

Revista Argentina de
COLOPROCTOLOGÍA

Publicación oficial de la
Sociedad Argentina de Coloproctología





REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Ingresa a nuestra web y descargue los
últimos volúmenes de nuestra revista

WWW.SACP.ORG.AR



Contacto

Teléfono: +54 11 4322-9695

Mail: info@sacp.org.ar



Confíe en SenSura® doble capa de seguridad

Las bolsas SenSura® han sido diseñadas con el adhesivo único de doble capa que proporcionan una mayor seguridad y confianza.



El Programa **Coloplast® Activa** asiste y asesora al profesional y a su equipo con una solución rápida y confiable en el cuidado de las ostomías.

Nuestra asesora especializada orienta y contiene al paciente en el pre y post operatorio para que pueda llevar una **VIDA INDEPENDIENTE**, ya sea que éste se encuentre internado o dado de alta.

Este servicio es totalmente gratuito.

Comuníquese con nuestro equipo Coloplast al **0800 777 7008**.

ERBITUX® - CETUXIMAB 5 MG/ML - SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN.

Venta bajo receta archivada. Industria Alemana. **COMPOSICIÓN:** Cada mL de solución para perfusión contiene: Cetuximab 5,000 mg. Excipientes: cloruro de sodio, glicina, polisorbato 80, ácido cítrico monohidrato, hidróxido de sodio 1 M pH = 5.5 y agua para inyectables csp 1.00 mL. **ACCIÓN TERAPÉUTICA.** Agente anti-epidérmico, anticuerpo monoclonal. **INDICACIONES.** Erbitux® está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y con gen KRAS de tipo nativo - en combinación con quimioterapia basada en irinotecan o perfusión continua de 5-fluorouracilo/ácido folínico más oxaliplatino (por detalles, ver sección Propiedades) - como agente único en pacientes que fracasaron con tratamientos basados en oxaliplatino e irinotecan y que no toleraban irinotecan. Erbitux® está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello - en combinación con radioterapia para la enfermedad localmente avanzada - en combinación con quimioterapia basada en platino para la enfermedad recurrente y/o metastásica - como agente único después del fracaso de la quimioterapia para la enfermedad recurrente y/o metastásica. **CONTRAINDICACIONES.** Erbitux® está contraindicado en pacientes con reacciones de hipersensibilidad severas (grado 3 ó 4 Instituto Nacional del Cáncer de EUA - Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos; CTCAE) provocadas por Cetuximab. Antes de iniciar el tratamiento combinado, deben considerarse las contraindicaciones para el uso concomitante de agentes quimioterápicos o radioterapia. **EMBARAZO Y LACTANCIA.** El EGFR interviene en el desarrollo del feto. Observaciones limitadas en animales indican que habría pasaje de Cetuximab por la placenta, y se ha encontrado que otros anticuerpos IgG1 atraviesan la barrera placentaria. Los datos en animales no revelaron ninguna evidencia de teratogenicidad. Sin embargo, dependiendo de la dosis, se ha observado un aumento de la incidencia de abortos. No se dispone de suficiente información de mujeres embarazadas. Se recomienda firmemente administrar Erbitux® durante el embarazo o a cualquier mujer que no esté usando anticoncepción adecuada sólo si el beneficio potencial justifica un riesgo potencial para el feto. Se recomienda que las mujeres no amamanten durante el tratamiento con Erbitux® y hasta dos meses después de la última dosis, porque no se sabe si Erbitux® se excreta en la leche de pecho. No hay datos sobre el efecto de Cetuximab sobre la fertilidad humana. Los efectos sobre la fertilidad en el hombre y la mujer no han sido evaluados con estudios formales en animales. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES.** Reacciones relacionadas con la perfusión. Si los pacientes presentan reacciones relacionadas con la perfusión, leves o moderadas, puede reducirse la velocidad de perfusión. Se recomienda mantener esta velocidad de perfusión menor en todas las infusiones subsiguientes. Se han comunicado reacciones severas relacionadas con la perfusión en pacientes tratados con Erbitux®. Los síntomas habitualmente se presentaron durante la primera perfusión y hasta 1 hora después de la finalización de la perfusión, pero puede aparecer varias horas después o con infusiones posteriores. Se recomienda advertir a los pacientes de la posibilidad de una aparición tan tardía y darles instrucciones de consultar a su médico si se presentaran síntomas de reacciones relacionadas con la perfusión. Si hubiera reacciones severas vinculadas a la perfusión, se debe interrumpir el tratamiento con Erbitux® de manera inmediata y permanente y puede ser necesario instaurar un tratamiento de emergencia. Se recomienda tener atención especial con los pacientes con estado funcional reducido y patología cardiopulmonar preexistente. **Trastornos respiratorios.** Se han comunicado casos individuales de trastornos pulmonares intersticiales, no conociéndose su relación causal con Erbitux®. Si se diagnostica enfermedad pulmonar intersticial, debe interrumpirse Erbitux® y el paciente debe ser tratado apropiadamente. **Reacciones cutáneas.** Las reacciones cutáneas son muy comunes y tal vez requieran interrumpir o suspender el tratamiento. Las directrices de práctica clínica indican que se debe considerar el uso de tetraciclina por vía oral (6-8 semanas) y la aplicación tópica de crema de hidrocortisona al 1% con humectante. Se han utilizado corticoides tópicos de alta potencia o tetraciclina por vía oral para el tratamiento de las reacciones cutáneas. Si un paciente presenta reacciones cutáneas severas (≥ grado 3; Instituto Nacional del Cáncer de EUA - Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos; CTCAE), debe interrumpirse el tratamiento con Erbitux®. Solo se puede retomar el tratamiento si la reacción mejora a un grado 2. Si es la primera vez que apareció una reacción cutánea severa, debe reinstaurarse el tratamiento sin cambiar las dosis. Al aparecer reacciones cutáneas severas por segunda o tercera vez, debe interrumpirse nuevamente el tratamiento con Erbitux®. Sólo se puede retomar el tratamiento a un nivel de dosis más bajo (200 mg/m² del área de superficie corporal después de la segunda aparición, y 150 mg/m² después de la tercera aparición), si se ha resuelto la reacción al grado 2. Si aparecieran reacciones cutáneas severas una cuarta vez o si no se resuelven a grado 2 durante la interrupción del tratamiento, debe interrumpirse el tratamiento con Erbitux® de manera permanente. **Trastornos electrolíticos.** Es frecuente que se produzca una disminución progresiva de los niveles séricos de magnesio, lo que puede llevar a una hipomagnesemia severa. La hipomagnesemia es reversible luego de interrumpir Erbitux®. Además, puede aparecer hipopotasemia como consecuencia de diarrea. También puede aparecer hipocalcemia; puede aumentar la frecuencia de hipocalcemia severa en particular en combinación con una quimioterapia basada en platino. Se recomienda hacer la determinación de los niveles séricos de los electrolitos antes de iniciar el tratamiento con Erbitux® y durante el mismo y se recomienda reemplazar los electrolitos, según corresponda. **Neutropenia y complicaciones infecciosas relacionadas.** Los pacientes que reciben Erbitux® en combinación con quimioterapia basada en platino tienen un mayor riesgo de aparición de neutropenia severa, lo que puede llevar a complicaciones infecciosas subsiguientes como neutropenia febril, neumonía o sepsis. En este tipo de pacientes se recomienda un monitoreo cuidadoso, en particular en aquellos que presentan lesiones cutáneas, mucositis o diarrea que pueden facilitar la aparición de infecciones. **Trastornos cardiovasculares.** Se ha observado una frecuencia aumentada de acontecimientos cardiovasculares graves y a veces mortales y de muertes surgidas a raíz del tratamiento en la terapia para el cáncer de pulmón no microcítico, el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello y el carcinoma colorrectal. En algunos estudios, se ha observado una asociación con una edad ≥ 65 años. Cuando se prescriba Erbitux®, debe tenerse en cuenta el estado y desempeño cardiovascular de los pacientes y la administración concomitante de compuestos cardiotoxicos como las fluoropirimidinas. **Trastornos oculares.** Se han descrito casos de queratitis y queratitis ulcerosa con el uso de cetuximab. Se recomienda que los pacientes con signos y síntomas sugestivos de queratitis consulten a un oftalmólogo. Si se diagnosticara queratitis, deben considerarse cuidadosamente los beneficios y riesgos de continuar con el tratamiento. Si se confirma el diagnóstico de queratitis ulcerosa, debe interrumpirse o suspenderse el tratamiento con Cetuximab. Se recomienda prestar atención especial en los pacientes con antecedentes de queratitis, queratitis ulcerosa o con casos severos de ojo seco. **Pacientes con cáncer colorrectal cuyos tumores presentan mutaciones del gen KRAS.** Erbitux® no debe usarse para el tratamiento de los pacientes con cáncer colorrectal cuyos tumores presenten mutaciones del gen KRAS o en los que se desconoce el estado tumoral con respecto a dicho gen. Los resultados de los estudios clínicos muestran un equilibrio riesgo-beneficio negativo en los tumores con mutaciones del gen KRAS en particular en combinación con la perfusión continua de 5-fluorouracilo/ácido folínico más oxaliplatino (ver la Sección de Propiedades). **Tratamiento combinado.** Cuando se utilice Erbitux® en combinación con agentes quimioterápicos, referirse también al prospecto de estos productos medicinales. Existe experiencia limitada en el uso de Erbitux® en combinación con la radioterapia en el cáncer colorrectal. Efectos sobre la capacidad de conducir y usar máquinas. No se han realizado estudios sobre los efectos sobre la capacidad de conducir y usar máquinas. Si los pacientes presentan síntomas relacionados con el tratamiento que afecten su capacidad para concentrarse y reaccionar, se recomienda que no conduzcan o usen máquinas hasta que remitan los efectos. **Poblaciones especiales.** A la fecha sólo se han investigado pacientes con una función renal y hepática adecuada (creatinemia ≤ 1,5 veces, transaminasas ≤ 5 veces y bilirrubina ≤ 1,5 veces el límite superior normal). No se ha estudiado Erbitux® en pacientes con uno o más de los siguientes parámetros de laboratorio anormales: hemoglobina < 9 g/dl, conteo leucocitario < 3.000/mm³, conteo absoluto de neutrófilos < 1.500/mm³, conteo plaquetario < 100.000/mm³. No se ha establecido la seguridad ni la efectividad de Erbitux® en los pacientes pediátricos menores de 18 años. No se identificaron nuevas señales de seguridad en pacientes pediátricos, tal como se comunicó en un estudio fase I. No se requieren ajustes de dosis en los ancianos, pero la experiencia con los pacientes de 75 años o más es limitada. **EFFECTOS ADVERSOS.** Los efectos adversos abajo enumerados pueden esperarse bajo tratamiento con Erbitux®. Las siguientes definiciones se aplican a la terminología de frecuencia utilizada de aquí en adelante: Muy común (≥ 1/10), Común (≥ 1/100 a < 1/10), No común (≥ 1/1.000 a < 1/100), Raro (≥ 1/10.000 a < 1/1.000), Muy raro (< 1/10.000), frecuencia no conocida (no se puede estimar a partir de los datos disponibles). Un asterisco (*) indica que se presenta información adicional sobre el efecto indeseado respectivo abajo de la tabla. **Trastornos del sistema neu-**

viós: Común: Cefaleas. Frecuencia no conocida: Meningitis aséptica. **Trastornos oculares:** Común: Conjuntivitis. No común: Bifariatitis, queratitis. **Trastornos respiratorios:** torácicos y mediastinales: No común: Embolismo pulmonar. Raro: Enfermedad pulmonar intersticial. **Trastornos gastrointestinales:** Común: Diarrea, náuseas, vómitos. **Trastornos cutáneos y de tejidos subcutáneos:** Muy común: Reacciones cutáneas*. Frec. no conocida: Sobreinfección de lesiones cutáneas*. Muy raro: Síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica. **Trastornos del metabolismo y la nutrición:** Muy comunes: Hipomagnesemia Comunes: Deshidratación, en particular secundaria a diarrea o mucositis; hipocalcemia; anorexia que puede provocar adelgazamiento. **Trastornos vasculares:** No común: Trombosis venosa profunda. **Trastornos generales y condiciones del sitio de administración.** Muy comunes: Reacciones leves o moderadas relacionadas con la perfusión*; mucositis en algunos casos grave que puede llevar a epistaxis. Comunes: Reacciones severas relacionadas con la perfusión*, fatiga. **Trastornos hepatobiliares.** Muy comunes: Aumento de los niveles de las enzimas hepáticas (ASAT, ALAT, AP). **Información Adicional.** En términos generales, no se observó ninguna diferencia clínica relevante entre géneros. **Reacciones vinculadas a la perfusión.** Es muy común ver reacciones a la perfusión, leves o moderadas, comprendiendo síntomas como fiebre, escalofríos, mareos, o disnea, lo que ocurre cercanos en el tiempo, fundamentalmente con la primera perfusión de Erbitux®. Es posible que comúnmente aparezcan reacciones severas relacionadas con la perfusión, en raros casos con desenlace fatal. Habitualmente aparecen durante o dentro de la primera hora de la perfusión inicial de Erbitux®, pero pueden aparecer tras varias horas o con las infusiones subsiguientes. Si bien aún no se han identificado los mecanismos subyacentes, algunas de estas reacciones pueden ser de naturaleza anafilactoide/anafiláctica y pueden incluir síntomas como broncoespasmo, urticaria, aumento o disminución de la presión sanguínea, pérdida de conciencia o shock. En raros casos se ha descrito la aparición de angina de pecho, infarto miocárdico o paro cardíaco. Para el manejo clínico de las reacciones relacionadas con la perfusión, ver "Advertencias y Precauciones especiales". **Reacciones cutáneas.** Pueden aparecer reacciones cutáneas en más de 80% de los pacientes, y se presentan fundamentalmente como una erupción tipo acné y/o, con menor frecuencia, como prurito, piel seca, descamación, hipertrichosis, o trastornos ungueales (por ejemplo: paroniquia). Aproximadamente 15% de las reacciones cutáneas son severas, incluyendo casos únicos de necrosis cutánea. La mayoría de las reacciones cutáneas se presentan dentro de las tres primeras semanas de tratamiento. Generalmente se resuelven sin secuelas, con el tiempo, después de interrumpir el tratamiento, si se siguen los ajustes recomendados en el régimen posológico. Las lesiones cutáneas inducidas por Erbitux® pueden predisponer a los pacientes a sobreinfecciones (por ejemplo con S. aureus), lo que puede llevar a complicaciones posteriores, como celulitis, erisipela, o potencialmente, puede haber un desenlace fatal por síndrome de piel escaldada estafilocócica, fascitis necrotizante o sepsis. **Tratamiento combinado.** Cuando se utilice Erbitux® en combinación con agentes quimioterápicos, referirse también a sus respectivos prospectos. Por efectos adversos en combinación con otros agentes quimioterápicos, por favor referirse a "Interacciones". En combinación con radioterapia local de cabeza y cuello, los otros efectos indeseables fueron los habituales de la radioterapia (como mucositis, dermatitis rásica, disfagia o leucopenia, presentándose fundamentalmente como linfocitopenia). En un estudio clínico controlado, aleatorizado, con 424 pacientes, que declaraban tasas de dermatitis rásica severa aguda y mucositis, así como eventos tardíos relacionados con la radioterapia, fueron levemente más altos en pacientes que recibían radioterapia en combinación con Erbitux®, que en los que recibían radioterapia sola. **POSOLÓGIA - MODO DE ADMINISTRACIÓN.** Erbitux® debe ser administrado bajo la supervisión de un médico experimentado en el uso de los productos medicinales anti-epidérmicos. Se necesita un monitoreo cercano durante el tiempo de perfusión y por lo menos 1 hora después de finalizar la misma. Debe disponerse de equipos de reanimación. Antes de la primera perfusión, los pacientes deben recibir premedicación con un antihistamínico y un corticosteroide. Esta premedicación se recomienda antes de todas las infusiones subsiguientes. En todas las indicaciones, se administra Erbitux® una vez por semana. La primera dosis es 400 mg de Erbitux® por m² de área de superficie corporal con un período de perfusión recomendado de 120 minutos. Todas las dosis semanales subsiguientes son 250 mg por m² de área de superficie corporal, cada uno con un período de perfusión recomendado de 60 minutos. La velocidad de perfusión máxima no debe superar los 10 mg/min. **Cáncer colorrectal.** En pacientes con cáncer colorrectal metastásico, se utiliza Erbitux® en combinación con quimioterapia o como agente único. Se recomienda realizar la detección del estado mutacional de KRAS antes de la primera perfusión de Erbitux®. Para la dosificación o para las modificaciones de dosis recomendadas de los agentes quimioterápicos usados concomitantemente, por favor referirse a los prospectos de estos productos medicinales. No deben administrarse hasta tanto no haya transcurrido 1 hora de la finalización de la perfusión con Erbitux®. Se recomienda continuar con el tratamiento con Erbitux® hasta la progresión de la enfermedad. **Cáncer de células escamosas de cabeza y cuello.** En los pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello localmente avanzado, se utiliza Erbitux® concomitantemente con radioterapia. Se recomienda iniciar la terapia con Erbitux® una semana antes de la radioterapia y continuar el tratamiento con Erbitux® hasta el final del período de radioterapia. En pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico, se utiliza Erbitux® en combinación con quimioterapia basada en platino, seguido de Erbitux® como terapia de mantenimiento hasta la progresión de la enfermedad. No debe administrarse quimioterapia hasta tanto no haya transcurrido 1 hora de la finalización de la perfusión con Erbitux®. En los pacientes en los que fracasó la quimioterapia para cáncer de células escamosas de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico, también se usa Cetuximab como agente único. Se recomienda continuar con el tratamiento con Erbitux® hasta la progresión de la enfermedad. **INSTRUCCIONES PARA USO Y MANEJO.** Se administra Erbitux® 5 mg/ml por vía intravenosa con una bomba de perfusión, goteo por gravedad o una bomba con jeringa. Debe utilizarse una vía de perfusión aparte para la perfusión, y debe enjuagarse la vía con una solución para inyección de cloruro de sodio estéril 9 mg/ml (0.9%) al final de la perfusión. Erbitux® 5 mg/ml es una solución incolora. Erbitux® 5 mg/ml es compatible con: Bolsas de PE (polietileno), EVA (etil vinil acetato) o PVC (polivinil cloruro), -Aparatos de perfusión de PE, EVA, PVC, TP (poliolefino termoplasto) o PUR (poliuretano). -Jeringas para bombas de jeringa de PP (polipropileno). Erbitux® no contiene conservantes antimicrobianos o agentes bacteriostáticos. Por lo tanto, al preparar la perfusión debe asegurarse un manejo aséptico. Se recomienda fuertemente usar inmediatamente después de abrir. Erbitux® 5 mg/ml debe prepararse de la siguiente manera: **Para administración con bomba de perfusión o goteo por gravedad (diluido):** Tomar una bolsa de perfusión de un tamaño adecuado de solución de cloruro de sodio estéril de 9 mg/ml (0.9%); Tomar una bolsa de perfusión de un tamaño adecuado de solución de cloruro de sodio estéril de 9 mg/ml (0.9%). Calcular el volumen necesario de Erbitux®. Extraer un volumen adecuado de la solución de cloruro de sodio de la bolsa de perfusión, utilizando una jeringa estéril apropiada con una aguja adecuada. Tomar una jeringa estéril apropiada y adosar una aguja adecuada. Extraer el volumen necesario de Erbitux® de un vial. Transferir Erbitux® en la bolsa de perfusión preparada. Repetir este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conectar la vía de perfusión y cebarla con el Erbitux® diluido antes de iniciar la perfusión. Utilizar un goteo por gravedad o una bomba de perfusión para administración. Programar y controlar la velocidad como se explica arriba. **Para administración con bomba de perfusión o goteo por gravedad (no diluido):** Calcular el volumen necesario de Erbitux®. Tomar una jeringa estéril apropiada (mínimo 50 ml) y adosar una aguja adecuada. Extraer el volumen adecuado de Erbitux® de un vial. Transferir Erbitux® a un recipiente evacuado estéril o bolsa. Repetir este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conectar la vía de perfusión y cebarla con Erbitux® antes de comenzar la perfusión. Configurar y controlar la velocidad como se explica arriba. **Para administración con una bomba de jeringa:** Calcular el volumen requerido de Erbitux®. Tomar una jeringa estéril apropiada y adosar una aguja adecuada. Extraer el volumen necesario de Erbitux® de un vial. Retirar la aguja y poner la jeringa en la bomba de la jeringa. Conectar la vía de perfusión a la jeringa, configurar y controlar la velocidad tal como se explica arriba y comenzar la perfusión después de cebar la vía con Erbitux® o solución de cloruro de sodio estéril 9 mg/ml (0.9%). De ser necesario, repetir este procedimiento hasta infundir el volumen calculado. **INCOMPATIBILIDADES.** No debe mezclarse Erbitux® 5 mg/ml con otros productos medicinales aplicados por vía intravenosa, excepto los mencionados arriba en la sección "Instrucciones para uso y manejo". Debe utilizarse una vía de perfusión aparte. Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud, Certificado N° 51.443. **Elaborado en:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co, Biberach, Alemania / Merck KGaA, Darmstadt, Alemania. **Importado y Distribuido por:** Merck Química Argentina S.A.I.C. Tronador 4890 Buenos Aires, Argentina. Director Técnico: María Eugenia Butti, Farmacéutica. Div. Satisfacción al Cliente: 0-800-777777-8 Texto aprobado según Disp. N° 3847/13. Revisión: Marzo 2013 (MDS V 12) (G1)

La manera en que consideramos los biomarcadores en el cáncer colorrectal está cambiando.

RAS

Una adecuada selección de pacientes tiene como resultado un beneficio en la **Sobrevida Global**^{1,2}

ERBITUX[®]
CETUXIMAB

Vea la diferencia

1. Heinemann V, et al. ASCO 2013 (Abstract N° LBA3506).
2. Stintzing S, et al. ECC 2013 (Abstract N° lba17)

Merck Química Argentina S.A.I.C.
Tronador 4890, Piso 4 - C1430DNN CABA
Tel.: (011) 4546-8100 - www.merck.com.ar

Autorizada su publicación en espacios destinados exclusivamente a profesionales de la salud facultados para prescribir y/o dispensar medicamentos de venta bajo receta.
Sr. Profesional: el material científico aquí referenciado se encuentra a su disposición. Para solicitarlo, comuníquese con el Departamento Médico al teléfono 4546-8100

Merck Serono

MERCK

ENEMOL®



FOSFATO MONOSODICO 18 g - FOSFATO DE SODIO 8 g

Enema descartable
lista para usar

Indicado en el tratamiento de: ¹

- Constipación ocasional
- Limpieza preparatoria para procedimientos: Diagnósticos - Quirúrgicos



PRESENTACIÓN:

Envase con 1 pomo de material plástico, conteniendo 135 ml de solución de 18 g de fosfato monosódico y 8 g de fosfato de sodio, cánula aplicadora lubricada con capuchón protector y guante desechable.

IOMA

pami

VALE+
SALUD



REFERENCIAS: 1. Prospecto Enemol®. Gador S.A. F.U.R. ANMAT Oct-2007.



Gador
Al Cuidado de la Vida

<http://www.gador.com.ar>

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, sólo 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:

Artículos de Revisión

Serán una actualización del conocimiento en temas controvertidos. Si son revisiones sistemáticas se organizarán en introducción, material y método, resultados, discusión y conclusión. Si no lo son, la organización quedará a criterio del autor.

Artículos originales

Se comunicarán los resultados de estudios clínico-quirúrgicos y diagnósticos. Se organizarán en introducción, material y método, resultados, discusión y conclusión.

Notas técnicas

Subdividir las en: Introducción (indicaciones), método (descripción detallada del procedimiento), comparación con otros métodos, ventajas y desventajas, dificultades y complicaciones. No es imprescindible acompañarlas con un reporte de casos. Sólo citar las referencias bibliográficas pertinentes.

Reporte de casos

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 250 palabras, con 2 ilustraciones y hasta 5 referencias bibliográficas.

Casos 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 250 palabras y hasta 5 referencias bibliográficas.

Cartas al Editor

Serán referidas a los artículos publicados en la Revista y no deben exceder de una página, con hasta 5 referencias bibliográficas.

Investigación en Seres Humanos

Enviar la aprobación del Comité institucional de Ética actuante junto con el consentimiento informado. En investigación con animales también deberán ser controlados por el Comité Institucional de Ética.

Para consultar el reglamento completo:
www.sacp.org.ar/revista

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

Editores Responsables SACP
Sociedad Argentina de Coloproctología
Av. Córdoba 937 - Piso 3º - 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

Presidente	Jorge Héctor Arias
Vicepresidente	Jorge Alberto Latif
Secretario General	Carlos Miguel Lumi
Tesorero	Fernando Gabriel Bugallo
Secretario de Actas	Marcelo Javier Colinas
Vocal titular 1°	Juan Carlos Patrón Uriburu
Vocal titular 2°	Gustavo Leandro Rossi
Vocal titular 3°	Karina Andrea Collia Ávila
Vocal suplente 1°	Mauricio Abel Fantozzi
Vocal suplente 2°	Sergio Hernán Labiano
Vocal suplente 3°	Alejandro Ariel Moreira Grecco
Órgano de Fiscalización	Mario César Salomón (Titular)
	Carlos Enrique Peczan (Titular)
	Alejandro Gutiérrez (Suplente)

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) C.A.B.A., 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.

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

EDITOR

Hugo A. Amarillo (h)

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán

EDITORES ASOCIADOS

Maximiliano Bun

Hospital Alemán, Buenos Aires

Leonardo Salim

Hospital Provincial de Rosario, Rosario, Santa Fe

Gonzalo Castellano

Hospital Italiano, San Justo, Buenos Aires

Cristian Rodriguez

Hospital Churrucá-Visca, Buenos Aires

Luis Díaz

Hospital Provincial, Neuquén

Gustavo Rossi

Hospital Italiano, Buenos Aires

Mariano Laporte

Sanatorio Güemes, Buenos Aires

Carlos Sarra

Sanatorio La Trinidad, Quilmes, Buenos Aires

Alejandro Moreira Grecco

Hospital de Clínicas, Buenos Aires

Pablo A. Tacchi

Hospital San Bernardo, Salta

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Alejandro Canelas

H.I.G.A.R. Carillo, Buenos Aires

COMITÉ CIENTÍFICO

José Devesa Mugica (España)

Alessio Pigazzi (EE.UU.)

