

# 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](http://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 3° - Of. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina

---

# REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

*Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología*  
*Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil*  
*Revista Indizada en Latindex*

---



## COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

<b>Presidente</b>	Carlos Miguel Lumi
<b>Vicepresidente</b>	Luis Zanoni
<b>Secretario General</b>	Fernando Serra
<b>Tesorero</b>	Rita Pastore
<b>Secretario de Actas</b>	Pablo Farina
<b>Vocal titular 1°</b>	Karina Collia Ávila
<b>Vocal titular 2°</b>	Alejandro Moreira Grecco
<b>Vocal titular 3°</b>	Alejandro Canelas
<b>Vocal suplente 1°</b>	Adrian Mattacheo
<b>Vocal suplente 2°</b>	Romina Bianchi
<b>Vocal suplente 3°</b>	Leonardo Salim
<b>Órgano de Fiscalización</b>	Mario César Salomón ( <i>Titular</i> ) Fabio Oscar Leiro ( <i>Titular</i> ) Alejandro Gutiérrez ( <i>Suplente</i> )

---

La Revista Argentina de Coloproctología es publicada por la Sociedad Argentina de Coloproctología, Asociación Civil, Av. Córdoba 937 Piso 3°, oficinas 3 y 4, (C1054AAI) 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. ISSN 2683-7846

Para más información dirigirse a [www.sacp.org.ar](http://www.sacp.org.ar)

---

# REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

*Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología*

*Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil*

*Revista Indizada en Latindex, UNAM, México*

---

## EDITOR

Néstor Marchetti

*Hospital Privado de Rosario, Santa Fé*

## EDITORES ASOCIADOS

Hugo Amarillo

*Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán*

Ricardo Mentz

*Hospital Italiano, Buenos Aires*

Maximiliano Bun

*Hospital Alemán, Buenos Aires*

Rubén Miravalle

*Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires*

Mariano Cillo

*Hospital Británico, Buenos Aires*

Marcelo Pollastri

*Hospital Privado de Rosario, Santa Fé*

Sebastián Guckenheimer

*Hospital Pirovano, Buenos Aires*

## DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Mariano Laporte

*Hospital Alemán, Buenos Aires*

## CONSEJO ASESOR

Jorge Hequera

*Sanatorio Dupuytren, Buenos Aires*

## COMITÉ CIENTÍFICO

José Devesa Mugica

*Hospital Ruber Internacional. Madrid, España.*

Emilio Pollastri

*Universidad Nacional de Rosario, Santa Fé*

Alessio Pigazzi

*Universidad de California Irvine. California, EEUU.*

Jorge Rodríguez Martín

*Clínica Modelo de Lanús, Buenos Aires*

Rodrigo Oliva Pérez

*Universidad de San Pablo. San Pablo, Brasil.*

Steven Wexner

*Cleveland Clinic. Florida, EEUU.*

Andrew Zbar

*Chaim Sheba Medical Center Ramat Gan. Tel Aviv, Israel*

---

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

Diseño y diagramación: Visión Producciones: Sergio Epelbaum, Laura Mizzau, Nehuén Hidalgo, y Soledad Palacio  
[www.visionproducciones.com.ar](http://www.visionproducciones.com.ar) - [info@visionproducciones.com.ar](mailto:info@visionproducciones.com.ar)



---

# REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

## ÍNDICE

---

### ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN

---

- 75 - **Opciones Terapéuticas en el Cáncer de Recto Inferior. Actualización**  
Juan Carlos Albertengo

### ARTÍCULO ORIGINAL

---

- 80 - **Manifestaciones Coloproctológicas de las Infecciones de Transmisión Sexual Ocasionadas por Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae y Treponema Pallidum. Presentación casuística**  
Laura Svidler López
- 88 - **Manifestaciones Clínicas y Anoscópicas de las Lesiones Escamosas Cintraepiteliales de Alto Grado Anales**  
Dolores Caffarena, Julieta Cittadini, Carlos Miguel Lumi, Alejandro Gutierrez, Luciana La Rosa
- 93 - **Macroligaduras Hemorroidales. Tratamiento Ideal del Prolapso Hemorroidario. Seguimiento a 5 Años**  
Hugo A. Amarillo, Natalia Di Primio, Luis Montilla, Paula Casares, Nicolás Yromez
- 97 - **Tumores Ano-Rectales del Músculo Liso**  
Angel M. Minetti, José I. Pitaco, Daniel Crescenti, Ignacio F. Ramallo

### SERIE DE CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

---

- 104 - **Laparotomía Abreviada y Terapia de Presión Negativa para el Cierre Temporal del Abdomen como Tratamiento de la Peritonitis Diverticular Hinchey III/IV**  
Cristian Rodriguez, Luis Pedro, Darío Venditti, Mauricio Fantozzi, Julio Lococo, Pablo Vecchio, José Lucena, Juan Tricarico, Alejandro Mittidieri, Nicolás Barbalace, Vicente Dezanzo

### REPORTE DE CASO

---

- 114 - **Invaginación de Colon Causado por Lipoma**  
Walter Nardi, M. Dolores Daneri, Ricardo Gonzalez, Stephanie Gross, Hernán Ruiz, Fernando G. Bugallo, Mario C. Salomón
- 
-

# Opciones Terapéuticas en el Cáncer de Recto Inferior. Actualización

Juan Carlos Albertengo

Ex Jefe del Departamento Quirúrgico. Hospital Nacional Alejandro Posadas.

## RESUMEN

Motiva esta presentación el hecho que desde el Relato "Opciones terapéuticas del Cáncer de Recto Inferior" en el año 2008 han pasado 10 años y por supuesto aparecieron algunos progresos y cambios. Se conoce gran heterogeneidad genética debido que puede desarrollarse por diferentes vías. Nuevos fármacos han aparecido para lograr terapia eficiente. La clasificación clínica TNM fue actualizada en el año 2018. Los métodos de diagnóstico siguen teniendo vigencia. La resección local endoanal se presenta como una conducta factible con resultados favorables debido al progreso instrumental. Combinado con R/T y Q mostró excelentes resultados ("Watch and Wait"). La escisión total de mesorecto sigue ocupando un lugar importante. En la amputación abdomino perineal debemos incluir la resección de ambos músculos elevadores del ano. La cirugía laparoscópica ocupa cada vez más lugar siendo tan segura como la convencional. Se adjuntan los algoritmos terapéuticos. Continuarán las investigaciones para mejorar los resultados.

**Palabras clave:** Cáncer de recto; Tratamiento

## ABSTRACT

*The aim of this presentation is to update the one written in 2008 "Low rectal cancer therapeutic options" since some progress and changes have appeared after ten years. Great genetic heterogeneity is known because it can develop in different pathways. New drugs have appeared to achieve efficient therapy. The TNM clinical classification was updated in 2018. The diagnosis methods are still in effect. Endoanal local resection is presented as feasible behavior with favorable results due to instrumental progress. Combined with R/T and Ch showed excellent results (Watch and Wait). The total mesorectal continues to occupy an important place. The resection of both elevator muscles of anus must be included in the abdominoperineal amputation. Laparoscopic surgery is increasingly in place, being as safe as the conventional. Therapeutic algorithms are attached. Research will continue to improve results*

**Key words:** Low Rectal Cancer; Treatment

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento del cáncer de recto inferior ha evolucionado desde la cirugía al tratamiento multidisciplinario. Como es de esperar algunos cambios y progresos han aparecido desde el Relato del 33° Congreso Argentino de Coloproctología del año 2008. Por este motivo el Presidente y la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Coloproctología ha solicitado su actualización.

En Argentina se presentan 13.500 casos nuevos por año: 7.000 hombres (51,85%) y 6.500 mujeres (48,15%). Tercero en incidencia después del cáncer de mama y del cáncer de próstata. Segundo en mortalidad después del cáncer de pulmón con más de 7000 fallecimientos en el año.

El cáncer colorectal se produce en más de 90% de los casos en mayores de 50 años. El 75% son esporádicos y se desarrollan en personas sanas sin antecedentes personales o hereditarios.<sup>1</sup>

En Estados Unidos hay 97.220 nuevos casos de cáncer de colon y 43.030 de recto. Se espera que causen 50.630 muertes durante 2018. La tasa de mortalidad ha ido disminuyendo. Se debe probablemente al hecho de que ac-

tualmente los pólipos se descubren con más frecuencia y se extirpan antes de que sea un cáncer. Como resultado existen más de 1.000.000 de sobrevivientes de cáncer colorectal en Estados Unidos.<sup>2</sup>

El 75% de los cánceres colorectales son esporádicos, el resto se relacionan con historia familiar y/o enfermedad inflamatoria. De los familiares el 5% tienen un patrón hereditario bien definido.

Los factores de riesgo son:

- Historia familiar.
- Desarrollo de pólipos.
- Enfermedades inflamatorias intestinales.
- Obesidad.
- Abuso de tabaco, alcohol.
- Stress.

