilidades y errores metodológicos. Según sus autores DIALA demostró que LL es seguro y factible, con menor tiempo operatorio y estadía, así como también con menos reoperaciones (tanto en proporción de pacientes como en cantidad de reoperaciones por pacientes) que OH.

Conclusiones: La validez de la variable principal (reoperaciones) fue comprometida al incluir el cierre de ostomías y excluir a los drenajes percutáneos sin anestesia. Además, se encontraron 3 posibles sesgos de selección de la muestra. La inferencia de seguridad y factibilidad fue errónea ya que la muestra es demasiado pequeña para mostrar diferencias en morbimortalidad. DILALA demostró lo evidente, que OH conlleva la necesidad de una ostomía y eventualmente una cirugía para su cierre.

Palabras claves: Peritonitis diverticular; Diverticulitis perforada; Metodología; Investigación; Estudio DILALA

ABSTRACT

Background: DILALA compared laparoscopic lavage (LL) with Hartmann's procedure (HP) in Hinchey 3. It was one of the few randomized trials carried out to date, therefore a thorough methodological review is necessary to validate or challenge its conclusions.

Objective: To analyze the methodology used in the design, application, analysis of results and conclusions of its publications. Secondly, collaborate in the improvement of the investigation of diverticular peritonitis and facilitate the analysis of the subject by the readers.

Methods: The main parts of all research were analyzed, from the research question, hypothesis elaboration, operationalization of variables and trial design, statistical analysis of results and conclusions. We looked for errors, biases and weaknesses that could object to the findings of the study.

Results: DILALA was designed as a 2-arm open, randomized, controlled trial with a 1:1 distribution. This was a superiority study and its data were analyzed both by intention to treat and by protocol. In it, possible selection biases, weaknesses and methodological errors were found. According to its authors, DILALA demonstrated that LL is safe and feasible, with shorter operative time, shorter stay and fewer reoperations (both in proportion of patients and in number of reoperations per patient) than HP.

Conclusions: The validity of the main variable (reoperations) was compromised by including ostomy closure and excluding percutaneous drainage without anesthesia. In addition, 3 possible sample selection biases were found. The safety and feasibility inference was wrong since the sample is too small to show differences in morbidity and mortality. DILALA demonstrated the obvious, that HP entails the need for an ostomy and eventually surgery for its closure.

Keywords: Diverticular Peritonitis; Perforated Diverticulitis; Methodology; Investigation; Dilala Study

INTRODUCCIÓN

DILALA se trató de un estudio randomizado multicéntrico internacional (Suecia y Dinamarca) que se llevó a cabo

El autor declara ausencia de conflictos de interés.

Trabajo autofinanciado.

Diego Hernán Barletta

barlettadie@gmail.com

Recibido: julio de 2020. Aceptado: agosto de 2020.

desde febrero de 2010 a febrero de 2014; en él participaron 9 departamentos quirúrgicos con diferentes niveles de especialización y contó con un monitoreo externo por parte de un comité independiente. Su protocolo y resultados fueron publicados durante 2011, 2016 y 2018.¹⁻⁵ Es, junto con LADIES, SCANDIV y DIVERTI, uno de los pocos ensayos aleatorios que compararon los tratamientos quirúrgicos utilizados para en el tratamiento de la peritonitis diverticular, tópico que hasta la actualidad continúa en debate.

OBJETIVO

Analizar desde una perspectiva metodológica su diseño, aplicación y resultados con el objetivo primario de validar o, en su defecto, poner bajo sospecha sus conclusiones. Y como objetivo secundario favorecer la mejora de la metodología empleada en la investigación del tópic en cuestión y su análisis por parte de los lectores.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las partes centrales de todo estudio de investigación. Se describieron:

- Pregunta de investigación e hipótesis.
- Diseño del estudio.
- Operacionalización de las variables.
- Análisis estadístico y resultados.
- Conclusiones.

En cada una de ellas se buscaron errores, sesgos y debilidades que afectan la secuencia lógica del proceso de investigación.

RESULTADOS

Pregunta de investigación e hipótesis

Si bien DILALA no menciona explícitamente su pregunta de investigación, podemos inferirla en base a su diseño y su hipótesis alterna.

¿Es el lavado laparoscópico (LL) en Hinchey 3 superior a la operación (abierto) de Hartmann (OH) en términos de reoperaciones (variable resultado primaria), morbimortalidad, ostomía permanente, estadía, calidad de vida y costos de salud (variables secundarias) durante el período de seguimiento? Ha: reoperaciones de LL < reoperaciones de OH en Hinchey 3.

Los análisis de costos no serán abordados debido a las grandes diferencias existentes entre los países intervinientes y el ámbito local.

Diseño del estudio

Su diseño fue un estudio controlado, randomizado, abierto de 2 ramas con una distribución 1:1 que comparó el desempeño del lavado laparoscópico versus la operación de Hartmann (abierto) en peritonitis Hinchey 3. La randomización fue en bloques de 10. Los criterios de selección se detallan en la tabla 1.

No se realizaron maniobras para descartar la perforación colónica durante la laparoscopia como tampoco durante los estudios por imágenes. Según protocolo la variable de resultado primaria a ser comparada era el número de reoperaciones (seguimiento de 12 meses). Sin embargo, el cálculo de la muestra se realizó en base a el porcen-

TABLA 1: CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Dolor en cuadrante inferior izquierdo	Hallazgos en laparoscopia diagnóstica - Ausencia de líquido libre - Hinchey 4 - Peritonitis originada por otras causas
Fiebre	Pacientes no aptos para cirugía*
Proteína C reactiva elevada y leucocitosis	Ausencia de consentimiento informado
Hallazgos radiológicos con líquido o aire en cavidad	

* No se hace mención de la definición empleada del término apto para cirugía.

taje de pacientes con reoperaciones. De modo que, para poder detectar una reducción del porcentaje de reoperaciones del 40 % al 10 %, según análisis de chi-cuadrado (X²), en base a un poder del 80 % y un $\alpha=0,05$ para un estudio de 2 colas, se requieren 32 pacientes por rama. Teniendo en cuenta posibles pérdidas en el seguimiento el número utilizado fue 40 pacientes por rama.

Si bien no lo menciona explícitamente, se trató de un estudio de superioridad y sus datos fueron analizados tanto por intención de tratar como por protocolo (para este último se excluyeron los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal y aquellos que retiraron su consentimiento).

Todos los pacientes elegibles fueron anotados en un registro de monitoreo (screening log). De 267 pacientes elegibles, se enrolaron y fueron a laparoscopia diagnóstica 139 pacientes, de ellos solo 83 pacientes fueron Hinchey 3 los cuales se randomizaron para el análisis según intención de tratar en 43 para el grupo LL y 40 para el grupo OH. Los análisis por protocolo se hicieron con 38 pacientes en el grupo LL y 36 en el grupo OH.

Operacionalización de las variables

La variable de resultado primario elegida fueron las reoperaciones, se la definió como una variable categórica o nominal expresada en porcentajes según la fórmula:

$$\frac{\text{Ptes. con 1 o más reoperaciones dentro del período de seguimiento}}{\text{ptes, tratados}}$$

Cabe mencionar que, según los autores, el término reoperaciones incluye el cierre de las ostomías y excluye los drenajes percutáneos sin anestesia los cuales fueron enumerados como efectos adversos/morbilidad. Se considera que un indicador es válido cuando mide lo que pre-

tende medir, en este sentido la decisión tomada por los autores podría quitar validez a la principal variable del estudio.

Las variables de resultados secundarias fueron la mortalidad (categórica), efectos adversos (categórica), estadía (cuantitativa), calidad de vida (cuantitativa), número de reoperaciones (cuantitativa discreta) y número de admisiones (cuantitativa discreta). Durante el segundo año de seguimiento se agregaron las variables secundarias porcentaje de pacientes con ostomía a los 24 meses (categórica) y el número de operaciones (cuantitativa) posiblemente relacionadas con diverticulitis (resección intestinal, eventraciones, obstrucción intestinal, creación y cierre de ostomía) desde los 12 a 24 meses.

Análisis estadístico y resultados

En cuanto al análisis estadístico, los autores mencionan haber utilizado:

- Tests no paramétricos: frecuentemente utilizados para variables con distribución no normal.
 - Mann-Whitney U.
- X² y test exacto de Fisher: ambos tests son utilizados para analizar variables categóricas, Fisher se utiliza en caso de frecuencias de eventos menores a 5 debido a que en tales circunstancias X² pierde confiabilidad.
 - Modelo lineal generalizado (MLG): son una familia de tests que no requiere distribución normal de la variable dependiente ya que la misma está relacionada linealmente con los factores y las covariables mediante una determinada función de enlace.
- Modelo lineal log (semi-logarítmico): pertenece a MLG.
- Distribución de Poisson: utilizada para contar eventos en un determinado período de tiempo.
- Distribución binomial negativa: mientras que la distribución binomial cuenta éxitos en un número fijo de ensayos, la binomial negativa cuenta fallas hasta un número fijo de éxitos (se entiende por éxito cuando ocurre el evento esperado).
- Corrección de Bonferroni: se utiliza para evitar la inflación del error alfa (en inglés: family wise error rate) que es la probabilidad de rechazar la H₀ cuando es verdadera en una serie de testeos (Error tipo I). Ha sido criticada por, entre otras razones, causar pérdida del poder del estudio.

Las características basales de ambas poblaciones no mostraron diferencias significativas. Los resultados de los procedimientos el postoperatorio con significancia estadística se muestra en la tabla 2. Respecto del tiempo operatorio, el uso de catéter suprapúbico, la estadía y el tiempo de drenaje abdominal, estas variables pueden entenderse como dependientes al tipo de procedimiento uti-

TABLA 2: RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO Y POSTOPERATORIO CON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA

Variable	Grupo LL n=39	Grupo OH n=36	P
Tiempo operatorio (hh:mm)	1:08	2:34	<0,01
Catéter urinario supra púbico	0/39 (0 %)	5/36 (14 %)	0,016
Perforación colónica visible	2/38 (5 %)	18/36 (50 %)	<0,01
Estadía hospitalaria (días)	6	9	<0,01
Tiempo de drenaje abdominal (días)	3	2	<0,05

lizado, pero en caso de la presencia de perforación colónica esta diferencia puede interpretarse de dos maneras: o bien su frecuencia fue verdaderamente baja en el grupo LL y debe entenderse como un sesgo de la muestra y, por tanto, independiente al tratamiento, o bien su frecuencia fue baja debido a que fue subdiagnosticada durante el LL. Se mencionó que no hubo diferencias significativas en mortalidad a 30 ni a 90 días (3/39 vs. 0/36; 3/39 vs. 4/36), como tampoco en reoperaciones o morbilidad temprana.

En la tabla 3 se muestran los resultados correspondientes a la variable principal reoperaciones luego de 12 y 24 meses de seguimiento, estos resultados fueron coincidentes con los análisis realizados ajustados por sexo y edad, como por protocolo.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en efectos adversos (morbimortalidad) como tampoco en calidad de vida en el seguimiento a 12 meses. Respecto a la estadía dentro de los 12 meses, esta fue menor para LL (media 14 días) que para OH (media 18 días) con una RRR de 35 % (RR 0.65 [CI 0,45 a 0,94]; p=0,047). Mientras que a 24 meses no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estadía, admisiones ni en porcentaje de pacientes con ostomías.

Conclusiones DILALA

Sintetizando todas las publicaciones, los autores concluyeron que:

- LL es factible y seguro ya que no hubo diferencias en morbilidad ni mortalidad al compararlos con OH. Esta afirmación no puede sustentarse en base al diseño y aplicación del estudio ya que no fue parte de la pregunta e hipótesis inicial y por tanto el tamaño de la muestra pudo no ser el requerido para detectar las diferencias existentes en la población.
- El tiempo operatorio y estadía favorecieron a LL.
- Luego del seguimiento de 24 meses LL tuvo menor

TABLA 3: RESULTADOS DE LAS REOPERACIONES A 12 Y 24 MESES

Variable	LL n=43	OH n=40	RR IDT*	RR PP†
Ptes. con reop. 12 m n, (%)	12 (27,9)	25 (62,5)	0,41 (0,23-0,72)	0,28 (0,15-0,55)
Ptes. con reop. 24 m n, (%)	18 (41,9)	27 (67,5)	0,55 (0,36-0,84)	NR
Media reoperaciones por pte. 12 m n, (DS)	0,35 (0,61)	0,80 (0,91)	0,40 (0,22-0,76)	0,28 (0,13-0,59)
Media reoperaciones por pte. 24 m n, (DS)	0,63 (0,90)	1,08 (1,16)	0,51 (0,31-0,87)	NR
Cirugías probablemente no relacionadas 12 a 24 m	6	5		

* Riesgo relativo o razón de riesgo con su IC 95 % según intención de tratar, † riesgo relativo con su IC 95 % según análisis por protocolo. Los valores son menores a los resultados esperables con los cálculos habituales, la publicación no menciona qué tipo de corrección se utilizó.

proporción de pacientes con reoperaciones y menor cantidad de reoperaciones promedio por paciente. La validez del indicador de reoperaciones está comprometida, lo cual dificulta su correcto análisis. A modo de ejemplo podría darse un escenario imaginario con pacientes en OH sin efectos adversos/morbilidad con un 100 % de reoperados (reconstruidos) vs. 50 % de reoperados en LL con 100 % de los pacientes requiriendo de drenajes percutáneos sin anestesia y la afirmación seguiría siendo la misma.

- Los autores mencionaron que la menor cantidad de perforaciones colónicas halladas en LL vs. OH pudo atribuirse a que su búsqueda no estaba protocolizada en LL y a la manipulación del colon en OH. Este hallazgo puede sugerir la existencia de sesgo en la muestra y por ende quitar validez a todas las conclusiones que se infieren del ensayo.
- Consideraron una fortaleza el empleo del registro de monitoreo (screening log) a fin de detectar sesgos de selección y el hecho que los tests se realizaron como tenían planeado de antemano sin subgrupos post hoc. Como limitantes se mencionó la gran cantidad de pacientes elegibles que no fueron enrolados. Ambas afirmaciones hacen referencia a la posibilidad de sesgos en la muestra elegida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo representa los resultados de una población europea con peritonitis purulenta, atendida en centros de diferentes niveles de especialización.