Rodrigo Oliva Pérez (Brasil)

CONSEJO ASESOR

Mirta L. Fajre

Academia Argentina de Cirugía

EDITORES EMÉRITOS

Hugo R. Amarillo

Academia Ciencias de la Salud, Tucumán

Fabio Leiro

Hospital J. M. Penna, Buenos Aires

Jorge Hequera

Sanatorio Dupuytren, Buenos Aires

Rita L. O. Pastore

Hospital J. A. Fernández, Buenos Aires

Emilio Pollastri

Fac. Medicina, Univ. Nac. de Rosario, Santa Fé

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.

Impresa en Argentina por Triñanes Gráfica - www.trinanes.com.ar - info@trinanes.com.ar

Diseño y diagramación: Visión Producciones: Sergio Epelbaum, Laura Mizzau, Nehuén Hidalgo y Dana Jounguzian

www.visionproducciones.com.ar - info@visionproducciones.com.ar





PROFESIONALISMO ▶ CALIDAD ▶ SERIEDAD

KIFER

MEDICAL



Instrumentos para Laparoscopia



Sets de Trocar



www.kifermedical.com

Planta Industrial. Ing. Brian 1478 - Buenos Aires - Argentina
Contacto. Tel (54 11) 4460-2417 info@kifermedical.com



Sociedad Argentina
de **Coloproctología**

» VISITE NUESTRA WEB «
WWW.SACP.ORG.AR



Contacto

Teléfono: +54 11 4322-9695
Mail: info@sacp.org.ar

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

ÍNDICE

SESIÓN PÚBLICA SOLEMNE

- 55 - Maestro de la Coloproctología. Distinción Otorgada al Prof. Dr. Claudio Barredo**
Angel M. Minetti

COMUNICACIONES

- 59 - Endometriosis Anal. A Propósito de Dos Casos**
Juan P. Muñoz, Dolores Caffarena, Karina Collia, Jorge H. Arias, Alejandro Gutierrez, Guillermo A. Masciangioli, Valeria Piussi, Carlos M. Lumi

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 64 - Tratamiento de la Enfermedad Pilonidal Crónica. Comparación de 3 Técnicas Quirúrgicas**
Juan Carlos Larsson, Federico Dieguez Aliaga, Lucas Granero, Máximo Cornet
- 71 - Amputación Abdominoperineal Extraelevador como Tratamiento de Neoplasias Anorrectales Localmente Avanzadas. Experiencia Inicial**
Juan Manuel Manolizi, Hernán Vannelli, Silvina Milletari, Esteban Grzona, Mariano Laporte

REPORTE DE CASOS

- 77 - Pseudomixoma Peritoneal por Tumor del Apéndice Cecal**
Silvio Gavosto, Leonardo Salim, Julio Pigatto, Inés Sueiras Munuce, Diego Ferreyra

AUTOEVALUACIÓN

- 80 - Preguntas de Autoevaluación**
Alejandro Moreira Grecco

RESÚMENES SELECCIONADOS

- 81 - Cirugía y Laparoscopia**
Mariano Laporte
- 83 - Colonoscopia y Técnicas Endoscópicas**
Luis Díaz
- 85 - Oncología**
Cristian Ariel Rodriguez
- 88 - Cirugía Orificial**
Pablo A. Tacchi

IN MEMORIAN

- 91 - Dr. Manfred Fischer (1935-2014)**

daflon[®] 500mg

Fracción Flavonoide Purificada Micronizada

Acción única sobre el proceso inflamatorio
de la enfermedad venosa crónica



Nº 1
Flebotónico líder
a nivel mundial

Composición: 500mg fracción flavonoide purificada micronizada: diosmina 450 mg hesperidina 50 mg. **Propiedades terapéuticas:** Vasculoprotector y tónico venoso. Daflon 500 mg. actúa sobre el sistema vascular de retorno: reduce la distensibilidad y la estasis venosa; normaliza la permeabilidad capilar de la microcirculación. **Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica orgánica y funcional de los miembros inferiores, manifestada por los siguientes síntomas: piernas pesadas, dolor, calambres nocturnos, tratamiento de las hemorroides y de las crisis hemorroidales. **Efectos secundarios:** Se han descrito algunos casos leves de trastornos gastrointestinales y neurovegetativos que no hicieron necesaria la interrupción del tratamiento. **Interacciones medicamentosas:** Ninguna. **Precauciones:** Embarazo: los estudios experimentales realizados en animales no han demostrado ningún efecto teratogénico y hasta la fecha no se ha registrado ningún efecto nocivo en humanos. Lactancia: Ante la ausencia de datos relativos a la difusión del fármaco en la leche materna, no se recomienda la lactancia durante el tratamiento. **Contraindicaciones:** Ninguna. **Dosis y administración:** En la enfermedad venosa dos comprimidos diarios. En la Crisis Hemorroidal aguda, la dosis puede aumentarse hasta 6 comp. diarios. Ya que la información sobre la prescripción puede variar de un país al otro, por favor remitirse a la hoja de datos de su país. **SERVIER ARGENTINA S.A.** Av. Del Libertador 5926 (C1428ARP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Directora Técnica: Dra. Nayla Sabbatella, Farmacéutica.



2 comprimidos al día

Sesión Pública Solemne, 11 de abril de 2014

Maestro de la Coloproctología

Distinción Otorgada al Prof. Dr. Claudio Barredo

Angel Miguel Minetti

Desde el año 2010 la Sociedad Argentina de Coloproctología hace entrega del título "Maestro de la Coloproctología Argentina" a aquellos Socios que, a través de un liderazgo natural y habiendo sido guía y ejemplo en la formación humanística y profesional de especialistas, han ejercitado el máspreciado y desinteresado arte como es el de enseñar.

En estos tres primeros años, tal distinción ha sido otorgada a protagonistas del calibre de: Alfonso Marcelo Fraise, Alberto Laurence, Arturo Heidenreich y Hugo Amarillo. Esta noche, en ocasión de nuestra septuagésima primera Sesión Solemne, se ha hecho acreedor del mismo, uno de mis maestros, el Profesor Claudio Barredo (Fig.1).

Mi presencia en este estrado se debe a que la Comisión Directiva me ha designado para presentar al agasajado y agradezco profundamente esta distinción. Debo considerarme afortunado, ya que quizás sea para mí, una oportunidad única para corresponder, a quien más ha influido a cimentar mi formación científica y quirúrgica, y que además me ha honrado con su amistad.

Nuestro homenajeado se ubica en una generación de cirujanos iniciados en la década del año 60 y se puede decir que corresponde al período post romántico de la cirugía Argentina, ya que se trata del co-

mienzo de una era en la que el médico, protagonista en la atención del paciente, pasa a tener un rol secundario frente a las corporaciones y la tecnología, cuyos avances son innegables, pero con consecuencias que se pueden palpar en algunos de los males que aquejan la atención de la salud en la actualidad.

Dentro de su trayectoria en la Escuela Quirúrgica Rawsoniana, corresponde a una tercera generación de alumnos de Ricardo Finochietto, habiendo transitado por varios de sus Servicios, ya que se inició en la Sala V-VI, actuó luego en el pabellón Olivera, y por último en la Sala XV, hasta el cierre definitivo del hospital.

Claudio Barredo nació en Buenos Aires el 27 de noviembre de 1935, y fueron sus padres Alfonso Barredo Docío, hijo de inmigrantes españoles venidos de Villafranca del Bierzo, provincia de Castilla y Catalina Demichelis, hija de italianos oriundos de la región de la Lombardía, más precisamente de la Ciudad de Milán.

Su padre fue un fructífero comerciante e industrial dedicado a la fabricación y venta de Sombreros, por cierto, prenda muy utilizada en esa época. La empresa se encontraba en la esquina de Alsina y Entre Ríos. Su habilidad comercial lo llevó a instalar también una casa de artículos y prendas de vestir de hombres, que llamó "Casa Docío", ubicada en la calle Victoria, hoy Hipólito Irigoyen, y donde se vestía una distinguida clientela, entre los que se encontraban diputados y senadores.

Los primeros pasos de su formación, los realizó junto con su hermano Alfonso en la escuela pública Albina García de Ryan, ubicada a pocas cuadras de su casa; para luego pasar a desarrollar sus estudios secundarios en el hoy centenario Colegio Nacional Mariano Moreno, ubicado en la calle Rivadavia y Maza, donde en 1953 obtuvo su título de bachiller.

Durante la adolescencia supo trabajar en la empresa paterna donde se ocupaba de las cobranzas; su padre no lo había elegido precisamente por su habilidad en el área contable, sino por una cualidad que siempre lo caracterizó, la perseverancia. El sueldo que percibía le permitía pagar todo lo referente a sus estudios y otros gastos, en especial a la compra y mantenimiento de



Figura 1: Prof. Dr. Claudio Barredo.

equipos y material para la práctica del deporte que más lo atraía en ese momento y que sería una de las pasiones de toda su vida, el náutico. Supo tener una lancha a motor, un velero con el que solía navegar por el Tigre y el Río de la Plata. De físico privilegiado, practicó intensamente el sky acuático y natación, que aún hoy desarrolla con particular habilidad, velocidad y resistencia, y que alterna con paseos en bicicleta junto a su pareja, Helen Morcatali por las tranquilas calles del barrio.

Sus deseos de superación y su firme vocación por la medicina, lo llevan a ingresar a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1954, época en que la república era sacudida por la intolerancia y el enfrentamiento político y social, con consecuencias que aún hoy se reflejan en nuestra sociedad.

A partir del año 1956, precozmente y con la intención de profundizar sus conocimientos en aquellas disciplinas básicas de la medicina, que son pilares fundamentales para el ejercicio de la especialidad, lo llevan a actuar como practicante en el Hospital Luisa C. Gandulfo de Lomas de Zamora.

En 1959, luego de una brillante carrera, se gradúa de médico e inmediatamente con firme vocación y convicción, comienza a desarrollar el camino para llegar a la meta que se había propuesto: ser cirujano. Comienza entonces la búsqueda de centros de excelencia en donde se podía aprender y enseñar la cirugía; tales averiguaciones lo llevan a presentarse en la Escuela quirúrgica del Hospital Rawson; institución que fuera gestora de una buena parte del patrimonio quirúrgico de nuestro medio y que en ese momento se encontraba en plena madurez.

En el año 1960 se inscribe en el Curso de Cirugía Básica para Graduados, aprobando el examen de ingreso, que constaba de una prueba de temas de Cirugía, Medicina General y otro de libre elección. Es allí, en el seno de ese crisol progresista donde se puede decir que Barredo comienza a forjar su profesión y personalidad quirúrgica.

El curso duraba un año y en ese momento era dirigido por el Dr. Delfín Vilanova. Además del estudio, puntualidad, trabajo y dedicación, se destacaba lo que más caracterizó a la escuela: la enseñanza de una depurada técnica quirúrgica; y como parte de ello, los cursantes debían documentar prolijamente los pasos de las intervenciones mediante la confección de gráficos.

Durante el desarrollo del mismo se realizaban rotaciones de 4 meses cada una por los sectores de las Salas V y VI, y al finalizar cada período se rendía un

examen referido al área en cuestión, que una vez superados terminaban en un final. Barredo lo terminó con el máximo puntaje.

Fiel seguidor de las enseñanzas de Ricardo Finochietto, concurría a los famosos cursos de la Clínica Finochietto y la Biblioteca del Ateneo Iberoamericano de la calle Lima esquina Belgrano; que el maestro dictaba allí debido a la expulsión sufrida por parte de las autoridades de turno, como consecuencia de los acontecimientos políticos del año 1955.

Su curiosidad fuera de serie, su preocupación por el otro y su irrenunciable pasión por la cirugía, lo llevo precozmente a cruzar las fronteras de la Ciudad para internarse y mezclarse con cirujanos anónimos y mostrar sus cualidades. Junto a un grupo de egresados de la escuela, comienza a formar un equipo de guardias en el Hospital Municipal Nicolás Bocuzzi de Florencio Varela; lo conformaban entre otros, Osvaldo González Aguilar, Urli, Gadano, González, Casaza y Laplace. Allí, como tuvo oportunidad de comprobar en ocasión de trabajar con sus archivos personales, se practicaban desde cirugías de corrección de orejas en asa hasta comisuromías mitrales, pasando por gastrectomías y todo tipo de intervenciones del abdomen, tórax y cuello. Siguiendo las mismas premisas, a su retorno de Francia como veremos más adelante, entre 1970 y 1972, fue cirujano del Hospital de la Ciudad de Chascomús a donde viajaba 3 veces por semana en su Fiat 600, acompañado de su inseparable amigo, el anestesista Pedro Oriolo.

Claudio Barredo sabía de la importancia que en ese momento de la carrera podía ser tomar nuevos conocimientos y experiencias de otras escuelas del mundo. Su avidez por enriquecer el camino recorrido hasta ese momento lo lleva a buscar nuevas expectativas; es así que se contacta con otro brillante ex alumno y compañero de la escuela, Rodolfo Troiano, quien en ese momento se encontraba en París perfeccionándose en cirugía hepática.

Con su ayuda y la fortuna que siempre acompaña a los grandes hombres, obtiene una beca como residente extranjero otorgada por el Colegio de Medicina de los Hospitales de París con Jean Loygue.

A partir de octubre de 1967 y hasta octubre de 1968, actúa bajo las órdenes de Loygue, quien era el Jefe del Servicio de Cirugía en el Hospital de Rothschild, y en ese momento figura mundial de la cirugía digestiva.

En el seno del crisol quirúrgico de Francia, supo forjar su futuro y codearse con la flor y nata del mundo médico Parisense. Eran los albores de la cirugía

hepática moderna y allí se ejecutaban las primeras experiencias en la materia. Seducido por ello, y quitándole tiempo al descanso, no deja de aprovechar la oportunidad para conocer a figuras como la de Cui-neaud, padre de la segmentación hepática y la de Michele Huguet, en ese momento joven cirujano que había vuelto de Filadelfia y con quien tuvo la oportunidad de realizar los primeros transplantes experimentales de hígado realizados en Francia.

En su estadía pudo demostrar las cualidades humanas y quirúrgicas que traía del Hospital Rawson. Con Loygue aprendió algunas técnicas novedosas para la época como: la anastomosis intestinal con sutura monoplaneo, la plicatura del intestino delgado y la operación para el prolapso rectal. Lo definía como Cirujano académico, metódico, productor incansable y sobre todo provisto de una gran maestría para la cirugía; un cirujano hábil que operaba las hemorroides con el camisolín colocado sobre la ropa que traía de calle y sin campos.

Prueba de su desempeño en Europa fue la carta que recibió del entonces decano de la Facultad de Medicina, Andrés Santas, en la que pone de manifiesto los conceptos vertidos por las Autoridades del College de Medicine des Hospitiaux de París, que fueron motivo de orgullo para las autoridades de nuestra alta Casa de Estudios.

La brillante trayectoria desarrollada hasta ese momento, le valió para al ganar un concurso de médico Clase "C" en el Hospital Rawson. Inmediatamente es destinado al pabellón Olivera cuyo jefe era Roberto Gárriz, a quien ya había conocido en oportunidad de una rotación por coloproctología. En ese momento Gárriz había ganado fama entre los cirujanos jóvenes por su habilidad quirúrgica, experiencia, desinterés para transmitir conocimientos y el respeto que mantenía hacia los discípulos.

En 1970, bajo el patrocinio del Maestro presenta su tesis, que versó sobre el tema "Pólipos rectocolónicos", que resultó calificada como "Distinguida" obteniendo así el Título de Doctor en Medicina.

Con motivo de solicitarle ser mi padrino de tesis, el primer consejo que me dio fue explicarme cómo había hecho él en dicha ocasión y que consistió en recluirse durante un mes a estudiar y desarrollar el material, en la quinta de fin de semana que la familia tenía en la localidad de San Miguel.

En 1971 pasa a la Sala XV para hacerse cargo del sector de coloproctología que había quedado vacante con la partida de Arturo Heidenreich, quien había ganado el concurso de jefe del Servicio de Cirugía del entonces Hospital Salaberry. Allí conoce a Diego

Zavaleta hijo, Rene Bun y Benjamín Rivas Diez, con quienes continúa el prolífico trabajo de su antecesor, desplegando una intensa producción asistencial, docente y de investigación; que jerarquiza al Servicio que en ese momento dirigía Helios Gugliotella.

Conocí a Barredo, en el año 1976, cuando ingresé a la residencia de Cirugía de la Sala XV del hospital. El motivo que me había atraído era la mística desarrollada por aquel notable grupo de maestros y profesores. Por aquellos años Barredo era el encargado del Sector de Coloproctología de la Sala, y a partir de allí hemos mantenido una cordial y afectuosa amistad entre el maestro y el discípulo.

En ocasión de las primeras incursiones en la preparación de trabajos científicos me invitó a su casa, y allí pude descubrir los fabulosos archivos personales de todos los pacientes operados durante su carrera, y de todas y cada una de las más variadas intervenciones, un mundo para mi impensado hasta ese momento, ello me demostró que antes que coloproctólogo era cirujano. Durante mi rotación por el Sector a su cargo pude ver y aprender cómo se practicaba la hoy tan vigente cirugía ambulatoria bajo anestesia local, la que era efectuada en un apartado de los consultorios, con el fin de no ocupar las mesas del quirófano dedicadas a la cirugía mayor bajo anestesia general.

En 1978, ya sobre el cierre del hospital, tuve la oportunidad de ayudarlo a operar la última cirugía del Rawson Se trataba de una amputación abdomino perineal; inesperadamente durante la misma, se produjo la rotura de un caño de agua y debimos terminar la intervención en medio del quirófano inundado.

En 1978 se produce el definitivo cierre del Hospital Rawson, hubo entonces que emigrar a otros establecimientos; es así como el plantel del Servicio de Cirugía de la Sala XV, con algunas importantes bajas de médicos que habían sido destinados a otros centros, fue trasladado al Hospital Juan A. Fernández para constituir la División "B" de Cirugía. Allí Barredo, llega a ocupar el cargo de jefe de Unidad.

En 1985 se produce el último llamado a concurso abierto para cubrir el cargo de Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Penna, de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Concurso abierto de funciones que es el único proceso que permite acreditar con toda legitimidad la función pública y seleccionar un recurso humano de jerarquía que garantice una atención en salud de excelencia. La pérdida de este sano ejercicio institucional, ha sido uno de los factores que más fuertemente ha influido en el deterioro de la educación dentro del ámbito del hos-

pital público.

Habiendo ganado el puesto, meses después, se hace cargo de esa función acompañado por algunos médicos con formación Rawsoniana, entre los que puedo mencionar a: Jorge Covaro, Carlos Repetto, Gustavo Tirsminezky y, más tarde, Fabio Leiro como residente.

Barredo, un soñador desde siempre, actuó pensando que toda realidad futura se teje sobre cimientos de ideales y utopías, y es así como se hace cargo del Servicio.

Con ideas claras y creativas, trabajo fecundo y silencio humilde; supo imprimirle al Servicio el estigma del modelo de la educación Rawsoniana basado en el orden, férrea disciplina, esfuerzo permanente, estudio constante de técnicas y conocimiento actualizado de la patología quirúrgica.

Defensor de una medicina social al servicio del hombre, con gran honestidad científica y respeto por el paciente, nos ha impresionado siempre por su rigurosidad en el trabajo y gran agudeza para el juicio; cualidades que le permitieron ganar rápidamente la amistad y admiración de los colegas del hospital en general y la del Servicio de Cirugía en particular.

Con ejemplar entusiasmo y energía supo superar los obstáculos cotidianos que se presentaban. Las deficiencias y las asfixias presupuestarias de ese momento, y que aún caracterizan en estos días al hospital público, lo llevó a crear una fundación FUNDICIPE (Fundación Cirugía Penna); mediante la cual entabló una austera administración de los recursos; que le permitió generar los fondos necesarios para obtener mejoras edilicias, tecnológicas y de recursos humanos. Durante 20 años de trabajo incansable, supo desarrollar junto a sus discípulos un Servicio de Cirugía Modelo; hasta el 20 de junio de 2006 donde corona su brillante carrera hospitalaria, ocupando las funciones primero de Sub Director y luego de Director.

Sobre un sólido andamiaje de cirujano asistencialista, su vocación por la enseñanza lo ha llevado a desarrollar una profunda actividad docente, tanto de pregrado como de post-grado, siendo un férreo defensor de la enseñanza basada en el problema y frente al paciente. Como metodología siempre ha empleado las reglas más eficaces de la pedagogía: humildad, sencillez y generosidad.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires ha desarrollado gran parte de su actividad docente, pasando por todas las escalas de la Carrera de la Asignatura Cirugía, desde Adscripto, hasta el cargo que mantiene hoy de Profesor Titular Consulto.

Entre tantos logros no puedo omitir en este breve tiempo que me queda sólo alguna de las numerosas participaciones en Asociaciones científicas nacionales y extranjeras. En este sentido, tuvo el honor de presidir en el año 1994 el Sexagésimoquinto Congreso Argentino de Cirugía y en el 2000 del Vigésimoquinto Congreso Argentino de Coloproctología; siendo Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía en el año 1997 y la Sociedad Argentina de Coloproctología durante el período 1998-2000. Sin embargo, su máximo orgullo es el de haber sido nombrado Miembro de Honor de la Asociación Francesa de Cirugía, en el año 2000, compartiendo el estrado con Cuinoaud.

Claudio Barredo es un gran Maestro con todas las palabras, porque para llevar tal insigne investidura no es necesario trascender sólo por conocimientos, diplomas, títulos o habilidades y destrezas. Ser maestro es un arte, una profesión y una vocación. Un arte porque es necesario contar con una particular sensibilidad, flexibilidad y originalidad para saber quiénes son sus aprendices; descubrir en ellos su verdadera vocación y talento, y saber cómo hacer para desarrollarlas adecuadamente. Una profesión porque debe conocer estrategias y metodologías de enseñanza y tener clara y con sentido común su visión de mundo y su rol como docente. Pero más allá de esto, tiene que tener la vocación necesaria para ver que su trabajo, es contribuir a la formación de alguien que llega para enfrentar sus propios miedos, retos y aprendizajes, y con el alma, corazón, mente y espíritu, dispuestos para ser lo mejor.

De él depende evaluar cuánto avanza y aprende cada uno de sus discípulos, no solo en los conocimientos y habilidades; sino también en otros aspectos de su desarrollo integral: como la sensibilidad y fortaleza necesaria para ayudar a enfrentar el dolor y el sufrimiento; la integración para el trabajo en equipo; la adecuada relación con colegas, y el desarrollo de una conducta con alto valor ético y moral.

Ser maestro es ser un soñador; creer más allá de la frivolidad y escepticismo del hombre, y estar convencido que algún día al final del camino, se podrá entregar esa antorcha sagrada a un discípulo, otro soñador.

Autoridades, Colegas, amigos, Señoras y Señores,

He querido presentar ante ustedes al profesional, al hombre y a la monumental trayectoria transitada; él ha sido el principal factor gravitante en el desarrollo de mi vida creativa y de la praxis médica, por todo esto sólo puedo decir como palabras finales: "Gracias Maestro, gracias amigo".

Endometriosis Anal. A Propósito de Dos Casos

Juan P. Muñoz,^{1,2} Dolores Caffarena,¹ Karina Collia,^{1,2} Jorge H. Arias,² Alejandro Gutierrez,^{1,2} Guillermo A. Masciangioli,¹ Valeria Piussi,² Carlos M. Lumi^{1,2}

¹Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo, ²Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

RESUMEN

Introducción: la endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina.

Pacientes y método: dos pacientes de entre 30 y 40 años que consultan por tumoración perianal de aparición cíclica asociada a dolor en dicha zona. Como método de estudio se realizó, en ambos casos, ecografía endorrectal de 360°, evidenciando imagen hipoecoica en región anterolateral derecha en contacto con el esfínter anal externo. Se realizó la resección completa de la masa, de la cicatriz de la episiotomía y de haces del esfínter anal externo, con plicatura simultánea del mismo. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Se realizó seguimiento de las pacientes por el plazo de 15 y 84 meses. No se evidenciaron complicaciones postoperatorias o recidiva de la tumoración en ninguno de los casos.

Discusión: la localización perianal es altamente infrecuente (0,3%) y más aún el compromiso esfinteriano (0.18%). Suelen aparecer luego de la episiotomía o laceración durante el parto. La ecografía 360° permite evaluar la extensión de la lesión y el compromiso de los esfínteres. La resección amplia del endometrioma con márgenes de tejido normal (entre 0,5 – 1 cm) es la mejor opción para la curación de la enfermedad, aunque puede causar incontinencia por resección del esfínter afectado, pudiendo necesitar la realización de una esfinteroplastia.

Conclusión: la endometriosis de localización perianal es un padecimiento poco frecuente y de difícil diagnóstico. El tratamiento de elección es el quirúrgico. Incluyendo la masa completa con márgenes libres y la cicatriz de la episiotomía.

Palabras clave: Endometriosis Anal

ABSTRACT

Background: endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside of the uterine cavity.

Patients and method: two patients between 30 and 40 years old consulting for perianal lump of cyclic emergence associated with pain in that area. The study method for both cases was a 360° transrectal ultrasound, showing an hypoeogenic image in then anterolateral region, in contact with the external anal sphincter. A complete resection of the mass, the episiotomy scar and beams of the external anal sphincter was performed, with simultaneous plication. Anatomopathological examination confirmed the diagnosis. The follow-up periods were 15 and 84 months. There were no apparent postop complications or recurrence of the tumor in any of the cases.