El cáncer colorectal presenta una gran heterogeneidad genética debida a que puede desarrollarse por diferentes vías (supresora, mutadora y la metilación). La vía por la cual se produce el cáncer colorectal dependerá del gen alterado inicialmente. Surge a través de una serie de cambios histopatológicos como resultado de mutaciones genéticas específicas en algunos oncogenes, genes supresores de tumores. Aproximadamente presentan el 85% inestabilidad cromosómica o mutaciones, mientras que el 5% restante presenta inestabilidad microsatelital. Tumores con elevada estabilidad microsatelital poseen pocas mutaciones en los

Juan Carlos Albertengo

jalber@intramed.net.ar

**Recibido:** 27 de Julio de 2019. **Aceptado:** 14 de Agosto de 2019. **Publicado:** Diciembre de 2019.

genes APC, RAS Y P53.<sup>3,4</sup> Hay más componentes hereditarios en colon que en recto (síndrome de Lynch y Poliposis Familiar).

La implementación de un mejor diagnóstico genético para detección temprana de familias con alto riesgo favorece el desarrollo de nuevos fármacos antineoplásicos con el objeto de lograr una terapia más eficiente.<sup>5</sup>

## INFORME DE LA AJCC Y DE LA UICC DEL AÑO 2018

La American Joint Commission of Cancer (AJCC) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) publicaron en agosto del año 2018 la 8ª Edición de la clasificación Clínica TNM para el cáncer de colon y recto. Esta edición presenta algunos cambios y agregados motivo por el cual es relatado en esta actualización.<sup>6</sup>

### T: Tumor primario.

- T<sub>x</sub>* Tumor primario no puede ser evaluado.
- T<sub>0</sub>* No hay evidencia de tumor primario.
- T<sub>is</sub>* Carcinoma in situ. Invasión lámina propia.
- T<sub>1</sub>* Tumor invade submucosa.
- T<sub>2</sub>* Tumor invade muscular propia.
- T<sub>3</sub>* Tumor invade subserosa o tejido perirectal.
- T<sub>4</sub>* Tumor que invade órganos y estructuras o perfora peritoneo visceral.
- T<sub>4a</sub>* Tumor que perfora peritoneo visceral.
- T<sub>4b</sub>* Tumor que invade órganos o estructuras.

### N: Ganglios linfáticos regionales.

- N<sub>x</sub>* Ganglios linfáticos no pueden ser evaluados.
- N<sub>0</sub>* Ganglios linfáticos sin metástasis.
- N<sub>1</sub>* Metástasis en 1 a 3 ganglios regionales.
- N<sub>1a</sub>* Metástasis en 1 ganglio regional.
- N<sub>1b</sub>* Metástasis en 2 ó 3 ganglios regionales.
- N<sub>1c</sub>* Depósitos de tumor satélites en la subserosa, tejido pericólico o perirectal. Sin peritoneo, tejidos blandos sin ganglios metastásicos.
- N<sub>2</sub>* Metástasis en 4 o más ganglios regionales.
- N<sub>2a</sub>* Metástasis en 4 a 6 ganglios regionales.
- N<sub>2b</sub>* Metástasis en 7 ó más ganglios regionales.

### M: Metástasis a distancia.

- M<sub>0</sub>* No hay metástasis.
- M<sub>1</sub>* Hay metástasis.
- M<sub>1a</sub>* Metástasis confirmadas en órgano (hígado, pulmón, ovario) no ganglios, regionales. Sin metástasis peritoneales.
- M<sub>1b</sub>* Metástasis en 2 ó más sitios u órganos sin metástasis peritoneales.
- M<sub>1c</sub>* Metástasis en la superficie peritoneal solamente.

La subclasificación de cáncer rectal T3 muestra la profundidad de invasión a través de la muscular propia medida en mm. Se usa en Resonancia Magnética.

- T<sub>3a</sub>* Invade menos de 5 mm.
- T<sub>3b</sub>* Invade entre 1 y 5 mm.
- T<sub>3c</sub>* Invade entre 6 y 15 mm.
- T<sub>3d</sub>* Invade más de 15 mm.

Además, debemos usar la clasificación de Kudo/Kikuchi que marca el grado de invasión de la submucosa:

- sm1 cuando invade el tercio superior de la misma,
- sm2 tercio medio,
- sm3 tercio inferior.

El riesgo de invasión ganglionar aumenta con la profundidad: sm1, 3%; sm2, 8%; sm3, 25%.<sup>7</sup>

El agregado de una "u" delante se utiliza para la estadiación clínica preoperatoria con ecografía endorectal (ERUS). Con el agregado de una "p" delante de TNM esta clasificación se transforma en histopatológica. Una "y" precediendo a TNM significa una pieza quirúrgica tratada con neoadyuvancia. Con una "v" delante se trata de una pieza de recidiva local.

Para diagnosticar y estadificar una lesión rectal haremos el examen físico donde incluimos el tacto rectal que nos ofrece datos sobre movilidad, distancia y tamaño. Lo mismo sigue teniendo vigencia la rectosigmoidoscopia y videofibrocolonoscopia.<sup>8</sup>

Los métodos auxiliares de diagnóstico como la ultrasonografía endorectal (ERUS), la tomografía (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) conservan su vigencia compitiendo entre ellos. Por supuesto con instrumental más moderno como es la ecoendoscopia 3D, TAC multisllice, y la RMN de alta resolución. El PET/TAC ocupa su lugar para evaluar metástasis, recidiva y en algunas oportunidades estadiación preoperatoria.

La ecografía diferencia con precisión entre tumores T1 y T2. Sin embargo, en los T3 no permite ver la distancia del tumor a la fascia mesorectal ni identifica ganglios mesorectales porque el campo visual está limitado por el transductor.

El objetivo principal de la RMN es definir si la escisión total del mesorecto es posible o si el tumor está avanzado y el paciente debería recibir tratamiento neoadyuvante.<sup>9,10</sup>

## TRATAMIENTO

Hablaremos primero de la resección local endoanal. Se utiliza la técnica de Parks con limitaciones debido a un reducido campo quirúrgico y una mala visualización de la mucosa rectal. Método de difícil manejo y con una recurrencia habitual de alrededor de 19%.

En 1985, Buess desarrolló la microcirugía transanal endorectal (TEM, Transanal Endorectal Microsurgery) para

lesiones del recto medio y alto. El TEM proporciona una mejor visión tridimensional con alcance mayor del campo operatorio, mantiene la distensión rectal con la insuflación del CO<sub>2</sub>, consigue una resección de mayor calidad y un mejor cierre del defecto quirúrgico, estando limitado por la altura del pólipo y extensión de la lesión, así como por el tiempo de instalación de la plataforma y el elevado costo de materiales.<sup>11,12</sup>

Las indicaciones se amplían debido a las mejoras instrumentales. Se aplica para lesiones benignas no resecables por videofibrocolonoscopia, estadios tempranos de tumores rectales malignos T1 N0 M0 con factores pronósticos favorables, como tratamiento paliativo en estadios tumorales avanzados y en pacientes que rechazan la cirugía radical, el ostoma o con alto riesgo quirúrgico y/o anestésico. En los T2 el tratamiento con TEM es controvertido habiendo encontrado buenos resultados con los que recibieron RT preoperatoria.<sup>13,14</sup>

En cuanto a los resultados con TEM no hay complicaciones excesivas o sexuales; incontinencia anal es mínima; la recurrencia es escasa; menos bordes de resección positivos; exéresis sin fragmentos y la morbilidad y supervivencia similar a la resección convencional.

Recidiva, según la literatura es de 5 a 7.5% en lesiones no fragmentadas y márgenes negativos. En caso de recurrencia se hace cirugía de rescate con AR o APR.

No se ha extendido su uso entre los cirujanos colorectales por la curva de aprendizaje, por dificultades técnicas y alto costo.

En tecnología avanzada se usan instrumentos para varias aplicaciones como los NOTES o el uso de un puerto laparoscópico por vía transanal como es el TAMIS. Así nació la técnica "Transanal Minimally Invasive Surgery" (TAMIS) desarrollada en 2009. Es un híbrido entre TEM y la técnica de puerto único TAMIS. Facilita el acceso al recto medio y alto permitiendo reseccionar pared rectal completa y mesorecto posibilitando completar el muestreo de ganglios linfáticos. Usa los conceptos de la cirugía laparoscópica. Las indicaciones para TAMIS son similares a las de TEM.<sup>14</sup>

Desde hace varios años comenzó el tratamiento del cáncer de recto inferior con Radioterapia y Quimioterapia seguido por control con observación estricta evaluando la desaparición de la lesión tumoral clínica y anatomopatológica. Numerosos trabajos muestran estos resultados. Cuando la lesión recidiva se hace cirugía de rescate por vía endoanal o cirugía radical (resección anterior, AR; o amputación abdominoperineal, APR).