Su hipótesis planteó la superioridad de LL vs. OH al tener menor porcentaje de reoperaciones, sin embargo, la validez de esta variable/indicador fue comprometida por las inclusiones y exclusiones arriba mencionadas.

En cuanto a su diseño, se encontraron posibles sesgos como la cantidad de pacientes no enrolados, la ausencia de definición de la aptitud de los pacientes para cirugía y la mayor presencia de perforaciones colónicas en el grupo OH.

TABLA 4: TAMAÑO MUESTRAL SEGÚN X2 EN BASE A UN PODER DE 80 %, ALFA=0,05, ESTUDIO DE DOS COLAS

Mortalidad procedimiento A (%)	Mortalidad procedimiento B (%)	Pacientes necesarios por rama*
15	10	686
10	5	435
15	5	141

* Es habitual agregar un 10 % de pacientes para compensar pérdidas en el seguimiento o retiro del consentimiento.

Los resultados presentados fueron analizados con técnicas estadísticas acordes, no pudiendo aclararse las diferencias halladas en el cálculo de los riesgos relativos con los métodos habituales.

La muestra fue pequeña para poder mostrar diferencias en morbimortalidad, pero los autores mostraron esta falta de poder del estudio como factibilidad y seguridad de LL. A modo de ejemplo en la tabla 4 se observa el tamaño muestral necesario en virtud de la mortalidad esperada de 2 procedimientos, por tanto, no es exacto decir que no hubo diferencias entre LL y OH, sino que no se las pudo demostrar. De igual modo tampoco pudo demostrar diferencias en calidad de vida.

En resumen, este estudio logró demostrar lo evidente, que OH conlleva la necesidad de una ostomía y eventualmente una nueva cirugía para su cierre.

En palabras de David Kent y Rodney Hayward, “determinar el mejor tratamiento para un paciente en particular es fundamentalmente diferente de determinar cuál tratamiento es mejor en el promedio de los pacientes... el reportar un número aislado da la engañosa impresión que la relación tratamiento-efecto es una propiedad referida a la droga (tratamiento) en vez de estar relacionada a interacción entre la droga (tratamiento) y el complejo perfil de riesgo-beneficio de un determinado grupo de pacientes”.⁶

El abordaje correcto del problema no pareciera basarse en demostrar cuál cirugía obtiene mejores resultados en Hinchey 3 o 4, sino detectar subpoblaciones que mejor se benefician con cada una de las opciones quirúrgicas. En este sentido la determinación a través de maniobras de la exis-

tencia de perforación colónica, la medición del impacto de la noxa y la necesidad de limpieza mecánica del recto son líneas de investigación que podrían ser de utilidad. Sin olvidar que la validez externa o factibilidad de los tratamientos propuestos dependerán del contexto de la especialización de los centros y profesionales tratantes.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Luis Pedro la deferencia de brindar su tiempo para la lectura crítica de este trabajo como también por su valioso estímulo y consejo para la consecución de los objetivos propuestos en el mismo.

REFERENCIAS

1. 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.
2. Angenete E, Thornell A, Burcharth J, Pommergaard H-C, Skullman S, Bisgaard T, et al. Laparoscopic lavage is feasible and safe for the treatment of perforated diverticulitis with purulent peritonitis. *Ann Surg* 2016;263:117-22.
3. Thornell A, Angenete E, Bisgaard T, Bock D, Burcharth J, Heath J, et al. Laparoscopic lavage for perforated diverticulitis with purulent peritonitis: A randomized trial. *Ann Intern Med* 2016;164:137-45.
4. Gehrman J, Angenete E, Björholt I, Bock D, Rosenberg J, Haglind E. Health economic analysis of laparoscopic lavage versus Hartmann's procedure for diverticulitis in the randomized DILALA trial. *Br J Surg* 2016;103:1539-47.
5. Khpi A, Rosenberg J, Bock D, Bisgaard T, Skullman S, Thornell A, Gehrman J, Angenete E, Haglind E. Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis. *Br J Surg* 2018;105:1128-34.
6. Kent D, Hayward R. When averages hide individual differences in clinical trials. *Am Sci* 2007;95:60-8.

Tumor de piel de localización atípica: quiste epidérmico gigante perianal. Presentación de un caso

Gonzalo Castellano Egloff,¹ Gustavo Nestares,² Lorena Diez,³ Brian Santos³

¹Encargado de la Unidad de Coloproctología. Clínica Adventista Belgrano. CABA, Argentina.

²Jefe de Cirugía General. Clínica Adventista Belgrano. CABA, Argentina.

³Médico Cirujano Staff. Clínica Adventista Belgrano. CABA, Argentina.

RESUMEN

Introducción: Los quistes epidermoides son lesiones benignas de crecimiento lento que se originan a partir de la epidermis. Afectan en su mayoría a hombres jóvenes y adultos de mediana edad. Se presentan con más frecuencia en la cara, el cuello y el tronco, son atípicos en región perineal, extremidades, hueso y mama.

Caso clínico: Paciente masculino de 45 años, con tumoración perianal de 3 años de evolución. Refiere incomodidad al higienizarse y prurito. RMN informa lesión quística sin compromiso del canal anal. Exéresis completa del quiste con su cápsula. Informe anatomopatológico: quiste epidermoide. Control clínico sin recidivas.

Conclusión: Los quistes epidérmicos en región perianal son atípicos. Es de relevancia descartar otras patologías como absceso, quiste pilonidal hasta lesiones tumorales. La exéresis quirúrgica completa sin efracciones y con su cápsula es la regla a fin de evitar recidivas.

Palabras claves: Tumor perianal; Quiste epidermoide; Quiste epidérmico; Quiste infundibular; Quiste de inclusión; Quiste de queratina

ABSTRACT

Epidermoid cysts are benign, slow-growing lesions that arise from the epidermis. They mainly affect young men and middle-aged adults. They occur more frequently on the face, neck and trunk, being atypical in the perineal region, extremities, bones and breast. We present a 45-year-old man with a 3-year evolution perianal tumor that causes discomfort in hygiene and itching. Magnetic resonance imaging shows a cystic lesion without involvement of the anal canal. Complete excision was performed. It is important to rule out other conditions such as abscesses, pilonidal cyst, and neoplasms. Complete surgical excision of these lesions, without fractures and with their capsule, is the rule to avoid recurrences.

Keywords: Perianal Tumor; Epidermoid Cyst; Epidermal Cyst; Infundibular Cyst; Inclusion Cyst; Keratin Cyst

INTRODUCCIÓN

Los quistes epidermoides de inclusión son los quistes cutáneos más comunes. Estos pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo y se presentan con mayor frecuencia en la cara, el cuello y el tronco, siendo inusuales en región perineal, extremidades, hueso y mama. Se presentan como nódulos por debajo de la piel y habitualmente presentan un orificio central visible.¹⁻³

Típicamente afectan a jóvenes y adultos de mediana edad, en su mayoría hombres, y pueden ocurrir debido a inflamación alrededor de los folículos pilosebáceos o debido a una implantación profunda en la epidermis por cirugía o lesión contusa o penetrante.^{4,5} Usualmente son asintomáticos, sin embargo, pueden inflamarse o infectarse y es inusual su transformación en malignidad.^{3,5}

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Brian Uriel Santos

brian_uriel_santos@hotmail.com

Recibido: septiembre de 2020. **Aceptado:** noviembre de 2020.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años de edad que presenta tumoración perianal de 3 años de evolución. Dicha tumoración ha aumentado su tamaño en este periodo de tiempo y presenta incomodidad durante la higiene y prurito. No existe historia de cirugía o trauma del periné. Sus antecedentes personales revelan solo hipotiroidismo. El examen físico muestra una lesión situada en cuadrante anterolateral izquierdo, duroelástica, bordes netos, móvil, no adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación sin signos de complicación aguda (Figura 1). Estudio por imágenes, RMN: imagen nodular, redondeada, de bordes netos, señal homogénea, hiperintensa en T2 e intermedia en T1. Discretamente hiperintenso en difusión sin restricción significativa de ADC (Figura 2). Toma sutil contacto con MA del lado izquierdo, no involucra a los restantes componentes del canal anal. Mide 35 x 40 mm en plano axial y extensión cefalocaudal de 50 mm. Procedimiento quirúrgico: anestesia ra-



Figura 1: posición de litotomía, lesión en cuadrante anterior izquierdo sin compromiso del canal anal.



Figura 3: Formación quística que mide 4,5 x 1,5 cm.



Figura 2: Imagen nodular, redondeada, de bordes netos y señal homogénea. Mide 35 x 40 mm en plano axial y extensión cefalocaudal de 50 mm.

quídea, posición de litotomía, anoscopia sin evidencia de afectación del canal anal, incisión losangica sobre lesión, disección hasta pared del quiste y ectomía del mismo. Cierre del lecho quirúrgico con técnica semicerrada. Alta sanatoria a las 24 h. Controles posquirúrgicos sin evidencia de recidiva.

Informe anatomopatológico: formación quística que

mide 4,5 x 1,5 cm, compatible con quiste epidermoide (Figura 3).

DISCUSIÓN

Los quistes epidermoides son lesiones benignas de crecimiento lento que se originan a partir de la epidermis. Los mismos se generan como resultado de una proliferación de células epidérmicas dentro de la dermis, están revestidos por epitelio escamoso estratificado y rellenos de queratina.

Este tipo de quistes no suele presentar síntomas, pero pueden causar malestar debido al tamaño o si los mismos se infectan. Existen diversos factores que contribuyen a su formación incluyendo: la exposición a la luz UV, tabaquismo, HPV, pequeños traumatismos e inclusive procedimientos quirúrgicos como la episiotomía o biopsias con aguja fina. Son diagnósticos diferenciales: abscesos perianales, quiste pilonidal, quistes ductales/ glandulares, quistes "Tail Gut", teratomas benignos y tumores de ano o piel. La RMN es el estudio de elección para discriminar las diferentes lesiones de partes blandas y ayuda a establecer el diagnóstico correcto en casos de quistes epidermoides. Estos, se presentan típicamente como lesiones bien definidas, hipointensas en T1 e hiperintensas en T2. El refuerzo periférico es más evidente luego de la administración de contraste. La difusión confirma, además, el diagnóstico, estas lesiones muestran significativa

restricción en la difusión. Una vez realizado el diagnóstico, la lesión debe ser extirpada con margen de seguridad. La pared completa del quiste debe ser removida para dis-

minuir el riesgo de recidiva. El pronóstico de estas lesiones es excelente con una tasa de recurrencia de solo el 3 % y con un riesgo de degeneración maligna infrecuente.

REFERENCIAS

1. Weir CB, St Hilaire NJ. Epidermal inclusion cyst. Stat pearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing. 2020. Bookshelf ID: NBK532310PMID: 30335343.
2. Nicolay S, De Schepper A, Pouillon M. Epidermal inclusion cyst of the perianal region. JBR-BTR 2014;97:166-67.
3. Saeed U, Mazhar N. Epidermoid cyst of perineum: a rare case in a young female. BJR Case Rep 2017;2:20150352.
4. Lake ES, Engledow AH, Cohen CRG. An unusual perineal swelling: A cyst between the sphincters. J Surg Case Rep 2010;2010:2.
5. Sritharan K, Ghani Y, Thompson H. An unusual encounter of an epidermoid cyst. BMJ Case Rep 2014. doi: 10.1136/bcr-2014-204186.

Tumor de células granulares perianal. Reporte de un caso y revisión de literatura

Fernando Grinóvero, Pamela Jacinto, Julieta Cittadini, Omar Rubén Miravalle,
Pablo Antonio Farina, Carlos Miguel Lumi
Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. CABA, Argentina.

RESUMEN

El tumor de células granulares fue descrito por Abrikossoff en 1926. Solo el 8 % se localiza en el tracto gastrointestinal y es infrecuente su localización perianal. Acorde con la revisión de la bibliografía actual, este sería el trigésimo segundo caso reportado. El TCG perianal es una lesión infrecuente y de difícil diagnóstico. Para su tratamiento es fundamental una resección quirúrgica completa con márgenes de resección libres, así como el examen inmunohistoquímico. Posteriormente, es necesaria la vigilancia estricta de los pacientes para detectar recidiva local, diseminación ganglionar y enfermedad a distancia que caracterizan al TCG maligno que presenta un pronóstico poco alentador.

Palabras claves: Tumor de células granulares; Tumor de Abrikossoff; Lesión perianal

ABSTRACT

The granular cell tumor (GCT) was described by Abrikossoff in 1926. Only 8% is located in the gastrointestinal tract and its perianal location is rare. According to the current literature review, this would be the thirty-second reported case. Perianal GCT is a rare and difficult to diagnose lesion. For its treatment, a complete surgical resection with free resection margins is essential, as well as an immunohistochemical examination. Subsequently, strict surveillance of patients is necessary to detect local recurrence, lymph node dissemination, and distant disease characteristic of malignant GCTs, which have a poor prognosis.