Discussion: the perianal localization is highly uncommon (0.3%) and even more, the sphincter involvement (0.18%). They usually appear after episiotomy or laceration during delivery. 360 ultrasound allows to evaluate the extent of the injury and the commitment of the sphincters. Wide resection of the endometrioma with normal tissue margins (between 0.5 - 1 cm) is the best choice for the cure of the disease, although it can cause incontinence by resection of the affected sphincter and may need a sphincteroplasty.

Conclusion: perianal location endometriosis is a non-frequent condition with a difficult diagnosis. The treatment of choice is surgery. Including the full mass, with free margins and episiotomy scar.

Key words: Anal Endometriosis

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de teji-

do endometrial fuera de la cavidad uterina. Responde a la estimulación hormonal ovárica produciendo sangrado local cíclico, el cual genera reacción inflamatoria y cicatrización.¹

Su verdadera prevalencia se desconoce. Varios autores han estimado que más del 15% de todas las mujeres en edad reproductiva, y un 33% de las mujeres infértiles la padecen.

Las zonas donde asienta más frecuentemente en or-

Leído en sesión SACP 6 de Noviembre de 2013

Recibido 8 de Octubre de 2013

Corregido y aceptado para publicación 29 de enero de 2014

Correspondencia:

Juan P. Muñoz

jjjjmunoz@yahoo.com.ar

den decreciente son las siguientes: ovarios (60-75%), ligamentos útero sacros y anchos (30-65%), trompas de Falopio (20%), peritoneo pélvico y fondo de saco de Douglas (20-30%), y la unión rectosigmoidea (3-10%).¹ Ubicaciones extraperitoneales incluyen el cuello uterino, la vagina y el tabique rectovaginal, el ligamento redondo, la región inguinal, el ombligo, las cicatrices abdominales después de cirugía ginecológica y cesárea. Raramente afecta a los órganos extra-abdominales como los pulmones, sistema urinario, piel y sistema nervioso central.

Schickele (1923) fue el primero en describir un caso de endometrioma anal, mientras que Minvielle y de la Cruz (1968) describieron la endometriosis en el conducto anal.

El objetivo del siguiente trabajo es presentar dos casos de endometriosis perianal y realizar una revisión bibliográfica.

CASO 1

Paciente de 33 años de edad quien consulta por dolor perianal de seis años de evolución asociado a masa, ambos de aparición cíclica, con su periodo menstrual. Presenta como antecedentes: embarazo con parto eutócico con episiotomía 15 años antes de la consulta; formación perianal anterolateral derecha, dolorosa, que con diagnóstico presuntivo de absceso fue drenada un año antes de la consulta (Fig. 1).

Como método de estudio se realizó ecografía endorrectal de 360°, que evidenció una imagen hipocóica en región anterolateral derecha en contacto con el esfínter anal externo, de cuya punción se obtuvo material hemático no purulento (Fig. 2). Con la sospecha diagnóstica de endometrioma, se realizó la resección completa de la masa, de la cicatriz de la episiotomía y de haces del esfínter anal externo, con plicatura simultánea del mismo (Fig. 3).

La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, siendo dada de alta a las 24hs.

La anatomía patológica confirmó la sospecha, observando tejido endometrial constituido por glándulas revestidas por epitelio cilíndrico basófilo, rodeadas por estroma denso de tipo citogénico y abundantes depósitos de hemosiderina, hallazgos característicos de los endometriomas.

Se realizó seguimiento de la paciente en consultorio por el plazo de 84 meses, sin observar recidiva de la tumoración o del dolor en región perianal.

CASO 2

Paciente de 37 años de edad con antecedente de dos embarazos y partos eutócicos con episiotomía, en



Figura 1: Tumoración en cuadrante anterolateral derecho.



Figura 2: Imagen hipocóica en cuadrante anterolateral derecho en contacto con el esfínter anal externo.



Figura 3: Tumor con bordes irregulares. Prolongación infiltrando esfínter anal externo.

1998 y 2000. Refiere que siete años después del segundo parto comenzó con tumefacción dolorosa perianal, anterolateral derecha subyacente a la cicatriz de la episiotomía. Dicho dolor era cíclico durante el posmenstruo inmediato.

Se solicitó una ecografía endorrectal de 360° 3D que mostró una masa de ecogenicidad mixta predominantemente hipoeoica en cuadrante anterolateral derecho que infiltraba el esfínter anal externo.

Con sospecha de endometrioma perianal, se realizó resección completa del tumor, de la cicatriz de la episiotomía, haces del esfínter externo y esfinteroplastia (figs. 4 y 5).

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a las 24hs.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de endometriosis.

Se realizó seguimiento de la paciente en consultorio externo por el plazo de 15 meses. No se evidenciaron complicaciones postoperatorias o recidiva de la tumoración.

DISCUSIÓN

La mayor incidencia de la endometriosis ocurre entre los 30 y 40 años de edad. Si bien está asociada a los ciclos menstruales, también puede afectar hasta al 5% de las mujeres menopáusicas tratadas con hormonoterapia.

La afectación colorrectal está presente en el 5% al 10% de las mujeres con endometriosis, con mayor frecuencia en la unión rectosigmoidea.¹

La localización perianal es altamente infrecuente (0,3%) y más aún el compromiso esfinteriano, encontrándose en el 0.18% de las mujeres con endometriosis. Suelen aparecer luego de la episiotomía o laceración durante el parto.^{2,3}

Se han propuesto varias teorías para explicar este padecimiento, como la metaplasia celómica, la metástasis linfática y vascular, la implantación endometrial, el trasplante mecánico de endometrio, los restos embrionarios y una teoría reciente que se relaciona con factores inmunológicos locales.^{4,5} La teoría más aceptada para la lesión perianal sería debida al trasplante de células endometriales de manera autóloga en una herida de episiotomía durante un parto vaginal.

El comportamiento de la masa perianal en cuanto al tamaño, dureza y dolor, que se incrementan en el posmenstruo, deben hacer sospechar en un endometrioma perianal. Las tres características típicas de los endometriomas perineales en mujeres en edad re-



Figura 4: Plicatura del esfínter anal externo.



Figura 5: Cicatriz postoperatoria.

productiva son: 1) Historia de episiotomía o desgarro durante el parto vaginal, 2) Masa o nódulo en región perineal, 3) Dolor cíclico, relacionado a los períodos menstruales. Para Zhu, valor predictivo positivo, cuando se encuentran las tres características, alcanzaría del 100%.³

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el absceso perianal, lipomas, adenopatías o granulomas.

La ecografía 360° permite evaluar la extensión de la lesión y el compromiso de los esfínteres, así como lesiones esfintéricas secundarias a la episiotomía. La punción aspiración de la masa perianal bajo guía ecográfica para el estudio citológico puede ser de utilidad para el diagnóstico, pero no cambiara la actitud quirúrgica.

Debido a que el 16,7% de las pacientes con endometriomas perianales presentan endometriosis pélvica concomitante, se debe solicitar siempre una ecografía abdominal para descartar esa posibilidad.

Togashi et al. prefieren el uso de la resonancia magnética nuclear para el diagnóstico de endometrioma con una sensibilidad del 90% y especificidad del 98%.

La supresión hormonal es el tratamiento habitual en endometriosis extrapélvica. En el caso de la endometriosis perianal, la resección quirúrgica respetando las fibras del esfínter anal es el tratamiento de elección, aunque existen varias situaciones en las que se debe considerar la supresión hormonal, tales como: pacientes premenopausicas, como neoadyuvancia para la reducción de volumen tumoral y en caso de resección incompleta o con escaso margen.^{2,3,5}

El estudio anatómo-patológico de las piezas de resección de pacientes que recibieron supresión hormonal evidenció atrofia glandular e hiperplasia intersticial, lo que confirma su eficacia. Sin embargo, Zhu et al. obtuvo una recurrencia del 100% en pacientes con tratamiento hormonal únicamente, en un plazo de 7 años de seguimiento.³

El diagnóstico histológico definitivo de la endometriosis perianal requiere del hallazgo de al menos dos de las siguientes características: estroma, glándulas o pigmento de hemosiderina.¹ En nuestros casos la histología confirmó el diagnóstico hallando en ambas piezas de resección las tres características necesarias.

La resección amplia del endometrioma con márgenes de tejido normal (entre 0,5 – 1 cm) es la mejor opción para la curación de la enfermedad, aunque puede causar incontinencia por resección del esfínter afectado pudiendo necesitar la realización de una esfínteroplastia.

En ambos casos presentados, la lesión comprometía el esfínter anal externo por lo cual se debió realizar resección muscular parcial y esfínteroplastia en conjunto con la resección completa del endometrioma y de la cicatriz de la episiotomía.

Chen et al., en una revisión sistemática, encontraron 13 casos de endometriosis perianal con afectación del esfínter anal externo en 11 reportes desde 1957. En 6 casos se realizó la resección amplia en conjunto con la esfínteroplastia, en 5 casos resección completa y esfínteroplastia sin margen de seguridad

y en 1 caso la resección incompleta. Uno no fue tratado debido a que remitió espontáneamente. Las pacientes a las cuales se les realizó resección completa sin margen de seguridad, no tuvieron complicaciones en el postoperatorio, aunque dos de ellas presentaron recurrencia que debió tratarse con hormonoterapia. Las pacientes a las que se le realizó resección amplia no presentaron complicaciones, incontinencia o recurrencia luego de un seguimiento de entre 3 y 36 meses.²

Liang en un reporte de 6 casos, observaron recurrencia en los pacientes tratados únicamente con cirugía, mientras que los pacientes tratados con cirugía y hormonoterapia no presentaban recurrencia.⁴

Chen y Zhu, en 2012, presentaron 64 pacientes con endometriosis perineal, 31 presentaban infiltración del esfínter anal externo, 20 de ellos se encuentran en la cicatriz de la episiotomía y 11 en desgarros perianales producidos durante el parto. Las pacientes tratadas con escisión amplia de la lesión no presentaron recurrencia a largo plazo. El único caso tratado con escisión incompleta, debido a un tumor de gran tamaño, presentó recurrencia en menos de 6 meses.³

La transformación maligna de la endometriosis perianal ha sido reportada por Chene et al. en el 2007. Es muy rara, representando únicamente el 0.3% al 1%.

CONCLUSIÓN

La endometriosis de localización perianal es un padecimiento poco frecuente y de difícil diagnóstico. El tratamiento de elección es el quirúrgico. Incluyendo la masa completa con márgenes libres y la cicatriz de la episiotomía. De ser necesario se debe resear parcialmente el esfínter anal, realizando en el mismo momento la esfínteroplastia. La hormonoterapia debe ser tenida en cuenta en determinadas situaciones, tanto en el pre como en el post quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck D, Wexner S, et al. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. 2011. Springer. Chapter 25. 308-321.
2. Chen N, Zhu L, Lang J, et al. The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. 2012. Human Rep. 27: 1624-1627.
3. Zhu L, Lang J, Wang H, et al. Presentation and management of perineal endometriosis. 2009. Int J Gynecol Obst. 105: 230-232.
4. Liang CC, Tsai CC, Chen TC, et al. Management of perineal endometriosis. 1996. Int J Gynecol Obstet. 53: 261-265.
5. Dougherty LS, Hull T. Perineal Endometriosis with anal sphincter involvement. 2000. Dis Colon Rectum. 43: 1157-1160.

COMENTARIOS SESIÓN SACP 8 DE NOVIEMBRE DE 2013

DISCUSIÓN

Dr. Angel Miguel Minetti: Muchas gracias por traer a la sesión una patología poco frecuente. Mi comentario es para agregar 1 paciente que he tratado hace 4 años. La misma se presentó con un cuadro muy parecido al descripto, aunque sospechamos el diagnóstico previo a realizar el tratamiento debido a que presentaba dolor asociado a los ciclos menstruales y se encontraba sobre una cicatriz de episiotomía como lesión ulcerada. Un diagnóstico diferencial es el absceso perianal, aunque la endometriosis presenta clínica de larga data y no presenta supuración. La ecografía no tiene especificidad para realizar diagnóstico de endometriosis, pero sí nos ayuda a valorar su relación con el esfínter. Muchas veces debe realizarse diagnóstico diferencial con granuloma de episiotomía. Ante la sospecha realizamos ecografía abdominal para descartar otro probable foco endometriósico. Por otro lado, hemos tenido la oportunidad de operar endometriosis umbilical y del ligamento redondo, casos pocos frecuentes comparados con los rectales, sigmoides, ileales y de ciego. Creo que el tratamiento de elección es quirúrgico, pero cuando hay un compromiso importante del esfínter por el tamaño me parece que hay que tener en cuenta el tratamiento médico en la presentación pre menopáusica, debido a que con la menopausia tiende a desaparecer. Los felicito nuevamente.

Dr. Juan Pablo Muñoz: No mucho para agregar, una de las pacientes tenía antecedentes, había sido drenada de un absceso y cuando la revisé en la consulta se quejaba de mucho dolor pero no existía triada (nunca vi inflamación, calor ni dolor), pero me llamó la atención que había sido drenada, o sea, podría infectarse. Pero yo las que advertí, nunca tuvieron o vinieron a la consulta con infección, eso es real, para diferenciar. Existen algunos abscesos altos que uno no sospecha y a veces no se ven, y no tienen manifestación en piel. Ecográficamente, a diferencia del absceso, muchas veces tiene ecogenicidad mucho más mixta, ustedes ven que el tejido es glandular con ecos, a diferencia del absceso que es bien hipocóico en agudo.

Dr. Fabio Leiro: Yo quería simplemente resaltar que si bien es una enfermedad poco frecuente, alguna vez lo hemos visto. En mi caso particular, alguna vez me tocó tratar una paciente que había sido operada ya por una endometriosis perianal, y si bien era una paciente joven, considerando que era una recidiva y había que reoperarla, en ese caso la estudié con una resonancia magnética porque también me parece que es un método que permite evaluar si no hay otro foco de endometriosis abdominal. Y lo que decidí en ese caso fue no operarla de nuevo porque había compromiso del esfínter externo y era bastante difícil de limitar la anatomía. La paciente con supresión hormonal está asintomática. Creo que es también una indicación que habría que agregar dentro de las que vos pusiste en intentar supresión hormonal cuando es una recidiva, porque algunos tienen más riesgo de que pueda volver a recidivar o de tener un compromiso esfínteriano mayor todavía. Deseo preguntar si tus pacientes desde el punto de vista funcional no presentaron alteraciones de la continencia.

Dr. Juan Pablo Muñoz: Las dos pacientes están con score normal, o sea, 0 de incontinencia. Deseo agregar que la bibliografía refiere que la recidiva es más frecuente antes del año. Gracias por los comentarios.

Tratamiento de la Enfermedad Pilonidal Crónica. Comparación de 3 Técnicas Quirúrgicas

Juan Carlos Larsson, Federico Dieguez Aliaga, Lucas Granero, Máximo Cornet

Servicio de Cirugía General, Sanatorio Allende Nueva Córdoba, Córdoba, Argentina

RESUMEN

Introducción: actualmente no existe una técnica "gold standard" para el tratamiento definitivo de la enfermedad pilonidal crónica. Las técnicas empleadas en nuestro servicio son la técnica de Karydakís, Colgajo Romboidal y una variante de la técnica de Soll y col. a la que denominamos "Técnica de preservación cutánea".

Objetivo: evaluar y comparar la eficacia de las técnicas de Karydakís (TK), Colgajo de Limberg (CL) y de Preservación cutánea (PC) en el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica.

Material y Métodos: estudio retrospectivo sobre 136 pacientes operados por enfermedad pilonidal crónica en el Sanatorio Allende, entre Enero del 2006 y Septiembre del 2013, basado en revisión de historias clínicas y entrevista telefónica. Se incluyeron 125 pacientes, 38 operados mediante CL, 50 con TK, y 37 con PC. Se excluyeron 11 pacientes por enfermedad pilonidal supurada. Las variables de evaluación primarias fueron el tiempo operatorio, complicaciones postoperatorias, tasa de recidiva; y las secundarias fueron el tiempo de reincorporación a actividades normales y deportivas, y el grado de satisfacción del paciente. Los test estadísticos empleados fueron el análisis de varianza, el posttest de Tukey y Chi-cuadrado.

Resultados: el tiempo quirúrgico fue menor en el grupo TK (37 min) en comparación con el grupo CL (53 min) ($p < 0,001$) y PC (48 min) ($p < 0,01$). La incidencia de seromas fue menor en el grupo PC (3%) comparado con el grupo TK (20%) ($p = 0,038$) y con el grupo CL (21%) ($p = 0,036$). Las dehiscencias totales de la herida fueron más frecuentes en el grupo TK (18%) en relación al grupo PC (3%) ($p = 0,061$), sin casos reportados en el grupo CL. El tiempo de cicatrización y de reincorporación a actividades normales fue similar con las tres técnicas ($p > 0,05$) aunque la reincorporación a actividades deportivas fue más prolongada en el grupo TK (43 días) respecto de los otros dos grupos (32 días) ($p = 0,042$). Las tasas de recidiva fueron de 10% en CR, 8% en TK y 5% en PC ($p > 0,05$), luego de un seguimiento promedio de 37 meses. La satisfacción del paciente fue buena en más del 82% de los casos con todas las técnicas.

Conclusiones: las tasas de recidiva, el tiempo de cicatrización, de reincorporación a actividades normales y el grado de satisfacción del paciente fueron similares con las tres técnicas. La PC presentó menor incidencia de seromas, mientras que la técnica de CL presentó el menor tiempo operatorio pero se asoció a una alta tasa de dehiscencias totales, y a un retraso en la reincorporación a actividades deportivas.

Palabras claves: Quiste Pilonidal; Enfermedad Pilonidal; Cirugía

ABSTRACT

Introduction: actually, there is no consensus as to the optimal surgical operation for sacrococcygeal pilonidal disease. The techniques used in our institution are Karydakís flap reconstruction, Limberg flap transposition, and a modified Soll et al procedure, which includes sinusectomy with primary closure called "Cutaneous preservation technique".

Objectives: to evaluate and to compare the efficacy and morbidity of Karydakís flap reconstruction (KF), Limberg flap transposition (LF) and Cutaneous preservation technique (CP) in the treatment of chronic pilonidal sinus disease.

Patients and methods: a retrospective study was performed in 136 consecutive patients operated for chronic pilonidal sinus disease at Sanatorio Allende between January 2006 and September 2013, using KF, LF and CP procedures. Eleven patients were excluded for presenting suppurated pilonidal disease. One hundred and twenty five patients were included, 50 in the KF, 38 in LF and 37 in the CP group. Primary end-points included operation time, complications and recurrence rates. Secondary end-points were healing time, return to normal and sports activities and degree of patient's satisfaction. Data was obtained via a revision of digital clinical history and a standardized telephone interview. Statistical tests used were Anova with Tukeypost test and Chi-square test.

Results: operating time was shorter in the KT group (37 min) compared with LF group (53min) ($p < 0,001$) and PC group (48min) ($p < 0,01$). Seroma incidence was lower in PC group (3%) than in KF (20%) ($p = 0,038$) and LF (21%) ($p = 0,036$) groups. Total dehiscence was observed more frequently in the KF group (18%) than in CP (3%) ($p = 0,061$) while no case was seen in the LF group. Healing time and return to normal activities was similar in the three groups ($p > 0,05$). However, return to sports activities was delayed in KF group (43 days), compared with LF and PC group (32 days) ($p = 0,042$). Recurrence rates were similar among the three groups (LF:10%, PC:5% and KF:8%) ($p > 0,05$) after an average 37 months follow-up.

Conclusions: healing time, recurrence rate, return to normal activities and degree of patients satisfaction

were similar within the three groups. PC had less incidence of postoperative seromas and CL presented the shortest operation time. However, the latter was associated with the highest dehiscence rate and a delayed return to sports activities.

Key words: Pilonidal Sinus; Pilonidal Disease; Surgical Treatment

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pilonidal fue descrita por primera vez en la literatura médica por Hebert Mayo¹ en 1833. Warren² definió al pelo como agente causal, mientras que Hodges³ propuso el término pilonidal; proviene de la palabra griega “pilus” que significa pelo y de la palabra “nidus” que significa nido. Es una patología frecuente con una incidencia estimada de 26 por 100.000,⁴ que afecta con mayor frecuencia a hombres con una relación 3:1 y rara vez ocurre antes de la pubertad o después de la tercera década de la vida.⁵

El tratamiento definitivo de esta patología aún es motivo de controversia. Actualmente existe un gran arsenal de técnicas publicadas para tratar la enfermedad crónica recurrente, pero ninguna ha sido establecida como “gold standard”. La técnica ideal sería aquella que permita erradicar la enfermedad con la mínima tasa de morbilidad y recurrencia. La morbilidad reportada con las técnicas actuales es muy variable y las tasas de recurrencia van del 1%⁶ al 28.5%⁷ en las series más importantes.

El objetivo de este estudio fue evaluar la morbilidad y la eficacia de 3 técnicas quirúrgicas empleadas en nuestro servicio para el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica, y comparar los resultados con los publicados en la literatura.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo sobre 136 pacientes con diagnóstico de enfermedad pilonidal crónica, operados de forma consecutiva por el Servicio de Cirugía General del Sanatorio Allende, entre Enero de 2006 y Septiembre de 2013, incluyendo aquellos operados al menos 4 semanas después del episodio infeccioso agudo (absceso drenado espontáneamente o mediante cirugía). Se incluyeron un total de 125 pacientes y 11 fueron excluidos por enfermedad pilonidal supurada al momento del acto operatorio.

Recibido 3 de marzo 2014

Corregido y aceptado para publicación 20 mayo 2014

Correspondencia:

Juan Carlos Larsson
juanlarsson@hotmail.com

Ciento cinco pacientes fueron de sexo masculino y 20 femeninos, con una edad promedio de 26 años y un índice de Masa Corporal (IMC) promedio de 26 (peso/talla²). Los pacientes fueron operados mediante tres técnicas quirúrgicas diferentes: 50 con “Técnica de Karydakís” (TK),⁸ 37 con “Técnica de Preservación Cutánea” (PC) (Figs. 1 y 2), y 38 con “Técnica de colgajo de Limberg” (CL).⁹ Cada tipo de técnica fue empleada por un cirujano diferente. Se registraron antecedentes de tabaquismo, tiempo de evolución de la sintomatología, antecedente de infecciones o abscesos, drenaje de abscesos, prescripción de antibióticoterapia y antecedentes de enfermedad recidivada (Tabla 1).

Las variables de evaluación primarias fueron el tiempo operatorio, morbilidad posoperatoria y tasa de recidiva, mientras que las secundarias fueron el

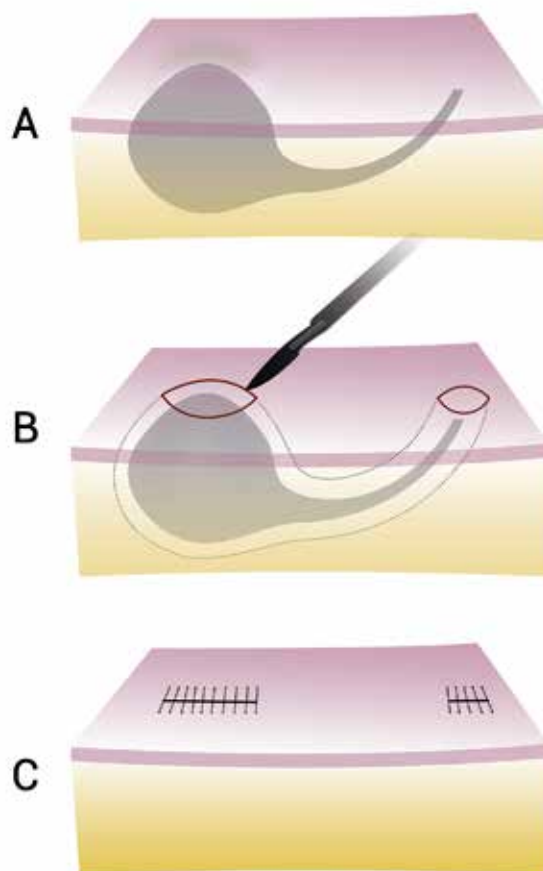


Figura 1: Esquema de Técnica de preservación cutánea. A: Enfermedad pilonidal, B: Incisiones cefálica y cauda para resección de enfermedad pilonidal en línea punteada, C: Cierre primario de ambas incisiones.

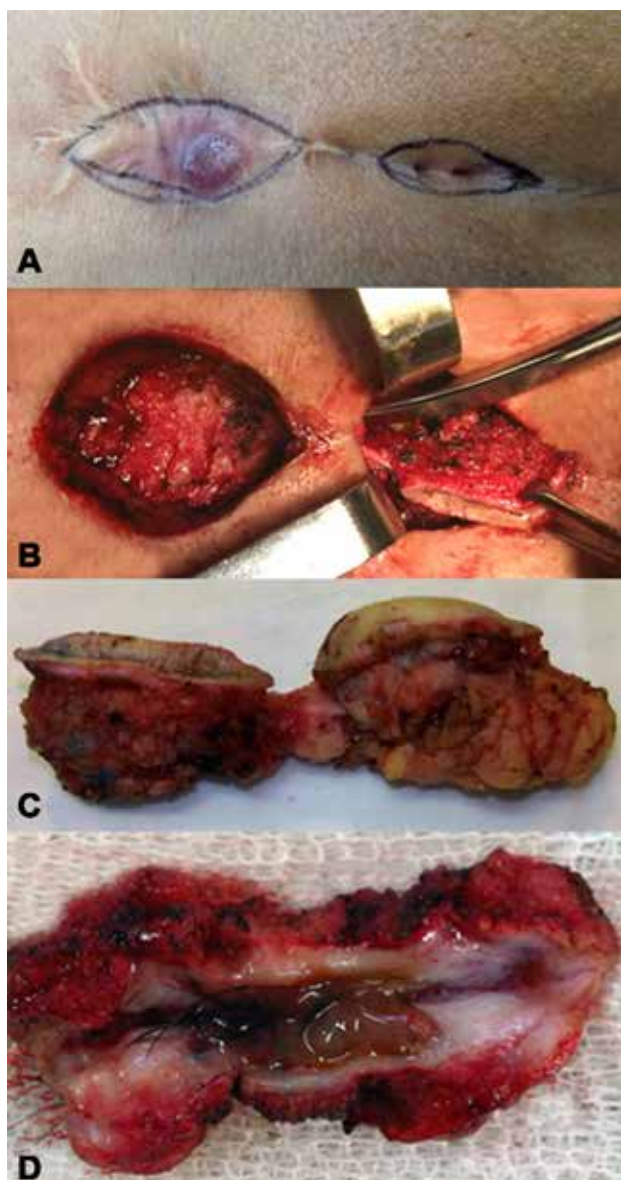


Figura 2: Fotos de la Técnica de preservación cutánea. A: Marcación de las dos incisiones para la sinusectomía; B: Foto de disección con tijera de trayectos fistulosos por debajo de puente cutáneo; C: pieza de sinusectomía; D: pieza abierta con pelos y reacción de cuerpo extraño en su interior.

tiempo de cicatrización, el tiempo de re inserción a actividades normales y deportivas y grado de satisfacción del paciente. La recidiva de la enfermedad pilonidal se consideró como tal cuando fue diagnosticada mediante ecografía solicitada en base a sospecha clínica del cirujano.