Angelita Habr Gama demostró sus buenos resultados. Comparó "Watch and Wait" con operación de rescate demostrando en 90 pacientes sobre un total de 183; 49% de respuesta clínica completa (cCR); en 28 pacientes hubo

recidiva (31%). A 26 pacientes se hizo operación de rescate con una sobrevida total a los 5 años sin enfermedad de 69% y 94% en el grupo después de la cirugía de rescate.<sup>15,16</sup>

La conducta "Watch and Wait" fue primeramente propuesta por Angelita Habr Gama en Brasil en 2009. Los pacientes con cCR fueron seguidos con examen físico, endoscópico e imágenes. La cirugía de rescate se hizo en 90% de recidivas con 94% de control local y 78% de preservación de órgano.<sup>17,18</sup>

El estudio holandés y alemán mostró también el beneficio de la CRT más cirugía. Supervivencia entre 63% y 77.4%. Estos resultados hicieron que en la actualidad rotemos a tratamientos sin cirugía.<sup>19</sup>

Múltiples trabajos han demostrado la ausencia de células malignas en las piezas operatorias después de CRT, llamado respuesta patológica completa "pCR" entre 18% y 28% de los casos tratados. Estos pacientes evolucionan en forma equivalente desde el punto de vista oncológico con reducción de mortalidad y morbilidad.

No hay ningún factor que pueda predecir que pacientes responderán a CRT basado en estudios preoperatorios. Todavía no está aceptado como tratamiento standard. Más estudios se necesitarán para validar la conducta. Técnicas moleculares permitirán identificar pacientes de alto riesgo y crear genéticamente grupos selectos de pacientes para "Watch and Wait". Con las técnicas de preservación del órgano se comprobaron buenos resultados funcionales. Los no operados tuvieron mejor función que los operados.<sup>20</sup>

Usando estudios secuenciales con PET/CC se puede demostrar y dar información de alta probabilidad de desarrollar regresión tumoral completa después de CRT.

La microcirugía transanal puede ofrecer una buena alternativa como tratamiento para pacientes que tienen tumores residuales después de la quimioterapia.

La cirugía transanal seguido con "Watch and Wait" está contraindicada en lesiones T3.<sup>21</sup>

La escisión total del mesorecto sigue ocupando un lugar importante en el tratamiento del cáncer de recto. Lo mismo sucede con las cirugías por vía abdominoperineal respetando sus indicaciones. En la amputación abdominoperineal el tiempo perineal debe completar la resección de los músculos elevadores del ano o sea pasando a suficiente distancia del aparato esfinteriano. En caso de propagación del cáncer de recto corresponde hacer la resección del recto y luego las metástasis.<sup>22-24</sup>

En 2005, el estudio CLASSIC demostró 12% de MRc positivo para el abordaje laparoscópico en comparación con 6% para cirugía abierta. El COLOR publicado en 2013 mostró MRc positivo en 9% en laparoscopia mientras que en cirugía abierta 22%. La visualización y acceso a la pelvis menor permiten mejores resultados.<sup>25</sup>

TABLA 1: ALGORITMO TERAPÉUTICO

Grupo de riesgo	Estadio TNM	Opciones posibles
Muy Temprano	cT1 sm1 No (ERUS y MRI)	Resección Local (TEM) si es pT1 y no características adversas, TEM suficiente (sm>2, G3, VI, LI) requiere Resección radical (TME Standard)
Temprano	cT1-cT2-cT3 a/b si medio o alto No	Cirugía (TME) sólo standard si tiene signos histopatológicos pobres (CRM +, extranodal) N2 Considerar postop. CRT
Intermedio	cT3a/b localización muy baja, elevadores limpios, MRF limpios o cT3a/b en Medio recto, cN1-N2 (no Extranodal) nEMVI	Cirugía (TME) sólo es standard si se hace una resección de meso recto segura. Recidiva local menor a 0.5%. Si no SCPRT preop. seguido de TME
Malo	cT3c/d o muy baja localización con elevadores amenazados MRF limpio cT3c/d recto medio, cN1 EMM+ limitado cT4aN0	SCPRT preoperatorio (5*5cGy) o CRT seguido de TME
Avanzado	CT3 con algún MRF compromiso cT4a/b, nódulo lateral +	CRT preoperatorio seguido de cirugía TME y cirugía más extendida si es necesario SCPRT más Folfox y más tarde cirugía

Otros factores, aparte de los estadios T y N, son relevantes. Tales como EMM (compromiso extramural), MRF (fascia mesorectal), EMVI (distancia entre el ano y el esfínter), medidas del mesorecto y las características del paciente. Las preferencias del paciente son también importantes.

cCr respuesta clínica completa, CRM margen circunferencial de resección, CRT quimioradioterapia, CT tomografía computarizada, EMM invasión vascular extramural, ERUS ecografía endorectal, FOLFOX Leucovorina/fluorouracilo, Oxalplatino, MRF mesorectal fascia, MRI resonancia magnética, SCPRT curso breve de preoperatoria radioterapia, TEM microcirugía transanal endoscópica, TME escisión total de mesorecto, TNM tumor, nódulo, metástasis.<sup>27</sup>

Hasta el momento ningún estudio ha analizado cuál es la influencia de la altura del tumor en los resultados de la cirugía laparoscópica. Los pacientes con tumores de recto medio e inferior sometidos a TME poseen similares resultados en términos de morbilidad quirúrgica. El tratamiento del cáncer de recto por laparoscopia es controvertido por su complejidad técnica. Estudios prospectivos y aleatorizados han demostrado claras ventajas para el paciente con resultados oncológicos equiparables a cirugía abierta. En la curva de aprendizaje puede existir un aumento de complicaciones y peor pronóstico. La cirugía laparoscópica es tan segura como la convencional.<sup>26</sup>

## RECOMENDACIONES

Conforme las Guías de ESMO para el tratamiento del cáncer inferior, de acuerdo a la clasificación TNM y sin metástasis, se sintetizan las recomendaciones en la tabla 1.

## CONCLUSIONES

El tratamiento de cáncer de recto inferior, sin ninguna duda, es multidisciplinario. El objetivo sigue siendo lograr conservar el órgano sin sacrificar los logros oncológicos. Evidentemente seguirá la investigación para obtener estos resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorectal (PNCCR) Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2015.
- Last Medical Review. Cancer - American Cancer Society - February 21 (2018).
- Juárez Clara, Vázquez J, Rosales MA, Reynoso L. Cáncer Colorectal: Alteraciones Genéticas y Moleculares. Gaceta Médica de México. 2014; 150; 154-64.
- Archivos de Medicina. Julio/diciembre 2013; Vol. 3 N° 2.
- Morales Cristina, Peinado Miguel. Inestabilidad de microsátelites. American Cancer Society; Febrero 21 2016; Vol. 1 N° 1.
- Weinsberg, Elliot. Pathologic TNM staging of colorectal carcinoma (AJCC) 8th edition. Agosto 2018.
- Albertengo, Juan Carlos. Relato Oficial del 33° Congreso Argentino de Coloproctología. Opciones terapéuticas en el cáncer de recto inferior. Rev Argent Coloproct. Septiembre 2008; 19: 131-184.
- Ídem 6.
- Vaccaro C, Peralta N, Varela E, et al. Cáncer Colorectal. 2ª Edición Hospital Italiano de Buenos Aires 2013: 464.
- García Cabezas Sonia, Rodríguez Liñán M, et al. Response to treatment on interval to surgery after preoperative shot course radiotherapy in rectal cancer. Cir. Esp. Octubre 2016; 94 (8): 460-6.
- Moraes RS, Malafoia O, Teler J, et al. Transanal endoscopic microsurgery in the treatment of rectal tumors; a prospective study in 50 patients. Arch. Gastroenter Oct-Dec 2008; 45(4): 268-74.
- Meddleton PF, Sutherland LM, Madden GJ. Transanal endoscopic microsurgery: A systematic review; Dis Colon Rectum 2005; 48: 270-284.
- Melgren A, Suivongs DA, et al. Is local excision adequate therapy for early rectal cancer. Mayo Clinic Foundation. Dis Colon Rectum; 1999; 43: 1064-1071.
- Moore JS; Cataldo PA, et al. Transanal endoscopic microsurgery is more effective than traditional transanal excision for resection of rectal mass. Di Colon Rectum 2008; 51: 1026-1030.
- Pozo M, Fong S. Watch and wait approach to rectal cancer: a review. World Journal of Gastrointestinal Surgery. Nov 17 2015; 7 (11): 306-312.
- Habr Gama A, et al. Local Recurrence after complete clinical response and Watch and Wait. Int J Radiant Oncol Biol Phys. Mar 2014; 88 (4): 822-8.
- Rey RO, et al. Optimal timing for assessment of tumor response