Keywords: Granular Cell Tumor; Abrikossoff Tumor; Perianal Lesion

INTRODUCCIÓN

El tumor de células granulares (TCG) es una lesión infrecuente de la submucosa que se encuentra generalmente en la cavidad oral, localizándose en la lengua en un tercio de los casos. Alrededor del 8 % de los TCG se localizan en el tracto gastrointestinal, siendo el esófago el responsable de la mayoría de estos casos seguidos por el colon. Otros sitios donde se lo puede encontrar incluyen la piel, mama, vía biliar, tractos respiratorio y genital.¹⁻⁸

En 1926, Abrikossoff¹ informó los primeros cinco casos de TCG, tres de los cuales estaban localizados en la lengua. Este autor postula que el tumor se origina en una célula muscular embrionaria e identificó el tumor como un mioma mioblástico. Posteriormente fueron ocurriendo cambios en la fisiopatología y así, en 1939, Leroux y Delarue postularon que el TCG no era de origen miogénico sino una acumulación no neoplásica de histiocitos granulares. En 1935, Feyrter y colaboradores propusieron la patogenia más aceptada y actual del tumor con un origen neural definiendo al TCG como un mioblastoma. Gullino et al., en 1949, usando inmunohistoquímica y microscopía electrónica, describieron el mioblastoma como una

célula de Schwann debido a su positividad para S100 y al patrón de tinción de glucoproteína asociada a mielina.^{2,4,9}

Al momento de esta revisión bibliográfica, hay informados en la literatura 31 casos de TCG perianales, lo que la convierte en una neoplasia anal con una baja frecuencia de presentación.^{3,7,6,9,10}

El TCG suele manifestarse entre la cuarta y sexta década de la vida y su prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres, con una relación de 1,5:1, no encontrándose diferencias entre razas.^{4,6,10,11}

Generalmente el TCG se presenta como una lesión única, aunque también pueden aparecer múltiples lesiones de forma sincrónica o metacrónica en un 10-15 % de los casos.³

La extirpación local con márgenes libres es el tratamiento de elección en la localización perianal y, en aquellos pacientes con afectación de ganglios linfáticos, se recomienda la resección de los mismos durante la cirugía.^{3,4,6,10,12}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente femenina de 63 años consulta por presentar una masa perianal asintomática, de 3 meses de evolución, con crecimiento progresivo desde su inicio.

Al examen proctológico se observa una lesión perianal, en cuadrante anterolateral izquierdo (horas 1 a 3) redondeada de aproximadamente unos 4 cm, indurada, que al

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Fernando Grinóvero

fernando_grinovero@hotmail.com

Recibido: octubre de 2020. **Aceptado:** mayo de 2021.



Figura 1: Lesión perianal.



Figura 3: Resección completa.

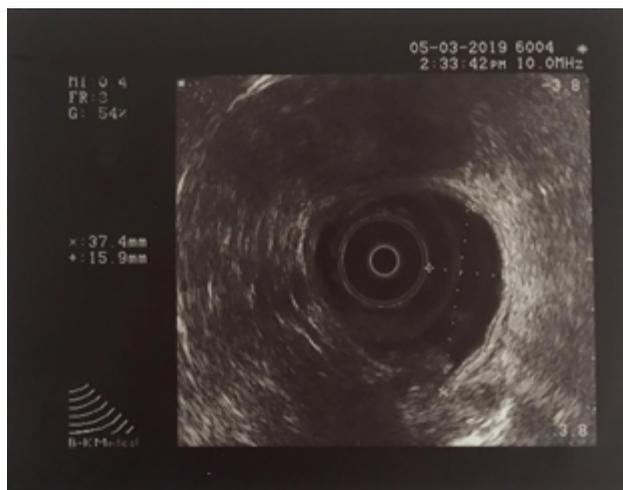


Figura 2: Ecografía 360°.

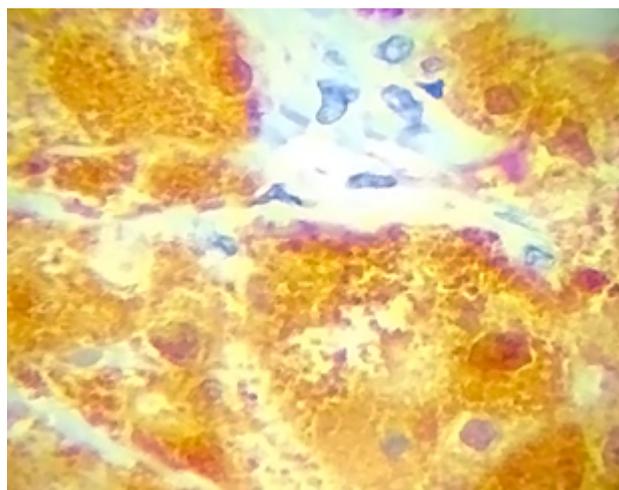


Figura 4: Microscopia.

tacto impresiona no estar adherida a planos profundos (Figura 1).

Se realiza una ecografía transanal de 360°, en la cual se observa a nivel bajo, una masa hipocóica de 37 x 15 mm que compromete al haz subcutáneo del esfínter anal externo (Figura 2). También se lleva a cabo una videocolonoscopía en la que se progresa hasta ciego sin encontrar otras lesiones.

Habiendo evaluado la lesión y descartado otras lesiones en el colon se realizó la escisión completa de la tumora- ción con márgenes libres de 1 cm (Figura 3).

Durante el postoperatorio la paciente cursa con buena evolución cicatrizando completamente la herida en 4 se- manas. Ni en el examen físico ni en los estudios de imá- gnes se observó recurrencia local o diseminación a los dos meses desde la exéresis.

En el estudio histopatológico, la lesión fue caracterizada como revestida por epitelio pavimentoso con hiperplasia pseudoepiteliomatosa. No se observaron atipias citológi- cas, mitosis ni áreas de necrosis. Los márgenes de resección están libres de lesión (Figura 4).

Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica y los

marcadores realizados fueron S100 que resultó positivo, CD68 informado como positivo débil y Desmina, negativa (Figura 5). El diagnóstico histopatológico fue Tumor de Células Granulares.

DISCUSIÓN

Los TCG generalmente se limitan a la submucosa y se presentan como lesiones benignas, asintomáticas, pequeñas, no ulceradas, polipoideas, las cuales se encuentran en su mayoría de forma incidental en el examen proctológico. Cuando estas lesiones son mayores de 2 cm pueden presentar síntomas como sensación de bulto perianal, dolor y sangrado. Cuando el TCG perianal es sintomático, puede confundirse con un absceso organizado.^{3,4-9}

En la tomografía computada, sus características son inespecíficas, se presenta como una masa de tejido blando heterogénea. Pueden ser difíciles de evaluar debido a su pequeño tamaño.⁸

Desde el punto de vista histopatológico, debido a la hiperplasia pseudoepiteliomatosa y a la acantosis suprayacente que demuestra el TCG el principal diagnóstico diferencial que debe descartarse es el carcinoma de células escamosas (CCE). El TCG se diferencia del CCE por su queratina, desmina y patrón de tinción negativo de actina específico del músculo; por lo que el diagnóstico debe realizarse mediante biopsia y análisis histológico e inmunohistoquímico.^{3,10,11,13}

El diagnóstico histológico se puede confundir con otros procesos reactivos o condiciones neoplásicas que exhiben un citoplasma granular. Sin embargo, la tinción inmunohistoquímica disponible en la actualidad es extremadamente valiosa para establecer el diagnóstico diferencial ya que de manera característica S-100, vimentina y el marcador lisosomal CD68 se tiñen en el núcleo y en el citoplasma.^{3,10,11}

Cuando se observa una lesión sospechosa, la extirpación quirúrgica es obligatoria para el diagnóstico y tratamiento, el cual si bien puede ser curativo, exige un seguimiento estricto del paciente debido al potencial de malignidad, la posibilidad de metástasis y el riesgo de recurrencia que presenta.^{3,5}

Aproximadamente, entre el 1-2 % de los casos son malignos.^{3,5,12} El diagnóstico diferencial entre lesiones benignas y malignas es a veces difícil debido a su apariencia histológica similar. El factor predictor de malignidad más importante es el tamaño, seguido por la histología atípica.^{3,11,12} Las lesiones benignas generalmente son menores de 3 cm y tienen, histológicamente, núcleos uniformes con ausencia de figuras mitóticas; mientras que de los casos malignos 60 % eran lesiones mayores a 4 cm.^{4,14}

Las lesiones malignas pueden generar metástasis pul-

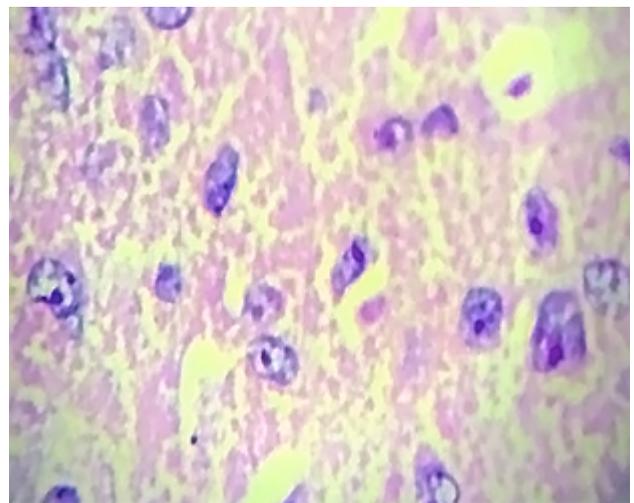


Figura 5: Inmunohistoquímica.

monares, hepáticas y óseas con una propagación linfática y hematológica típica. En la literatura hay reportados aproximadamente 50 casos de TCG malignos, de los cuales solo 3 casos fueron informados en la región anal y perianal.^{15,16}

No está claro si las lesiones malignas resultan de la transformación de lesiones benignas o comienzan como malignas y es debido a esto que la resección quirúrgica con márgenes libres es obligatoria al momento del diagnóstico para evitar la recurrencia local, la diseminación linfática y hematológica en casos malignos.³ Un TCG maligno puede parecer histológicamente idéntico a un TCG benigno y solo la aparición de metástasis conducirá a un diagnóstico posterior de malignidad.

El pronóstico del TCG maligno no es alentador, con una tasa de mortalidad global del 30 al 50 %. Fanburg-Smith¹⁷ informó que mientras la tasa de recurrencia a 2 años del TCG es del 32 % para la enfermedad maligna, representa del 2 al 8 % en aquellos con presentación benigna. Esta tasa puede aumentar al 20 % en lesiones benignas con márgenes comprometidos. Por lo tanto, es extremadamente importante realizar una escisión local con un margen quirúrgico libre de enfermedad.⁶

Después de la resección, y más aún en aquellos con presentación maligna, se deben realizar exámenes complementarios para evaluar y descartar meticulosamente la recidiva local y la posibilidad de metástasis, debido a que ni la quimioterapia ni la radioterapia mejoran el pronóstico.^{3,6}

CONCLUSIÓN

El TCG perianal es una lesión infrecuente y de difícil diagnóstico. Debido a esto, consideramos que debe tenerse presente al evaluar a un paciente con una lesión submucosa perianal asintomática o poco sintomática.

Es fundamental realizar una exéresis quirúrgica com-

pleta con márgenes de resección libres, como también es de suma importancia el examen inmunohistoquímico para obtener un diagnóstico preciso y poder descartar al carcinoma de células escamosas que representa el principal diagnóstico diferencial.

Posterior al tratamiento quirúrgico es menester una vigilancia estrecha de los pacientes debido a que presenta

una alta tasa de recurrencia y a que no hay características clínicas, radiológicas ni histológicas precisas que diferencien un TCG maligno de uno benigno. Durante este seguimiento debemos buscar recidiva local, diseminación ganglionar y enfermedad a distancia que caracterizan al TCG maligno y plantea un pronóstico poco alentador para el paciente.

REFERENCIAS

1. Abrikossoff AI. About fibromas of the striated muscles. *Virchow Arch Path Anat* 1926;260:215-33.
2. Rickert RR, Larkey IG, Kantor EB. Granular-cell tumors (myoblastomas) of the anal region. *Dis Colon Rectum* 1978;21:413-17.
3. Mistrangelo M, Cassoni P, Scozzari G, Castellano I, Gavello G, Corno F, et al. Perianal granular cell tumor: report of a case and review of the literature. *Tumori* 2009;95:538-41.
4. Wan XY, Hu B, Zhou ZY, Huang Y, Ren DL. Recurrent granular cell tumor of the anal-perianal region: how much anal sphincter can be resected? *Tech Coloproctol* 2014;18:597-600.
5. Kelly EF, Stein AA, Ma XC, Yeguez J. A rare case of perianal granular cell tumor: case report and literature review. *J Surg Case Rep* 2017. DOI:10.1093/jscr/rjw186.
6. Ugur K, Emine M, Sevgi K, Sezgin Z. Granular cell tumor on perianal region: a case report. *Acta Med Iran* 2013;51:509-11.
7. Pérez-Flecha González M, Revilla Sánchez E, Ibarrola de Andrés C, et al. Granular cell tumor of the perianal region. *J Gastrointest Surg* 2020;24:907-08.
8. Rashidi L, Pollock D, Bastawrous S. Unexpected presentation of perianal granular cell tumor in a young woman. *Curr Probl Diagn Radiol* 2017;46:452-54.
9. Francesco VD, Avellini C, Pappalardo S, Proscia D, Piccirillo F. Malignant granular cell tumor of the anal-perianal region and suprarenal hyperplasia: a casual association? *Indian J Dermatol* 2010;55:403-5.
10. Sohn DK, Choi HS, Chang YS, et al. Granular cell tumor of colon: report of a case and review of literature. *World J Gastroenterol* 2004;10:2452-54.
11. Ribeiro SPP, Levy SF, Corrêa FM, Sousa AM, da Costa Silveira F, Carvalho MR, et al. Granular cell tumor of rectal submucosa: case report. *J Coloproctol* 2015;35:124-27.
12. Cohen MG, Greenwald ML, Garbus JE, Zager JS. Granular cell tumor—a unique neoplasm of the internal anal sphincter: Report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1444-46; discussion 1447.
13. Fujii T, Morita H, Yamaguchi S, Tsutsumi S, Asao T, Kuwano H. A rare case of granular cell tumor of the anal region: diagnostic difficulty to masses in the anal area. *Int Surg* 2014;99:45-7.
14. Mourra N, Werbrouck A, Bauer P. Anal region: an unusual location of granular cell tumour. *Int J Colorectal Dis* 2011;26:811-12.
15. Crowe D, Ayli EE, Gloster HM Jr. A malignant granular cell tumor excised with mohs micrographic surgery. *Case Rep Oncol Med* 2012;2012:453569.
16. Bouraoui S, Letaief H, Mestieri H, Chadly-Debbiche A, Ben Zineb S, Haouet S, et al. Malignant granular cell tumor. Report of a case of anal localization. *Ann Pathol* 1999;19:151-52.
17. Fanburg-Smith JC, Meis-Kindblom JM, Fante R, Kindblom LG. Malignant granular cell tumor of soft tissue: diagnostic criteria and clinicopathologic correlation. *Am J Surg Pathol* 1998;22:779-94.