La recolección de datos se efectuó mediante revisión de historias clínicas en todos los casos y un cuestionario vía telefónica en el 65% (73) del total de pacientes (Tabla 2). El método estadístico utilizado fue el análisis de varianza y el postest de Tukey, para comprobación de hipótesis de diferencia de medias y el test de Chi-cuadrado para comprobación de hipótesis de diferencia de proporciones, utilizando el soft-

ware INSTAT. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0,05$.

Protocolo Quirúrgico

Los pacientes fueron internados el día de la cirugía por la mañana con ayuno de 8 hs. El rasurado de región sacra se realizó en habitación. Se administró antibiótico profilaxis con 1 gr de cefazolina o 600 mg de clindamicina endovenosa, previo a la realización de anestesia raquídea. Se colocó al paciente en decúbito prono y posición de navaja en camilla de quirófano para hacer la antisepsia con iodopovidona. Luego, se procedió al mapeo de la enfermedad introduciendo azul de metileno a través de los orificios fistulosos, y se realizó el procedimiento quirúrgico según la técnica de preferencia del cirujano. La colocación de drenaje se realizó según necesidad, a criterio de cada cirujano. Se colocaron gasas a nivel de incisión de forma compresiva por 24 hs, momento en que se comenzaron las curaciones diarias con agua y jabón, y secado con gasas. En el caso de la técnica de colgajo romboidal, el vendaje no se colocó de manera compresiva. Se permitió la dieta oral a las 6 hs post anestesia. Los antibióticos (Amoxicilina + Ácido Clavulánico 1 gr cada 12 hs o Clindamicina 300 mg para alérgicos a penicilina) se administraron vía oral por 7 días. La alta médica se otorgó dentro de las doce horas del postoperatorio, en caso de buena evolución. Se recomendó al paciente evitar la flexión completa de la región sacra por 2 semanas, evitar presión sobre la herida y manejar bicicletas o motos por un período de 6 semanas. Se indicó mantener rasurada la región sacro coxígea por tiempo indefinido.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico promedio en el grupo TK fue de 37 minutos, lo cual fue menor al del grupo CL (53 min) ($p < 0,001$), y al del PC (48 min) ($p < 0,01$) (tabla 3). La incidencia de seromas fue menor en el grupo PC comparado con el grupo TK ($p = 0,038$) y con el grupo CL ($p = 0,036$). Las dehiscencias totales de la herida fueron más frecuentes en el grupo TK (18%) en relación al grupo PC (3%) ($p = 0,061$), mientras que el grupo CL no presentó ningún caso. Las tres técnicas fueron similares en términos de sangrados, infecciones y dehiscencias parciales de la herida ($p > 0,05$) (tabla 3).

El tiempo de cicatrización y el tiempo de reincorporación a actividades normales fue similar con las tres técnicas ($p > 0,05$), aunque el retorno a activida-

TABLA 1: ANTECEDENTES.

Variable	CL*	TK†	PC‡	Significación Estadística
N. pacientes	30% (38/125)	40% (50/125)	30% (37/125)	-
Edad promedio (años)	25,24 ± 6,73	25,08 ± 4,85	25,22 ± 5,21	p= 0,989
Sexo (M/F)	87%/13%	78%/22%	86%/14%	p= 0,315
Antecedentes preoperatorios				
IMC (peso/talla ²)	26,76 ± 4,65	25,95 ± 3,10	25,71 ± 3,25	p=0,749
Tabaquismo	35% (13/38)	38% (19/50)	36% (13/37)	p=0,927
Recidivados	11% (6/38)	10% (5/50)	16% (6/37)	p=0,63
Tiempo de evolución (meses)	24 ± 32	15 ± 20	25 ± 40	p=0,283
Infecciones	70% (26/38)	69% (34/50)	69% (25/37)	p=0,996
Abscesos	46% (17/38)	45% (22/50)	51% (19/37)	p=0,77
Drenaje quirúrgico	34% (12/38)	31% (15/50)	37% (14/37)	p=0,72
Antibióticoterapia	45% (17/38)	41% (20/50)	56% (21/37)	p=0,29
Postoperatorio				
Contactados telefónicamente	61% (23/38)	63% (31/50)	79% (29/37)	
Seguimiento (meses)	36 ± 28,67	48 ± 8,01	21 ± 10,10	TK > CL > PC p<0,001

Los datos son de tipo medias ± DS (desviación standard) y porcentaje con las proporciones entre paréntesis. Las p<0,05 se presentan en negrita.

*CL: Técnica de Colgajo de Limberg, † TK: Técnica de Karydakakis, ‡ CP: Técnica de Preservación Cutánea.

TABLA 2: CUESTIONARIO TELEFÓNICO.

1. ¿Ha notado algún inconveniente con su herida? ¿Cuál y cuánto tiempo después de la cirugía?
2. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento médico o quirúrgico por alguna complicación postoperatoria?
3. ¿Cuánto tiempo después de la cirugía se sintió en condiciones de reincorporarse a sus actividades normales?
4. ¿Cuánto tiempo después de la cirugía se sintió en condiciones de realizar actividades deportivas?
5. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedad pilonidal recurrente?
6. ¿Podría decir que su grado de satisfacción con el resultado de la cirugía es muy bueno, bueno, o está insatisfecho?
7. ¿Le recomendaría la misma cirugía a otra persona en su misma condición?

des deportivas llevó 43 días en promedio en el grupo TK y 32 días en los grupos CL y PC (p=0,042) (tabla 3).

La tasa de recidiva fue del 10% para el grupo TK, seguida por CL (8%), y PC (5%) (p>0,05), después de un período de seguimiento de 48, 36 y 21 meses respectivamente.

Los pacientes recomendarían la cirugía que se realizó en la mayoría de los casos (Gráfico 1). El grado de satisfacción fue muy bueno en los grupos de CL y PC y algo menor con el grupo TK, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Gráfico 2).

DISCUSIÓN

El tratamiento ideal para esta enfermedad debería permitir una curación rápida, pronta reincorporación a las actividades laborales y deportivas, reduciendo

al mínimo los cuidados y costos postoperatorios, el tiempo de internación, la morbilidad y la tasa de recurrencia de la enfermedad.

La comprensión acabada de la etiopatogenia de la enfermedad podría ser de gran utilidad para la selección de la técnica más adecuada. Los factores de riesgo identificados incluyen ocupaciones sedentarias, historia familiar positiva, hirsutismo, obesidad e irritación o trauma local previo al inicio de los síntomas.¹⁰ Además, existen teorías a favor del origen congénito de la enfermedad y otras que lo atribuyen a causas adquiridas.¹¹ A pesar de que la etiopatogenia permanece incierta, las publicaciones más recientes apuntan hacia la invaginación de cabellos en la piel como resultado de fricción crónica en la zona interglútea como causa de la enfermedad pilonidal.¹² Por lo tanto, las recidivas a largo plazo podrían deberse a una anatomía de la hendidura interglútea que promueva la acumulación de perspiración, fricción, y la

TABLA 3: COMPARACIÓN DE LA MORBILIDAD POSTOPERATORIA

Variable	CL*	TK†	PC‡	Significación Estadística
Intraoperatorio				
Tiempo quirúrgico (min)	53	37	48	TK < CL p<0,001 TK < PC p<0.01
Necesidad Tubo de Drenaje	84%	68%	-	
Postoperatorio				
Complicaciones				
Hemorragia	3%(1/38)	2%(1/50)	-	p= 0,641
Seroma	21%(8/38)	20%(10/50)	3%(2/37)	PC<TK p= 0,038 PC<CL p=0,036
Infección	11% (4/38)	10%(5/50)	3%(1/37)	p= 0,365
Dehiscencia Parcial	15%(5/38)	4%(2/50)	17%(6/37)	p= 0,145
Dehiscencia Total	-	18%(9/50)	3%(1/37)	PC<TK p= 0,061
Retiro de Sutura (días)	18	20	17	p= 0,245
Retorno a las actividades normales (días)	19	25	20	p= 0,494
Retorno a las actividades deportivas (días)	32	43	32	TL,PC<TK p=0,042
Recidiva	8%(3/38)	10%(5/50)	5%(2/37)	p=0,736

Los datos son de tipo medias \pm DS (desviación standard) y porcentaje con las proporciones entre paréntesis. Las $p < 0,05$ se presentan en negrita.

*CL: Técnica de Colgajo de Limberg, † TK: Técnica de Karydakís, ‡ CP: Técnica de Preservación Cutánea.

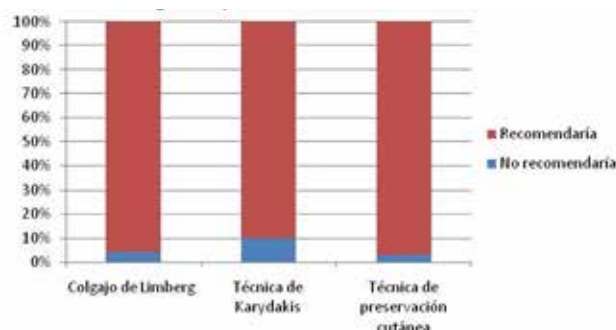


Gráfico 1: Respuesta a la pregunta ¿Recomendaría la cirugía a un paciente en su misma condición?

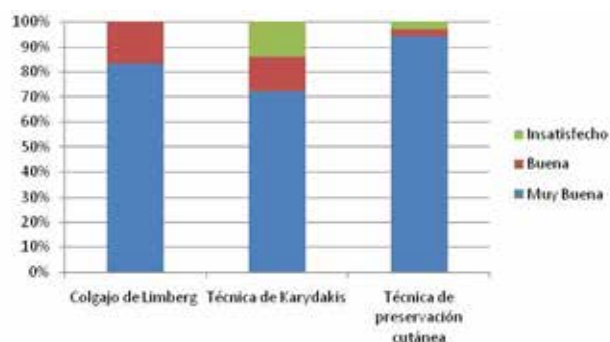


Gráfico 2: Grado de satisfacción según el procedimiento.

tendencia del pelo a crecer hacia adentro. En cambio, las recidivas a corto plazo se deberían a resecciones quirúrgicas incompletas que dejan enfermedad residual.¹³

Actualmente no existe una técnica "gold standard"

para el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica. Según los meta-análisis realizados por Brasel et al.¹⁴ y McCallum et al.,¹⁵ ambos sobre 1573 pacientes, y una revisión sistemática de Wienert,¹⁷ las técnicas de resección cerradas no han demostrado superioridad sobre las técnicas abiertas, ya que disminuyen el tiempo de cicatrización y la reincorporación laboral, pero a expensas de un mayor número de recidivas. Estos mismos meta-análisis^{14,15} y otros trabajos comparativos¹⁶ preconizan la utilización de técnicas de cierre por fuera de la línea media.

Las técnicas de Karidakis y de colgajo romboidal de Limberg consisten en resecciones en bloc del quiste, los orificios fistulosos, sus fistulas y la grasa circundante, con el objeto de asegurar la extirpación completa de la enfermedad. Ambas difieren en el tipo de reconstrucción pero persiguen el mismo principio, que consiste en configurar una nueva anatomía de la zona mediante el cierre por fuera de la línea media y aplanamiento de la región inter-glútea, haciéndola menos proclive al desarrollo de recurrencias.^{9,17} La técnica de Limberg es más compleja que la técnica de Karydakís, requiere de colocación de drenajes, tienen pobre resultado estético, y demanda mayor tiempo operatorio. Además, la conservación de piel glútea adyacente con las técnicas que no emplean colgajos, permite realizar futuras plásticas con mayor facilidad en caso de recidivas o complicaciones como necrosis

TABLA 4.: TASA DE RECIDIVA CON TÉCNICA DE KARYDAKIS EN DIFERENTES SERIES

Técnica	Nº pacientes	Tasa de recidiva %	Seguimiento (años)
Karydakís ⁸	7471	1	2 A 20
Kitchen ¹⁹	141	4	2 A 20
Moran et al. ⁵	106	3.7	ND

*ND: información no disponible

TABLA 5: TASA DE RECIDIVA CON TÉCNICA DE COLGAJO ROMBOIDAL DE LIMBERG EN DIFERENTES SERIES

Técnica	Nº pacientes	Tasa de recidiva %	Seguimiento (años)
Mentes et al. ²⁰	353	3.1	2
Topgul et al. ⁹	200	2.5	5.1
Daphan et al. ²¹	147	4.8	1.1
el-Khagrawy et al. ⁴	60	10	1

importante de colgajo. Sin embargo, los meta-análisis de Petersen et al.¹⁶ y Can et al.,¹⁸ que comparan los resultados de la técnica de Karydakís con la técnica de Limberg, no encontraron diferencias significativas entre ambas técnicas, en lo que respecta a tasas de recurrencia y satisfacción del paciente. Las tasas de recidiva con la técnica de Karydakís en las series más importantes van del 1 al 4%^{5,8,19} (Tabla 4), mientras que con la técnica de colgajo romboidal van del 0 al 10%,^{4,9,20,21} (tabla 5).

La técnica propuesta por Soll et al.²² de tipo abierta con conservación cutánea (Sinusectomía) prescinde de la utilización de colgajos. La resección más limitada y el puente cutáneo entre ambos losange de piel reducirían la tensión de la herida, minimizando la tasa de complicaciones locales. En la serie de 93 pacientes de Soll et al.,²² la tasa de recurrencia fue del 5% y la morbilidad global del 6.5%. No se encontraron reportes en la literatura de otros pacientes operados mediante esta técnica, ni resultados en estudios comparativos.

La variante empleada por nuestro equipo modifica la técnica original convirtiéndola en una técnica cerrada (Figs. 1 y 2). Este es un procedimiento atractivo para casos seleccionados de anatomía simple y sin infección activa debido a su carácter menos invasivo, escasa morbilidad, rápida recuperación y resultados más estéticos. En nuestra serie, el tiempo de cicatrización observado con el grupo PC fue de 17 días en promedio, menor al reportado con la técnica original de Soll et al.²² de 35 días. La reincorporación a actividades laborales y deportivas con nuestra técnica fue de 23 y 29 días, respectivamente, lo cual no fue

analizado por Soll et al.²²

En nuestro estudio, las tasas de recurrencia observadas con las tres técnicas después de un seguimiento promedio de 3 años, fueron aceptables comparadas con las publicadas en la literatura. Doll et al.,¹³ concluyeron que sería ideal un periodo de seguimiento de al menos 5 años para evaluar tasa de recidiva, ya que en su grupo de 200 pacientes con seguimiento de 17 años, el 75% de las mismas se diagnosticaron dentro de ese período. En esta serie, se utilizaron en su mayoría técnicas abiertas (n:144), lo que debería tenerse en cuenta a la hora de extrapolar los resultados a procedimientos cerrados.

El tiempo operatorio fue aceptable para todas las técnicas empleadas, aunque la técnica de Karydakís fue la más veloz en nuestra serie (Tabla 3).

En nuestro estudio, ningún paciente requirió de una reintervención por complicaciones postoperatorias. El grupo PC presentó el menor porcentaje de complicaciones; a pesar de que presentó un elevado porcentaje de dehiscencias de la herida inferior ($p > 0,05$), que mide un promedio de 1 a 2 cm, esto no alteró demasiado el tiempo de cicatrización.

Existen escasos trabajos publicados que evalúan el tiempo de reincorporación a las actividades normales y deportivas. El tiempo promedio reportado para retomar las actividades normales con técnica de Karydakís es de 12.4 a 20 días,^{23,24} similar a las observaciones en nuestro estudio (25 días). El retraso en el tiempo de reincorporación a actividades deportivas en el grupo TK, se debió a la elevada tasa de dehiscencia total observada en ese grupo. No existen trabajos en la literatura que evalúen este aspecto.

La satisfacción reportada en el estudio fue elevada en los tres grupos, tanto por el grado de satisfacción referido por el paciente como por la recomendación de operarse (Gráficos 1 y 2). No existen muchas publicaciones que analicen estos aspectos pero los resultados de Can et al.¹⁸ son comparables a los de nuestra serie.

CONCLUSIONES

Las tasas de recidiva, el tiempo de cicatrización, el tiempo de reincorporación a actividades normales y el grado de satisfacción del paciente fueron similares con las tres técnicas. La PC tuvo menor incidencia de seromas en el postoperatorio. La técnica de CL presentó el menor tiempo operatorio pero se asoció a una alta tasa de dehiscencias totales y a un retraso en la reincorporación a actividades deportivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayo OH. Observations on injuries and diseases of the rectum. London, Burgess and Hill 1833:45-46.
2. Warren JM. Fistulous opening near the base of the coccyx containing hair. *Boston Med Surg J* 1877;96:328.
3. Hodges RM. Pilonidal sinus. *Boston Med Surg J* 1880;103:485-6.
4. el-Khadrawy O, Hashish M, Ismail K, Shalaby H. Outcome of the rhomboid flap for recurrent pilonidal disease. *World J Surg* 2009; 33:1064-1068.
5. Moran DC, Kavanagh DO, Adhmed I, Regan MC. Excision and primary closure using the Karydakias flap for the treatment of pilonidal disease: outcomes from a single institution. Published online: *World J Surg* 2011.
6. Karydakias GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg* 1992;62(5):385-389.
7. Bisset IP, Isbister WH. The management of patients with pilonidal disease--a comparative study. *Aust N Z J Surg* 1987;57:939-42.
8. Karydakias GE. New approach to the problem of pilonidal sinus. *Lancet* 1973;2:1414-5.
9. Topgul K, Ozdemir E, Kilic K, Gokbayir H, Ferahkos Z. Long-Term Results of Limberg Flap Procedure for Treatment of Pilonidal Sinus. A Report of 200 Cases. *Dis Colon Rectum* 2003;46:1545-1548.
10. Billingham RP (2007) Pilonidal disease after excision. Presentado en: 18th Annual International Colorectal Disease Symposium, Cleveland Clinic, Fort Lauderdale, FL, February 14-17, 2007.
11. Da Silva JH. Pilonidal Cyst Cause and Treatment. *Dis Colon Rectum* 2010;43(8):1146-1156.
12. Bozkurt M, Tezel E Management of Pilonidal Sinus with the Limberg Flap. *Dis Colon Rectum* 1998;41:775-777.
13. Doll D, Krueger C M, Schrank S, Dettmann H, Petersen S, Duesel W. Timeline of Recurrence After Primary and Secondary Pilonidal Sinus Surgery. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1928-1934.
14. Brasel KJ, Gottesman L, Vasilevsky CA. Meta-analysis comparing healing by primary closure and open healing after surgery for pilonidal sinus. *J Am Coll Surg* 2010; 211(3):431-4.
15. McCallum IJD, King PM, Bruce J. Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis. *British Med J* 2008;336:868-871.
16. Petersen S, Koch R, Stelzner S, Wendlandt T-P, Ludwig K. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: a survey of the results of different surgical approaches. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1458-67.
17. Monro RS, McDermott FT. The elimination of causal factors in pilonidal sinus treated by Z-plasty. *Br J Surg* 1965;52:177-9.
18. Can MF, Sevinc MM, Hancerliogullari O, Yilmaz M, Yagci G. Multicenter prospective randomized trial comparing modified Limberg flap transposition and Karydakias flap reconstruction in patients with sacrococcygeal pilonidal disease. *Am J Surg* 2010;200:318-327.
19. Kitchen PR. Pilonidal sinus: experience with the Karydakias flap. *Br J Surg* 1996;83(10):1452-1455.
20. Menten O, Bagci M, Bilgin T, Ozgul O, Ozdemir M. Limberg flap procedure for pilonidal sinus disease: results of 353 patients. *Lagenbecks Arch Surg* 2008;392(2): 185-9.
21. Daphan, C, M. Tekelioglu H, Sayilgan C. Limberg Flap Repair for Pilonidal Sinus Disease *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 233-237.
22. Soll C, Hahnloser D, Dindo D, Clavien PA, Hetzer F. A novel approach for treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus: less is more. *Int J Colorectal Dis* 2008 32:177-180.
23. Akinci OF, Coskun A, Uzunköy A. Simple and effective surgical treatment of pilonidal sinus: asymmetric excision and primary closure using suction drain and subcuticular skin closure. *Dis Colon Rectum* 2000;43:701-6.
24. Sakr M, Habib M, Shaheed AA. Assessment of Karydakias Technique as compared with midline closure for the management of chronic pilonidal sinus. *J Pelvic Med Surg* 2006;12:201-6.

Amputación Abdominoperineal Extraelevador como Tratamiento de Neoplasias Anorrectales Localmente Avanzadas. Experiencia Inicial

Juan Manuel Manolizi, Hernán Vannelli, Silvina Milletari, Esteban Grzona, Mariano Laporte

Sección Cirugía Colorrectal, Fundación Sanatorio Güemes. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: la amputación abdominoperineal (AAP) fue durante muchos años el tratamiento de elección para los tumores de recto bajo y especialmente aquellos con compromiso del aparato esfinteriano. Algunas modificaciones a la técnica original, sugieren el aumento de la radicalidad a través de una resección cilíndrica (amputación abdominoperineal extraelevador). Esta estrategia permite ampliar los márgenes de resección circunferencial, con menor posibilidad de perforación o apertura tumoral, permitiendo así una menor recidiva local y mejores resultados oncológicos. El siguiente trabajo tiene por objetivo exponer los aspectos técnicos más relevantes y los resultados de la experiencia inicial con esta variante técnica.

Diseño: Serie de casos.

Pacientes y métodos: se analizaron todos los pacientes sometidos a una amputación abdominoperineal extraelevador (AAPE) intervenidos en el Sanatorio Güemes, en el período comprendido desde mayo 2011 hasta septiembre del 2013. Fueron analizadas variables: demográficas, índice ASA (American Society of Anesthesiologist), índice de masa corporal (IMC), distancia del tumoral margen anal, tipo de cirugía, estadía hospitalaria y la morbilidad perioperatoria.

Resultados: se incluyeron 5 pacientes, 4 de ellos pertenecían al sexo masculino. La media de edad fue de 61 años mientras que para el IMC fue de 29,8. Solamente en 1 paciente se realizó el abordaje laparoscópico. El tiempo operatorio medio fue de 266 minutos. La estadía hospitalaria en promedio fue de 8,6 días. Se registraron las siguientes complicaciones: dehiscencia parcial de colgajo cutáneo en 2 pacientes, fistula uretral (1 paciente) y eventración de la incisión mediana (1 paciente). El seguimiento medio de la serie fue de 15 (8-24) meses. No hubo mortalidad en la serie. Un paciente presentó una recidiva local.

Conclusiones: la amputación abdominoperineal extraelevador es una estrategia válida en el manejo de los pacientes con tumores de recto bajo o con invasión del esfínter anal.

Palabras claves: Amputación Abdominoperineal Extraelevador; Amputación Abdominoperineal Cilíndrica; Escisión Total de Mesorrecto; Cáncer de Recto

ABSTRACT

Background: abdominoperineal resection (APR) has been, for many years, the treatment of choice for low rectal tumors, or those with sphincter involvement. In recent years, technical modifications (extralevator abdominoperineal resection) were performed, increasing the radicality of the original surgery. Thus oncologic outcomes were improved, with a decrease in the values of tumor perforation, circumferential resection margins involvement and a consequent lower local recurrence rates. This paper attempts to show the initial experience in this type of procedure.

Design: Case series.

Patients and methods: all patients who underwent extralevator abdominoperineal resection (EAPR) in the Sanatorio Güemes in the period from May 2011 to September 2013 were included. The variables analyzed were: demographic, ASA index (American Society of Anesthesiologist), body mass index (BMI), tumor distance from the anal verge, type of surgery, hospital stay, and intraoperative and postoperative complications.

Results: five extralevator abdominoperineal resection were performed in 4 males. The mean age was 61 years and the mean BMI was 29.8. Only 1 laparoscopic approach was performed. The mean operative time was 266 min. The hospital stay was 8.6 days. The postoperative complications were: partial flap dehiscence (2 patients), urethral fistula (1 patient) and median incision hernia (1 patient). The median follow-up was 15 (8-24) months. Only one patient had a local recurrence.

Conclusions: extralevator abdominoperineal resection is a valid strategy in the management of patients with tumors of the lower rectum or anal sphincter invasion.