- to neoadjuvant CRT in patients with rectal cancer: do all patients benefit from waiting longer than 6 weeks. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* Dec 1 2012; 84 (5): 1159-1165.
18. Habr Gama A, et al. Impact on Organ: Preserving Strategies on Anorectal Function in Patients with Distal Rectal Cancer Following Neoadjuvant Chemoradiation. *Dis Colon Rectum.* Apr 2016; 59(4): 264-9.
  19. CAO/ARO/AIO. Oxaliplatin added to 5FU in chemotherapy preop. of local advanced rectal cancer. 04 Study. Resultados finales, multicéntrico. *Lancet* August 2015; 16(8): 979-989.
  20. Araujo RO, Valadao M; Borges D, et al. Non operative management of rectal Cancer after neoadjuvant chemoradiation. *BJS.* 2015; 96(2):1456-83.
  21. Stornes T, Wibe A, et al. National Early Cancer Treatment. *Dis Colon Rectum* Jul 2016 59(7): 623-9.
  22. Carballo L, Navascues, et al. Total pelvic exenteration for the treatment of advanced primary or recurrent pelvic neoplasia. *Cir. Esp.* Mar 2015; 93(3): 174-80.
  23. Cigo Lozano, et al. Oncological results according to type of resection (AR-APR) for rectal cancer. *Cir. Esp.* Apr 2015; 93(4): 29-35.
  24. Flor Llorente B, et al. Extraelevador abdominoperineal resection in prone position. *Cir. Esp.* Mar 2014; 92(1): 30-9.
  25. Luján J, González A, Alinquite J, et al. Aprendizaje de la Cirugía del Cáncer de Recto por laparoscopia sin aumento de la morbilidad. *Cir. Esp.* Ago-Set 2014; 92(7): 451-506.
  26. Schlothman F. Cáncer de Recto: Impacto de la altura del cáncer en los resultados postoperatorios y oncológicos en Cirugía Laparoscópica. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* 2017; 47(2): 110-116.
  27. Glynne R, Jones L, Wyrwig L, Tiet E, et al. Rectal Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up. *Annals of Oncology* Jul 2017; 28(4): 2-40.

# Manifestaciones Coloproctológicas de las Infecciones de Transmisión Sexual Ocasionadas por Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae y Treponema Pallidum. Presentación Casuística

Trabajo leído en sesión S.A.C.P. 2016 para optar a Miembro Titular

Laura Svidler López

Jefa de Unidad Cirugía del Hospital Juan A. Fernández. C.A.B.A., Argentina.

## RESUMEN

**Introducción:** Las infecciones transmisibles sexualmente (ITS) con afectación anorrectal constituyen un desafío pues las manifestaciones producidas por Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoeae (NG) y Treponema pallidum (TP) son similares.

**Objetivo:** Evaluar si las manifestaciones anorrectales debidas a CT, NG y TP asociadas al examen proctológico permiten diagnóstico certero, sin estudios complementarios.

**Pacientes y método:** Estudio retrospectivo. Revisión de registros de pacientes atendidos en consultorio coloproctológico. Periodo: 01/08/2015-01/07/2016. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ITS anorrectal, excepto aquellos con HPV únicamente. A todos se les pesquisaron ITS mediante hisopado anal para CT por inmunofluorescencia y para estudio directo y cultivo de NG, VDRL para TP y además HIV. Variables: sexo, edad, HIV, sexo anal, uso de preservativo, motivo de consulta y resultado de estudios efectuados.

**Resultados:** Treinta y cuatro pacientes (32 hombres). Edad mediana 31,5 años (rango: 19-65). Veinticinco pacientes HIV + (73,5%). Veintinueve pacientes (28 hombres) mantenían sexo anal. 91% no usaba preservativo adecuadamente. 65% tuvo una única infección (ITS pura). Se diagnosticaron 14 sífilis (8 puras), 14 clamidiasis (7 puras) y 11 gonococcias (7 puras). Co-infección entre ellas: 9% y con HPV: 26%. La úlcera fue la manifestación en 7/8 casos de sífilis puras (todas dolorosas, excepto una). El resto presentó síntomas variados (condilomas virales atípicos, secreción purulenta y proctorragia). Más del 50% de las gonococcias puras (4/7) se manifestó con úlcera, sin embargo, el dolor estuvo presente siempre (8/8) y en tres se asoció secreción purulenta. En cambio, la mitad de los pacientes con clamidiasis puras, se manifestó con proctorragia causada por un tumor rectal/sigmoideo inflamatorio, clínicamente indistinguible de neoplasia maligna. Todos las sífilis y gonococcias tuvieron correlato con las pruebas diagnósticas, no así las clamidiasis cuyo diagnóstico no pudo confirmarse en tres casos (37,5%), que respondieron al tratamiento empírico.

**Conclusión:** NG y TP anorrectal provocaron mayormente síntomas similares a los de etiología no venérea y se requirió del laboratorio para el diagnóstico etiológico. La presencia de tumor con biopsia negativa para neoplasia maligna en pacientes de riesgo para ITS obliga a descartar clamidiasis.

**Palabras clave:** ITS; Úlcera; Proctitis

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexually transmitted infections (STIs) are a challenge in medical consultation. The clinical manifestations of infection by Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoeae (NG) and Treponema pallidum (TP) share symptoms at anorectal level. This implies the need for a high index of suspicion for diagnosis, which is based on history, physical examination and laboratory tests that not always are accurate or available. Purpose: Assess whether clinical signs of anorectal infections by CT, NG and TP associated with proctologic exams, lead to an accurate etiologic diagnosis without the help of specific laboratory studies.

**Patients and methods:** Observational, retrospective study, based on a review of records of patients treated at the outpatient clinic of the Hospital Fernandez (City of Buenos Aires) department of coloproctology, in the period between August 2015 and July 2016. Patients who underwent STI diagnosis were all considered, but to those whose only diagnosis was infection by human papilloma virus (HPV) were excluded from the analysis. All patients were tested after the three etiologies of STI (anal swab for CT study by immunofluorescence, swabbing for direct study, and cultivation of NG and TP VDRL) and HIV. Variables analyzed: sex, age, presence of HIV infection, practice of receptive anal sex, proper use of condoms, signs and symptoms that prompted the consultation, and results of diagnostic tests.

**Results:** 34 patients (32 men) were included. Median age 31.5 years (range: 19-65, interquartile range: 26-37). Twenty-five patients (73.5%) were HIV+. Twenty-nine patients (28 men) remained receptive anal sex. 91% did not use condoms properly. 65% of infections were pure, without other STI asociada-. 14 cases of syphilis (8 pure), 14 Chlamydia (7 pure) and 11 gonococci (7 puras), including co-infection in 9% of cases, no evidence of a more frequent another co-infection diagnosed. Co-infection with HPV was detected in 9 (26%) cases. The ulcer was the sign in 7/8 cases of pure syphilis (all painful, except one). The rest is expressed by a variety of symptoms (atypical viral warts, purulent and bloody diarrhea). Similarly, just over 50% (4/7) of pure gonococci demonstrated ulcer, but the pain was always present (8/8 of pure gonococci) and three associated with purulent discharge. Instead of the ten patients with pure chlamydia, 50% manifested with bloody diarrhea caused by a rectal tumor / inflammatory sigmoid, clinically indistinguishable from malignancy. All cases of syphilis and gonococcal were correlated with diagnostic tests; not those whose diagnosis of chlamydial infection (confirmed in eight and was negative in three, 37.5%) who responded to empiric treatment indicated by the clinical suspicion.

**Conclusion:** While this is a small series, it shows that the NG and TP in the anorectal location mostly caused symptoms similar to those of non-venereal ethology most of the times, and laboratory assistance for etiologic diagnosis was required. The presence of tumor with negative biopsy for malignancy in patients at risk for STIs, leads chlamydia to be ruled out.

**Keywords:** ITS; Ulcers; Proctitis

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un motivo de consulta médica frecuente. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que anualmente 357 millones de personas contraen alguna de las siguientes ITS: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis.<sup>1</sup> Tanto la clínica como los métodos diagnósticos están estandarizados y ampliamente difundidos, aunque esto se limita únicamente a las ITS con manifestaciones urogenitales.