Cirugía sin incisiones como tratamiento miniinvasivo del vólvulo sigmoideo a través del sitio de la colostomía. Reporte de caso

Juan Manuel Sotelo, Javier Oviedo, Romina Di Vietro, Rodrigo Moran Azzi

Sector Coloproctología, Sanatorio Güemes de Buenos Aires. CABA, Argentina.

RESUMEN

El vólvulo sigmoideo (VS) es la forma de presentación más frecuente de los vólvulos colónicos, produciendo un abdomen agudo obstructivo, principalmente en pacientes añosos. La tomografía computada es considerada el gold standard para el diagnóstico. El tratamiento depende de varios factores, entre ellos, el estado general del paciente y la experiencia del cirujano actuante. El objetivo es presentar una forma miniinvasiva y sin cicatriz de resolver el VS no complicado en un paciente añoso.

Palabras claves: Vólvulo intestinal; Vólvulo sigmoideo; Procedimientos quirúrgicos; Sin incisión

ABSTRACT

Sigmoid volvulus (SV), the most common presentation of colonic volvulus, produces an acute obstructive abdomen mainly in elderly patients. Computed tomography is considered the gold standard for diagnosis. Treatment depends on several factors, including the general condition of the patient and the experience of the surgeon. The objective is to present a minimally invasive and incisionless approach to resolve an uncomplicated SV in an elderly patient.

Keywords: Sigmoid Volvulus; Surgical Procedures; Incisionless

INTRODUCCIÓN

El vólvulo colónico es una causa poco común de abdomen agudo obstructivo, representa el 2-3 % de las causas en EEUU, pero hasta un 10-50 % en otras zonas del mundo, entre ellas América Latina.

El vólvulo sigmoideo es el más frecuente, representando entre un 50 a 90 % de los casos.¹

Los más afectados son los mayores de 70 años, institucionalizados, postrados, con hipotrofia muscular, constipación crónica y que muchas veces sufren de trastornos neurológicos o psicológicos.²

El método de diagnóstico considerado gold standard es la tomografía computada.

Múltiples son los tratamientos de los cuales disponemos para su resolución, podemos resumirlos en conductas endoscópicas, radiológicas y quirúrgicas. La devolvulación y descompresión endoscópica es el tratamiento de elección en pacientes compensados y sin signos clínicos ni radiológicos de isquemia o perforación, con un éxito aproximado de hasta un 90 % en algunas series, asociado a la colocación de un tubo transanal. Sin embargo, se observa una alta tasa de recurrencia, por lo que muchos autores realizan una cirugía electiva días posteriores a la videocolonoscopia, luego de una mejoría del cuadro clínico y de preparación

intestinal. En pacientes con sospecha de perforación, isquemia del colon o en aquellos en quienes la endoscopia fue fallida, la resección quirúrgica es lo recomendado. La extensión de la misma; la vía de abordaje y la confección de una anastomosis primaria, con o sin derivación proximal, o de una colostomía definitiva, dependen del estado del paciente y de la experiencia del cirujano actuante.^{1,2}

El objetivo es presentar un caso de VS en un paciente añoso, ASA III (American Society of Anesthesiologists) resuelto de forma miniinvasiva sin incisiones abdominales.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 93 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna, enfermedad de Parkinson, postración e hipotrofia muscular abdominal. Ingresa a la guardia por cuadro de distensión y dolor abdominal de 72 h de evolución, asociado a falta de eliminación de gases y catarsis negativa.

Al interrogatorio refiere episodios similares intermitentes en los últimos 5 años, que resolvían con maniobras de movilización y compresión abdominal por parte de acompañante y kinesiólogo en su domicilio.

Al examen físico se presenta compensado, abdomen distendido, asimétrico, con impronta intestinal en pared abdominal, dolor difuso, sin defensa ni reacción peritoneal. Al tacto rectal, ampolla distendida con restos de materia fecal.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Juan Manuel Sotelo

maquisotelo@gmail.com.ar

Recibido: agosto de 2020. Aceptado: octubre de 2020.

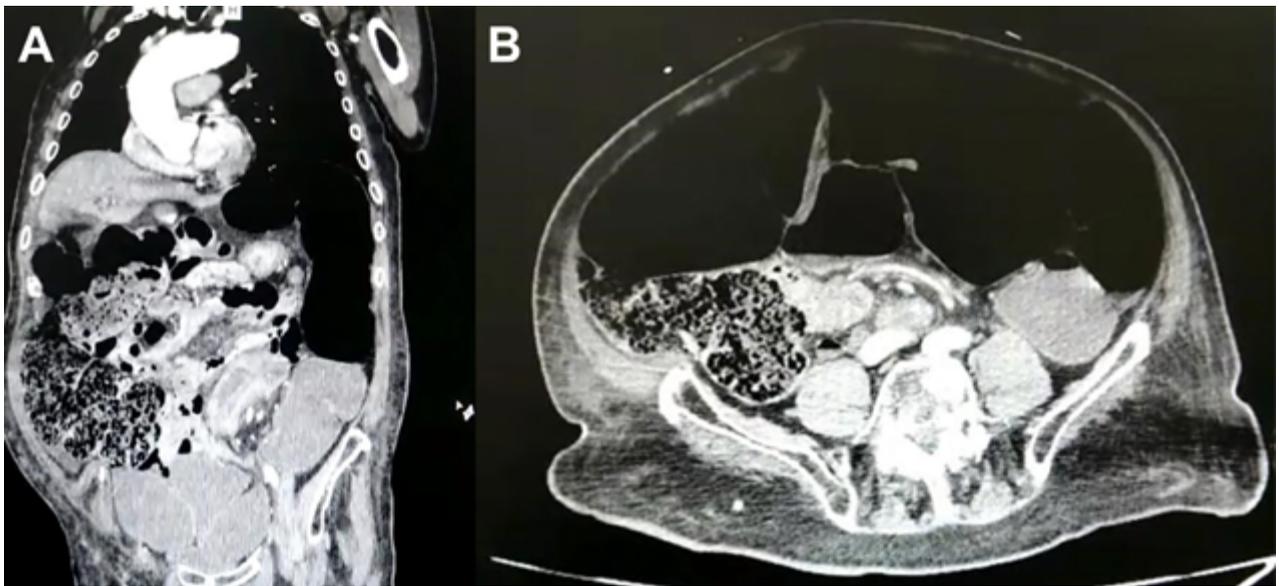


Figura 1: Pie de vólculo (flecha). Distensión colónica.

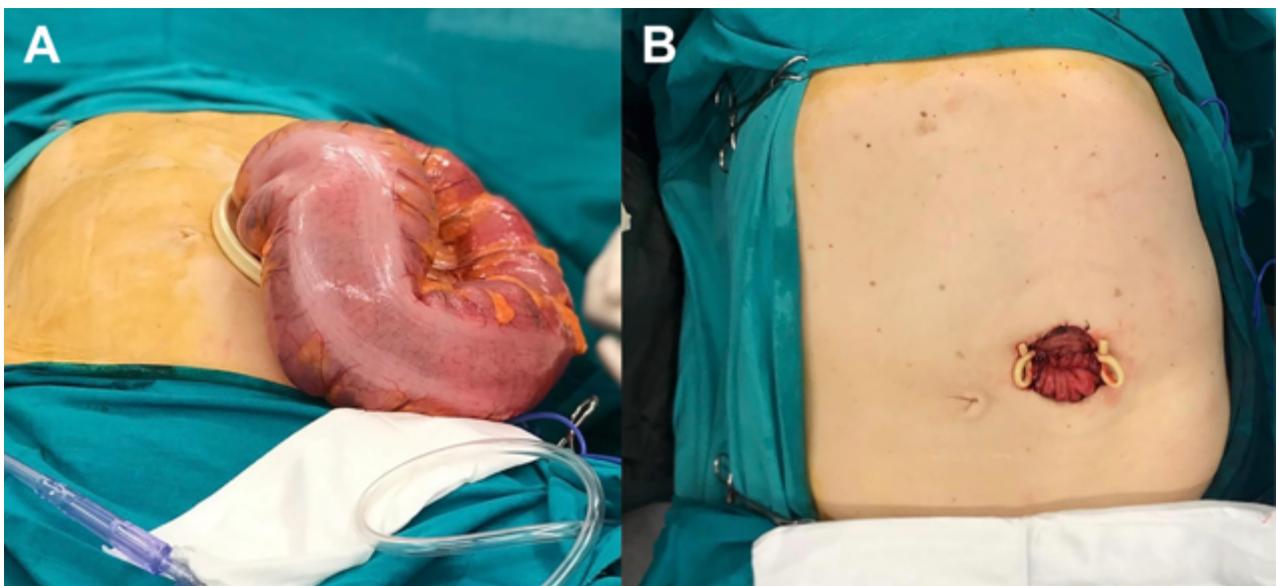


Figura 2: Vólculo exteriorizado. Colostomía en caño de escopeta.

Se realiza tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso, donde se observa un segmento de colon sigmoideo con disminución del calibre, que se interpreta como pie de vólculo, con gran distensión colónica retrógrada y abundante materia fecal (MF) en colon derecho (Figura 1).

Se decide VCC de urgencia, la cual progresa hasta 70 cm del margen anal, evidenciando zona volvulada que se logra franquear, drenando gran cantidad de aire y no pudiendo progresar por abundante MF. No se observan signos de isquemia o necrosis. Se coloca sonda transanal K227.

Evoluciona favorablemente, con tolerancia a la dieta, gases positivos y catarsis líquida por sonda, retirando la misma a las 48 h. Posteriormente comienza con distensión abdominal progresiva, agregando dolor abdominal, por lo

que se decide conducta quirúrgica el día 5.

Previa anestesia general e intubación orotraqueal se coloca al paciente en posición de Lloyd Davies modificada. Se realiza antisepsia e infiltración con anestesia local. Se realiza incisión circunferencial de 3 cm de diámetro aproximadamente, en el flanco izquierdo. Se incide aponeurosis longitudinalmente, se disea con maniobras romas a través del músculo recto anterior del abdomen y se ingresa a cavidad. Se coloca retractor de piel tipo Alexis y se exterioriza colon sigmoideo redundante y volvulado, procediendo a devolvulación manual. Se realiza ligadura de mesocolon sigmoideo y sección colónica completando sigmoidectomía. Se confecciona colostomía según técnica de Mikulicz (Figura 2).

La duración aproximada del procedimiento fue de 50

minutos, con recuperación anestésica favorable y retorno a sala general.

Se instauró dieta 6 h posteriores a la cirugía, con buena tolerancia. El primer día postoperatorio presentó colostomía vital y funcionante, otorgándose el alta sanatorial el día 2.

DISCUSIÓN

El vólvulo sigmoideo es un cuadro agudo que afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, que habitualmente presentan múltiples comorbilidades asociadas, lo que se traduce en mayor morbilidad y mortalidad postoperatoria.¹

Como mencionamos anteriormente el tratamiento de elección es el endoscópico, siempre que el estado clínico del paciente lo permita y no se halle isquemia intestinal en el mismo. Sin embargo, debido a la alta tasa de fracaso y recurrencia del vólvulo, el tratamiento quirúrgico es necesario, pudiéndose realizar días posteriores a la endoscopia, con preparación colónica previa.^{1,2}

Distintas series como las de Niels van der Naald et al. y Seow-En y Seow-Choen realizaron abordajes mínimos similares, con anastomosis primarias y buenos resultados.^{3,4} Otros, como Alhindawi et al., realizaron procedimiento

de Hartmann en pacientes añosos a través del sitio de la colostomía, sin presentar morbimortalidad perioperatoria y corta estadía hospitalaria.⁵ Sin embargo, estos estudios presentan algunas limitaciones, como tratarse de series de casos y estudios retrospectivos, al igual que la mayor parte de la bibliografía disponible en la actualidad.

Nuestro caso presenta un paciente añoso con importantes comorbilidades, ASA III, por lo que decidimos realizar esta secuencia de tratamiento, en primera instancia con el fin de evitar una cirugía. Debido a la evolución tórpida del paciente posterior al tratamiento endoscópico y la necesidad de una resolución quirúrgica, optamos por una resección y abocamiento en caño de escopeta, realizando el abordaje a través del sitio donde implantaríamos la colostomía, buscando y logrando de esta manera evitar otra incisión mayor, tiempos quirúrgicos prolongados, una posible dehiscencia anastomótica o de muñón rectal, con sus posteriores consecuencias, y obteniendo una rápida recuperación postoperatoria y egreso sanatorial.

Consideramos se trata de una técnica segura, efectiva y fácil de reproducir, tanto por cirujanos generales como por coloproctólogos, que evita complicaciones asociadas a una incisión mayor, anastomosis o muñón rectal, por lo que podría ser una opción muy útil para pacientes añosos con características clínicas desfavorables.

REFERENCIAS

1. Dolejs SC, Guzman MJ, Fajardo AD, Holcomb BK, Robb BW, Waters JA. Contemporary management of sigmoid volvulus. *J Gastrointest Surg* 2018; 22:1404-11.
2. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg* 2016;153:183-92.
3. van der Naald N, Prins I, Otten K, Kumwenda D, Bleichrodt RP. Novel approach to treat uncomplicated sigmoid volvulus combining minimally invasive surgery with enhanced recovery, in a rural hospital in Zambia. *World J Surg* 2018;42:1590-96.
4. Seow-En I, Seow-Choen F. Sigmoid volvulus treated by mini-incision. *Tech Coloproctol* 2014;18:1169-71.
5. Alhindawi R, Kelly N, Holubar S. Incisionless Hartmann's procedure: an innovative minimal access technique for surgical treatment of sigmoid volvulus in debilitated patients with faecal incontinence. *Tech Coloproctol* 2008;12:337-39.

COMENTARIO

En el presente artículo los autores hacen un breve resumen del vólvulo sigmoideo y de sus opciones terapéuticas. Tal como ocurre en el caso clínico presentado, los pacientes con vólvulo sigmoideo suelen ser, en su mayoría, añosos, comórbidos y frágiles, lo que los hace más propensos a desarrollar complicaciones postoperatorias. Los métodos miniinvasivos son de elección en estos casos, dado que generan menor respuesta inflamatoria y menor dolor que la cirugía abierta, acelerando la recuperación luego del procedimiento.