Key Words: Extralevator Abdominoperineal Resection; Cylindrical Abdominoperineal Resection; Total Mesorectal Excision; Rectal Cancer

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones del Instituto Nacional del Cáncer

Leído en Sesión SACP 9 de Mayo de 2014

Recibido 24 de abril de 2014

Corregido y aceptado para publicación 2 de mayo de 2014

Correspondencia:

Juan Manuel Manolizi
jmmanolizi@gmail.com

de la República Argentina, se diagnosticaron 13.558 nuevos casos de cáncer colorrectal durante el año 2012,¹ motivo por el cual es de particular interés optimizar la estrategia diagnóstica y terapéutica en nuestro medio. En la actualidad la cirugía continua siendo la piedra angular en el tratamiento de dicha afección. El pronóstico está directamente relacionado con distintas variables entre las cuales se pueden enumerar: el tamaño tumoral, enfermedad ganglionar y a distancia,

la distancia del tumor al margen anal, el compromiso del complejo esfinteriano, los márgenes circunferencial y distal, y la indemnidad de la escisión mesorrectal.² La radicalidad comienza a ser un concepto importante en la década del 80 con el advenimiento de la escisión total del mesorrecto (ETM) postulada por Heald, la cual reduce las tasas de márgenes de resección circunferencial (MRC) positivos del 25% al 7% y reduce 12 veces las chances de una recurrencia local, mejorando también las tasas de supervivencia.³

La amputación abdominoperineal (AAP) fue durante muchos años el estándar de cuidado para los tumores de recto bajo, y en la actualidad su indicación aún persiste vigente para lesiones avanzadas o suficientemente bajas como para impedir la preservación esfinteriana (80% de los tumores a menos de 5 cm del margen anal y recurrencias de carcinomas epidermoides anales).⁴

Desde la descripción de Ernest Miles en 1908, las tasas de recurrencia local y de supervivencia no experimentaron cambios equiparables a los encontrados en la resección anterior baja. El comportamiento y biología de la enfermedad es diferente en los candidatos a ambas técnicas por tratar de dos enfermedades distintas, esto también explicaría las diferentes respuestas a los nuevos regímenes de quimioradioterapia para cánceres de recto bajos.⁵ En función de estos hallazgos, en los últimos años Holmes y cols., en 2007, postularon la obtención de mejores resultados a través de una mayor radicalidad que se obtiene mediante una resección cilíndrica en posición prona, con sección de los músculos elevadores del ano, de allí el nombre "Amputación Abdominoperineal Extraelevador" (AAPE).⁶

En nuestra opinión, al igual que la de Habr-Gama y cols., el término "extraelevador" no es del todo exacto debido a que en esta técnica la resección del músculo elevador no es completa sino parcial, con un manguito remanente de dicha estructura; en consecuencia creemos más apropiado el nombre de "Amputación Abdominoperineal Cilíndrica" (AAPC) para denominar a esta variación técnica.⁴ Este término ilustra más adecuadamente como dicha resección cilíndrica evita el fenómeno de afinamiento "en reloj de arena" vinculable a un potencial MRC positivo.

Aparte de los beneficios oncológicos anteriormente enunciados, la utilización de esta técnica permite una menor movilización en la pelvis menor por la vía abdominal, mejor exposición y visualización del periné, mayor asistencia por parte de los ayudantes y menor índice de perforación de la pieza.⁷ En detrimento, esta variante trae implícitos los riesgos de un mayor defecto perineal.^{8,9}

El siguiente trabajo tiene por objetivo exponer los aspectos técnicos más relevantes y los resultados de la experiencia inicial con esta variante técnica.

DISEÑO

Serie de casos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se analizaron todos los pacientes sometidos a una AAPC por neoplasias anorrectales avanzadas en el Sanatorio Güemes, durante el período comprendido entre mayo 2011 y septiembre del 2013. Se analizaron variables: demográficas (edad, sexo, ASA, distancia del margen anal, estadificación), tratamiento complementario, tipo de abordaje, tiempo operatorio, morbilidad, características histopatológicas y estadía hospitalaria.

AAPC: Técnica Quirúrgica

El tiempo abdominal de la cirugía es realizada de acuerdo con los principios de la ETM por fuera de la fascia mesorrectal.

Una vez que el paciente se encuentra en una posición prona, el ano es suturado y el complejo esfinteriano disecado en su totalidad, se comienza realizando una línea circunferencial pasando aproximadamente por la mitad entre el ano y las tuberosidades isquiáticas bilaterales, y a nivel anterior del cuerpo perineal y justo en la región anterior del coxis.

La incisión se profundiza justo por fuera de la porción subcutánea del esfínter anal externo, alejándose de la grasa glútea, siempre teniendo en cuenta que la invasión tumoral del tejido isquioanal es un evento raro. El coxis no es removido rutinariamente, no obstante la desarticulación del mismo genera más espacio y facilita la maniobra para extraer la pieza quirúrgica. Los elevadores son seccionados cerca de su inserción lateral, de manera tal que un manguito muscular es fácilmente objetivable en la visión macroscópica del espécimen resecado.

Luego de la sección de los elevadores el recto es cuidadosamente retirado de la cavidad pelviana a través de la herida perineal, esta eversión de la pieza permite su movilización en las diferentes direcciones con la consiguiente exposición del plano entre la vagina o vesículas seminales y el recto, permitiendo la separación de las diferentes estructuras con seguridad. Finalmente la resección se completa con la división de los músculos anteriores del piso pelviano. La parte final del procedimiento es la reconstrucción del piso

pelviano con el cierre del defecto residual en la herida perineal. Varias son las opciones en cuanto a la plástica de cierre. Algunos grupos optan por la confección de colgajos musculares, particularmente en pacientes irradiados. No obstante el cierre primario con o sin colgajo de epiplón continúa siendo una opción válida, así como también la utilización de mallas biológicas.

RESULTADOS

Se incluyeron para el análisis un total de 5 pacientes, 80% del sexo masculino. La media de edad fue de 61 (35-75) años, mientras que para el IMC fue de 29,8 (28,1-33,03). Las características demográficas se resumen en la tabla 1. Todos los pacientes de la serie recibieron radioterapia en el período preoperatorio. En 3 casos se realizó como esquema neoadyuvante de un adenocarcinoma de recto virgen de tratamiento. En los dos restantes la indicación fue posterior a una recurrencia local, en un caso por un paciente con un adenocarcinoma que había sido sometido a una resección anterior baja y el restante por un paciente con un carcinoma epidermoide que había recibido un esquema de Nigro (Tabla 1).

El abordaje fue convencional en la mayoría de los casos (80%). El tiempo operatorio promedio fue 266 (195-360) min. (Tabla 2).

TABLA 1: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y PREOPERATORIO

Pac.	Sexo	Edad (Años)	IMC	Distancia del MA	Estadific. por RMN
1	M	35	28,6	2 cm.	T3N2
2	F	70	28,1	1 cm.	-
3	M	63	33	0 cm.	T3
4	M	62	29,2	0 cm.	T3N1
5	M	75	30,1	1 cm.	-

IMC: Índice de masa corporal; M: Masculino; F: Femenino; MA: Margen anal; RMN: Resonancia Magnética Nuclear.

TABLA 2: ANÁLISIS QUIRÚRGICO Y COMPLICACIONES

Pac.	ASA	Abordaje	Tiempo operatorio	Estadía hospitalaria	Complicaciones postop.	Complicaciones intraop.
1	II	Convencional	285 min.	12 días	No	Efracción rectal
2	II	Convencional	360 min.	7 días	Eventración	No
3	III	Laparoscópico	280 min.	9 días	Dehiscencia de colgajo Fistula urinaria	No
4	I	Convencional	195 min.	5 días	No	No
5	II	Convencional	210 min.	10 días	Dehiscencia de colgajo	No

ASA: American Society of Anesthesiologists.

Se evidenció un solo evento como complicación intraoperatoria que consistió en una efracción rectal generada en el tiempo perineal, debido a el compromiso del periostio isquiático, no advertido en el estudio tomográfico preoperatorio. La estadía hospitalaria promedio fue de 8,6 (5-12) días (Tabla 2).

En nuestra serie utilizamos colgajos en V-Y bilaterales en 2 oportunidades (Fig. 1). En un caso, asociamos el colgajo a la colocación de malla dérmica acelular porcina en un paciente con gran defecto perineal (Fig. 2).

Al evaluar las complicaciones postoperatorias identificamos 1 eventración de la incisión mediana y 2 dehiscencias parciales de colgajos perineales, que resol-



Figura 1: Colgajo en V-Y bilateral.



Figura 2: Colocación de malla dérmica acelular.

TABLA: 3: ANÁLISIS ANATOMOPATOLÓGICO Y SEGUIMIENTO

Pac.	Tipo histológico	Márgenes	Estadía hospitalaria	Ganglios totales	Ganglios positivos	Seguimiento oncológico
1	Adenocarcinoma	Si	12 días	1	0	Libre de enfermedad
2	Adenocarcinoma	Si	7 días	9	0	Libre de enfermedad
3	Carcinoma escamoso	Si	9 días	-	-	Recidiva local
4	Adenocarcinoma	Si	5 días	9	0	Libre de enfermedad
5	Adenocarcinoma	Si	10 días	7	0	Libre de enfermedad

vieron favorablemente con tratamiento conservador. Un paciente evolucionó con una fístula urinaria secundaria a una lesión diatérmica uretral que resolvió con la colocación de sonda vesical por un período prolongado (Tabla 3).

Los resultados del estudio anatomopatológico de las piezas se resume en la tabla 3. Todas las piezas presentaron márgenes libres de lesión y 4 de los 5 pacientes están libres de enfermedad a la fecha con un seguimiento de 15 (8-24) meses. No se registró mortalidad en la serie.

DISCUSIÓN

Los pacientes con tumores de recto bajo tienen un pronóstico peor que aquellos pacientes con tumores más altos. Varios reportes^{10,11} informan resultados oncológicos superiores cuando se compara la resección anterior baja (RAB) con la AAP. Esto podría deberse a que frecuentemente la AAP se indica para tumores más avanzados localmente o más cercanos al margen anal.¹⁰ Adicionalmente la AAP presenta mayor tasa de perforación intraoperatoria, lo que se relaciona directamente con una mayor recurrencia local.¹⁰ Bulow y col.¹² analizaron una serie de 1125 pacientes sometidos a AAP, informando que en el 10% se había generado una perforación durante el procedimiento quirúrgico una consecuente tasa de recurrencia local del 11%.

El trabajo presentado por Hiranyakas y col.¹³ compara 65 pacientes sometidos a AAP y 69 con RAB. Si bien el tamaño de la muestra es pequeño informan que 6 pacientes con AAP y 3 con RAB presentaron recurrencia local ($p=0,002$). Cuando se analizó la cantidad de piezas con mesorrecto incompleto se pudo objetivar que dicha característica de la histopatología se hallaba con mayor frecuencia cuando el paciente había sido sometido a AAP (9,8% vs. 2,9%). Conclusiones similares informaron Tilney y col.,¹¹ en el 2006 quienes compararon 794 pacientes sometidos a RAB y 521 a AAP. La tasa de márgenes positivos fue de

6,7% y 17,6% respectivamente, siendo la AAP un factor predictivo independiente de positividad del margen circunferencial.

Los pobres resultados oncológicos de la AAP motivaron ciertos cambios en el procedimiento con el fin de disminuir la recurrencia local y de esta manera mejorar la sobrevida global.

Son varios los artículos publicados en los últimos años que comparan la AAP convencional con la AAPC.

Huang y col.² realizaron un meta análisis, incluyendo 881 pacientes de 6 estudios. La tasa de márgenes circunferenciales positivos (30,3 vs. 14,6%), perforación intraoperatoria (16,2% vs. 5,8%) y recurrencia local (12,3% vs. 4%) fue inferior en aquellos pacientes sometidos a AAPC cuando se los comparó con la AAP. Resultados similares informaron Hui Chung Yu¹⁴ en 2014 y Stelzner¹⁵ en 2011 quienes en revisiones sistemáticas incluyeron 949 y 5244 pacientes, respectivamente.

En cuanto a sobrevida a largo plazo no existen muchas publicaciones debido a que la técnica fue descripta hace pocos años. Sin embargo Tayyab y col.¹⁶ comparó la tasa de recurrencia local a 5 años en 63 pacientes con AAP y 58 con AAPC, siendo de 23% y 5% respectivamente. Se incluyeron pacientes desde 1999 a 2008, presentando como limitante importante un período prolongado y un tamaño de muestra pequeño.

Por otro lado, existen autores como Krishna¹⁷ y Asplund⁸ quienes sugieren que la modificación en la posición del paciente no altera los resultados oncológicos, ya que la tasa de recurrencia local es similar entre ambas técnicas. Es esencial no confundir el posicionamiento con la técnica quirúrgica, la AAPC se puede aplicar independientemente de si se coloca al paciente en decúbito supino o prono. La posición no es crucial en sí, siempre y cuando cirujanos capacitados y entrenados adecuadamente realicen una disección metódica para proporcionar una perfecta resección.⁷

En el estudio realizado por Campos-Lobato y col. se

compararon 81 pacientes con AAP en posición prona comparada con 87 pacientes con la misma operación en posición supina. Ninguna diferencia fue encontrada en cuanto a la recurrencia local ni a distancia o la sobrevida, por lo que los investigadores concluyeron que la posición durante la parte perineal en la AAP no afectaría la morbilidad ni los resultados oncológicos.⁵ Sin embargo, la exposición del campo quirúrgico y las posibilidades para libertad de gestos del cirujano y los asistentes son superiores.

El cierre primario de la herida perineal ha sido el método más común de reconstrucción después de una cirugía de este estirpe; sin embargo, existen varios autores^{8,9,18} que sugieren que la herida perineal mayor en la AAPC provocaría mayores complicaciones a ese nivel. La frecuente asociación entre esta técnica y la radioterapia preoperatoria alteraría la cicatrización por la escasa capacidad de curación del tejido irradiado. Pareciera ser que la alta tensión de los tejidos y la acumulación de secreciones en la pelvis son factores decisivos en las complicaciones de la herida perineal.¹⁹

El incremento de las infecciones de herida y la hernia perineal han sido consideradas las mayores desventajas de la AAPC.⁸

Las complicaciones de la herida perineal después de un cierre primario de una escisión abdominoperineal se reportan entre el 40 y el 66% en comparación con la reconstrucción con colgajo miocutáneo (22 y 52%).¹⁹ Hay una tendencia en la reducción de las complicaciones de herida cuando se usan colgajos musculares. Los colgajos miocutáneos utilizados con mayor frecuencia son: recto abdominal, gracilis y glúteo mayor. Otras técnicas de colgajos que pueden ser utilizadas para reducir el riesgo local de las complicaciones de herida como los colgajos en V-Y bilaterales.¹⁴

La introducción de las mallas biológicas (Surgis, Biodesign TM) al mercado han sido utilizadas como puente sin tensión en la reconstrucción de la región anal. El argumento para la utilización de esta malla es la adaptación del cuerpo, absorbiéndola dejando un tejido fuerte y vascularizado que potencialmente reduce complicaciones a largo plazo como son las fistulas.¹⁹ Recientemente el uso de la matriz dérmica acelular ha traído un gran interés en la reconstrucción de los defectos complejos de la pared abdominal. Este material tiene el potencial de proporcionar la misma duración que una malla sintética permanente pero con una mejorada biocompatibilidad tisular.²⁰

Por otro lado, una revisión realizada por Foster y col. comparó la reconstrucción de la herida perineal con colgajos miocutáneos luego de una AAPC en 255 pacientes, con 85 pacientes a los cuales se les realizó una

reconstrucción con malla biológica. No se encontró ninguna diferencia significativa en las tasas de complicaciones perineales o en la formación de eventraciones.²¹

Peacock y col.¹⁹ comparan los resultados de 5 pacientes con colgajos miocutáneo de recto anterior y 10 con malla protésica. La morbilidad de ambos procedimientos fue similar, siendo más costo efectiva la colocación de malla, debido a una menor estadía hospitalaria. El tipo de malla utilizada es similar a la que usamos en nuestra serie.

Butt y col.,²² presentaron una revisión sistemática analizando la reconstrucción perineal posterior a AAPC. En 149 pacientes se utilizó malla, en 201 colgajo miocutáneo y en 578 el cierre primario. La tasa de complicaciones mayores fue de 27,5%, 29,4% y 17,1%, respectivamente. Sin dudas se requieren trabajos randomizados que comparen las diferentes técnicas, teniendo en cuenta los factores de riesgo más importantes: IMC, diabetes, tabaquismo, estadio tumoral y exposición a la radioterapia.

Las ventajas de esta técnica quirúrgica que identificamos mas allá de las publicadas en la literatura, es que la posición prona pareciera ser técnicamente más sencilla, brinda una mejor exposición del campo quirúrgico tanto para el cirujano como para el ayudante. Los planos son mejor visualizados y consideramos que incluso es mejor para la enseñanza de cirujanos en formación.

Sin embargo, el tiempo operatorio aumenta debido al requerimiento de movilizar al paciente una vez finalizado el tiempo abdominal y a la imposibilidad de realizar ambos tiempos (abdominal y perineal) en simultáneo.

Las limitaciones que debemos tener en cuenta de este artículo son las siguientes: es un estudio descriptivo y no comparativo, por lo cual no se comparan los resultados con la AAP. Algunos pacientes no fueron sometidos a una correcta estadificación preoperatoria (RMN/ECO) debido a la falta de disponibilidad del método diagnóstico. Los informes de anatomía patológica no aclaran en forma exacta cuál fue el margen (circunferencial y distal) libre de lesión. Por último, dado que esta técnica se utilizó a partir del año 2011 el seguimiento oncológico de los pacientes fue corto.

CONCLUSIÓN

La amputación abdominoperineal extraelevador es sin duda una estrategia válida en el manejo de los pacientes con tumores de recto bajo o con invasión del esfínter anal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cancer, I.n.d., Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012 Ministerio de salud, provincia de la nacion enero 2014.
2. Huang, A., et al., Oncological superiority of extralevator abdominoperineal resection over conventional abdominoperineal resection: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*, 2014. 29(3): p. 321-7.
3. Rotholtz, N.B., M., Tratamiento multimodal del cancer de recto. *Rev Arg de Cir*, 2013: p. 139-157.
4. Patricio B. Lynn, A.H.-G., Rodrigo O. Perez, Esteban Grzona, and J.J.G.-R. Charles Sabbagh, Cylindrical abdominoperineal resection rationale, technique and controversies. *J coloproctol*, 2013. 33(3): p. 167-173.
5. de Campos-Lobato, L.F., et al., Prone or lithotomy positioning during an abdominoperineal resection for rectal cancer results in comparable oncologic outcomes. *Dis Colon Rectum*, 2011. 54(8): p. 939-46.
6. Holm, T., et al., Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg*, 2007. 94(2): p. 232-8.
7. Holm, T., Controversies in abdominoperineal excision. *Surg Oncol Clin N Am*, 2014. 23(1): p. 93-111.
8. Asplund, D., E. Haglund, and E. Angenete, Outcome of extralevator abdominoperineal excision compared with standard surgery: results from a single centre. *Colorectal Dis*, 2012. 14(10): p. 1191-6.
9. West, N.P., et al., Multicentre experience with extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Br J Surg*, 2010. 97(4): p. 588-99.
10. Shihab, O.C., et al., Patients with low rectal cancer treated by abdominoperineal excision have worse tumors and higher involved margin rates compared with patients treated by anterior resection. *Dis Colon Rectum*, 2010. 53(1): p. 53-6.
11. Tilney, H.S., et al., Factors affecting circumferential resection margin involvement after rectal cancer excision. *Dis Colon Rectum*, 2007. 50(1): p. 29-36.
12. S. Bulow, I.J.C., Intra-operative perforation is an important predictor of local recurrence and impaired survival after abdominoperineal resection for rectal cancer. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2011. 13: p. 1256-1264.
13. Hiranyakas, A., et al., Factors influencing circumferential resection margin in rectal cancer. *Colorectal Dis*, 2013. 15(3): p. 298-303.
14. Yu, H.C., et al., Comparison of short- and long-term outcomes after extralevator abdominoperineal excision and standard abdominoperineal excision for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*, 2014. 29(2): p. 183-91.
15. Stelzner, S., et al., Extended abdominoperineal excision vs. standard abdominoperineal excision in rectal cancer--a systematic overview. *Int J Colorectal Dis*, 2011. 26(10): p. 1227-40.
16. Tayyab, M., et al., Evaluation of the impact of implementing the prone jackknife position for the perineal phase of abdominoperineal excision of the rectum. *Dis Colon Rectum*, 2012. 55(3): p. 316-21.
17. Krishna, A., et al., A comparison of published rates of resection margin involvement and intra-operative perforation between standard and 'cylindrical' abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Colorectal Dis*, 2013. 15(1): p. 57-65.
18. Welsch, T., et al., Results of extralevator abdominoperineal resection for low rectal cancer including quality of life and long-term wound complications. *Int J Colorectal Dis*, 2013. 28(4): p. 503-10.
19. Peacock, O., et al., Outcomes after biological mesh reconstruction of the pelvic floor following extra-levator abdominoperineal excision of rectum (APER). *Tech Coloproctol*, 2014.
20. Han, J.G., et al., Pelvic floor reconstruction using human acellular dermal matrix after cylindrical abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum*, 2010. 53(2): p. 219-23.
21. Foster, J.D., et al., Reconstruction of the perineum following extralevator abdominoperineal excision for carcinoma of the lower rectum: a systematic review. *Colorectal Dis*, 2012. 14(9): p. 1052-9.
22. Butt, H.Z., et al., Perineal reconstruction after extra-levator abdominoperineal excision (eLAPE): a systematic review. *Int J Colorectal Dis*, 2013. 28(11): p. 1459-68.

COMENTARIOS SESIÓN SACP 9 DE MAYO DE 2014

DISCUSIÓN

Dr. Alejandro Daniel Moreira Grecco: Realiza aporte mediante la presentación de 6 casos.

Dr. Sergio Hernán Labiano: Realiza aporte mediante la presentación de 24 casos.

Dr. Fernando Serra: Quiero felicitar a los autores, pero un 40% de dehiscencia en los colgajos es una cifra alta. Esta debería ser menor al 25%. Considero desafortunado no aprovechar la posición prona para realizar un colgajo del glúteo mayor. El colgajo utilizado (en V-Y) es un colgajo muy fino y largo. Por otro lado deseo aclarar que ante la necesidad de realizar un rescate por cáncer de ano, no debe realizarse la amputación abdominoperineal cilíndrica, sino en botella de oporto (debiendo llegar hasta las tuberosidades isquiáticas).

Dr. Juan Carlos Patrón Uriburu: Quería preguntar sobre los otros casos que no se mostraron, o yo no entendí cuáles eran las otras opciones de cierre que tenían o si cerraban siempre con colgajo V-Y. Nosotros estamos convencidos que siempre se debe realizar un colgajo debido a que no queda ningún músculo. El cerrar celular y piel no es suficiente, considero que uno tiene que llevar músculo y piel para completar el defecto. Nosotros trabajamos en equipo con los cirujanos de cirugía reconstructiva y principalmente usan el colgajo del músculo recto anterior de la pared abdominal. En algunos casos hemos usado los músculos de la pierna como el gracilis. Quería saber si ustedes tienen experiencia en estos colgajos y si el colgajo V-Y lo realizan ustedes y si trasladan músculo junto con la piel y el celular.

Cierre de la discusión

Dr. Juan Manolizi: En cuanto a si nosotros decidimos realizar un Miles previamente a la cirugía, todos nuestros pacientes son presentados en comité de tumores, donde decidimos si va a realizarse Miles o no, pero es una decisión flexible. Obviamente uno tiene que estar preparado para hacer una anastomosis en los pacientes dudosos, de ser necesario, pero en el caso de estos pacientes la decisión ya había sido tomada debido a la invasión esfinteriana.

En cuanto al alto índice de dehiscencia, fueron dos casos de dehiscencia de herida (ambas en forma parcial). Consideramos que es un porcentaje alto pero me parece que en una experiencia inicial de solamente 5 casos sacar un porcentaje es un poco apresurado. Creo que debemos esperar un poco para ver realmente si lo que estamos haciendo está bien o mal.

En cuanto a la técnica en botella de oporto estoy de acuerdo de la descripción en el trabajo de controversias de Jont presenta tres tipos de Miles cilíndricos: extraelevador, interesfinteriano (para trastornos esfinterianos) y cilíndrico puro (donde se reseca la grasa isquiorrectal). Nosotros tomamos los márgenes que nos parecieran suficientes y más externos.

Y por último, no tenemos experiencia con colgajos musculares, en tres casos llevamos a cabo cierre simple. El colgajo V-Y lo usamos en el caso que presentamos agregando una malla.

Pseudomixoma Peritoneal por Tumor del Apéndice Cecal

Silvio Gavosto, Leonardo Salim, Julio Pigatto, Inés Sueiras Munuce, Diego Ferreyra

Hospital Provincial Rosario, Santa Fé, Argentina

RESUMEN

Objetivo: presentar un caso de una patología de muy baja incidencia y realizar una revisión bibliográfica de la misma.

Paciente y método: paciente femenina de 87 años de edad que ingresa por guardia por cuadro compatible con hernia inguinal atascada, por lo que se decide cirugía de urgencia. En el acto operatorio se identifica un saco herniario de paredes engrosadas, con contenido intestinal con buena vitalidad, sin signos de necrosis, identificando además abundante secreción mucinosa en el saco herniario y proveniente de la cavidad abdominal. Se decide terminar con la hernioplastia y realizar estudios complementarios diferidos. Luego de los mismos, el comité de tumores decide la realización de nueva cirugía (hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis por tumor mucinoso de apéndice), durante la cual se constata ascitis gelatinosa. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 72 horas del post operatorio.

La anatomía patológica informa adenocarcinoma mucinoso de apéndice bien diferenciado.

Discusión: el Pseudomixoma Peritoneal es una entidad muy poco frecuente, que hace referencia a la diseminación peritoneal de un tumor cuyas células producen gran cantidad de mucina. La supervivencia global de los pacientes es de aproximadamente 75 y 68% durante 5 y 10 años. La clasificación más aceptada es la de Ronnet. Tradicionalmente, el tratamiento ha sido la cirugía de citoreducción, aunque hay autores que proponen procedimientos más agresivos como la peritonectomía más quimioterapia hipertérmica intraoperatoria.

Palabras claves: Pseudomixoma Peritoneal; Adenocarcinoma Apendicular

ABSTRACT

Objective: to present a case of a very low incidence disease and a bibliographic review of it.