*Chlamydia trachomatis* (CT) es una bacteria intracelular obligada, que se trasmite sexualmente y se estima infecta anualmente a cien millones de personas en el mundo. La mayoría de quienes padecen la infección anogenital por CT lo desconocen puesto que suele ser asintomática.<sup>2</sup> CT cuenta con diversos serovares, los D-K ocasionan formas moderadas de proctitis; mientras que los serovares L1-L3 son responsables de un cuadro de proctitis más agresiva, conocido como linfogranuloma venéreo (LGV).<sup>2</sup>

La gonorrea, causada por el diplococo Gram-negativo *Neisseria gonorrhoea* (NG), ha resurgido en los últimos años. La transmisión anorrectal es por el coito anal receptivo con una pareja infectada. De las mujeres con cervicitis gonocócica 35% a 50% tendrá una infección rectal concomitante, frecuentemente latente, la cual se cree resulta de la diseminación contigua de la infección genital.<sup>3</sup>

El manejo de infecciones anorrectales por CT y NG aún no ha sido establecido con claridad y, en general, los estudios se han centrado en el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).<sup>3,4</sup>

Si bien las infecciones anorrectales por CT y NG no tienen la misma gravedad que las urogenitales, actúan de reservorio favoreciendo el posterior contagio urogenital.<sup>4</sup> Asimismo, los pacientes con CT y NG anorrectal presentan riesgo elevado de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)<sup>5,6</sup> y pueden presentar cepas multi-resistentes de NG, cuya detección es de importancia para la vigilancia epidemiológica.<sup>7</sup>

La sífilis es una enfermedad sistémica con manifestaciones clínicas proteiformes, que se transmite habitualmente por vía sexual y cuyo agente causal es la espiroqueta *Treponema pallidum* (TP). A diferencia de otras ITS, el agente etiológico raramente se aísla, siendo diagnosticada en la gran mayoría de los casos por exámenes serológicos.<sup>8</sup> El número de casos notificados ha variado en diferentes épocas y actualmente, se padece una nueva epidemia, siendo un problema re-emergente en muchas partes del

mundo,<sup>9</sup> y Argentina no escapa a esta realidad. Con el inicio del siglo XXI, la incidencia comenzó a crecer notablemente en algunos grupos vulnerables, especialmente en HSH residentes en grandes ciudades.<sup>9,10</sup>

Dado que la sífilis y el HIV comparten mecanismos de transmisión resulta esencial, para cortar la cadena de contagios y prevenir sus complicaciones, el diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno e implementación de medidas preventivas para los contactos.

Se sabe, además, que existe sinergia entre el HIV y otras ITS, aumentando la posibilidad de adquirir el HIV con una ITS en curso. Por un lado, las lesiones que producen constituyen una puerta de entrada al HIV y por otro, tanto las infecciones ulcerativas como las no ulcerativas generan inflamación, que aumenta la concentración de células en la región genital que sirven como anclaje del HIV, aumentando tanto la capacidad de ser contagiado como de contagiar.<sup>11</sup>

Motiva esta presentación el aumento creciente de las consultas que recibo por ITS tanto a nivel público como privado, así como por el riesgo que implica su sub-diagnóstico.

## OBJETIVO

Evaluar si las manifestaciones clínicas coloproctológicas de las infecciones anorrectales por CT, NG y TP asociadas al examen proctológico alcanzan para arribar a un diagnóstico etiológico certero sin el auxilio de estudios de laboratorio específicos.

## PACIENTES Y MÉTODO

Se efectuó un estudio observacional, retrospectivo, basado en la revisión de registros de los pacientes atendidos en el consultorio externo de coloproctología del Hospital Fernández (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), en el período comprendido entre agosto de 2015 y julio de 2016.

Se consideraron todos los pacientes a los que se les efectuó diagnóstico de ITS, pero se excluyeron del análisis a aquellos cuyo único diagnóstico fue infección por virus de Papiloma Humano (HPV) por considerarse que por frecuencia y características esta infección corresponde un análisis independiente; sí se incluyeron a los pacientes que presentaban alguna de las ITS en estudio, asociada a la infección con HPV.

A todos los pacientes se les pesquisaron las tres etiologías de ITS en estudio, mediante hisopado anal para estudio por inmunofluorescencia (IF) para CT, hisopado para estudio directo y cultivo de NG y VDRL para TP; además de la serología para HIV, a aquellos que no presentaban serología positiva previa.

Se analizaron una serie de variables: sexo, edad, presencia de infección por HIV, práctica de sexo anal receptivo,

Laura Svidler López

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

Recibido: Agosto de 2019. Aceptado: Septiembre de 2019. Publicado: Noviembre de 2019.

uso adecuado del preservativo, signos y síntomas que motivaron la consulta y el resultado de los estudios efectuados.

## RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes, de los cuales 32 eran hombres, con una edad mediana de 31,5 (rango intercuartil: 26-37) años. Veinticinco pacientes (73,5%) tenían serología positiva para HIV. Veintinueve pacientes (28 hombres) mantenían sexo anal receptivo. El 91% del total y el 96% de los HIV+ no usaba el preservativo en forma adecuada.

Se diagnosticaron 14 casos de sífilis, 14 clamidiasis y 11 gonococcias. Las infecciones puras (sin coinfección entre ellas ni con HPV) se detectaron en 22 casos (65%): 8 TP, 7 NG, 7 CT y coinfección entre ellas en sólo 3 casos (9%), sin evidencia de una coinfección más frecuente que otra (fig. 1). Coinfección con HPV se detectó en 9 casos (26%) (fig. 2).

De los nueve pacientes con serología negativa para HIV, ocho tuvieron infecciones puras: CT en dos casos (25%), NG en dos (25%), TP en cuatro casos (50%), existiendo un caso de coinfección CT/NG.

Para el análisis de las manifestaciones clínicas se consideraron únicamente las ITS puras.

La sífilis pura, salvo en un caso se manifestó por úlceras, (todas dolorosas, menos una). Otras manifestaciones asociadas fueron el sangrado (6/8), la secreción purulenta (3/8) y los condilomas virales atípicos (2/8).

El motivo de consulta de todos los pacientes con gonococcias puras fue el dolor, que en más de la mitad de los casos se asoció a úlceras y en el mismo porcentaje a secreción purulenta (Tabla 1).

En cuanto a las clamidiasis puras, 6/7 se manifestaron por sangrado, detectándose proctitis a la endoscopia y además en cinco de los casos un tumor rectal/sigmoideo inflamatorio, clínicamente indistinguible de una neoplasia maligna. Los tumores fueron todos inflamatorios y el informe anatómo patológico de las lesiones –incluido la de un pólipo– evidenció marcado infiltrado linfoplasmocitario y en dos casos, además presencia de granulomas. La constipación fue un síntoma asociado en tres de los casos de clamidiasis y tumor rectal (Tabla 2).

En todos los casos de sífilis y gonococcia se confirmó el diagnóstico mediante pruebas de laboratorio; no así en la clamidiasis, cuyo resultado fue negativo en tres casos (37,5%), y que se consideraron clamidiasis por la respuesta clínica obtenida luego del tratamiento empírico.

## DISCUSIÓN

La prevalencia a nivel anorrectal varía según las series. Al comparar la prevalencia de CT (7-17%) y NG (0-3%) en mujeres con la de CT (1-18%) y NG (6-21%) en HSH,

resulta similar entre ambos grupos para CT. Respecto al LGV, la prevalencia es predominante en HSH (2-16%).<sup>2</sup> Respecto a la sífilis, datos de Argentina muestran una tendencia creciente con tasas cada 100.000 habitantes en ciudad de Buenos Aires de: 12,35 en 2013 y 14,71 hasta la semana epidemiológica 34 de 2014.<sup>12</sup>

En esta serie, los porcentajes de casos producidos por los tres gérmenes evaluados fueron similares CT (41%),



Figura 1: Distribución de ITS puras y coinfecciones entre ellas. NG: *Gonococcia*; TP: *Sífilis*; CT: *Chlamydia*

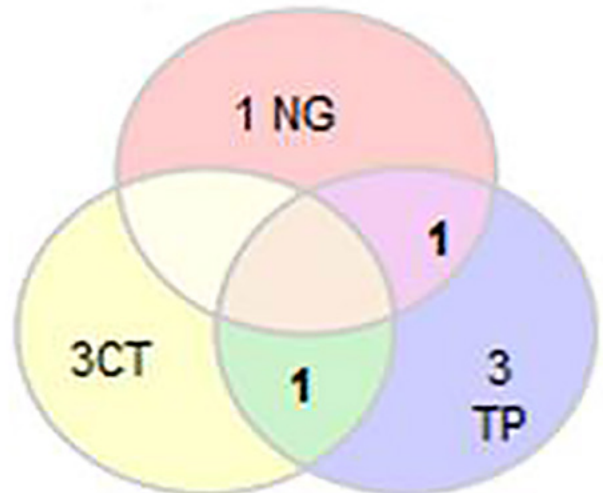


Figura 2: Distribución de ITS puras y coinfecciones con HPV. NG: *Gonococcia*; TP: *Sífilis*; CT: *Chlamydia*.

TABLA 1: ITS PURAS QUE SE MANIFESTARON POR DOLOR Y ÚLCERA

ITS PURAS	DOLOR	ÚLCERA
CT	3/7	1/7
NG	7/7	4/7
TP	6/8	7/8
ITS	1 TP-NG	1 TP-NG
MIXTAS	1 CT-NG	1 CT-NG

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE OTRAS MANIFESTACIONES DE IAS TS PURAS

ITS PURAS	CONSTIPACIÓN	PÉRDIDA DE PESO	SECRECIÓN	SANGRADO	RECTITIS	TUMOR RECTAL
CT	2/7	3/7	3/7	6/7	6/7	5/7
NG	2/7	1/7	4/7	2/7	2/7	0/7
TP	1/8	0/8	3/8	6/8	1/8	1/8
ITS MIXTAS	2 CT-TP	1 CT-TP	1 CT-NG	2 CT-TP 1 CT-NG	1 CT-NG	1 CT-TP

NG (32%) y TP (41%). Las únicas dos mujeres de la serie tuvieron infección pura por TP. De los nueve pacientes HIV negativos, ocho tuvieron infecciones puras: CT en dos casos (25%), NG en dos (25%), TP en cuatro casos (50%), existiendo un caso de coinfección CT/NG.