Después de que el tratamiento endoscópico resultara insuficiente, los cirujanos del caso presentado optan por la cirugía resectiva. Para ello utilizan una innovadora técnica, escasamente descrita en la bibliografía. La misma se basa en la exteriorización del colon, la resección y la extracción de la pieza a través del sitio de maduración de la colostomía y la fístula mucosa. Esto resulta especialmente útil y adecuado en pacientes con vólvulo sigmoideo, debido a que suelen tener un dolicosigma, con mesos largos y laxos, lo que permite una adecuada movilización, sin necesidad de amplias laparotomías. La gran ventaja de esta técnica es que, debido a su pequeña incisión, se logran conservar los importantes beneficios de la miniinvasividad, especialmente valiosos en estos pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Juan Pablo Campana
Hospital Italiano. CABA, Argentina.

Endometriosis pélvica extragenital como presentación de abdomen agudo obstructivo en una mujer posmenopáusica. Reporte de caso

Brian U. Santos,¹ Livia Gareis,¹ Santiago Brayer,¹ Matías Recchia²

¹Médico cirujano de guardia, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. CABA, Argentina.

²Médico residente Cirugía Gastroenterológica, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. CABA, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La endometriosis es la presencia de células endometriales fuera de la cavidad uterina, una enfermedad benigna que afecta tanto a mujeres durante el período reproductivo como a aquellas en la postmenopausia. Se denomina endometriosis pélvica extragenital a las lesiones endometrióticas que involucran órganos pélvicos como el recto, el sigmoides y la vejiga.

Caso clínico: Una paciente femenina de 71 años, presenta dolor abdominal y cambios en el hábito evacuatorio de tres meses de evolución. Ingresa con cuadro de suboclusión intestinal de cinco días de evolución. Las imágenes revelan niveles hidroaéreos sin aire a distal. Se toma una conducta quirúrgica: laparotomía exploradora. Se halla una lesión inflamatoria en rectosigmoides que involucra al intestino delgado. Se realiza una cirugía de Hartmann. El estudio anatomopatológico informa que la pared colónica presenta focos de endometriosis y adherencia a parénquima ovárico y tubárico.

Conclusión: La endometriosis colónica puede presentarse con obstrucción y ser difícil de diferenciar de otras causas de obstrucción del intestino grueso, como la enfermedad de Crohn o neoplasias. La afectación del colon sigmoides es la más frecuente. El diagnóstico preoperatorio en la urgencia es dificultoso y depende de la confirmación histológica del espécimen resecaado.

Palabras claves: Endometriosis colónica; Endometriosis pélvica extragenital; Endometriosis profunda

ABSTRACT

Endometriosis is the presence of endometrial cells outside the uterine cavity. It is a benign disease that affects women both during the reproductive and postmenopausal period. Endometriotic lesions involving pelvic organs such as the rectum, sigmoid, and bladder are called extragenital pelvic endometriosis. We present a 71-year-old patient with a 3-month history of abdominal pain and changes in bowel habits who was admitted with 5-day duration of bowel obstruction. In the exploratory laparotomy, an inflammatory lesion was found in the rectosigmoid colon involving the small intestine, and a Hartmann procedure was performed. The pathological study reports colonic wall with foci of endometriosis and adherence to the ovarian and tubal parenchyma. In extragenital endometriosis, the sigmoid colon is the most frequently affected. Preoperative diagnosis in the emergency setting is difficult and depends on the histological confirmation of the resected specimen to differentiate it from other colonic causes of intestinal obstruction such as Crohn's disease or neoplasms.

Keywords: Colonic Endometriosis, Extragenital Pelvic Endometriosis, Deep Endometriosis

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de mucosa endometrial implantada en otras localizaciones distintas de la cavidad uterina.^{1,4} Las manifestaciones gastrointestinales de la endometriosis son comunes, se presentan en 5-12 % de los pacientes. Las localizaciones más frecuentes de esta enfermedad en el tracto gastrointestinal son el recto (13-50 %), el colon sigmoides (18-47 %), el yeyuno íleon (2-5 %) y el apéndice cecal (3-18 %).^{2,5} El término endometriosis pelviana extragenital describe de forma más precisa aquellas lesiones endometrióticas que afectan a los órganos pelvianos como el recto, el colon sigmoides y la vejiga.¹ La endometriosis puede ser una causa de obstrucción colónica que ocurre en el colon sigmoides en solo un 1-10 % de

todos los casos. Aunque existen algunos casos raros de obstrucción del intestino grueso debido a la endometriosis en mujeres premenopáusicas, esto es aún más infrecuente en la postmenopausia.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Desarrollo

Ingresa por guardia una paciente femenina 71 años de edad, con antecedentes de dolor abdominal y cambios en el ritmo evacuatorio, con heces acintadas, de tres meses de evolución, anexohisterectomía (no recuerda la causa), cirugía bariátrica y colecistectomía. Presenta dolor abdominal de tipo cólico difuso de cinco días de evolución asociado a distensión abdominal, náuseas y falta de eliminación de gases. Nunca se había realizado una videocolonoscopía. Ingresa con signos vitales normales. Presenta el abdomen distendido, globoso, con dolor difuso a predominio fosa iliaca izquierda con defensa parietal, tim-

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Brian Uriel Santos

brian_urriel_santos@hotmail.com

Recibido: octubre de 2020. **Aceptado:** diciembre de 2020.



Figura 1: Niveles hidroaéreos colónicos sin aire hacia distal, compatibles con suboclusión intestinal.



Figura 2: Lesión de aspecto inflamatorio en rectosigmo que involucra al intestino delgado.

pánico generalizado y ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad. En el tacto rectal no se hallan lesiones ni evidencia de sangrado. Los estudios complementarios re-

velan niveles hidroaéreos colónicos sin aire hacia distal (Figura 1). Se colocan una vía periférica, una sonda nasogástrica y una vesical. Dada la evolución clínica y la no respuesta al tratamiento médico junto con los hallazgos imagenológicos se decide realizar una laparotomía de urgencia. Durante el procedimiento quirúrgico se evidencia una lesión de aspecto inflamatorio en rectosigmo que involucra al intestino delgado (Figura 2). Se realiza una cirugía de Hartmann. La paciente presenta hundimiento de colostomía y se realiza reconfección de la misma a las 48 horas. El estudio anatomopatológico informa que la pared colónica presenta focos de endometriosis y adherencia a parénquima ovárico y tubárico; diverticulosis; y parénquima ovárico con cuerpo albicans, sin evidencia de lesión neoplásica colónica. Durante su internación intercorre con neumonía intrahospitalaria y fallece durante la internación.

DISCUSIÓN

La afectación del tracto gastrointestinal reportada es de hasta 3,8-37 % de las mujeres diagnosticadas con endometriosis. Las mujeres adolescentes, en edad reproductiva, así como mujeres menopáusicas pueden verse afectadas. El compromiso de diferentes sitios del tracto gastrointestinal próximos al útero apoya la teoría de la implantación de lesiones endometrióticas por menstruación retrógrada. Aquellos implantes limitados a la capa serosa del colon son habitualmente asintomáticos. Contrariamente, las lesiones con infiltración profunda pueden provocar síntomas gastrointestinales severos. La afectación rectosigmoidea a menudo produce alteraciones en el hábito intestinal, como estreñimiento, diarrea, disminución del calibre de las heces, tenesmo o, en raras ocasiones, sangrado rectal. Tales síntomas aparecen con mayor frecuencia en la época de la menstruación. Dado que la mucosa intestinal rara vez se ve afectada, el sangrado rectal es un síntoma inusual, aunque puede ocurrir debido a una obstrucción intestinal grave e isquemia.

Nuestra paciente fue operada de una anexohisterectomía y hubiera sido de importancia conocer la etiología de la misma. Lo interesante es el dolor abdominal y el cambio del hábito evacuatorio en los últimos tres meses que inicia a los 71 años de edad. Esto haría pensar en patología neoplásica en primera instancia.

La endometriosis colónica puede presentarse con obstrucción y ser difícil de diferenciar de otras causas de obstrucción del intestino grueso, como la enfermedad de Crohn o neoplasias. La resonancia magnética puede ser útil para el diagnóstico de la endometriosis multifocal, así como para definir la ubicación anatómica de la afectación con una sensibilidad y especificidad de alrededor del

90 %. La rectosigmoidoscopia o la colonoscopia tienen poco valor en el diagnóstico dado que la endometriosis es una enfermedad extrínseca, típicamente no transmural. El diagnóstico generalmente se realiza o confirma por laparoscopia o durante una laparotomía.

Podemos concluir que la endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina y que su presentación es rara en mujeres posmenopáusicas. La en-

dometriosis pelviana es una causa infrecuente de obstrucción del intestino grueso y su tratamiento puede ser un desafío. El diagnóstico preoperatorio en el contexto de emergencia es a menudo dificultoso y depende de la confirmación histológica postoperatoria sobre todo en aquellas mujeres sin antecedentes de endometriosis, debido a la baja sensibilidad de los estudios por imágenes en dicho contexto.

REFERENCIAS

1. Charatsi D, Koukoura O, Ntavela IG, Chintziou F, Gkorila G, Tsagkoulis M, et al. Gastrointestinal and urinary tract endometriosis: A review on the commonest locations of extrapelvic endometriosis. *Adv Med* 2018. doi.org/10.1155/2018/3461209
2. Erol T, Reis E, Koç Ö, Taşbaş B. Colon resection for endometriosis. *Türk J Surg* 2018. doi:10.5152/turkjsurg.2018.4054.
3. Wadhwa V, Slattery E, Garud S, Sethi S, Wang H, Poylin V, et al. Endometriosis mimicking colonic stromal tumor. *Gastroenterol Rep* 2016;4:257-59.
4. Baden DN, van der Ven A, Verbeek PCM. Endometriosis with an acute colon obstruction: a case report. *J Med Case Rep* 2015;9:150 DOI 10.1186/s13256-015-0609-5.
5. Bidarmaghz B, Shekhar A, Hendaheba R. Sigmoid endometriosis in a post-menopausal woman leading to acute large bowel obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2016; 28: 65-7.

COMENTARIO

Se trata de un interesante caso de oclusión colónica por una causa tan poco frecuente como lo es la Endometriosis profunda, sobre todo en una paciente postmenopáusica. La oclusión por Endometriosis está mayormente publicada a través de reportes de casos aislados, con una incidencia aproximada del 1 % entre las pacientes con Endometriosis profunda.^{1,2}

Un punto en común entre los reportes de casos es el hallazgo, al momento de la exploración quirúrgica, de un gran componente inflamatorio. Esto es habitual en esta enfermedad, por lo que el gran desafío es realizar una buena disección por planos. Por un lado, para cumplir con los principios oncológicos de la Colectomía (dada la falta de diagnóstico de certeza previo en los casos de urgencia) y por otro lado para evitar lesionar otras estructuras que pueden estar íntimamente comprometidas en el proceso inflamatorio tales como uréteres, vasos ilíacos u órganos ginecológicos.

Joaquín Tognelli
Sanatorio Sagrado Corazón y Sanatorio Finochietto. CABA, Argentina.

REFERENCIAS

1. Darai E, Dubernard G, Coutant C, Frey C, Rouzier R, Ballester M. Randomized trial of laparoscopically assisted versus open colorectal resection for endometriosis: morbidity, symptoms, quality of life, and fertility. *Ann Surg* 2010; 251: 1018-23.
2. Imasogie DE, Agbonrofo PI, Momoh MI, Obaseki DE, Obahiagbon I, Azeke AT. Intestinal obstruction secondary to cecal endometriosis. *Niger J Clin Pract* 2018; 21:1081-85.

Shock hemorrágico como presentación inicial de divertículo de Meckel

Camila Haro, Alexandra Duffau, Nicolás Muniz, Sofía Mansilla,
Manuel Sanguinetti, Marcelo Viola

Departamento de Cirugía Médica Uruguaya (MUCAM). Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

Introducción: El divertículo de Meckel es una anomalía congénita frecuente que suele ser asintomática, pero puede dar lugar a complicaciones graves. La presencia de mucosa heterotópica gástrica o pancreática en el divertículo favorece la ulceración del mismo, que puede causar una hemorragia digestiva.

Nuestro objetivo es mostrar la presentación de un divertículo de Meckel con una hemorragia digestiva baja con shock hemorrágico.

Caso clínico: Paciente de 34 años, que se presenta con dolor abdominal y enterorragia, asociados a anemia con Hb 7,9. En la evolución se instala una hemorragia masiva con shock hipovolémico, que responde a medidas de reanimación. Se solicita una arteriografía de vasos mesentéricos, que visualiza arteria irregular y tortuosa dependiente de la mesentérica superior que se emboliza. A las 48 h el paciente reitera el dolor abdominal y se realiza una laparoscopia que evidencia un divertículo de Meckel con signos de isquemia. Se reseca el mismo en cuña, con buena evolución posterior.

Discusión: La hemorragia digestiva es un desafío diagnóstico y terapéutico. De presentarse el paciente con inestabilidad hemodinámica el estudio de elección es la angiografía y eventual embolización del vaso sangrante. El divertículo de Meckel es una causa rara de hemorragia digestiva en el adulto. La angioembolización puede ser utilizada como temporizadora a la cirugía, permitiendo estabilizar al paciente del punto de vista hemodinámico.

Conclusiones: Se presentó el caso clínico de un paciente con un shock hemorrágico secundario al sangrado de un divertículo de Meckel. El mismo fue tratado mediante angioembolización y posterior cirugía por isquemia local.

Palabras claves: Divertículo de Meckel; Hemorragia digestiva; Angioembolización

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is a common congenital anomaly, usually asymptomatic, although it can lead to serious complications. The presence of heterotopic gastric or pancreatic mucosa in the diverticulum favors its ulceration and can cause gastrointestinal bleeding. We present a 34-year-old man who consulted in the emergency room for abdominal pain, enterorrhagia, and anemia (Hb 7.9 g / dl). Subsequently, he developed a massive hemorrhage with hypovolemic shock. Arteriography showed an irregular and tortuous artery dependent on the superior mesenteric artery that was treated with embolization. Laparoscopy was performed at 48h due to recurrence of abdominal pain, which revealed a Meckel's diverticulum with signs of ischemia, which was excised with good outcome.