Patient and method: 87 years old female patient with a compatible history and physical exam for a stuck inguinal hernia, for which we decided to perform emergency surgery. During the surgical procedure, we find a thickened hernia sac, with mucus in it and in the abdominal cavity. The small intestine was vital and not complicated. We finished the hernioplasty, and decided to perform complementary ambulatory studies to the patient. After having them done, we decided, in an interdisciplinary committee, to perform an exploratory surgery, (hemicolectomy with ileum transverse anastomosis for an appendix tumor), during which gelatinous ascites was noticed. The patient evolve favorably and was discharged 72 hours post operation. The surgical biopsy informed an appendix mucinous adenocarcinoma well differentiated.

Discussion: the peritoneal pseudomyxoma is a very infrequent entity. The overall survival is 75 and 68% for 5 and 10 years, respectively. Ronnet had published the most accepted histological classification. The accepted treatment is the cytoreductive surgery, although some authors proposed a more aggressive treatment such peritonectomy with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy.

Keys words: Peritoneal Pseudomyxoma; Appendiceal Adenocarcinoma

INTRODUCCIÓN

El término Pseudomixoma Peritoneal (PMP) es una entidad rara, poco frecuente con una incidencia de 0,0002%.¹ Hace referencia a la diseminación peritoneal de un tumor cuyas células producen gran cantidad de mucina.

Existe un considerable debate acerca de la definición, clasificación, lugar de origen y el pronóstico del PMP. Suelen proceder de un tumor apendicular perforado, y se distribuyen de forma característica por la superficie peritoneal. Aunque histológicamente pueden no mostrar agresividad, clínicamente sí lo ha-

cen.² En ausencia de tratamiento, la mucina por su evolución natural llegará a comprimir las estructuras vitales, como el colon, el hígado, los riñones, el estómago, el bazo y el páncreas. Durante años, el síndrome clínico de PMP ha sido enigmático. El término PMP fue introducido por primera vez por Werth en 1884.¹

El PMP presenta un crecimiento insidioso después de la presentación inicial de un evento apendicular y, por lo tanto, el diagnóstico antes de la cirugía a menudo se retrasa. Además, el 10% de los pacientes mueren de PMP en 5,5 años desde su presentación inicial. La supervivencia global de los pacientes es de aproximadamente 75 y 68% a los 5 y 10 años, respectivamente, según lo revelado por Ronnett et al.

Las características clínicas habituales de este tipo de tumor son aumento de la circunferencia abdominal (40%), los tumores ováricos bilaterales o unila-

Recibido 21 de Marzo de 2014

Corregido y aceptado para publicación 24 de Abril de 2014

Correspondencia:

leo_salim2000@yahoo.com.ar

terales (20%), tumores del saco de la hernia (20%), síndrome como la apendicitis (10%), y la infertilidad (10%).⁵

Tradicionalmente el tratamiento tiene un carácter paliativo, basado en cirugías repetidas para aliviar las obstrucciones intestinales drenando la mayor cantidad de mucus. Hoy en día, hay autores que realizan una aproximación con intención curativa mediante complejas técnicas quirúrgicas (peritonectomía) y quimioterapia intraperitoneal.²

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, que consulta en octubre de 2013 por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por la presencia de tumoración dolorosa, irreductible en región inguinal derecha. El cuadro se acompaña de la presencia de dolor abdominal difuso de tipo cólico y falta de eliminación de gases y materia fecal del mismo tiempo de evolución. Al examen físico se observa tumoración, eritematosa, dolorosa, irreductible de 5 por 6 cm en región inguinal derecha, abdomen levemente distendido, indoloro a la palpación, ruidos hidroaéreos aumentados. Los estudios complementarios muestran una bioquímica básica sin alteraciones. En la radiografía de tórax no hay hallazgos patológicos, mientras que en la de abdomen se observan aislados niveles hidroaéreos de intestino delgado. La paciente es intervenida quirúrgicamente de urgencia por sospecha de cuadro de hernia atascada.

En el acto quirúrgico se identifica saco herniario con paredes de espesor aumentado con contenido intestinal con vitalidad conservada, sin signos de necrosis, encontrando además abundante secreción mucinosa en el saco herniario y proveniente de la cavidad abdominal (Fig. 1). Se toman muestras para cultivo y biopsia diferida. Se decide terminar con la hernioplastia con técnica de Lichtenstein, no embarcándonos en una cirugía exploratoria mayor debido al estado general y las comorbilidades de la paciente, y habiendo resuelto su cuadro agudo (hernia encarcerada). La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 24 horas del postoperatorio, solicitándole estudios complementarios ambulatorios.

La biopsia quirúrgica informa: saco herniario inguinal, fragmento de tejido conectivo fibroadiposo difusamente infiltrado por extensos lagos de mucina ácida, sin elementos celulares y con focos de calcificaciones distróficas.

Se realiza tomografía axial computada que informa: en región cecal se observa masa ocupante espa-

cio de 85 mm de diámetro máximo, de bordes lobulados, de contenido predominantemente líquido con excepción de la región central de aspecto tubular con calcificaciones en su interior, que podría corresponder a apéndice de localización central. El líquido de esta masa se extiende caudalmente hacia receso pélvico homolateral y fondo de saco de Douglas. Hallazgos corresponden a lesión expansiva de la región cecoapendicular (Fig. 2).

En los controles postoperatorios y durante la realización de los estudios complementarios, la paciente refiere pérdida de peso y leve distensión abdominal con cambios en el hábito evacuatorio. La paciente es presentada en comité de tumores donde se decide realizar cirugía abierta, planteando una laparotomía exploradora con hemicolectomía derecha e ileotransverso anastomosis, por tumor apendicular sin peritonectomía más quimioterapia intraoperatoria (Fig. 3). Esto último abalado por la edad y comorbilidades de la paciente. Se realiza dicho procedimiento, en el cual se identifica un importante tumor apendicular, irregular, blando, friable, con abundante líquido mucinoso libre (ascitis gelatinosa) en la cavidad abdominal a predominio en fondo de saco de Douglas (Fig. 4). La paciente evoluciona favorablemente y a las 72 horas del postoperatorio se decide el alta hospitalaria.

La biopsia quirúrgica informa adenocarcinoma mucinoso de apéndice bien diferenciado, con bajo grado nuclear de aproximadamente de 3 x 4 cm, constituidos por grandes lagos de mucina, los cuales disecan e invaden la pared del órgano, extendiéndose a través de la serosa con implantes sobre la pared colónica y meso. Presento 9 ganglios sin metástasis. Cabo de anastomosis libre de enfermedad.



Figura 1: Saco Herniario inguinal.



Figura 2: Tomografía axial computada.



Figura 3: Pieza quirúrgica.

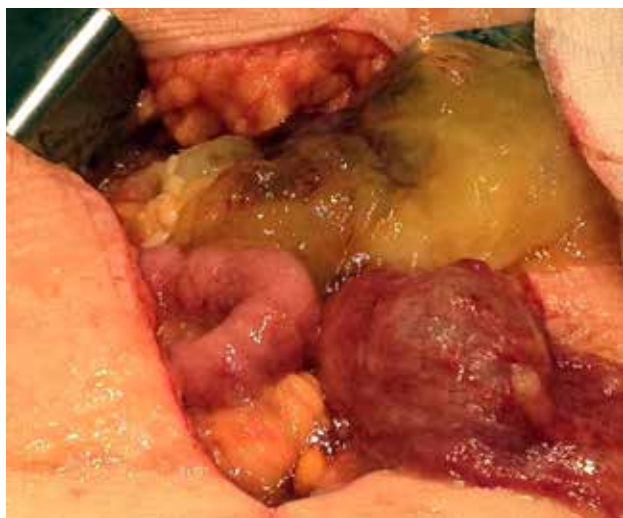


Figura 4: Diseminación peritoneal.

DISCUSIÓN

El pseudomixoma peritoneal fue descrito por primera vez en 1842 por Karl F Rokitsky, pero el tér-

mino fue utilizado en 1884 en asociación con un carcinoma mucinoso de ovario. Más tarde, en 1901, describió Franckel un PMP asociado con un tumor quístico apendicular.

Hoy se conoce al pseudomixoma peritoneal como la presencia de ascitis gelatinosa debido a la diseminación peritoneal de células epiteliales productoras de mucina. En prácticamente la totalidad de los casos, el origen de estas células son tumores de apéndice. Estos tumores apendiculares son de potencia maligna variable, desde adenomas a adenocarcinomas, y tienen un comportamiento distinto al resto de neoplasias gastrointestinales.²

Ronnet, mediante una clasificación basada en las características histológicas de los implantes peritoneales y la naturaleza del tumor primario, logra la siguiente clasificación:

1. Adenomucinosos: implantes peritoneales con mínima atipia y actividad mitótica, pero capaces de producir abundantes cantidades de ascitis mucinosa. Son tumores superficiales, no invasivos. El tumor primario suele corresponder a un adenoma mucinoso apendicular.
2. Carcinomatosis mucinosa peritoneal: incluye implantes peritoneales con abundante mucina pero cuyo epitelio tiene características citológicas de carcinoma, con células en anillo de sello. Produce invasión de órganos vecinos, linfadenopatías y pueden metastatizar más allá de la cavidad abdominal. El tumor primario suele corresponder a un adenocarcinoma apendicular u otra neoplasia gastrointestinal.
3. Tipo intermedio: entidad con predominio de adenomucinosos pero con áreas focales de adenocarcinoma.

El diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a la naturaleza no específica de la enfermedad. La lesión puede ser identificada por métodos radiológicos, ecográficos o endoscópicos.³

Tradicionalmente, el tratamiento de esta enfermedad ha sido la cirugía, mediante repetidas intervenciones ante las eventuales recidivas, que busca drenar la ascitis gelatinosa y eliminar la mayor cantidad de tumor. Se consiguen de esta forma intervalos libres de enfermedad en torno a los 2.5 años, y una supervivencia global a 5 años del 3-50%, según las series, sin curaciones a largo plazo, independientemente del subtipo histológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliveira AM1. Pseudomyxoma peritonei: a clinical case of this poorly understood condition. *Int J Gen Med.* 2014 Mar 3;7:137-41. doi: 10.2147/IJGM.S51504. eCollection 2014.
2. Guerrero Zotano, A. Carcinomatosis peritoneal por tumor apendicular. *Oncología (Barc.)* v.28 n.4 Madrid abr. 2005.
3. Rampone B, Giant appendiceal mucocele: Report of a case and brief review. *World J Gastroenterol* 2005 August 14;11(30):4761-4763.
4. Zaza D. Mucocele of the Appendix: case REpot and Review of literature. *Int Surg.* Jul-Sep 2012.
5. Kirby R1. Quality of life study following cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy for pseudomyxoma peritonei including redo procedures. *Int J Surg Oncol.* 2013;2013:461041. doi: 10.1155/2013/461041. Epub 2013 Jul 28.

Autoevaluación

Alejandro Moreira Grecco MAAC-MSACP

1. En la fisiopatología de la diverticulosis colónica interviene los siguientes factores:
 - a. Constipación, dieta pobre en residuos, alteración de la motilidad colónica.
 - b. Alteración de la micro biota e inflamación mucosa.
 - c. Alteración de los plexos nerviosos y regulación de neurotransmisores.
 - d. Obesidad.
 - e. Todas son correctas.
2. La incidencia de los tumores neuroendocrinos del tubo digestivo se encuentra en aumento, las localizaciones más frecuentes de estos son:
 - a. Intestino delgado y recto.
 - b. Colon y recto
 - c. Estómago y colon.
 - d. Intestino delgado, colon y estómago.
3. Las indicaciones de cirugía electiva luego de una diverticulitis aguda son:
 - a. Estenosis, sospecha de cáncer, fistulas, sangrado recurrente.
 - b. Número de episodios, estenosis, sospecha de cáncer, fistulas, sangrado recurrente
 - c. Edad menor a 45 años, número de episodios, estenosis, sospecha de cáncer, fistulas, sangrado recurrente.
 - d. Ninguna de las anteriores.

Respuestas:

1. En la fisiopatología de la diverticulosis colónica interviene los siguientes factores:
 - e. **Todas son correctas**

En el presente, las teorías sobre la etiología de la diverticulosis y diverticulitis se alejan del dogma tradicional sobre la falta de fibras en la dieta y la oclusión de la luz del divertículo como causas de los mismos.¹ El componente inflamatorio observado en la mucosa de los pacientes con diverticulosis ha llevado a desarrollar un paralelismo entre los divertículos y las enfermedades intestinales inflamatorias. Estarían involucrados en su etiología la inflamación de bajo grado y la alteración de la microbiota intestinal, a tal punto, que se llagó a relacionar esta última con el desarrollo de ataques agudos de diverticulitis.² Esta relación impulsó la realización de estudios de profilaxis de recurrencia de síntomas asociados a los divertículos y diverticulitis aguda mediante la utilización de antibióticos no absorbibles (rifaximina) y anti-inflamatorios (mesalazina) en forma crónica. En estos, se observó una disminución de los síntomas y ataques agudos en los grupos tratados.³

2. La incidencia de los tumores neuroendocrinos del tubo digestivo se encuentra en aumento, las localizaciones más frecuentes de estos son:
 - a. **Intestino delgado y recto**

El 70% de los tumores neuroendocrinos comprometen al tubo digestivo. Tanto en las estadísticas norteamericanas como europeas se ha observado un aumento en la incidencia de estos tumores, llegando a 5 cada 100.000 habitantes. Los tumores más frecuentes son los de recto e intestino delgado según las últimas estadísticas del Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU.⁴

3. Las indicaciones de cirugía electiva luego de una diverticulitis aguda son:
 - a. **Estenosis, sospecha de cáncer, fistulas, sangrado recurrente.**

Las indicaciones quirúrgicas luego de una diverticulitis aguda se encuentran en revisión. En estudios recientes, se ha observado una tasa de recurrencia de 13 al 23% luego del primer ataque de diverticulitis, menor a la sospecha clásica, y aun menor es el número de episodios complicados subsecuentes (<6%).⁵ La literatura actual muestra que ni los pacientes con más de un episodios o los jóvenes se encuentran con un riesgo aumentado de complicaciones, más aun la mayoría de los pacientes complicados se presentan en su debut.⁶ En su última revisión, la Asociación Americana de Cirujanos de Colon y Recto recomienda que la indicación de la cirugía electiva sea personalizada y no basada en el número de episodios.⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Maconi G, Barbara G, Bosetti C, Cuomo R, Annibale B. Treatment of Diverticular Disease of the Colon and Prevention of Acute Diverticulitis: A Systematic Review. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1326-1338.
2. Boermeester M. Hypothesis: Important Role for Gut Microbiota in the Etiopathogenesis of Diverticular Disease. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 539-543.
3. Morris A, Regenbogen S, Hardiman K, Hendren S. Sigmoid Diverticulitis A Systematic Review. *JAMA*. 2014;311(3):287-297.
4. Strosberg J. Neuroendocrine tumours of the small intestine. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 26 (2012) 755-773.
5. Eglinton T, Nguyen T, Raniga S, Dixon L, Dobbs B, Frizelle FA. Patterns of recurrence in patients with acute diverticulitis. *Br J Surg*. 2010;97:952-957.
6. Chapman JR, Dozois EJ, Wolff BG, Gullerud RE, Larson D. Diverticulitis: a progressive disease? Do multiple recurrences predict less favorable outcomes? *Ann Surg*. 2006;243:876-883.
7. D Feingold, S Steele, S Lee, A Kaiser, R Boushey, W Buie, J Rafferty. Practice Parameters for the Treatment of Sigmoid Diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 284-294.

Resúmenes Seleccionados – Cirugía y Laparoscopia

Mariano Laporte MAAC-MSACP

1. Long term oncologic outcomes of robotic low anterior resection for rectal cancer: a comparative study with laparoscopic surgery.

Park EJ, Cho MS, Baek SJ, Hur H, Min BS, Baik SH, Lee KY, Kim NK. Ann Surg. 2014 Mar 21.

Antecedentes: La cirugía robótica es una nueva modalidad, cuyo objetivo es soslayar las limitaciones técnicas de la cirugía convencional. Los resultados a corto plazo son aceptables en los reportes previos. Sin embargo, se requiere evidencia sobre los resultados oncológicos a largo plazo.

Objetivo: Evaluar los resultados oncológicos a largo plazo de la cirugía robótica en cáncer de recto, comparándolos con la cirugía laparoscópica, en una sola institución.

Métodos: Entre abril del 2006 y agosto del 2011, 217 pacientes fueron sometidos a cirugía robótica por neoplasia de recto estadios I-III (robot, n = 133; laparoscopia, n = 84). El seguimiento medio fue de 58 meses (4-80). Se evaluaron los resultados perioperatorios, morbilidades, sobrevida a 5 años, factores pronósticos y costos.

Resultados: No hubo diferencias en relación a tasas de conversión y estadía hospitalaria. La sobrevida a 5 años fue de 92,8% en el grupo operado por robots y 93,5% en aquellos intervenidos por laparoscopia. La tasa de recurrencia fue similar en ambos grupos (2,3% vs. 1,2%, p:0.649). En el análisis univariado el tipo de abordaje no se relacionó como factor pronóstico a largo plazo. Los costos fueron 2.34 veces superiores en el grupo robótico.

Conclusiones: No hubo diferencias en la sobrevida a 5 años, período libre de enfermedad y recurrencia local. La cirugía robótica no ofrece beneficios clínicos u oncológicos, incrementando los costos.

Comentario: A pesar de que la patología rectal puede ser operada en forma laparoscópica, esta vía de abordaje ofrece ciertas dificultades: pelvis estrecha, anatomía compleja y visualización dificultosa. Los potenciales beneficios de la cirugía robótica parecerían ser una disección pélvica más fina asociada a una mejor visualización. Por otro lado, es sabido que la técnica quirúrgica es crucial en la patología neoplásica rectal, ya que una técnica defectuosa se relaciona directamente con una mayor recurrencia local y peores resultados oncológicos a largo plazo. A pesar de estos beneficios teóricos, en el trabajo publicado por el grupo de Seúl (Corea,) no se evidenciaron dichas ventajas con el abordaje robótico y obviamente los costos se incrementaron sensiblemente. Lógicamente, en nuestro medio pareciera difícil la implementación de la cirugía robótica, sin embargo se aguardarán los resultados de los trabajos prospectivos randomizados que permitan delinear el futuro del robot en la cirugía colorrectal.

2. Longer operative time: deterioration of clinical outcomes of laparoscopic colectomy versus open colectomy.

Bailey MB, Davenport DL, Vargas HD, Evers BM, McKenzie SP. Dis Colon Rectum. 2014 May;57(5):616-22.

Antecedentes: La cirugía laparoscópica se aplica a numerosos procedimientos quirúrgicos abdominales, es importante evaluar si la duración de la cirugía condiciona los resultados.

Objetivo: Evaluar si los beneficios de la colectomía derecha laparoscópica disminuyen cuando aumenta el tiempo operatorio, cuando se la compara con la cirugía convencional.

Diseño: Análisis retrospectivo, evaluando los resultados comparando ambas vías de abordaje cuando la cirugía se prolonga más de 3 horas.

Pacientes: Se revisó la base de datos completada en forma prospectiva entre 2005 y 2010. Los pacientes fueron divididos entre tipo de cirugía y duración. Se efectuó una regresión logística mediante una regresión logística.

Resultados: Sobre 4273 pacientes, la duración de la cirugía fue superior a 3 horas en 18.4% de los pacientes operados por laparoscopia y 11.3% operados en forma convencional. No hubo ventajas con el abordaje laparoscópico cuando la cirugía duró más de 3 horas, en relación a mortalidad, complicaciones cardiopulmonares y cerebro vasculares. La duración mayor a 3 horas fue un factor independiente de complicaciones infecciosas en los pacientes sometidos a colectomía derecha laparoscópica.

Limitaciones: Análisis retrospectivo.

Conclusiones: Cuando la colectomía laparoscópica se prolonga más de 3 horas, las complicaciones infecciosas son superiores a la cirugía convencional. Las tasas de mortalidad y de complicaciones cardiopulmonares y cerebrovasculares se igualaron cuando la cirugía superó las 3 horas. En pacientes con chances de una cirugía laparoscópica prolongada, se recomendaría una conversión temprana.

Comentarios: Es lógico pensar que cuando la cirugía laparoscópica se prolonga los beneficios de esta vía de abordaje pueden comprometerse. Por lo tanto, los resultados se asemejarían a los obtenidos con la cirugía convencional. El trabajo publicado por Bailey y colaboradores afianza dicho argumento. La importancia radica en poder detectar aquellos pacientes con mayores chances de cirugía prolongada y por el otro lado, realizar una conversión temprana. De esta forma se evitarían las consecuencias negativas de una cirugía extensa. Si bien los autores engloban en las complicaciones infecciosas a varias entidades de diferente gravedad: infección de herida, dehiscencia anastomótica, sepsis y shock séptico, las conclusiones son enriquecedoras aportando al cirujano la importancia de realizar una cirugía en un tiempo acorde a la patología que se está tratando.

3. Laparoscopic resection of retrorectal tumors: a feasibility study in 12 consecutive patients.

Duclos J, Maggiori L, Zappa M, Ferron M, Panis Y. Surg Endosc. 2014 Apr;28(4):1223-9.

Antecedentes: La vía de abordaje para los tumores retrorrectales (TR) puede ser abdominal, sacrococcígea o perineal. Existen pocos casos descriptos con el abordaje laparoscópico. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de los TR.

Métodos: Todos los pacientes intervenidos desde 2003 a 2012 fueron analizados incluyendo: características del paciente y características del tumor, morbilidad operatoria y mortalidad.

Resultados: 12 mujeres, con una edad media de 55 años fueron intervenidas en forma laparoscópica por un TR. El tiempo operatorio promedio fue de 145 minutos (70-125), en un caso se convirtió a una cirugía convencional y otro paciente requirió una ileostomía lateral debido a una lesión de recto. En el postoperatorio, dos pacientes presentaron infección urinaria. La estadía hospitalaria promedio fue de 8 días (4-16). En el examen anatomopatológico, 10 de lesiones benignas y un caso de sarcoma de Ewing fueron R0. Un caso (sarcoma coloide) fue una resección R1 y debió ser reoperado por laparotomía una vez completado el tratamiento neoadyuvante. El seguimiento medio fue de 34 meses (12-79), sin evidenciarse recurrencias locales para las lesiones benigna, de 28 y 71 meses para los pacientes con el sarcoma de Ewing y el sarcoma coloide respectivamente.

Conclusiones: La resección laparoscópica de los TR parece ser segura y efectiva, permitiendo la resección completa con baja morbilidad. Pareciera ser una alternativa válida, reemplazando a la vía sacrococcígea o abdominal convencional.

Comentarios: Los tumores retrorrectales son una entidad poco frecuente, cuya prevalencia en mujeres ha sido ampliamente descripta. Se incluyen bajo dicha entidad patologías de diversos orígenes y comportamiento. El tratamiento se basa en la excéresis quirúrgica. A pesar de que el abordaje perineal es el más frecuentemente utilizado, aquellos casos en los que se requiere un abordaje abdominal deberían beneficiarse con la cirugía laparoscópica. La localización en lo profundo de la pelvis motiva que la dificultad técnica no sea despreciable, pero el trabajo publicado por el grupo Francés de Duclos y colaboradores muestra que la cirugía laparoscópica es factible de realizar para este grupo heterogéneo de patologías.

4. Impact of splenic flexure mobilization on short-term outcomes after laparoscopic left colectomy for colorectal cancer.

Gouvas N, Gogos-Pappas G, Tsimogiannis K, Agalianos C, Tsimoyiannis E, Dervenis C, Xynos E. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2014 Apr 4.

Antecedentes: Dependiendo del grado de resección colónica en algunas ocasiones se debe realizar el descenso del ángulo esplénico. El objetivo del estudio es evaluar la necesidad y el impacto del descenso del ángulo esplénico en la cirugía laparoscópica colorrectal.

Pacientes y métodos: Se analizaron todos los pacientes con tumores distales al colon descendente operados entre 2004 y 2010.

Resultados: Se incluyeron 229 pacientes, sin diferencias en cuanto a sangrado intraoperatorio y perforación intestinal ni conversión entre los pacientes que requirieron descenso del ángulo esplénico y los que no. En el primer grupo la tasa de creación de ostoma fue superior y el tiempo operatorio fue más prolongado, excepto en los pacientes con tumores de recto medio. No hubo diferencias en relación a: mortalidad, morbilidad y estadía hospitalaria.

Conclusiones: La movilización del ángulo esplénico permite una anastomosis libre de tensión y bien vascularizada cuando se interviene pacientes con tumores de colon distal y recto, sin tener impacto negativo en los parámetros postoperatorios, a pesar de un tiempo operatorio mayor.

Comentarios: La correcta movilización del ángulo esplénico es una de las etapas más demandantes de la cirugía colorrectal. Según el nivel de experiencia del equipo quirúrgico actuante puede ser una causa usual de conversión. Sin embargo, es un paso que en un número no despreciable de casos permite una adecuada movilización colónica, ayudando a crear una anastomosis libre de tensión. Dicha característica debe ser tenida en cuenta para disminuir las chances de dehiscencia de anastomosis. En el trabajo presentado por Gouvas y colaboradores se demuestra que a pesar de un tiempo operatorio mayor no hubo un impacto negativo en la recuperación postoperatoria. Muchos autores recomiendan realizar el descenso sistemático del ángulo esplénico, al estar más habituado a realizar esta etapa, sin dudas los resultados mejorarían.

5. Fast-track rehabilitation vs conventional care in laparoscopic colorectal resection for colorectal malignancy: a meta-analysis.

Li P, Fang F, Cai JX, Tang D, Li QG, Wang DR. World J Gastroenterol. 2013 Dec 21;19(47):9119-26.

Objetivo: Evaluar los resultados del programa fast track asociado a cirugía laparoscópica (CLCFT) con cirugía laparoscópica sin fast track (CLSFT).