Según el tropismo de los gérmenes por los distintos epitelios será el lugar en que asienten las lesiones y las manifestaciones que produzcan. En general, las que comprometen el recto se manifiestan por secreción, mientras que en el ano y periano suelen producir dolor.

Las manifestaciones anorrectales más comunes de estas ITS incluyen dolor anal, tenesmo, urgencia defecatoria, secreción purulenta y proctorragia. Las lesiones incluyen úlceras, y proctitis. La transmisión puede suceder a partir de prácticas sexuales como sexo anal receptivo y contacto oro-anal.<sup>8</sup>

La mayoría de las infecciones anorrectales por CT y NG son asintomáticas. Dependiendo de cuáles sean los serovares de CT implicados, el cuadro variará de una proctitis con síntomas mínimos (tenesmo, dolor, supuración) luego de un período de incubación de cinco a catorce días,<sup>13</sup> a cuadros de proctitis más agresiva, con ulceraciones anales o perianales, secreción purulenta o sanguinolenta, tenesmo y dolor abdominal cólico en hemiabdomen inferior. Ante estas manifestaciones se debe tener en cuenta el LGV.<sup>2,14</sup> La proctitis puede asociarse con síntomas como constipación, secreción mucopurulenta, sangrado rectal, prurito, dolor y tenesmo.<sup>13,15,16</sup>

A la rectoscopia, la mucosa rectal puede presentarse normal, eritematosa o friable.<sup>15</sup> Los pacientes pueden cursar abscesos perianales, fisuras y fístulas. Estos cuadros pueden simular enfermedad de Crohn.<sup>8</sup>

En esta serie 6/7 casos de CT puras cursaron con proctorragia y rectitis; asociado en 5/7 a tumor rectal, que impresionaba una neoplasia maligna, en cuatro de ellos. Uno de los pacientes había sido estudiado en otro centro y concurrió con varias endoscopias y biopsias, compatibles con enfermedad de Crohn (fig. 3a).

Un único paciente con serología negativa para HIV, sin antecedente de sexo anal receptivo, presentó tumor rectal inflamatorio por CT (confirmado por IF) que remitió con antibióticos. El paciente negó mantener contactos anales (se preguntó por HSH, juguetes sexuales y dedos), no se interrogó contacto heterosexual oroanal, que pudo ser el

modo de contagio (fig. 3b).

Merece un comentario el aumento de los casos de LGV con esta forma de presentación. Aunque no pudo constatar que esos cuadros fueran causados por los serovares L1-L3, puesto que no se efectuó tal determinación, los cuadros fueron similares a los descritos en la literatura. Publicaciones recientes de Brasil y España ponen en evidencia que la proctitis severa por CT es una forma clínica re-emergente de presentación del LGV.<sup>17,18</sup>

Su identificación es importante ya que el tratamiento es por un tiempo más prolongado y, de no ser tratado, puede evolucionar con fístulas, estenosis o coinfección bacteriana.<sup>15</sup>

Todas las gonococcias puras de esta serie se manifestaron por dolor, asociadas en cuatro casos a úlceras y a secreción purulenta (fig. 4).

Las manifestaciones clínicas de la sífilis son polimórficas e incluyen úlceras genitales, rash cutáneo, agrandamiento de ganglios linfáticos e incluso compromiso cardiovascular y neurológico.

La sífilis es denominada la "gran simuladora" ya que puede confundirse con múltiples entidades. El estadio inicial de la sífilis se manifiesta entre dos y diez semanas post contacto sexual anal. Las infecciones por TP pueden ser asintomáticas o manifestarse por proctitis, úlceras (chancro) o pseudotumores. Las úlceras anales son frecuentemente dolorosas, a diferencia de las genitales. A la semana de aparecido el chancro aparecen adenopatías regionales en la zona del chancro. Aún sin tratamiento, las úlceras curan luego de varias semanas. Comienza entonces el período secundario, que se manifiesta por masas rectales, condilomas planos, parches mucosos, rash (que suele comprometer palmas y plantas, pero puede afectar también el tronco), fiebre y linfadenopatía. En el ano se pueden observar los condilomas planos (similares a verrugas), los cuales son extremadamente contagiosos. Los síntomas se resuelven sin tratamiento luego de tres a doce semanas.<sup>8</sup> La mayoría permanecerá en forma asintomática como sífilis latente, que se diagnosticará a través de pruebas de laboratorio.

Las lesiones de esta serie producidas por infecciones puras por TP produjeron úlceras en 7/8 casos (fig. 5), asociados a dolor en 6/8 casos. El sangrado estuvo presente en 6/8 casos. Una de las mujeres de la serie cursaba rush cu-

táneo propio del secundarismo sífilítico.

Cuando se evalúa a un paciente con ITS anorrectal es importante recordar que la coinfección es muy común y se han informado porcentajes mayores al 40% en algunas poblaciones de riesgo.

En esta serie la coinfección se observó en el 35% de los casos (4/5 en pacientes HIV+).

La transmisión del HIV es facilitada por las ITS, cursen o no con lesiones ulcerosas. La coinfección resulta en una

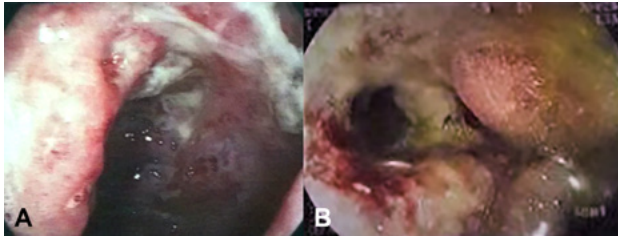


Figura 3: Imágenes endoscópicas de Clamidiaisis rectal. A) Simulando enfermedad de Crohn. B) Simulando neoplasia maligna.



Figura 4: Secreción purulenta típica en caso de Gonococcia pura.



Figura 5: Manifestación típica de la sífilis. Úlceras en beso.

alteración de la historia natural del HIV y de la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, la infección por NG aumenta la infectividad del HIV y esto se revierte con el tratamiento exitoso de la NG. De modo similar, la sífilis se asocia a una disminución del recuento de CD4 y a un aumento de la carga viral, que mejoran luego del tratamiento de la sífilis.<sup>8</sup>

CT y NG han sido contempladas principalmente en poblaciones de riesgo como HSH o mujeres que tienen sexo anal sin protección y diversos estudios demuestran que deben ser consideradas en todo paciente con riesgo de contraer ITS, tanto urogenitales como anorrectales, debido a la asociación entre ambas. En pacientes con NG se detectó 10-40% de coinfección.<sup>7</sup> En esta serie la coinfección CT/NG sucedió en el 28,5% (fig. 6).

La sífilis, al igual que otras afecciones genitales ulcerosas, actúa como un potente facilitador de la transmisión del HIV, debido a la disrupción de la barrera epitelial/mucosa y produciendo inflamación local. La activación de la respuesta inmune en huéspedes infectados contribuye a un incremento de la replicación viral.<sup>19,20</sup> La coinfección entre sífilis y HIV es muy común en HSH, con una prevalencia que varía del 45 al 79%.<sup>19</sup>

En esta serie 25 pacientes (73,5 %) eran HIV+ y, todos menos uno de ellos, practicaban sexo anal receptivo sin protección. La coinfección entre HIV y TP se dio en 10/14 del total de casos de sífilis y en 10/25 del total de pacientes con HIV.

A uno de los pacientes de la serie, HSH, que practicaba sexo anal receptivo sin protección, se le diagnosticó HIV mediante pesquisa, a partir de la consulta por lesiones que resultaron causadas por TP y HPV, siendo esta última lesión un condiloma atípico confirmándose por biopsia su origen viral (fig. 7).

Para el diagnóstico biológico de CT y NG, es fundamental la toma de muestra mediante un hisopado anal o de las lesiones ulceradas.<sup>2,14,15,21</sup> En el caso de infección por CT, se observa en el extendido un aumento de polimorfonucleares (PMN), de más de 10 por campo y una tinción gram negativa con ausencia de diplococos.<sup>22</sup> El diagnóstico definitivo se realiza mediante cultivo, IFD o test de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT).<sup>2,14,19,22</sup> En el caso de infección por NG, se puede efectuar coloración de gram, aunque el diagnóstico definitivo se hace mediante cultivo en medio de Thayer Martin.<sup>2,14,21,23</sup> A su vez, se recomienda el cultivo para la detección de cepas multirresistentes.<sup>7,24</sup>

En el Hospital Fernández se realiza IF para la detección de CT y para NG tanto la tinción de gran como el cultivo.