Gastrointestinal bleeding originating from a Meckel's diverticulum is rare in adults. If the patient presents hemodynamic instability, the study of choice is CT angiography. Angioembolization can be used as a bridge to surgery, allowing the patient to hemodynamically stabilize.

Keywords: Meckel's Diverticulum; Gastrointestinal Bleeding; Angioembolization

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita frecuente, que resulta de la atrofia incompleta del ducto vitelino durante el desarrollo embrionario.¹ Se trata de un receso de fondo ciego localizado en el borde antimesentérico del íleon, a nivel de la desembocadura de la rama terminal de la arteria mesentérica superior.²

La mayor parte de estos divertículos no causa síntomas ni complicaciones durante la vida del individuo, pero pueden ser fuente de complicaciones graves.^{1,2}

En ocasiones existe un desarrollo de mucosa ectópica en este divertículo, generalmente gástrica y, en menor medida, pancreática, duodenal, colónica, endometrial o hepato-biliar.²

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Camila Haro

harob.camila@gmail.com

Recibido: octubre de 2020. **Aceptado:** noviembre de 2020.

En aquellos divertículos que presentan mucosa gástrica heterotópica existe secreción ácida, lo que favorece la ulceración local y la aparición de complicaciones hemorrágicas. En aquellos que presentan mucosa pancreática la secreción alcalina puede producir esta misma complicación.²

Si bien el sangrado es una complicación frecuente del divertículo de Meckel en los niños, en adultos es poco frecuente y no suele ser considerado entre las principales etiologías de hemorragia digestiva baja.

Nuestro objetivo es comentar una presentación atípica del divertículo de Meckel en el adulto, dado por una hemorragia digestiva baja con shock hemorrágico.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 34 años, sin antecedentes, que consulta en emergencia por dolor abdominal cólico difuso de 72 horas de evolución, que agrega enterorragia, dada por sangre mezclada con la materia fecal

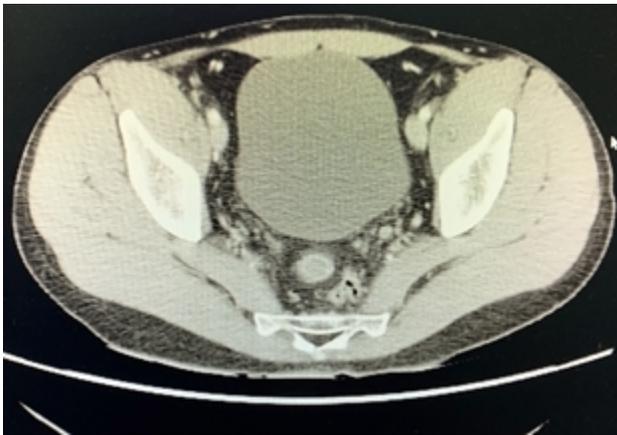


Figura 1: TC de abdomen que evidencia asa delgada de paredes engrosadas y alteración de la grasa adyacente a nivel de pelvis (flecha).

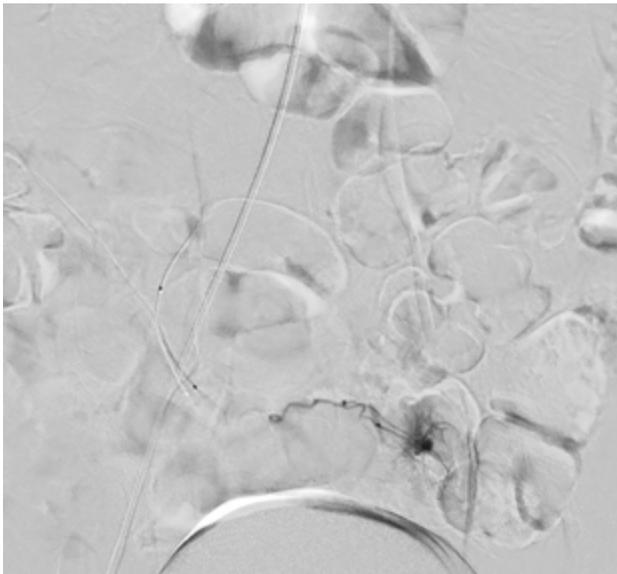


Figura 2: Arteriografía que evidencia extravasación de contraste (flecha).

con coágulos frescos. Se asocia además un síndrome funcional anémico.

Al examen al ingreso presenta hipocoloración mucosa, taquicardia de 100 cpm, normotenso y dolor abdominal en hemiabdomen inferior, sin defensa.

De la paraclínica humoral se destaca anemia con Hb 7,9 gr/dL.

Se realiza una Tomografía Computada (TC) que evidencia asa delgada distendida, de paredes engrosadas, topografiada a nivel de hipogastrio, que impresiona corresponder a íleon distal. Asocia mínima alteración de la grasa a nivel pelviano. No se evidencian lesiones en colon. No hay líquido libre ni neumoperitoneo (Figura 1).

Se inicia reposición hidroelectrolítica y con hemoderivados, transfundiéndose dos volúmenes de glóbulos rojos. Posteriormente, ingresa a sala para completar la valoración.

En las primeras horas luego del ingreso, el paciente presenta un nuevo episodio de enterorragia, masiva, insta-



Figura 3: Visión laparoscópica del divertículo de Meckel.

lando un shock hemorrágico que mejora con medidas iniciales de reanimación.

Se decide la solicitud de arteriografía de vasos mesentéricos con eventual angiembolización.

Durante el procedimiento se identifica arteria irregular tortuosa, dependiente de la mesentérica superior, que se localiza a nivel pelviano, inmediatamente por encima de la vejiga, con extravasación espontánea de contraste y pasaje del mismo a un asa delgada (Figura 2).

Se accede a la arteria sangrante a través de microcatéter Echelon 10 sobre una microguía Traxcess 14, y se emboliza con Histoacryl al 30 %, con oclusión de la misma y cese del sangrado.

El paciente presenta una buena evolución inicial, sin evidencias de resangrado. A las 48 horas instala dolor abdominal a nivel de hipogastrio, con defensa a dicho nivel.

Con planteo de posible isquemia de asa delgada, se decide laparoscopia diagnóstica.

La laparoscopia evidencia escaso exudado fibrinopurulento en pelvis y un divertículo de Meckel a dicho nivel con isquemia parietal que compromete la totalidad del mismo (Figura 3). Se decide su resección hasta su base, por lo que se convierte a una minilaparotomía, dado por una mediana infraumbilical. Se exterioriza el divertículo y se realiza resección en cuña del mismo, conservando espolón mesentérico del asa delgada. Se confecciona una anastomosis término terminal manual con Vicryl 4-0.

El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, otorgándole el alta al cuarto día.

DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva baja es un problema diagnóstico y terapéutico en la emergencia. Existe controversia en el manejo inicial de estos pacientes, dependiendo principalmente del estado hemodinámico al ingreso.³

En pacientes hemodinámicamente estables el procedimiento diagnóstico de elección es la videocolonoscopia, con previa preparación colónica para mejorar visibilidad y

reducir riesgos de perforación.³ En pacientes inestables, las guías británicas recomiendan la angio TC de inicio, con eventual angioembolización del vaso sangrante, y una endoscopia digestiva baja en diferido para evaluar la lesión.⁴

La angio TC tiene como ventaja la posibilidad de visualizar sangrados del intestino delgado, por lo que es de elección si se sospecha un sangrado de esta topografía.

Entre un 5-10 % de las hemorragias digestivas bajas corresponden al intestino delgado. Las causas más frecuentes de estos sangrados varían según la edad del paciente. En pacientes menores a 40 años las causas más frecuentes son la enfermedad inflamatoria intestinal y el divertículo de Meckel.

La angiografía es un método eficaz para topografiar y tratar estos sangrados, con una tasa de éxito que varía entre 40 y 100 % en la literatura.⁴ Algunas de las complicaciones de la embolización angiográfica son el resangrado o la isquemia intestinal, por lo que los pacientes deben ser vigilados en forma estricta en los primeros días post procedimiento.⁴

En casos de divertículo de Meckel con sangrado activo, la arteriografía permite detectar el origen del mismo, al visualizar el vestigio de la arteria onfalomesentérica. La gammagrafía con Tecnecio 99 es utilizada para el diagnóstico en niños, pero tiene una sensibilidad más baja en adultos, además de una limitada disponibilidad, por lo que no es el estudio de primera elección.⁵

En caso de sangrado activo está descrita la angioembolización, con o sin resección posterior del divertículo.⁵ En casos de inestabilidad hemodinámica, la angioembolización puede utilizarse como terapia puente, contemporizando el tratamiento definitivo, permitiendo estabilizar al paciente antes de la cirugía. De esta manera se puede plantear un tratamiento quirúrgico laparoscópico, con las ventajas conocidas del mismo.⁵

El tratamiento resectivo del divertículo es tema de discusión, pudiendo optarse por la resección segmentaria de intestino delgado y anastomosis, resección en cuña o grado tangencial.¹

CONCLUSIÓN

Se presentó el caso de un paciente joven, con una hemorragia digestiva baja masiva, que correspondía a un divertículo de Meckel complicado. El mismo fue tratado en forma inicial mediante angioembolización y requirió posteriormente resección por isquemia local.

Destacamos la importancia de los algoritmos diagnósticos y terapéuticos al enfrentarnos a una hemorragia digestiva baja con repercusión hemodinámica. A su vez, debemos recordar al divertículo de Meckel como una causa frecuente de hemorragia de intestino delgado en el paciente joven.

REFERENCIAS

1. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine* 2018;97:e12154.
2. Uppal K, Tubbs RS, Matusz P, Shaffer K, Loukas M. Meckel's diverticulum: a review. *Clin Anat* 2011;24:416-22.
3. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical guideline: Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2016;111:459-74. (correction *Am J Gastroenterol* 2016;111:755).
4. Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut* 2019;68:776-89.
5. Liu X, Chan DK, Tan KK. Angioembolisation of a bleeding Meckel's diverticulum. *J Gastrointest Surg* 2015;19:2286-87.

COMENTARIO

La presentación como shock hemorrágico de un divertículo de Meckel complicado es una presentación inusual. El manejo inicial corresponde al de una hemorragia digestiva baja de cualquier otra etiología consistiendo en una videocolonoscopia inicial y, en el caso de que esta no arroje ningún sitio de sangrado, puede realizarse un estudio hemodinámico como se realizó en el caso presentado, el cual sirve como método diagnóstico y terapéutico. De acuerdo a la evolución clínica del paciente en este caso, la resolución quirúrgica es mandatoria. Cabe destacar que la sospecha clínica de esta entidad como causal de hemorragia digestiva juega un papel fundamental, debido a lo infrecuente de esta presentación.

Florencia Ventura
Clínica Bazterrica. CABA, Argentina.

Cirugía miniinvasiva transanal (TAMIS). Una alternativa para la resección de una cicatriz rectal luego de una resección endoscópica insuficiente

Alejandra Liz, Isabel Gabito, Álvaro Lavega, Emilia Cerchiari, Gonzalo
Gayo, Diego Lapiedra, Marcelo Viola

Unidad de Coloproctología. Clínica Quirúrgica "1" Hospital Pasteur. Prof. Dr. Fernando
González Calcagno. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

La resección transanal miniinvasiva ha mejorado los resultados de las resecciones transanales clásicas. Estas técnicas se han difundido en los últimos años debido al desarrollo del TAMIS (trans anal minimally invasive surgery), que consiste en un puerto multicanal transanal por el que se introduce instrumental laparoscópico clásico. Debido a esto, no solo ha aumentado el número de procedimientos transanales realizados, sino también sus indicaciones, incluyendo un amplio abanico de patologías.

En esta publicación destacamos su rol como procedimiento miniinvasivo de exéresis de un adenocarcinoma rectal insuficientemente resecado luego de un procedimiento endoscópico, permitiendo un estudio adecuado de la lesión. Se describirán los principales detalles de la técnica y sus resultados.

Palabras claves: Cirugía transanal; TAMIS; Pólipos colorrectales

ABSTRACT

Transanal minimally invasive resection has improved the results of classic transanal resections. These techniques have spread in recent years due to the development of TAMIS (transanal minimally invasive surgery), which consists of a transanal multi-channel port through which classic laparoscopic instruments are introduced. Due to this, not only the number of transanal procedures performed has increased, but also their indications, including a wide range of conditions.

In this publication we highlight its role as a minimally invasive procedure for the excision of an insufficiently resected rectal adenocarcinoma after an endoscopic procedure, allowing an adequate study of the lesion. The main details of the technique and its results will be described.

Keywords: Transanal Surgery; Tamis; Colorectal Polyps

INTRODUCCIÓN

El equilibrio para lograr un tratamiento adecuado y mantener la calidad de vida ha derivado en el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías. Las técnicas transanales combinadas con el abordaje endoscópico surgen como alternativa a la resección local convencional.¹

En 1988, Buess et al.,² describen la microcirugía endoscópica transanal (TEM: transanal endoscopic microsurgery) como ejemplo de cirugía por orificios naturales y posteriormente surge la cirugía endoscópica transanal (TEO: transanal endoscopic operation). Estas técnicas permitieron mejorar la visibilidad y calidad de la resección, así como tratar lesiones en todos los sectores del recto y sigmoides distal, con mejores resultados que la cirugía transanal convencional.³

El TAMIS (trans anal minimally invasive surgery) surge a partir del desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva de

puerto único (single port). Descrita en 2010 por Atallah et al.⁴ como una alternativa al TEM/TEO, consiste en la utilización de un puerto único multicanal transanal combinado con el uso de instrumental laparoscópico.⁵ Esto ha facilitado su desarrollo y ampliado las indicaciones de lesiones pasibles de resección transanal incluyendo: lesiones benignas, particularmente los pólipos;^{6,7} tumores neuroendócrinos;⁷ tumores del estroma gastrointestinal (GIST);¹ resección con criterio curativo de adenocarcinomas rectales T1 (habitualmente ¼ de circunferencia, bien diferenciados, sin angio/linfoinvasión);^{1,6,7} resección de tumores T2, siendo una indicación controversial ya que existe riesgo de metástasis ganglionares (puede considerarse en T2 bien diferenciados, sin invasión vascular/linfática y, en estos casos, la evidencia recomienda fuertemente la necesidad de tratamiento adyuvante, quimiorradiante);^{1,6,7} resecciones no oncológicas en pacientes con elevado riesgo quirúrgico o por elección propia; y exéresis biopsica de la "cicatriz" de una lesión rectal luego del tratamiento neoadyuvante.¹ En este caso, destacamos su rol como coadyuvante de la resección endoscópica frente a resecciones insuficientes (superficiales, márgenes

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Marcelo Viola Malet

mviolam@gmail.com

Recibido: septiembre de 2020. **Aceptado:** mayo de 2021.