Métodos: Se realizó una búsqueda en MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials y EMBASE. Se analizaron las complicaciones y la tasa de reinternación.

Resultados: Seis estudios controlados randomizados fueron incluidos en este meta análisis. Los estudios demostraron que las complicaciones son similares en ambos grupos, con una tasa similar de reinternación.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico asociado a fast track es seguro y eficaz. Se requieren estudios prospectivos randomizados con un adecuado número de pacientes.

Comentarios: La seguridad de los protocolos fast track ha sido analizada en numerosas publicaciones a nivel nacional e internacional. El metaanálisis publicado por Li y colaboradores compara la cirugía laparoscópica colorrectal con y sin protocolo de fast track. Se incluyeron 6 trabajos comparativos, que estudiaron un total de 665 pacientes. Se demostró que los riesgos de dehiscencia anastomótica y de infección de herida fueron similares en ambos grupos. Una crítica a este tipo de rehabilitación multimodal es un incremento teórico en la tasa de reinternación. Sin embargo, en el trabajo publicado, esto no sucedió. Sin dudas concuerdo con los autores en que faltan trabajos prospectivos randomizados, pero la aceptación a nivel mundial de estos programas de fast track es cada vez mayor.

Resúmenes Seleccionados – Colonoscopia y Técnicas Endoscópicas

Luis Díaz MAAC-MSACP

1. La calidad de la colonoscopia está asociada a la especialidad del endoscopista

Jiang M, et al. BMC Gastroenterol. 2013 May 3; 13:78.

Antecedentes: Algunos estudios han observado que la especialidad del endoscopista se asocia con los cánceres colorrectales de intervalos. Hemos tratado de examinar la relación entre la especialidad del endoscopista y la tasa de polipectomía, como indicador de calidad del endoscopista. Se define a la tasa de polipectomía como a la proporción de colonoscopías que resultan en la remoción de uno o más pólipos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en 7 clínicas en Montreal y 2 clínicas en Calgary. Se seleccionaron los pacientes entre 50 y 75 años cubiertos por el seguro de salud provincial. Se evaluaron historia familiar de cáncer colorrectal, antecedentes de las condiciones y síntomas colónicos, y colonoscopías previas. Las polipectomías como resultado final, se obtuvieron de las bases de datos administrativas de salud provincial. Para cada ciudad, se utilizó la regresión logística jerárquica Bayesiano para estimar los odds ratio para las polipectomías comparando los cirujanos con los gastroenterólogos. El modelo incluye a las covariables: edad del paciente, sexo, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, indicación de la colonoscopia, y colonoscopías previas.

Resultados: Se incluyeron 2.113 colonoscopías de Montreal y 538 de Calgary. Las colonoscopías fueron realizadas por 38 gastroenterólogos y 6 cirujanos en Montreal, y por 31 gastroenterólogos y 5 cirujanos en Calgary. El odds ratio ajustado que comparan a los cirujanos con los gastroenterólogos fueron 0.48 (IC 95 %: 0,32-0,71) en Montreal y 0,73 (IC del 95 %: 0,43 a 1,21) en Calgary.

Conclusiones: Se observó una asociación entre la especialidad del endoscopista y la tasa de polipectomía en ambas ciudades después de ajustar por las covariables. Los resultados de Montreal sugieren que los cirujanos tienen la mitad de probabilidades que los gastroenterólogos para remover pólipos, mientras que los de Calgary se asociaron con un amplio intervalo de credibilidad Bayesiana no significativa. Sin embargo, la variable nivel de paciente como factor confundidor residual es posible y se requiere mayor investigación.

Comentario: Llama la atención la baja cantidad de estudios realizados para el elevado número de operadores (n=80). El estudio no explica porque no se consideraron las covariables: volumen de endoscopías por cada operador y el nivel de experiencia de los mismos. Analizando los 18 meses que duro el estudio, en la ciudad de Montreal los cirujanos realizaron un promedio de 2 colonoscopías por mes y los gastroenterólogos 3 estudios por mes. Al observar el gráfico de la tasas de polipectomía de los cirujanos se observa una clara distribución bimodal, indicando la posibilidad de estar analizando dos grupos diferentes de cirujanos.

2. Analgesia y sedación consciente en Colonoscopia: la combinación Ketamina/Propofol presenta mayor satisfacción en los pacientes que Fentanilo/Propofol

Khajavi M, et al. Anesth Pain Med. 2013 Summer; 3(1):208-13.

Antecedentes: La colonoscopia se realiza sin sedación en muchos países. Sin embargo, según la bibliografía actual los pacientes están más satisfechos cuando se administra adecuada sedación para ellos.

Objetivos: Se hipotiza que el propofol-ketamina logra mayor satisfacción de los paciente al compararla con la combinación propofol-fentanilo.

Pacientes y metodos: Sesenta pacientes adultos mayores de 18 años con ASA I, II o III se incluyeron en el estudio después de proporcionar el consentimiento informado. Fueron aleatorizados en dos grupos iguales: 1- Grupo PF: programado para recibir la dosis en bolo IV de 1µg/kg fentanilo y 0.5mg/kg propofol. 2- Grupo PK: programado para recibir la dosis en bolo IV de 0.5mg/kg de ketamina y 0.5mg/kg propofol. Como objetivo principal del estudio se evaluó la satisfacción del paciente en la recuperación mediante el uso de un sistema de calificación de cinco niveles Likert. Las comparaciones de los parámetros hemodinámicos (frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica), valores de SpO₂ durante el procedimiento y los efectos secundarios, tales como náuseas, vómitos y reacciones psicológicas durante el período de recuperación fueron los objetivos secundarios. El nivel de sedación durante la colonoscopia se evaluó con la Escala de Evaluación de Alerta/Sedación (OAA/S) del observador.

Resultados: La media de puntuaciones de satisfacción en el grupo PK fueron significativamente mayores que en el grupo PF (P = 0,005), mientras que el nivel de sedación durante el procedimiento fue similar (P = 0,17). Los parámetros hemodinámicos y los valores de SpO₂ no fueron significativamente diferentes (P>0,05). La incidencia de náuseas y vómitos fueron los mismos en ambos grupos.

Conclusión: La inyección en bolo IV de propofol-ketamina puede conducir a la satisfacción de los pacientes más que otros protocolos anestésicos durante la colonoscopia.

Comentario: El presente trabajo detalla la metodología estadística utilizada y el cálculo del tamaño de la muestra. Debido a que el estudio encuentra una diferencia significativa en la variable satisfacción, en un tamaño muestral calculado de 60 pacientes, esto traduce la existencia de una gran amplitud en la diferencia de satisfacción para los esquemas anestésicos proporcionados (PK es casi 40% mejor que PF en esta variable).

3. Comparación de los resultados clínicos entre colocación endoscópica y colocación radiológica de stent auto-expandibles metálicos en pacientes con obstrucción colorrectal maligna

Kim JW, et al. Korean J Gastroenterol. 2013 Jan 25; 61(1):22-9.

Antecedentes / Objetivos: Este estudio comparó los resultados clínicos entre la colocación endoscópica vs. la colocación radiológica de stents metálicos auto-expandible (SEMS) en pacientes con obstrucción colorrectal maligna.

Métodos: En total 111 pacientes fueron incluidos de forma retrospectiva desde enero del 2003 a junio del 2011 en el Hospital Boramae de la Universidad Nacional de Seúl. Se comparó la técnica, tasa de éxito clínico, complicaciones y la permeabilidad del stent entre el uso del

método endoscópico (n=73) vs. radiológico (n=38) durante el procedimiento de colocación de SEMS.

Resultados: La tasa de éxito técnico fue mayor en el método endoscópico que con el método radiológico (100 % [73/73] vs 92,1 % [35/38], respectivamente, $p = 0,038$). En 3 casos de los 35 pacientes del grupo radiológico, se requirió asistencia endoscópica para la colocación del stent. En seis pacientes (incluyendo los tres pacientes antes mencionados), los motivos del fallo técnico fueron la incapacidad de pasar el alambre guía a través de la lesión obstructiva debido a una angulación tortuosa, curva aguda del sigmoides o del colon descendente ($n = 4$) y un acercamiento dificultoso a una lesión localizada en el colon transversal o descendente ($n = 2$). La tasa de éxito clínico, tasa de complicaciones y la permeabilidad del stent no difirió significativamente entre los dos métodos ($p = 0,42, 0,30$ y $0,42$, respectivamente).

Conclusiones: Cuando la obstrucción colorrectal es tortuosa, angulación curva del colon o se encuentra localizado proximal al colon descendente, el método endoscópico de colocación SEMS parece ser más útil que el método radiológico. Sin embargo, una vez que la colocación SEMS fue técnicamente exitosa, la tasa de éxito clínico, la tasa de complicaciones, y la permeabilidad del stent no difieren con el método de inserción.

Comentario: Ambos métodos presentan alto porcentaje de éxito técnico. Se reporta que la colocación del stent por radiología presenta la ventaja de ser más confortable que la colocación por endoscopia, motivo por el cual la sedación sería innecesaria, pero esta metodología requiere mayor experiencia del operador para lograr la manipulación de la guía hidrofílica.

4. Factores Endoscópicos asociados con la detección de adenomas en un programa nacional de detección del cáncer colorrectal

Lee TJ, et al. Endoscopy. 2014 Mar; 46(3):203-11.

Antecedentes y objetivos del estudio: La detección de adenoma es el objetivo clave de la colonoscopia, en particular en el contexto de la detección del cáncer colorrectal. El objetivo de este estudio observacional fue identificar los factores técnicos de la colonoscopia asociados a la detección de adenoma.

Pacientes y método: El estudio analizó los datos del Programa de Cribado de Cáncer de Intestino en Inglaterra. La indicación para todas las colonoscopias fue una prueba de sangre oculta en heces positiva. Las relaciones entre los siguientes factores de la colonoscopia y la detección de adenoma (uno o más adenomas, adenomas avanzados, adenomas del lado derecho y el número total de adenomas) se examinaron en un análisis multivariante: calidad de la preparación intestinal, intubación cecal, tiempo de retirada, retroversión rectal, experiencia del colonoscopista, uso de antiespasmódicos, uso de sedación y la hora de inicio del procedimiento. Se controlaron los siguientes factores de los pacientes: edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo, alcohol, privaciones y ubicación geográfica.

Resultados: Se analizaron un total de 31.088 colonoscopias. Los siguientes factores técnicos aumentaron el riesgo relativo de detección de adenomas ($P < 0,001$ en el análisis multivariado a menos que se indique lo contrario): intubación cecal, aumento del tiempo de retirada, mejor calidad de preparación intestinal, uso de antiespasmódico intravenoso, procedimiento al inicio de la jornada laboral ($P = 0,018$), y una mayor experiencia del colonoscopista. Con estos factores se incrementaron la detección de adenomas avanzados y los adenomas del lado derecho. La detección de adenoma no difirió entre sedación y la colonoscopia sin sedación ($p = 0,143$).

Conclusión: Este estudio demostró asociaciones importantes entre la práctica y la detección de adenoma por colonoscopia. El uso de anti-espasmódicos intravenosa se asoció con un aumento de la detección del adenoma. La hora de inicio de la colonoscopia sugiere que la fatiga del endoscopista puede tener un impacto perjudicial sobre la detección de adenomas.

Comentario: Estudio descriptivo de toda la población inglesa con sangre oculta positiva. El gran número de pacientes involucrados otorga peso considerable a las asociaciones significativas. Recomiendan un tiempo de retirada mayor a 10 minutos (>6 minutos es el tiempo difundido en las guías actuales), utilización de Hioscina EV de rutina y recomienda poseer un volumen anual mayor a 300 colonoscopia para mantenerse entrenado y eficiente.

5. Ensayo controlado randomizado comparando la insuflación controlada de aire, inmersión en agua y el intercambio de agua durante la colonoscopia con sedación mínima

Hsieh YH, Leung FW. J Interv Gastroenterol. 2013 Jul; 3(3):96-99.

Antecedentes: Los métodos asistidos por agua en la colonoscopia se distinguen por el tiempo de remoción e infusión de agua, predominantemente durante la retirada (inmersión en agua, WI), o durante la inserción (intercambio de agua, WE).

Objetivo: En este ensayo controlado aleatorio prospectivo (ECA) se evaluó la hipótesis que compara la insuflación con aire (AI) o WE produce una reducción significativamente mayor en el dolor que la inserción (WI).

Métodos: Se incluyeron 200 pacientes aleatorizados informáticamente en 3 grupos. AI, WI y WE se implementaron como se describió anteriormente. En todos los grupos, durante la fase de inserción del colonoscopio, una enfermera le pide al paciente que informe el nivel de dolor (0= nada, 10= más grave) en intervalos de 2 a 3 minutos, o en cualquier momento en que el paciente desea expresar su malestar. Durante la fase de retirada, el dolor se registró en una manera similar. Se registraron los resultados del procedimiento.

Resultados: Las variables demográficas y las tasas de intubación cecal finales fueron comparables. En comparación con IA, WI y WE ambos producen significativamente mejores puntuaciones de preparación intestinal durante la retirada del colonoscopio y bajaron significativamente las puntuaciones de dolor (AI $3,8 \pm 3,0$, WI $2,4 \pm 2,6$, WE $1,5 \pm 2,4$, $p < 0,001$) durante la inserción del colonoscopio. En comparación con la IA, WE produce una reducción significativamente mayor en el dolor de inserción que WI. El tiempo de intubación cecal fue el más largo en el grupo WE (AI vs WI vs WE, $8,9 \pm 7,3$, $6,6 \pm 3,6$ y $17,5 \pm 6,4$ min, $p < 0,001$).

Conclusión: Tanto WI y WE redujeron significativamente el dolor de inserción en comparación con la IA. El intercambio de agua es superior a la inmersión en agua para atenuar el dolor de la inserción.

Comentario: Estudio realizado en una población asiática de estados unidos. Describe las técnicas de la colonoscopia utilizando agua para progresar por el colon, y se basa en la hipótesis que la insuflación con aire produce distensión y alargamiento de todo el colon, resultando este último en la principal causa del dolor.

Resúmenes Seleccionados – Oncología

Cristian Ariel Rodríguez MSACP

1. Magnetic resonance imaging defined mucinous rectal carcinoma is an independent imaging biomarker for poor prognosis and poor response to preoperative chemoradiotherapy.

Yu SK, Chand M, Tait DM, Brown G. Eur J Cancer. 2014 Mar; 50(5):920-7. doi: 10.1016/j.ejca.2013.12.007.

Propósito: Los adenocarcinomas mucinosos representan un subgrupo de tumores con un pronóstico potencialmente pobre que pueden ser identificados con métodos de imágenes. Se comparó los resultados entre tumores mucinosos y adenocarcinomas, detectados por resonancia magnética nuclear (RMN). Se evaluó también el rendimiento diagnóstico de la RMN vs la biopsia preoperatoria en la detección de los tumores mucinosos.

Métodos: Se comparó la proporción de pacientes con disminución del estadio (downstaging) entre tumores mucinosos y no mucinosos diagnosticados por RMN. Se utilizaron modelos de riesgo proporcional de Cox (Regresión de Cox) para evaluar la independencia de la condición mucinoso o no mucinoso, la RMN basal y variables clínicas, en la supervivencia. Las diferencias en la supervivencia, de aquellos pacientes con tumores mucinosos vs adenocarcinomas no mucinosos, fueron evaluadas usando la prueba de Mantel-Cox (Logrank test).

Resultados: 60/330 (18%) de los pacientes fueron correctamente diagnosticados como tumores mucinosos en la RMN pre tratamiento comparado con 15/330 (5%) en la biopsia inicial (odds ratio = 4,67 p < 0.05). Todos los pacientes 60 (100%), a los que se los interpretó como portadores de tumores mucinosos en la RMN pre operatoria, fueron corroborados luego con el análisis final de la pieza quirúrgica. Significativamente menos tumores mucinosos tuvieron una disminución del estadio luego de la neoadyuvancia (ypT downstaging) en comparación con aquellos tumores no mucinosos (14/60 (23%) versus 111/270 (40%), p=0.01). Los resultados en la supervivencia a 3 años fueron significativamente peores en aquellos pacientes con tumores mucinosos. Tiempo libre de enfermedad (DFS) 48% vs 71%, p= 0.006. Supervivencia global fue del 69% vs 79%, p= 0.04. Los tumores mucinosos identificados por RMN fueron una variable independiente de pobre DFS (hazard ratio (HR) 0.58). Intervalo de confianza 95% (CI) (0.38-0.89).

Conclusiones: El diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso por resonancia magnética es superior a la biopsia pre operatoria. Esto sucede casi en el 20% de los pacientes con cáncer de recto. Es un marcador imagenológico independiente en la evaluación de la respuesta a la quimioradioterapia como también un marcador pronóstico. La presencia de mucina en la RMN permitirá en un futuro seleccionar el tratamiento más adecuado para este subgrupo de pacientes con pobre pronóstico.

Comentarios: En el último tiempo el manejo del cáncer de recto ha variado sustancialmente. Los estudios de imagen para la estadificación del cáncer rectal, han pasado de centrarse exclusivamente en la determinación del TNM tumoral, a tratar de definir una serie de factores pronósticos que tradicionalmente se obtenían del análisis anatomopatológico. Entre ellos destacan: la profundidad de la afectación tumoral mural/extramural, la distancia al margen mesorrectal y la presencia de afectación ganglionar, vascular, peritoneal o del complejo esfinteriano. La valoración conjunta de estos elementos permite establecer tanto la necesidad de terapia neoadyuvante como el tipo de cirugía a realizar. En este contexto, el grupo de Gina Brown, realiza este interesante trabajo, describiendo el valor diagnóstico de la resonancia magnética de alta resolución en el estudio de los tumores mucinosos como factor de riesgo en el cáncer de recto.

2. Can a Biomarker-Based Scoring System Predict Pathologic Complete Response After Preoperative Chemoradiotherapy for Rectal Cancer?

Hur H, Kim NK, Min BS, Baik SH, Lee KY, Koom WS, Ahn J, Kim H. Dis Colon Rectum. 2014 May; 57(5):592-601. doi: 10.1097/DCR.000000000000109.

Antecedentes: Numerosos marcadores moleculares han sido investigados como potenciales predictores de respuesta tumoral a la quimioradioterapia preoperatoria (pre CRT) para el cáncer de recto.

Objetivo: desarrollar un sistema en el cual los biomarcadores son usados para predecir la probabilidad de una respuesta patológica completa (pCR) a la pre CRT.

Diseño y Método: Este es un análisis retrospectivo de especímenes tumorales recolectados previo a la pre CRT, de 81 pacientes quienes fueron sometidos a resección curativa por padecer adenocarcinoma primario de recto, entre Junio de 2008 y Febrero de 2012.

Principales medidas de resultados: Usando chips de ADN (microarrays) e inmunohistoquímica, la expresión del nivel de doce biomarcadores (p53, p21, Bcl2, Bax, EGFR, Cox-2, MLH-1, MSH-2, Ku70, VEGF, TS, Ki-67) fueron evalua-

dos de muestras de tumores incluidas en parafina recolectadas previamente a la pre CRT. La correlación entre los niveles de expresión de los biomarcadores y la respuesta patológica a la pre CRT fue evaluada basada en la clasificación pTNM y en el grado de regresión tumoral (TRG).

Resultados: El nivel de expresión de 4 biomarcadores (p53, VEGF, p21, Ki67) se correlacionó con la pCR. Aquellos pacientes que mostraron baja expresión de p53 y/o alta expresión de VEGF, p21 y Ki67 exhibieron significativamente mayor tasa de pCR. Un sistema de puntuación ideado para que se asigne un punto para cada biomarcador cuyo nivel de expresión se correlacione con la PCR (escala de puntuación: 0-4) mostró que 1 de 26 pacientes con puntuaciones de 0 a 1 consiguió una pCR, mientras que 26 de 55 pacientes con puntuaciones de 2 a 4 lograron una pCR (3,8% frente a 47,3%, $p < 0,001$). Para la predicción de pCR, el sistema de puntuación mostró una sensibilidad 96,3%, una especificidad de 46,3%, un valor predictivo positivo de 47,3% y un 96,2% de valor predictivo negativo.

Limitantes: La inmunohistoquímica tiene limitaciones relacionadas a la reproducibilidad y a la habilidad para proveer información cuantitativa. Además, este estudio carece de pruebas y sets de validación.

Conclusiones: El nivel de expresión de 4 biomarcadores se correlaciona con pCR después de pre CRT para el cáncer de recto. Un sistema de puntuación basado en los niveles de expresión de los biomarcadores demostró tener una buena sensibilidad y valor predictivo negativo para la pCR.

Comentarios: Estudio retrospectivo, con una cantidad algo escasa de pacientes enrolados, que intenta desarrollar un sistema predictivo de respuesta a la neoadyuvancia en pacientes con cáncer de recto extraperitoneal, utilizando la información proporcionada por marcadores moleculares para identificar a aquellos pacientes que se beneficiarían con un enfoque no quirúrgico. Basándose en el hecho de que es improbable que un solo factor por sí solo determine la respuesta al tratamiento neoadyuvante, los autores crearon un sistema de puntuación utilizando 12 biomarcadores para correlacionar la presencia de los mismos con la respuesta a dicho tratamiento.

3. Circumferential resection margin (CRM) positivity after MRI assessment and adjuvant treatment in 189 patients undergoing rectal cancer resection

Simpson GS, Eardley N, Mcnicol F, Healey P, Hughes M, Rooney PS. Int J Colorectal Dis. 2014 May; 29(5):585-90. doi: 10.1007/s00384-014-1846-6.

Propósito: El manejo del cáncer de recto depende de una adecuada estadificación por resonancia magnética (MRI). Los tratamientos multi modales pueden disminuir el estadio del cáncer rectal previo a la cirugía y podría tener algún efecto en la precisión de la MRI. Nuestro objetivo es correlacionar los hallazgos de la estadificación por MRI del cáncer rectal con el análisis histopatológico, los efectos de la terapia neoadyuvante sobre la MRI, y las implicancias del compromiso del margen circunferencial de resección (CRM) luego de la terapia neoadyuvante.

Métodos: Análisis de los datos histológicos y estadificación radiológica de todos los casos de cáncer de recto, en una sola institución, entre 2006 and 2011.

Resultados: 241 pacientes con confirmación histológica de cáncer rectal fueron incluidos durante el período de estudio. 182 pacientes fueron resecados. Edad media 66,6 años, relación hombre/mujer 13:5. Tasa de resecciones R1 11,1%. La valoración del margen circunferencial de resección por MRI en pacientes sin radioterapia neoadyuvante fue 93,6% y 88,1% en pacientes con radioterapia neoadyuvante. En dieciocho pacientes se habían observado márgenes positivos después de la quimioradioterapia, de las cuales 38,9% tenían un CRM involucrado en el análisis histológico.

Conclusiones: La evaluación del margen de resección circunferencial en cáncer de recto se asocia con una alta precisión. La radioquimioterapia neoadyuvante tiene un efecto perjudicial en esta precisión, aunque esta aún continúa siendo alta. En presencia de márgenes positivos pronosticados previamente, la resección completa sigue siendo factible pero puede requerir un abordaje más radical.

Comentarios: Como es sabido, la resonancia magnética de alta resolución (RM AR), se ha transformado en un elemento de diagnóstico indispensable para el manejo terapéutico del cáncer de recto extraperitoneal. El éxito terapéutico de estos pacientes está directamente relacionado con la obtención de márgenes libres en la histopatología, el llamado margen circunferencial de resección (MCR), siendo la resonancia magnética de alta resolución el mejor método para determinar la relación del tumor con la fascia mesorectal. Como se puede observar en los resultados del trabajo presentado, si bien este método pierde algo de precisión diagnóstica secundario al proceso de fibrosis producido luego de la radioquimioterapia, esta continúa siendo elevada.

4. Prognostic subdivision of ypT3 rectal tumours according to extension beyond the muscularis propria

Merkel S, Weber K, Schellerer V, Göhl J, Fietkau R, Agaimy A, Hohenberger W, Hermanek P. Br J Surg. 2014 Apr; 101(5):566-72. doi: 10.1002/bjs.9419.

Antecedentes: La subdivisión del estadio T3 de cáncer de recto, en base al grado de invasión en profundidad dentro de la grasa perirectal ha sido recomendada en el Suplemento TNM desde 1993. Este estudio evalúa el impacto pronóstico de esta clasificación patológica en aquellos tumores resecaados luego de recibir quimioradioterapia neoadyuvante (ypT3).

Métodos: Fueron analizados los datos de aquellos pacientes con cáncer de recto ypT3 (menos de 12 cm desde el margen anal) tratados con quimioradioterapia neoadyuvante y excisión total del mesorecto. ypT3 fue subdividido en ypT3a (5mm o menos) y ypT3b (más de 5 mm), basados en la medición histológica de la máxima invasión tumoral más allá del borde exterior de la muscular propia.

Resultados: Se encontraron diferencias importantes entre ypT3a (81 pacientes) y ypT3b (43 pacientes) en las tasas a 5 años de: recurrencia locoregional (7% versus 18%; p =0,049), metástasis a distancia (20% versus 41%; p =0,002), sobrevida libre de enfermedad (73% versus 47%; p =0,001), sobrevida global (79% versus 74%; p =0,036) y sobrevida relacionada al cáncer (81% versus 74%; p =0,007). En el análisis de regresión de Cox, la subclasificación ypT3 fue identificada como un factor pronóstico independiente para sobrevida libre de enfermedad (ypT3b: HR 2,13, 95% IC 1,16 a 3,89; p =0,014), sobrevida observada (ypT3b: HR 2,02, 95% IC 1,05 a 3,87; p =0,035) y sobrevida relacionada al cáncer (ypT3b: HR 2,46, 95% IC 1,20 a 5,04; p =0,014). La invasión venosa extramural fue valorada como un factor pronóstico adicional, no así el estado de los ganglios luego de la quimioradioterapia (ypN), que no influyó en la sobrevida.