Según las últimas guías de control de enfermedades de EE. UU. el diagnóstico presuntivo de la sífilis requiere el uso de dos pruebas: una prueba no treponémica (es de-

cir, Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas o VDRL, por su sigla en inglés, o el test rápido de Reagina plasmática) y una prueba treponémica (es decir, pruebas de anticuerpos de treponema fluorescente absorbidos o FTA-Ab, por su sigla en inglés, ensayo de aglutinación pasiva de partículas del TP, varias enzimas para inmunoensayos, inmunoensayos de quimioluminiscencia, inmunotransferencias o pruebas treponémicas rápidas. Aunque muchas pruebas treponémicas están disponibles comercialmente, sólo pocas están aprobadas para su uso. El uso de solamente un tipo de prueba serológica es insuficiente para el diagnóstico, existiendo resultados falsos negativos en las personas cursando sífilis primaria y resultados falsos positivos en las personas sin sífilis. Los resultados falsos positivos de la prueba no treponémica se pueden asociar con diversas condiciones médicas y factores no relacionados con sífilis, incluyendo otras infecciones (por ejemplo, HIV), condiciones autoinmunes, las inmunizaciones, el embarazo, el uso de drogas inyectables y en ancianos. Por lo tanto, las personas con una no treponémica reactiva siempre deben recibir una prueba treponémica para confirmar el diagnóstico de la sífilis. Los títulos de anticuerpos de pruebas no treponémicas pueden correlacionar con actividad de la enfermedad y se utilizan para seguir la respuesta al tratamiento.<sup>25</sup>

Para el estudio de los pacientes de esta serie se efectuó solamente VDRL, no requiriéndose en ninguno de estos casos confirmación con FTA-Ab puesto que los cuadros positivos tuvieron resolución clínica con tratamiento y los negativos, permanecieron asintomáticos y con pruebas negativas en los controles ulteriores.

Existen tres diferentes modos de abordaje de las ITS y cada uno de ellos tiene ventajas y desventajas. El primero es un enfoque etiológico, que apunta a identificar al agente causal del cuadro, difiriendo el tratamiento hasta tener los resultados y requiere muchas veces una segunda visita, por lo que el paciente continúa siendo una fuente potencial de transmisión de la infección y se corre el riesgo de que no regrese. Además de que muchos de los centros de atención primaria, en donde se realiza la consulta, no cuentan con las técnicas necesarias para arribar a un diagnóstico etiológico. Los largos protocolos de diagnóstico, que retrasan los tratamientos contribuyen a la persistencia de las ITS como un problema de salud pública.<sup>28</sup> El segundo enfoque posible es el diagnóstico clínico, que implica que el médico identifique el cuadro según su experiencia y lo trate según la causa que le parece más posible. Sin embargo, hay ITS que ocasionan manifestaciones similares, lo cual dificulta un diagnóstico de certeza basándose sólo en la clínica, además es frecuente que haya infecciones mixtas que pueden pasar inadvertidas. Finalmente, el enfoque sindromático al basarse en



Figura 6: Exulceraciones y eritema perianal en caso de infección mixta por CT y NG.



Figura 7: Manifestación atípica de la sífilis. Lesión elevada exulcerada con fibrina (flecha) y condiloma atípico por HPV.

síndromes, resulta muy sensible incluso para las infecciones mixtas; permite tratar al paciente en la primera visita y torna el manejo de las ITS más accesible ya que puede implementarse en atención primaria. En algunos casos las manifestaciones pueden ser recientes o llevar largo tiempo, sin que el paciente lo haya relacionado con un contacto sexual, siendo el médico quién daba establecer la conexión. Aunque en la mayoría de los casos, se espere al resultado de la muestra para iniciar tratamiento, es importante destacar que el abordaje sindromático es particularmente útil en aquellos pacientes que presenten una clínica compatible asociado a gran malestar, o en quienes no se podrá confirmar el diagnóstico (por ejemplo, falta de estudios o disociación entre la clínica y los análisis), en usuarios de drogas endovenosas o en quienes se sospeche que no regresaran. En las circunstancias mencionadas, se recomienda iniciar tratamiento empírico según dicte el abordaje sindromático.<sup>23</sup> Como contrapartida, uno de los riesgos del abordaje sindromático está en relación al desarrollo de resistencia a los antibióticos por sobre-trata-

miento. El tratamiento de NG constituye un desafío debido al descubrimiento de cepas resistentes a tratamiento con cefalosporinas como ceftriaxona. Por ejemplo, en 2006 se indicaban 125 mg de ceftriaxona, en 2010 el doble y actualmente se indican 500 mg y en asociación con otro antibiótico, debido a la progresiva resistencia que ha desarrollado.<sup>7,11,24</sup>

Por otra parte, para minimizar el contagio, las personas tratadas por NG deben ser instruidos de abstenerse de mantener contactos sexuales durante la semana ulterior ha realizado el tratamiento y hasta que todas sus parejas sexuales lo hayan completado también.<sup>25</sup>

La falla diagnóstica de infecciones anorrectales por NG resistente hace que estas cepas continúen siendo transmitidas entre individuos, no solo a nivel anorrectal sino también urogenital.<sup>3</sup> A su vez, la falta de identificación de estas cepas hace que los pacientes reciban tratamientos inadecuados y esto propague la resistencia aún más.<sup>7,24</sup> La sobre-indicación de antibióticos por algunos profesionales y la toma de esquemas incompletos de tratamiento por algunos pacientes son otros factores a tener en cuenta como causantes de esta nueva epidemia. La Organización Mundial de la Salud especifica la necesidad de identificar estos casos a nivel clínico y bioquímico y reportarlos para la vigilancia epidemiológica.<sup>7</sup>

El laboratorio del Hospital Fernández (al igual que otros del país), reporta las cepas de NG al Instituto Malbrán, en el marco del programa "Red de vigilancia de la sensibilidad del gonococo".

El tratamiento para la infección por CT a nivel anorrectal es doxiciclina oral 100 mg dos veces por día por siete días. En el caso de LGV, se recomienda un esquema con doxiciclina 100 mg dos veces por día por tres semanas.<sup>15,22,25,26</sup>

Las infecciones anorrectales por CT y NG, si bien no tienen a priori el mismo impacto que las urogenitales, son igualmente relevantes, tanto porque el recto actúa de re-

servorio y fuente de infección como por la gravedad de las complicaciones que en ocasiones pueden suscitar. Hay que tener presente que en el caso del TP, la omisión de su diagnóstico facilita el contagio y permite la progresión a formas graves de la enfermedad.

Resulta fundamental el manejo oportuno de estas patologías a través de un abordaje multidisciplinario. En cualquier consulta por una ITS es fundamental aprovechar la oportunidad para conversar con el paciente acerca de los riesgos de adquirir otras ITS, poner énfasis en el uso de preservativo para todo contacto sexual y sugerir el rastreo de ITS en la pareja. Solicitar serologías e indicar las vacunas de hepatitis A y hepatitis B en caso de no estar el paciente vacunado y no haber tenido estas infecciones.<sup>23</sup> Es preciso recordar que estas patologías se asocian a un riesgo aumentado de la transmisión del HIV, de modo tal que el correcto diagnóstico y tratamiento no sólo impacta en la salud individual del paciente tratado, sino que tiene implicancias en la salud colectiva.

## CONCLUSIÓN

En esta serie, las infecciones por NG y el TP en la localización anorrectal provocaron mayormente síntomas comunes a otras patologías no venéreas, y se requirió el auxilio del laboratorio para el diagnóstico etiológico. La presencia de tumor con biopsia negativa para neoplasia maligna en pacientes de riesgo para ITS obliga a descartar clamidiasis.

La clínica no es suficiente para el diagnóstico de las ITS anorrectales, siendo los métodos complementarios de gran utilidad, a pesar de sus limitaciones relativas a la falta de disponibilidad en todos los centros, el tiempo que demora en obtenerse los resultados y la eventual presencia de falsos negativos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Infecciones de Transmisión Centro de Prensa. 2015; Nota descriptiva N 110.
2. Lanjouw E, Ourburg S, de Vries HJC, et al. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS*. 2015; 1-16.
3. Dukers-Muijers NH, Schachter J, van Liere GA, Wolffs PF and Hoebe CJ. What is needed to guide testing for anorectal and pharyngeal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in women and men? Evidence and opinion. *BMC Infectious Diseases*. 2015; 15: 1-13.
4. Bazan JA, Carr Reese P, Esber A, et al. High prevalence of rectal gonorrhoea and Chlamydia infection in women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Women's Health*. 2015; 24:182-89.
5. Bernstein KT, Marcus JL, Nieri G, et al. Rectal gonorrhoea and chlamydia reinfection is associated with increased risk of HIV seroconversion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010; 53: 537-43.
6. Workowski KA. Sexually Transmitted Infections and HIV: Diagnosis and Treatment. *Top Antivir Med*. 2012; 20: 11-16.
7. World Health Organization (WHO). Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae. World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research. 2012; 1: 1-36.
8. Assi R, Hashim PW, Reddy VB, Einarsdottir H, Longo E. Sexually transmitted infections of the anus and rectum. *World J Gastroenterol*. 2014; 20: 15262-68.
9. Zetola N, Klausner JD; Syphilis and HIV Infection: An Update. *Clin Infect Dis*. 2007; 44: 1222-28.
10. Fentom KA, Breban R, Vardavas JT et al. Infectious syphilis in high-income setting in the 21st century. *Lancet Infect Dis*. 2008; 8: 244-53.
11. Mark H et al. What's new in sexually transmitted infection management: changes in the 2010 guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. *J Midwifery Womens Health*. 2012; 57: 276-84.
12. Boletín integrado de vigilancia. Secretaria de Promoción y