Figura 1: Se observa la cicatriz de aspecto nacarado, con fibrosis convergente.



Figura 3: Colocación de la plataforma y comienzo de la cirugía.

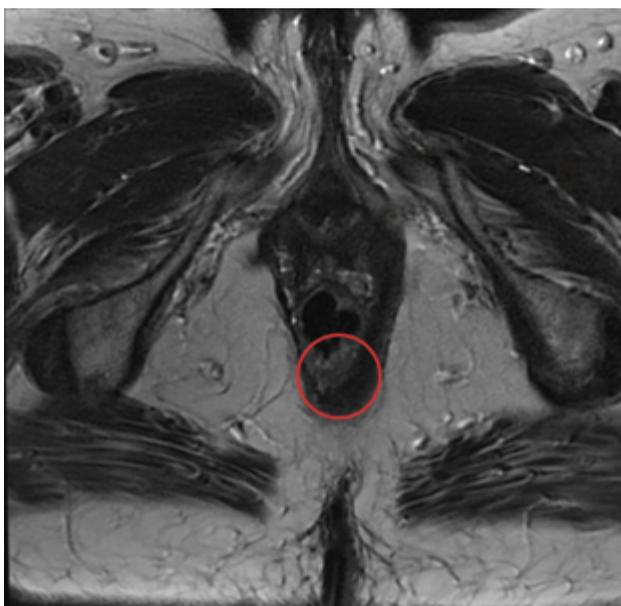


Figura 2: Obsérvese el engrosamiento mucoso en cara pósterolateral izquierda.

insuficientes, fragmentadas).

Menos frecuentemente, se ha descrito su uso para la reparación de fistulas rectoureterales, hemostasis de lesión de Dielafoy rectal, reparación de fallas de suturas colo o ileorrectales, extracción de cuerpos extraños y abordajes transcolostomía.⁹

MÉTODO

Se presenta el caso de una paciente de 68 años a la que se le resecó endoscópicamente, durante una videocolonoscopia, un polipo rectal sésil a 7 cm del margen anal (Figura 1). El informe histológico refleja la resección endoscópica incompleta de un adenocarcinoma de recto bajo, con infiltración submucosa de 4 mm de profundidad y márgenes de resección comprometidos. Para completar la valoración oncológica del mesorrecto se realizó una resonancia nuclear magnética de recto (Figura 2) que descarta compromiso ganglionar mesorrectal, así como hace

referencia a una alteración de la pared del recto, probablemente vinculada a una cicatriz. La evaluación de lesiones a distancia se realizó con tomografía de tórax, abdomen y pelvis y marcadores tumorales los cuales fueron normales. La estadificación cTNM fue T1N0M0, por lo que se decidió la resección de espesor parietal total por TAMIS para estudio completo de la lesión. No se hizo una ecografía endorrectal, ya que no tenemos disponibilidad permanente de dicho estudio.

El procedimiento se realizó bajo anestesia general; con ayuno previo, preparación retrógrada del recto para la correcta visualización de la lesión y profilaxis antibiótica con Ampicilina-Sulbactam.

La paciente se colocó en posición ginecológica y Trendelenburg optimizando la visión de la luz rectal.

Se colocaron el monitor hacia la cabeza del paciente, el cirujano entre las piernas a la derecha y el asistente a la izquierda.

Tacto rectal sin lesiones. Esfínter normotónico.

Dilatación anal suave para facilitar la colocación del dispositivo y disminuir el riesgo de trauma esfintérico.

Introducción del GelPOINT Path® plegado, lubricado. Fijación a la piel para evitar su rotación o expulsión, minimizando el trauma del canal anal (Figura 3).

Colocación de la tapa hermética de gel y los tres puertos de acceso. En el puerto central se colocó la óptica y en los otros dos, los instrumentos laparoscópicos. El insuflador se conecta al trócar más superior para evitar que el flujo de CO₂ "salpique" la óptica con el líquido acumulado en el sector declive del recto. Conexión del GelPOINT Path® a una bolsa de estabilización de gas para mantener una cavidad estable. Neumorrecto a 12 mmHg. Identificación de cicatriz de polipectomía en cara pósterolateral derecha, a 7 cm del margen anal. Realce de la lesión con azul de Metileno (Figura 4). Marcado circunferencial de la misma con electrobisturí (margen de 1 cm). La resección comenzó a la hora 6 avanzando por ambos la-

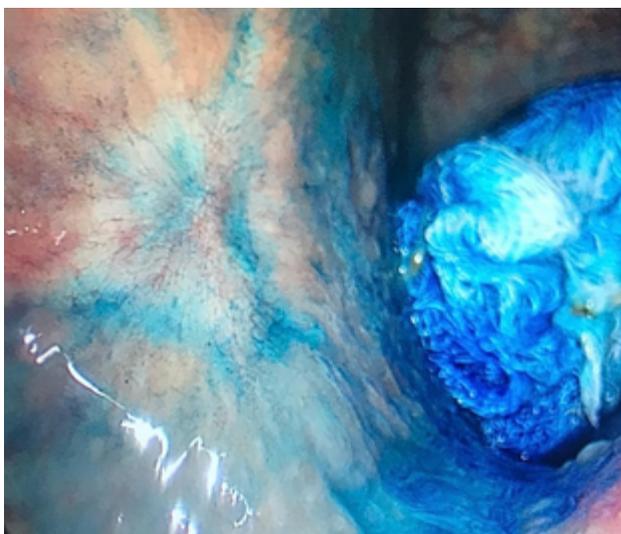


Figura 4: Realce de la lesión con azul de Metileno

dos hasta el sector proximal. Esta maniobra facilita la disección del margen en profundidad. Se tomó la pieza por mucosa sana para evitar su fragmentación, asegurando una pieza única y con margen adecuado (Figura 5). Extracción de la lesión retirando la tapa del dispositivo. Se repera para estudio anatomopatológico (Figura 6).

Cierre de la brecha rectal con sutura barbada 3-0 (V-Loc™, Covidien, Mansfield, MA) (Figura 7).

Postoperatorio sin incidentes. Alta el mismo día.

Resultado anatomopatológico: cicatriz inflamatoria sin malignidad.

DISCUSIÓN

Frente al TEM/TEO, el abordaje TAMIS ha presentado ciertas ventajas: menor costo; plataforma más fácil de colocar; uso de instrumental laparoscópico; campo visual de 360° (vs. 220° del TEM); no requiere cambios de posición del paciente (con posibilidad de abordaje intraperitoneal combinado) y curva de aprendizaje corta para cirujanos expertos en laparoscopia.^{1,3-5,8}

Actualmente, existe un renovado interés en TAMIS debido al desarrollo de la escisión mesorrectal total transanal (taTME) combinado con resección laparoscópica intraabdominal, facilitando la escisión completa del mesorrecto, cuya disección es dificultosa por vía abdominal exclusiva.^{8,10} En esta publicación, comunicamos también su valor en la resección de cicatrices rectales de procedimientos endoscópicos insuficientes.

En TAMIS, las dos plataformas más utilizadas son: SILS port® (Covidien, Mansfield, Massachusetts, EEUU) y GelPoint Path® (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, California, EEUU).⁶ Su material flexible basado en un elastómero termoplástico permite ajustar

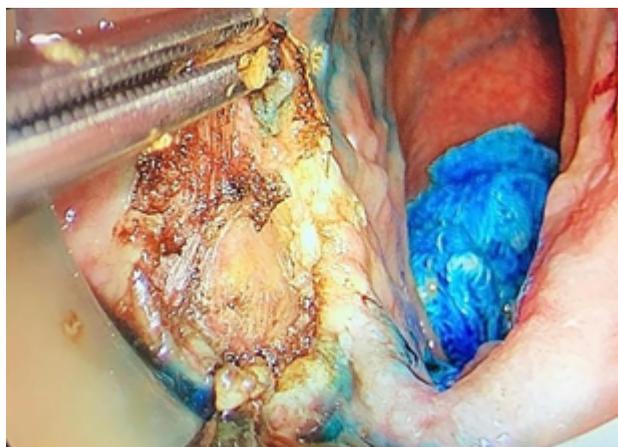


Figura 5: Comienzo de la disección.

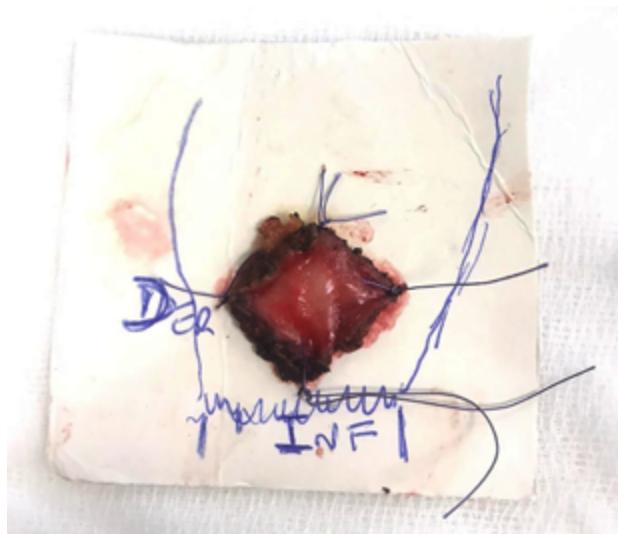


Figura 6: Resección completa. Marcado de la pieza para anatomía patológica.



Figura 7: Cierre de la brecha rectal con sutura barbada 3-0.

tar instrumentos laparoscópicos de diferente tamaño. Se adapta al canal anal disminuyendo la distensión del esfínter y, gracias al material de confección, genera un sistema de sellado que minimiza la pérdida de CO₂. La menor longitud en comparación al TEM, permite mayor

angulación y movimiento de las pinzas durante el procedimiento.^{4,9}

Una de las dificultades técnicas relacionadas al TAMIS es la inestabilidad del neumorrecto por el flujo pulsátil del insuflador. En los últimos años se han desarrollado dispositivos como el insuflador Airseal™ y las bolsas estabilizadoras de gas, como la que hemos utilizado. Esto crea un neumorrecto estable, evitando el flujo rítmico y el colapso de la luz rectal, facilitando el procedimiento.¹¹ El neumorrecto suele realizarse a 15 mmHg con flujo alto, para lograr una adecuada distensión.⁸

Para la resección con márgenes adecuados, destacamos la utilidad del realce de la lesión con tinción vital como el azul de Metileno.¹² Esto permite diferenciar mejor el área patológica de la mucosa normal, facilitando el marcado de la lesión con un margen seguro de 5-10 mm.³ La profundidad de la resección dependerá del tipo de lesión. En las resecciones anteriores de espesor parietal completo debe tenerse cuidado de no lesionar la vagina, la uretra/próstata. Es preferible la utilización del electrobisturí para visualizar los planos de disección, si bien pueden utilizarse otros métodos de hemostasis. La pieza obtenida debe ser única y marcarse adecuadamente para su estudio anatomopatológico.⁸

Un punto controversial es el cierre de la brecha rectal a nivel subperitoneal. Las últimas publicaciones recomiendan que debe intentarse siempre que sea posible.⁸ En cirujanos experimentados y centros de alto volumen se observa una tendencia a realizar el cierre parietal. Puede utilizarse una sutura barbada 2-0 o 3-0 que facilita la maniobra.³ Como ventajas, habría menos complicaciones fundamentalmente hemorrágicas y aumentaría la velocidad de cicatrización. Sin embargo, esto no está completamente demostrado y el cierre puede ser dificultoso.⁸

En cuanto a los resultados, el TAMIS tiene resultados similares a otras técnicas endoscópicas de cirugía transanal.^{1,10} Los porcentajes de resección incompleta o de fragmentación varían según las series, pero son mejores en comparación a la resección local clásica. Se reportan mayores márgenes de resección R0 (88-90 % para la resección endoscópica vs. 55 % local clásica), menor frag-

mentación (1,4 % vs. 24 %) y menor recurrencia local acumulada (4-6 % a 20 % vs. 29 %).^{1,3,4}

La morbilidad global con las resecciones endoscópicas transanales varía entre el 7 y 31 % en distintos reportes.³ Esta variabilidad depende de los criterios utilizados para su evaluación. Afortunadamente, más de la mitad son leves y no requieren tratamiento.^{3,8} Dentro de las complicaciones más relevantes destacamos la hemorragia y la incontinencia. La hemorragia es la complicación más frecuente (1-13 %) y se asocia a dejar abierta la brecha rectal. Generalmente es leve y se detiene espontáneamente. En cuanto a la incontinencia, se ha reportado una incidencia de 10 %, de grado variable. Está dada fundamentalmente por la dilatación anal y colocación de la plataforma.⁹ Sin embargo, los últimos estudios han mostrado alteraciones principalmente manométricas sin traducción clínica. Se ha reportado tanto para TEM como para TAMIS.⁵

La dehiscencia de la línea de sutura y el desarrollo de abscesos perirrectales se observa en 5 % de los casos. Este porcentaje aumenta en pacientes sometidos a neoadyuvancia. Las lesiones uretrales/vaginales se ven en 5,8 %.³ La perforación intraperitoneal en resecciones altas puede repararse por abordaje transanal o laparoscópico abdominal simultáneo.³ Otras complicaciones poco frecuentes son: estenosis anal, fístulas rectovaginales, lesiones vasculares y nerviosas, embolia gaseosa, neumoretroperitoneo, retención aguda de orina, dolor y fiebre.⁹

CONCLUSIÓN

Gracias a la accesibilidad y familiaridad de los materiales laparoscópicos para el cirujano, el TAMIS ha permitido extender la aplicación de los procedimientos endoscópicos por vía transanal, con una mejor calidad de resección que la técnica transanal convencional. Esto permite ampliar sus indicaciones, como en este caso, que se utilizó para la resección de un tumor rectal luego de una resección endoscópica insuficiente, permitiendo su estudio anatomopatológico completo y definiendo la conducta terapéutica.