Conclusiones: En carcinomas rectales ypT3, la subclasificación propuesta es superior a ypN en la predicción pronóstica.

Comentarios: Si bien está demostrado en diversos estudios, incluyendo uno publicado por los autores en el año 2001, el impacto pronóstico de la subclasificación de los pT3 en base a la profundidad de invasión del tumor dentro de la grasa perirectal, no es conocido que sucede con esta clasificación luego de la neoadyuvancia (ypT3). Los autores diseñan para ello este estudio retrospectivo, donde concluyen que la subclasificación ypT3 es útil, demostrando ser esta un factor pronóstico independiente de sobrevida relacionada al cáncer y sobrevida libre de enfermedad.

5. Systematic review of surgical management of synchronous colorectal liver metastases

Lykoudis PM, O'reilly D, Nastos K, Fusai G. Br J Surg. 2014 May; 101(6):605-12. doi: 10.1002/bjs.9449

Antecedentes: El manejo óptimo del cáncer colorectal con metástasis hepáticas sincrónicas todavía no ha sido resuelto. El objetivo del presente estudio fue realizar una revisión sistemática de la evidencia actual con respecto al momento y secuencia de la intervención quirúrgica: colon primero, hígado primero o simultáneo.

Métodos: Una revisión sistemática de la literatura se llevó a cabo comparando el tiempo y secuencia de la intervención quirúrgica en pacientes con metástasis hepáticas sincrónicas. Se incluyeron estudios retrospectivos, pero fueron excluidos reportes de casos y pequeñas series de pacientes. Fueron comparados datos preoperatorios e intraoperatorios, estadía hospitalaria, mortalidad perioperatoria, morbilidad, y sobrevida a 1, 3 y 5 años. Los estudios fueron evaluados de acuerdo a los criterios del índice metodológico para estudios no-randomizados (MINORS).

Resultados: Dieciocho estudios fueron incluidos y 21 entradas analizadas. Cinco favorecían el abordaje simultáneo independientemente de la duración del procedimiento, mientras que tres no mostraron diferencias. Cinco favorecieron el tratamiento simultáneo en lo que respecta a pérdida sanguínea, mientras que en cuatro no hubo diferencias. Todos los estudios que compararon la estadía hospitalaria favorecieron al abordaje simultáneo. Cinco estudios favorecieron el abordaje simultáneo en términos de morbilidad, y 8 no encontraron diferencias. Ningún estudio demostró diferencias significativas en cuanto a mortalidad perioperatoria. Un estudio sugirió una mayor tasa de sobrevida a 5 años luego del abordaje en etapas, y otro demostró peor tasa de sobrevida a 1 año, pero mayor sobrevida a 3 y 5 años luego de la cirugía combinada. La puntuación promedio de MINORS fue de 10, con un seguimiento incompleto y falta de información de los resultados principalmente en los estudios de bajo Score.

Conclusión: Ninguna de las tres estrategias quirúrgicas para el tratamiento de las metástasis hepáticas colorectales sincrónicas parece ser inferior a las otras.

Comentarios: Las metástasis hepáticas colorectales sincrónicas se presentan en 15 – 25 % de los casos. Las modalidades terapéuticas actuales para el manejo de estos pacientes son múltiples: quimioterapia, radioterapia, técnicas mínimamente invasivas (radiofrecuencia), y/o resección quirúrgica. El objetivo de los autores fue realizar una revisión exhaustiva de la bibliografía en busca de la mejor evidencia científica para el tratamiento de estos pacientes. No encontrando ningún ensayo clínico controlado randomizado. Para la evaluación de calidad de los estudios incluidos, dos revisores evaluaron en forma independiente a estos últimos, de acuerdo con los criterios del índice metodológico para estudios no-randomizados (MINORS). Concluyendo que, a excepción de aquellos pacientes con tumores colorectales sintomáticos en los que el tratamiento primario del hígado no es adecuado, ninguno de los enfoques demostró mejores resultados a corto o largo plazo, y no hay subgrupos de pacientes que, claramente se beneficien de un enfoque particular.

Resúmenes Seleccionados – Cirugía Orificial

Pablo A. Tacchi MAAC-MSACP

1. Anal encirclement with a simple prosthetic sling for faecal incontinence

Cerco anal con un simple cabestrillo protésico para la incontinencia fecal

Devesa JM, Herva's PL, Vicente R, Rey A, Die J, Moreno I, Teruel D. Tech Coloproctol (2011) 15:17–22. DOI 10.1007/s10151-010-0673-1

Resumen: millones de personas sufren de incontinencia anal actualmente no tratada debido a la complejidad y el costo de las técnicas quirúrgicas en uso. El propósito de este informe es evaluar los resultados de cerco anal con un simple dispositivo en un grupo de pacientes con incontinencia fecal de múltiples causas. El método quirúrgico fue realizado como un procedimiento de Thiersch modificado a través de incisiones mínimas perianales y la colocación de una banda plana de silicona rodeando el ano. Se evaluaron los resultados de la respuesta clínica y objetivamente se evaluó comparando la manometría pre y posoperatoria, escala de Jorge–Wexner y puntuaciones de CDV (Rockwood).

Resultados: sobre un período de 5 años, este procedimiento fue realizado en 20 mujeres y 13 hombres, con un promedio de 54 años de edad (27 – 86 años). Las causas de la incontinencia fueron iatrogénica (5), obstétrica (5), idiopática (5), proctectomía restaurativas (5), prolapso rectal (4), congénito (4), neuropática (3), trauma (1) y mixta (1). La mortalidad fue nula y morbilidad relacionadas con la infección temprana (n = 2) y la erosión de la piel tarde/infección (n = 2). Ruptura temprana o tardía de la eslinga ocurrió en nueve pacientes, debido al inadecuado cierre del dispositivo. Hubo 13 explantes: 3 como definitivos y 10 re implantaciones. Todos menos un paciente mejoraron el estado clínico que objetivamente se evaluó por Puntuaciones de Jorge–Wexner y CDV, con diferencias significativas.

Comentario: El uso de procedimientos de cerclaje como el de Thiersch para mejorar la calidad de vida de pacientes con incontinencia anal que no tienen alternativas de uso de otras técnicas de mayor costo o complejidad, está siendo nuevamente evaluado a pesar de una no despreciable tasa de complicaciones de menor gravedad.

2. Hidradenitis suppurativa: MRI features in anogenital disease

Hidradenitis suppurativa: características de la RNM en la enfermedad anogenital

Griffin N, Williams AB, Anderson S, Irving PM, Sanderson J, Desai N, Goh V. Dis Colon Rectum. 2014 Jun;57(6):762-71. doi: 10.1097/DCR.0000000000000131

Resumen: La hidradenitis suppurativa es un raro desorden inflamatorio crónico de las glándulas apócrinas de la piel, que comúnmente afecta a la región anogenital. Ha habido muy poca literatura hasta la fecha sobre los aspectos de RNM en la hidradenitis suppurativa anogenital.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar las características de la RNM de hidradenitis suppurativa anogenital en la cohorte más grande de pacientes r publicados hasta la fecha.

Diseño: Se identificaron los pacientes con hidradenitis suppurativa que fueron sometidos a RNM para enfermedad anogenital, entre 2005 y 2012, de nuestra base de datos institucional. Los aspectos de RNM se registraron por 2 radiólogos en consenso, cegado a los detalles clínicos. Se registró localización de la enfermedad, el número de segmentos, presencia de fístula anal y la participación del espacio supraelevador. La demografía de los pacientes también fue observada.

Configuración: Este estudio fue realizado en el Departamento de radiología del St. Thomas' National Health Service Foundation Trust.

Pacientes: Los pacientes incluidos fueron aquellos sometidos a RNM por hidradenitis suppurativa anogenital entre 2005 y 2012.

Medidas principales del resultado: Se midió la distribución de los tractos sinusales en hidradenitis suppurativa anogenital en RNM.

Resultados: Treinta y una resonancia magnética se realizaron en 18 pacientes (15 hombres; edad media, 46 años). En la base de RNM, múltiples extensiones fueron vistos en las siguientes regiones, hendidura natal (16/18; 83%), la perianal (12/18; 61%), la perineal (13/18; 56%) y los glúteos (8/18; 44%). Una comunicación con el canal anal estuvo presente en sólo 4 pacientes. Tres pacientes tenían extensión supraelevador. Siete pacientes tenían resonancias magnéticas de seguimiento con respuesta variable al tratamiento de intervalo: 3 de 7 demostró enfermedad, 3

de 7 demostró enfermedad estable y 1 de 7 mostraron enfermedad progresiva.

Limitaciones: Este estudio fue limitado por su relativamente pequeña cohorte de pacientes.

Conclusiones: En hidradenitis supurativa, la enfermedad anogenital suele ser subcutánea pero extensa, con sólo una minoría de pacientes en donde se demostró la implicación más profunda. RMN puede ayudar a definir el grado de enfermedad anogenital y evaluar la respuesta al tratamiento.

Comentario: Creo que el uso de la RNM en hidradenitis supurativa tiene valor para descartar otros diagnósticos donde la comunicación con el conducto anal podría cambiar el rumbo del tratamiento, sin embargo su uso, como hace referencia este trabajo, para evaluar progresión o respuesta terapéutica parece interesante.

3. Management and Outcome of Perianal Paget's Disease: A 6-Decade Institutional Experience

Manejo y resultado de la enfermedad de Paget Perianal: una experiencia institucional de 6 décadas

Perez DR, Trakarnsanga A, Shia J, Nash GM, Temple LK, Paty PB, Guillem JG, Garcia-Aguilar J, Weiser MR. Dis Colon Rectum. 2014 Jun;57(6):747-51. doi: 10.1097/DCR.000000000000100.

Resumen: La Enfermedad de Paget Perianal (adenocarcinoma intraepitelial) es rara y a veces difícil de diagnosticar porque los síntomas son inespecíficos. A menudo es no invasiva, pero con frecuencia se repite localmente. La enfermedad invasiva puede metastatizar a sitios distantes.

Objetivo: El propósito de este trabajo fue revisar el diagnóstico, manejo y resultados de los pacientes con enfermedad de Paget perianal.

Diseño: Bases de datos institucionales fueron consultados para todos los casos de Paget perianal en el Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center entre 1950 y el 2011. Factores clínico-patológicos fueron investigados por asociación con recurrencia y supervivencia.

Configuración: El estudio se realizó en un centro de atención terciaria.

Pacientes: Sesenta y cinco pacientes con enfermedad de Paget perianal se incluyeron en el estudio (35 mujeres [54%]; edad mediana en el diagnóstico, 66 años [rango, 60-72 años]; 41 con enfermedad invasiva y 24 con enfermedad no invasiva). Un total de 56% con enfermedad invasiva eran hombres.

Medidas principales del resultado: Las medidas incluyeron la mediana de seguimiento de estado de la enfermedad, recidiva local y a distancia, sitios de recurrencia, supervivencia enfermedad-específica, la supervivencia general y la modalidad de tratamiento.

Resultados: Un total de 95% con enfermedad invasiva y 87% con enfermedad no invasiva eran sintomáticos en la presentación. Los síntomas más comunes son prurito y sangrado perianal. La duración de los síntomas fue mayor en pacientes con invasor (12,0 meses; rango, 4.0-18.0 meses) versus no invasiva (3,5 meses; rango, 1.0-10.0 meses). Malignidades sincrónicas no relacionadas con la enfermedad primaria fueron observadas en 5 pacientes con enfermedad invasiva y 3 con enfermedad no invasiva. La enfermedad no invasiva fue tratada con una escisión local amplia y la enfermedad invasiva con una escisión local amplia (n = 32, 78%) o resección abdominoperineal (n = 9, 22%). Cuarenta y un pacientes (27 invasiva y 14 no invasiva) requirieron varias operaciones para la remoción del tumor. En aquellos con enfermedad invasiva, la mediana de tiempo hasta la recurrencia era 5 años y la tasa de supervivencia mediana tumor-específicos fue de 10 años.

Limitaciones: Este fue un estudio retrospectivo, limitado por el sesgo de selección.

Conclusiones: La Enfermedad de Paget Perianal se asocia con síntomas inespecíficos que con frecuencia retrasan el diagnóstico. La escisión local amplia es el tratamiento de elección si se pueden obtener márgenes negativos. La resección abdominoperineal se debe considerar para la enfermedad invasiva. Recurrencia local es común; seguimiento incluye periódico proctoscopia y examen digital. La enfermedad invasiva puede hacer metástasis a sitios distantes; seguimiento debe incluir el examen de los ganglios linfáticos inguinales y la proyección de imagen del hígado y los pulmones.

Comentario: Un estudio retrospectivo, que analiza solamente la patología y refuerza el concepto de altas tasas de recidivas locales del tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Paget perianal, en una revisión de casos recopilados durante 6 décadas.

4. Perianal streptococcal dermatitis in adults: its association with pruritic anorectal diseases is mainly caused by group B Streptococci

Dermatitis estreptocócica perianal en adultos: su asociación con enfermedades pruríticas anorrectal es causada principalmente por los estreptococos del grupo B

Kahlke V, Jongen J, Peleikis HG, Herbst RA. Colorectal Dis. 2013 May;15(5):602-7. doi: 10.1111/

codi.12089.

Objetivo: Aunque la dermatitis estreptocócica perianal (PSD) es bien conocida en los niños, se ha documentado raramente en adultos. La incidencia y la necesidad de tratamiento pueden ser subestimados. Hemos identificado retrospectivamente pacientes adultos con dermatitis estreptocócica perianal.

Método: Pacientes con dermatitis estreptocócica anal se identificaron a partir de una base de datos prospectiva de consultorio. El tratamiento se realizó con antibióticos orales según la sensibilidad del organismo. Patología anorrectal concomitante adicional fue tratada según las pautas estándar. Los pacientes sin eczema o eritema, con la presencia de estreptococos β -hemolítico en un hisopado perianal fueron comparados con un grupo control. Datos demográficos y microbiológicos fueron evaluados y comparados entre y dentro de grupos de tratamiento y control.

Resultados: Cincuenta y tres pacientes (22 mujeres) mayores de 20 años (es decir = 49) años de edad fueron diagnosticados con dermatitis estreptocócica perianal entre 2005 y 2009. En el grupo la mayoría de los casos B fueron encontrados los estreptococos β -hemolíticos. Cincuenta pacientes recibieron antibióticos durante 14 días. En 28 de 33 pacientes que tenían un hisopo después del tratamiento, el resultado fue negativo. Cinco pacientes demostraron los estreptococos de los diferentes grupos en la torunda después del tratamiento. De los 50 pacientes, 21 (42%) tenían ninguna otra queja anorrectal y 29 (58%) requiere continuar tratamiento para otra enfermedad anorrectal. En el grupo control *Streptococcus* β -haemolysing fue encontrado en 34%. Hombres mayores de 60 años de edad más a menudo no requirieron ningún tratamiento adicional de anorrectal en comparación con las mujeres ($P < 0.05$).

Conclusión: La dermatitis estreptocócica perianal ocurre más a menudo de lo registrado en pacientes adultos. Es principalmente causada por estreptococo β -hemolítico del grupo B. Su diagnóstico es importante porque puede causar infecciones sistémicas graves, especialmente en los ancianos y en los recién nacidos. Los antibióticos resuelven esta condición en una alta proporción de pacientes.

Comentario: El uso del hisopado para bacteriología en dermatitis perianales refractarias al tratamiento convencional, es una herramienta fácilmente disponible y a veces no muy utilizada por coloproctólogos que puede ayudar a un diagnóstico preciso y a un tratamiento adecuado.

5. Botulinum toxin an injection in ISDN ointment-resistant chronic anal fissures

Inyección de toxina botulínica en fisuras anales crónicas resistentes a ungüento ISDN (RDSI)

Witte ME, Klaase JM Dig Surg. 2007;24(3):197-201. Epub 2007 May 15.

Resumen: En el tratamiento de las fisuras anales crónicas (CAF) la esfinterotomía quirúrgica está siendo reemplazada por esfinterotomía química. Después de los buenos resultados de nuestro estudio piloto incluyendo 32 pacientes, ahora describimos el efecto de la toxina botulínica A (BT-A) en una serie consecutiva de 100 pacientes resistentes a ungüento de dinitrato de isosorbide (ISDN) CAFs

Métodos: Desde octubre de 2002 hasta agosto de 2005, 100 pacientes (52 varones y 48 mujeres) con una edad media de 45 años (20-79) fueron tratados con una inyección de 40-100 IU BT-A en el esfínter anal interno.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 10 meses (4-38), 77 de los 100 CAFs (77%) fueron curados. Veinte pacientes recibieron una segunda inyección, 1 una tercera y 1 una cuarta inyección. En 11 pacientes se repitió la fisura (14%). En 1 paciente (1%) se observó incontinencia a gases temporal.

Conclusión: Con una tasa de respuesta temprana del 77% y una tasa de éxito general del 66%, las inyecciones de BT-A parecen ser eficaz en pacientes con ISDN CAFs ungüento-resistente. Estos resultados están en concordancia con los resultados de nuestro estudio piloto. Es una técnica sencilla con poco o ningún efectos secundarios, que no impide futuros tratamientos. Su lugar en el tratamiento de primera línea de CAFs debe investigarse más.

Comentario: Sin mencionar el tiempo de tolerancia al tratamiento con ungüentos de dinitrato de isosorbide, se utiliza la toxina botulínica tipo A como segunda línea de tratamiento para la fisura anal crónica, quedando la esfinterotomía quirúrgica como tercera opción.

In Memoriam

Dr. Manfred Fischer (30-5-1935 / 26-3-2014)

Dr. Arturo Heidenreich

Se nos fue el querido Manfred, nacido en el barrio de Belgrano de la Ciudad de Buenos Aires, quien en su vida había desempeñado 24 oficios y una profesión.

A los tres años de edad sus padres, con escasa visión de futuro, lo llevan a Alemania. Durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) recuerda que en el refugio antiaéreo en la ciudad de Hannover, donde residían, había una bicicleta fija para generar electricidad. No sufrió privaciones alimentarias porque su padre, encargado de los radares de la ciudad, recibía raciones complementarias y los abuelos, que vivían en el campo, les enviaban el excedente de su producción y algunos peces de su laguna.

Del hambre de la posguerra sí se acordaba, como también de la generosidad de los soldados americanos, sobre todo de los de raza negra, que a los chicos les regalaban golosinas.

Regresa a Buenos Aires en 1948, con la familia incrementada con su hermano Carlos, nacido en 1943. En la Argentina, sin conocer el castellano concurre al 6º grado del Colegio General Belgrano para realizar luego, en forma incompleta, el secundario en el Co-

legio Nacional de San Isidro. El único deporte al que se dedica es al remo en el Club Teutonia (como buen alemán no podía ser otro).

Viajan a Chile donde al padre le habían prometido que manejaría una escuela de adiestramiento de perros ovejeros alemanes para la policía y el ejército, pero el proyecto falla por muerte del contacto. La familia se dedica, en Valparaíso, a la fabricación de chacinados alemanes. Manfred repite el 4º y 5º año del Colegio Nacional e ingresa a la Facultad de Medicina de Santiago de Chile. En ese período se dedica al tenis y se desgarró el músculo plantar delgado.

Tuvo que regresar a Buenos Aires, convocado por las Fuerzas Armadas para cumplir con el Servicio Militar, que le toca en Marina durante dos años y medio. Recuerda que estando de guardia en el frente de un edificio de la Marina, una noche revisando su arma se le escapa un tiro, el revuelo que esto ocasiona lo explica a sus superiores diciendo que había sido tirado por otro en las inmediaciones. Más le costó conseguir una bala para reemplazar la faltante.

Ingresa luego en la Facultad de Medicina de la UBA y para mantenerse pone un kiosco de cigarrillos y golosinas con dos compañeros de facultad. Luego consigue trabajar como visitador médico en los años 1960-65 del Laboratorio Kasdorf, a cuyo fundador y dueño admira.

En 1963 se casa con Ana María Kemptner, ex compañera de colegio, tenista obsesiva y maestra jardinera de la Rudolf Steiner Schule, quien fallece bruscamente en 1972.

Se recibe de médico en 1964 y trabaja como médico de fábrica en la provincia de Buenos Aires en las empresas Mercedes Benz y Akapol (poxipol). Actúa como médico concurrente en el Hospital Alvear durante un año (1965-66).

Se propone especializarse en Proctología en Alemania, hacia donde viaja como fogonero de un barco de la Compañía Hamburg-Süd. Su experiencia en la ciudad de Detmold (norte de Renania), donde lo había contratado un coloproctólogo alemán negrero y delincuente al que le hace y gana juicio, es negativa.

Para sobrevivir tiene que trabajar como taxista y su mujer como empleada de un Kaufhof (supermercado), hasta que ingresa en Cirugía General del Hospital de Billefeld, cuyo jefe llevaba como apodo el de



Dr. Manfred Fischer.

“terror testicular” por castrar y hacer castrar a todos los enfermos que se operaban de hernia inguinal en su Servicio.

Extraña la Argentina, a lo que contribuye el papeleo médico alemán que lo abruma, por lo que el matrimonio regresa en 1968. Kasdorf lo contrata como asesor científico e ingresa al Hospital Alemán de Buenos Aires en el Servicio de Cirugía General a cargo del Dr. Alfonso Weyland para dedicarse poco después, en 1970, a la Coloproctología donde tengo el gusto de conocerlo y adoptarlo como amigo y discípulo.

Poco después, en 1974, se casa en segundas nupcias con Nora Maulella. En 1980 nace Astrid, su única y adorada hija.

En ese mismo año compra un campito en Urubelarrea, a 92 kilómetros de Buenos Aires. Instala allí, en un galpón, una carpintería para gozar de su pasatiempo favorito. Con una sierra sin fin, peligrosísima, fabrica mesas, camas, escaleras y repara viejos escritorios. Para evitar que se ensucie la pileta de natación y crezcan algas, instala un ingenioso dispositivo que consiste en la unión de numerosas tablas de plástico de cortina de enrollar unidas entre sí, que flotan y forman un piso sobre el agua a la que oscurecen. En este período se dedica además a la equitación, que ya antes había practicado con entusiasmo.

Durante nuestros largos años de trabajo en común, aparecieron los instrumentos flexibles de endoscopia iluminados por fibra óptica. Pedro Hülskamp (1925) como Jefe del Servicio de Cirugía, solicitó un gastroscopio y cuando le sugerí pidiera también un colonoscopio nos dijo que por cuatro estudios de colon que se hacían por año no convenía comprar un aparato tan caro. Decidimos adquirirlo a medias con Manfred y no nos arrepentimos. En la actualidad el 60% de los procedimientos endoscópicos que se rea-

lizan en el Hospital Alemán son colónicos. El inconveniente de entonces era la visión monocular, que solucionamos adquiriendo un visor lateral, nos costó lo mismo que una pileta de natación que construía un amigo nuestro en el Country Club CUBA de Villa de Mayo, por eso cada vez que lo necesitábamos decíamos “pásame la pileta”.

En 1983, siendo Director del Hospital Alemán el Dr. Enrique Meiller, Manfred Fischer fue designado Vice-Director, cargo que desempeña hasta 1987, cuando pasa a ser Director durante 12 años, hasta 1999.

Hizo carrera y amigos fuera de la colectividad alemana, en las Comisiones Directivas de la Sociedad Argentina de Coloproctología, donde fue elegido Presidente por el período 1992-93. Entre los profesionales que lo apreciaron mencionó a Julio Dante Baistrocchi, Alfredo F. Graziano, Eduardo Donnelly, Rodolfo Lembrande y otros que no recuerdo.

Durante su vida cosechó muchos amigos entre los que me cuento, acompañado por Lothar Fauth, Carlos Fischer, Claudio y Heriberto Fritsches, Edgardo Rhodius, Roberto Schäfer y Ewald Schmee, del Hospital Alemán. En su actuación en los distintos clubes de los que fue socio y en otras circunstancias, hizo amistad con Juan Carlos Claus, Fernando Daniel, Sigfrido Hagen, Reiner Kielke, Ernesto Kramer, Rodolfo Lust, Kuno von Mayer, Peter Müller y Lázaro Romero.

Su corrección, responsabilidad y excelente trato con los enfermos hicieron de él un colaborador insustituible.

Aquejado de una lenta pero progresiva enfermedad deja la práctica hospitalaria y privada en el 2005 para ser internado en un geriátrico en el 2010, donde fallece el 26 de marzo de 2014.



Sociedad Argentina
de **Coloproctología**

39° CONGRESO ARGENTINO DE COLOPROCTOLOGÍA

3 al 6 de Noviembre de 2014

Buenos Aires Sheraton Hotel & Convention Center

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Dr. Carlos Olivato

Vicepresidente 1°

Dr. Fabio Leiro

Vicepresidente 2°

Dr. Javier Villaggi

Secretario General

Dr. Marcelo Colinas

Secretarios Científicos

Dr. Eduardo Casaretto

Dr. Héctor Baistrocchi

Dr. Mario Salomón

Dr. Angel Minetti

Secretaria Administrativa

Dra. Alejandra Tornini

Relator Oficial

Dr. Jorge Hequera

“Estadificación del cáncer de recto”

Vocales

Dr. Diego Cardozo

Dr. Maximiliano Bun

Dr. Mariano Laporte

Dr. Gerardo Zanoni

Curso Internacional

Dr. Julio Baistrocchi

Dr. Hugo A. Amarillo

Contacto

Teléfono: +54 11 4322-9695

Mail: info@sacp.org.ar

Web: www.sacp.org.ar

*Para obtener los mejores resultados
cada vez que realizo una cirugía...*

[MI SOCIO ES COVIDIEN]

En Covidien innovamos constantemente para ofrecerle a los Profesionales de la Salud; soluciones integrales de vanguardia para el quirófano; que les permitan atender a sus pacientes con la máxima eficiencia, seguridad y precisión.



COVIDIEN

positive results for life™

COVIDIEN, COVIDIEN con logotipo, el logotipo de Covidien y positive results for life son marcas registradas en los EE. UU. y/o internacionalmente de Covidien AG. © 2012 Covidien.