REFERENCIAS

1. Moreira Grecco A, Zapata G, Bollo C, Morales R, Sarotto L. TAMIS: ¿Un nuevo estándar para el tratamiento de los pólipos de recto? Revisión de la bibliografía y reporte de nuestra experiencia. *Rev Argent Coloproct* 2019;30:1-11.
2. Buess G, Kipfmüller K, Hack D, Grüssner R, Heintz A, Junginger T. Technique of transanal endoscopic microsurgery. *Surg Endosc* 1988;2:71-5.
3. Rossi G. Relato oficial. Resecciones transanales: pasado, presente y futuro. *Rev Argent Coloproct* 2019;30:1-77.
4. Atallah S, Albert M, Larach S. Transanal minimally invasive surgery: A giant leap forward. *Surg Endosc* 2010;24:2200-5.
5. Villanueva-Herrero JA, Alarcón-Bernes L, Jiménez-Bobadilla B. Cirugía endoscópica transanal: nuevas alternativas con instrumentos de cirugía laparoscópica convencional. *Rev Mex Cirug Endosc* 2011;12:174-79.
6. Qi Y, Stoddard D, Monson JRT. Indications and techniques of transanal endoscopic microsurgery (TEMS). *J Gastrointest Surg* 2011;15:1306-8.
7. Caselli G, Ocares M, Delgado C, Benavides C, Martin F, Madariaga J, et al. Cirugía transanal por puerto único para la resección local de

- lesiones de recto. Rev Chil Cir 2014; 66): 460-66.
- Quinteros F, Thiruppathy K, Albert MR. Transanal minimally invasive surgery (TAMIS): Operative technique, pitfalls, and tips. In: Ross H, Lee S, Mutch M, Rivadeneira D, Steele S. (eds) Minimally invasive approaches to colon and rectal disease. Springer: New York, NY. 2015;25:283-91.
 - Heras MA, Cantero R. Cirugía transanal a través de puerto único (TAMIS). Revisión frente otras técnicas de excisión endoscópica de lesiones rectales. Rev Argent Coloproct 2013;2:55-60.
 - Arroyave MC, De Lacy B, Lacy AM. Transanal total mesorectal excision (TaTME) for rectal cancer: step by step description of the surgical technique for a two-team approach. Eur J Surg Oncol 2017;43: 502-5.
 - Waheed A, Miles A, Kelly J, Monson JRT, Motl JS, Albert M. Insufflation stabilization bag (ISB): a cost-effective approach for stable pneumorectum using a modified CO2 insufflation reservoir for TAMIS and taTME. Tech Coloproctol 2017;21:897-900.
 - Moreira Grecco A, Dip F, Sarotto L. Methylene blue TAMIS guided procedure facilitates adenomatous polyps resection. <https://www.sages.org/meetings/annual-meeting/abstracts-archive/methylen-blue-tamis-guided-procedure-facilitates-adenomatous-polyps-resection/>.

COMENTARIO

Se presenta un caso de resección transanal mininvasiva (TAMIS) de una cicatriz secuela de la exéresis endoscópica incompleta de una lesión del recto bajo informada como adenocarcinoma con infiltración submucosa de 4 mm de profundidad y márgenes de resección comprometidos. No se informa el grado de diferenciación, ni si existe o no invasión linfocelular o budding y aún cuando puede asumirse que es por su ausencia, debería exigirse al patólogo que lo explicita en su informe, dado que son otros factores histológicos que permiten definir a un carcinoma temprano como de bajo o alto riesgo de presentar tumor residual en la pared o ganglios mesorrectales positivos, luego de la exéresis local. No obstante, en este caso ya estaban presentes al menos dos factores de alto riesgo (margen de resección comprometido y profundidad de invasión tumoral >1 mm en un pólipo sésil).^{1,2}

Los autores deben ser felicitados por realizar la resección local exitosamente y sin complicaciones, obteniendo una pieza no fragmentada y completa para el análisis histopatológico y demostrando su pericia y experiencia con la técnica. Sin embargo, no era necesario realizar esta resección si tenemos en cuenta que el informe de la biopsia endoscópica ya indicaba la necesidad de una resección oncológica, no solo por el compromiso del margen que, de ser el único factor adverso, podría haberse corregido con la resección por TAMIS, sino esencialmente porque la profundidad de invasión submucosa de 4 mm define a una lesión como de alto riesgo. Hay consenso en que los carcinomas T1 con características histológicas de alto riesgo tienen altas tasas de recurrencia local/regional, semejantes a las de los T2.³

Según la presencia o no de los factores de riesgo, los cánceres tempranos presentan una tasa de ganglios mesorrectales positivos del 3 al 23 %, que también es más elevada en los ubicados en el tercio distal del recto.⁴ Estas adenopatías positivas pueden ser responsables de la recurrencia posterior a una resección local con márgenes libres. Lamentablemente, para predecirlas no se puede confiar en la resonancia magnética nuclear de alta resolución (RMN-AR) ni en la ecografía endorrectal (superior a la RMN-AR para el T), porque para estadificar el N la capacidad de ambos métodos es baja. Esto es debido probablemente a que en los pólipos malignos (T1) las adenopatías metastásicas suelen ser de menor tamaño (mediana 3,3 mm) que en los tumores más avanzados (T2: 6,2 mm; T3: 8,0 mm) y además los focos de cáncer son más pequeños (mediana 0,3 mm), lo que hace dificultosa su identificación.⁵ Es así que aunque las guías de la Asociación de Coloproctología de Gran Bretaña e Irlanda recomiendan realizar una ecografía endorrectal en todos los tumores rectales polipoides antes de la resección local para evaluar el T, también establecen que no se debería confiar en este estudio ni en la RM-AR para evaluar la probabilidad del compromiso de los ganglios linfáticos.²

En esta paciente, sin comorbilidades, la evidencia indica la cirugía radical, más aún cuando a priori podría realizarse la conservación de esfínteres, porque a pesar de que el informe anatomopatológico de la resección por TAMIS no mostró lesión residual en la pared, no pueden descartarse adenopatías mesorrectales positivas en el segmento de implantación del pólipo. Afortunadamente y contra lo que podría suponerse, la resección local previa no afecta negativamente la realización de una proctectomía radical temprana, ni produce consecuencias oncológicas adversas.⁶

Rita L. O. Pastore
Hospital Juan A. Fernández, CABA, Argentina.

REFERENCIAS

- Kitajima K, Fujimori T, Fujii S, Takeda J, Ohkura Y, Kawamata H, et al. Correlations between lymph node metastasis and depth of submucosal invasion in submucosal invasive colorectal carcinoma: a Japanese collaborative study. J Gastroenterol 2004;39:534-43.
- Williams J, Pullan R, Hill J, Horgan P, Salmo E, Buchanan G, et al. Management of the malignant colorectal polyp: ACPGIBI position statement. Colorectal Dis 2013;15 (Suppl. 2) 1-38.
- Bach S, Hill J, Monson J, Simson J, Lane L, Merrie A, et al. A predictive model for local recurrence after transanal endoscopic microsurgery for

-
- rectal cancer. Br J Surg 2009;96:280-90.
4. Nascimbeni R, Burgart L, Nivatvongs S, Larson D. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 2002;45:200-6.
 5. Landmann R, Wong W, Hoepfl J, Shia J, Guillem J, Temple L, et al. Limitations of early rectal cancer nodal staging may explain failure after local excision. Dis Colon Rectum 2007;50:1520-25.
 6. Hahnloser D, Wolff B, Larson D, Ping J, Nivatvongs S. Immediate radical resection after local excision of rectal cancer: an oncologic compromise? Dis Colon Rectum 2005;48:429-37.

Perforación videocolonoscópica ¿Es factible suturar?

Rocío Pérez Domínguez,¹ Melina Sofía Colman,²
Sergio Schlain³

¹Staff de la División Coloproctología, HIGA San Roque de Gonnet. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

²Residente de Cirugía General, HIGA San Roque de Gonnet. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

³Coordinador de la División Coloproctología, HIGA San Roque de Gonnet. La Plata, Buenos Aires, Argentina.



RESUMEN

Introducción: La perforación videocolonoscópica del colon es una complicación poco frecuente, aunque su riesgo se ha visto incrementado debido al enfoque en la prevención, diagnóstico y tratamiento de lesiones colorrectales. Puede ocurrir durante la endoscopia diagnóstica o terapéutica con una frecuencia del 0,019-0,8 % y 0,1-0,3 % respectivamente y puede estar relacionada a varios mecanismos. El manejo puede ser conservador, endoscópico o quirúrgico y existe debate sobre el enfoque más adecuado. Presentamos un caso de nuestra experiencia en el que mostramos una colorrafía laparoscópica.

Descripción del caso: Se presenta el caso de una mujer de 65 años que concurrió para realizarse una videocolonoscopia de screening para cáncer de colon, con buena preparación intestinal. La perforación ocurrió a nivel del ángulo rectosigmoideo y fue visualizada e inmediatamente diagnosticada por el endoscopista. Suspendido el estudio la paciente presentó leve dolor abdominal por lo que fue llevada a la sala de operaciones dentro de las 4 horas posteriores a la videocolonoscopia y realizándose una exploración laparoscópica. Se utilizaron dos trócares de 5 mm y uno de 10 mm. La perforación se identificó fácilmente, presentaba una extensión de 30 x 30 mm a nivel la unión rectosigmoidea con escaso líquido libre. La perforación fue reparada en dos planos con poliglactina 910 continua 3-0. La cavidad peritoneal se lavó en todos los cuadrantes y se utilizó un drenaje abocado al fondo de saco de Douglas que se exteriorizó por uno de los orificios portales. Prueba neumática negativa. El tiempo operatorio completo fue de 60 minutos. La paciente evolucionó favorablemente, otorgándosele el alta médica al cuarto día postoperatorio con dieta general y buena función intestinal.

Conclusiones: El cierre primario laparoscópico es un enfoque mínimamente invasivo seguro para el manejo de perforaciones colonoscópicas en ausencia de inflamación extensa o contaminación fecal. En manos experimentadas, permite evitar una laparotomía y otorga los beneficios de la cirugía miniinvasiva. La colorrafía laparoscópica debe considerarse en el tratamiento selectivo de las perforaciones colonoscópicas.

Palabras claves: Perforación colonoscópica; Colorrafía; Videolaparoscopia

ABSTRACT

Introduction: Colonoscopic perforation of the colon is a rare complication, although its risk has been increased due to the focus on prevention, diagnosis and treatment of colorectal lesions. It can occur during diagnostic or therapeutic endoscopy with a frequency of 0.02-0.8% and 0.1-0.3%, respectively, and may be related to several mechanisms. Management can be conservative, endoscopic, or surgical, and there is debate about the most appropriate approach. We present a case to show a laparoscopic colorrhaphy.

Case report: A 65-year-old woman underwent a screening colonoscopy for colon cancer, with good bowel preparation. The perforation occurred at the rectosigmoid angle and was visualized and immediately diagnosed by the endoscopist. After the study suspension, the patient presented mild abdominal pain, so within 4 hours she was taken to the operating room and a laparoscopic examination was performed. Two 5 mm and one 10 mm trocars were used. The perforation, easily identified, had a 30x30 mm extension at the level of the rectosigmoid junction and little free fluid was observed. It was repaired with a running suture in two planes with polyglactin 910, 3-0. All quadrants of the peritoneal cavity were washed and one drainage was placed to the cul-de-sac of Douglas, through one of the

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Sergio Schlain

sergiofschlain@gmail.com

Recibido: julio de 2020. Aceptado: agosto de 2020.

portal openings. The pneumatic test was negative. The complete operative time was 60 minutes. The patient evolved favorably, and was discharged on the fourth postoperative day with a full diet and good bowel function.

Conclusions: Laparoscopic primary closure is a safe minimally invasive approach for the management of colonoscopic perforations in the absence of extensive inflammation or fecal contamination. In experienced hands, it avoids laparotomy and provides the benefits of minimally invasive surgery. Laparoscopic colonoscopy should be considered in the selective treatment of colonoscopic perforations.

Keywords: Colonoscopic Perforation; Colonoscopy; Videolaparoscopy

COMENTARIO

Interesante video donde se constata la resolución laparoscópica de una perforación colónica iatrogénica secundaria a una videocolonoscopía de screening. Las imágenes muestran con gran calidad la exploración de la cavidad abdominal donde se evidencia bajo grado de contaminación de la misma y luego la correcta identificación y rafia en dos planos del sitio perforado. Felicitaciones a los autores.

El tratamiento precoz de este tipo de complicaciones endoscópicas es fundamental para poder realizar un cierre primario de la perforación y así conservar el órgano afectado. La resolución de forma miniinvasiva es un valor agregado que se traduce en beneficio del paciente. El hecho de tener un colon previamente preparado ayuda a lo antes mencionado.

En un estudio retrospectivo de publicación reciente, evaluaron los resultados de 48 pacientes con perforación colónica por videocolonoscopía resueltos quirúrgicamente, la mayoría con cierre primario. Los autores observaron que tuvieron mayor tasa de fuga postoperatoria aquellos pacientes en quienes realizaron rafia primaria sin previa resección de los márgenes del defecto, en comparación con aquellos en que sí la realizaron. Si bien el número de pacientes del estudio es pequeño, dada la baja incidencia de esta complicación, es un dato técnico digno de tener en consideración.¹

Joaquín Tognelli

Sanatorio Sagrado Corazón y Sanatorio Finochietto. CABA, Argentina.

REFERENCIAS

1. Lim DR, Kuk JK, Kim T, Shin EJ. The analysis of outcomes of surgical management for colonoscopic perforations: A 16-years experiences at a single institution. *Asian J Surg* 2020;43:577-84.