- programas sanitarios. Ministerio de la Nación. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-DeVigilancia-N229-SE39.pdf> (accedido 12/09/016).
13. Whitlow CB. Bacterial Sexually Transmitted Diseases. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2004; 17: 209-14.
  14. Bun RF. Enfermedades Anorrectales de Transmisión Sexual. Sociedad Argentina de Colonproctología. 2009; 3: 1-14.
  15. de Vries HJC, Zingoni A, Kreuter A, et al. 2013 European Guideline on the Management of Lymphogranuloma Venereum. *Journal of European Academy of Dermatology and Venerology*. 2013; 29:1-6.
  16. Bignell C, Unemo M, Jensen GS, et al. 2012 European Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults. *International Journal of STD & AIDS*. 2013; 24: 85-92.
  17. Nadal Sr, Manzione Cr. Sexually transmitted proctitis. *J Coloproct*, 2012; 32: 95-7.
  18. López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L et al. Proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum, a re-emerging disease in developed countries. *Rev esp enferm dig*. 2014; 106: 59-62.
  19. Repiso B, Frieyro M, Rivas-Ruiz F, De Troya M. Condom use and number of sexual partners among male syphilis patients who report having sex with men. *Actas Dermosifiliogr*. 2010; 101: 847-52.
  20. Zetola NM, Engelman J, Jensen TP, Klausner JD. Syphilis in the United States: an update for clinicians with an emphasis on HIV coinfection. *Mayo Clin Proc*. 2007;82: 1091-102.
  21. Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgraduate Medical Journal*. 2006; 82: 733-36.
  22. de Vries HJ, Zingoni A, White JA, et al. 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *International Journal of STDs and AIDS*. 2013; 25: 465-74.
  23. Ministerio de Salud Argentino. Relaciones sexuales anales: Conceptos y recomendaciones para equipos de salud. MSAL: Direccion de SIDA y ETS. n/a. 1: 1-24.
  24. Cole MJ, Spiteri G, Chisholm SA, et al. Emerging cephalosporin and multidrug-resistant gonorrhoea in Europe. *Euro Surveill*. 2014; 19: 1-5.
  25. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015. *MMWR*. 2015; 64:1-140.
  26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC grand rounds: Chlamydia prevention: Challenges and strategies for reducing disease burden and sequelae. *MMWR* 2011; 60:370-73.
  27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2014 Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. 2014, *MMWR*; 63: 1-19.
  28. Gaydos Ch, Hardick J. Point of care diagnostics for sexually transmitted infections: perspectives and advances. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014; 12: 657-72.

## COMENTARIO

Las infecciones de transmisión sexual tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo. El aumento de la práctica de sexo anal asociado al uso infrecuente del preservativo (por menor temor al VIH por los avances en la terapia y mayor consumo de sustancias ilegales), derivan en una mayor incidencia de estas enfermedades. Sus manifestaciones pueden ser similares, y en ocasiones existen coinfecciones que dificultan el diagnóstico etiológico.

En este estudio retrospectivo de 34 pacientes, la Dra. Svidler López describe las manifestaciones anorrectales de *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae* y *Treponema Pallidum*, registradas durante el período de un año. A su vez, pone en consideración los tres métodos de abordaje terapéuticos (etiológico, clínico y sindromático) enfatizando las ventajas y desventajas de cada uno. Por un lado, aquel que permite el diagnóstico precoz de la infección, evitando así las complicaciones crónicas de la misma y controlando su transmisión al resto de la población. Por otro lado, el riesgo al desarrollo de resistencia a los antibióticos que implicaría el sobre tratamiento.

En conclusión, la lectura del trabajo resulta de gran interés ya que proviene de una persona con mucha experiencia en el tema, que nos permite entender mejor las ITS y su abordaje multidisciplinario.

Sebastián Guckenheimer  
Hospital Pirovano. C.A.B.A., Argentina.

# Manifestaciones Clínicas y Anoscópicas de las Lesiones Escamosas Cintraepiteliales de Alto Grado Anales

Dolores Caffarena, Julieta Cittadini, Carlos Miguel Lumi, Alejandro Gutierrez, Luciana La Rosa  
Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

## RESUMEN

**Introducción:** Las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado anales (H-ASIL) son consideradas el precursor del carcinoma escamoso anal. Es por esto que distintas Sociedades recomiendan su pesquisa y tratamiento en poblaciones de alto riesgo. El objetivo del trabajo es describir las manifestaciones de H-ASIL en la anoscopia de alta resolución (AAR) en nuestros pacientes.

**Diseño:** Retrospectivo, descriptivo.

**Pacientes y métodos:** Revisión de historias clínicas e imágenes de AAR de pacientes con diagnóstico de H-ASIL entre enero de 2016 y julio de 2017. La evaluación anoscópica incluyó la unión escamocolumnar, el conducto anal distal y el área perianal. Frente al hallazgo de una lesión sospechosa de ASIL, se tomaron biopsias.

**Resultados:** Entre enero de 2016 y julio de 2017 se realizaron 184 AAR. Se biopsiaron 143 lesiones sospechosas de ASIL. Veintiséis de ellas, presentes en 13 pacientes fueron H-ASIL. Once hombres (diez hombres que tienen sexo con hombre (HSH) con infección por VIH). Todas las lesiones eran subclínicas y se encontraron a nivel endoanal; eran en su totalidad acetoblancas. Se buscaron áreas con puntillado y/o mosaico sugestivas de ASIL. El uso de Lugol nos permitió aumentar el grado de sospecha y delimitar las lesiones. Se tomaron biopsias para anatomía patológica bajo visión directa.

**Conclusiones:** Las H-ASIL son consideradas en la actualidad las precursoras del carcinoma escamoso anal; su detección y tratamiento prevendrían su desarrollo. En nuestra casuística, todos los pacientes se encontraban en al menos un grupo de riesgo. Las lesiones fueron subclínicas y requirieron de la anoscopia de alta resolución para su hallazgo, lo que permitió realizar un tratamiento dirigido. Es importante que los profesionales de la salud consideren la pesquisa de H-ASIL en población de riesgo.

**Palabras Claves:** Anoscopia de Alta Resolución; Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado Anal; Virus de Papiloma Humano; Screening Cáncer de Ano

## ABSTRACT

**Introduction:** The high-grade anal intraepithelial lesions (H-ASIL) are considered the precursor of the anal squamous cell carcinoma. This is why different societies recommend the screening and treatment in high-risk populations. The objective of this paper is to describe H-ASIL manifestations in the high resolution anoscopy (HRA) in our patients.

**Design:** Retrospective, Descriptive

**Patients and Methods:** Review of clinical histories and pictures of HRA of patients with H-ASIL diagnosis between January 2016 and July 2017. The anoscopic evaluation included the squamocolumnar junction, the distal anal duct and the perianal area. In case of the finding of a suspicious lesion of ASIL, biopsies were taken.

**Results:** Between January 2016 and July 2017 184 HRA were performed. 143 ASIL suspicious lesion were biopsied. Twenty-six of them, in 13 patients, were H-ASIL. Eleven were men (10 men who have sex with men with HIV infection). All lesions were subclinical and found at endoanal level. The totality of them were acetowhite. Areas with coarse punctation and a mosaic pattern were suggestive of ASIL. The use of lugol's iodine allows us to increase the grade of suspect and delimit the lesions. Biopsies were taken for pathology under direct vision.

**Conclusion:** The H-ASIL are considered at the present the precursors of the anal squamous carcinoma. Its development could be prevented with de proper detection and treatment of the H-ASIL. In our casuistic, all patients are in at least one risk group. The lesions were subclinical and required of the high resolution anoscopy for their finding, which allows to perform a directed treatment. It is important that health professionals consider the H-ASIL screening in risk population.

**Key Words:** High Resolution Anoscopy; High-Grade Anal Intraepithelial Lesio; Human Papilloma Virus; Anal Cancer Screening

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado anales (H-ASIL) son consideradas el precursor del carcinoma escamoso. Si bien es infrecuente cuando se lo compara con otras neoplasias gastrointestinales, su incidencia se ha duplicado en los últimos 25 años con una prevalencia actual de 1.8/100.000 habitantes. En el 2019 en Estados Unidos se prevé una incidencia de 8300 nuevos casos

y 1280 muertes por cáncer de ano.<sup>1,2</sup>

Existen múltiples clasificaciones, tanto histológicas como citológicas para clasificar los distintos grados de displasia. En el año 2012 se propuso la clasificación LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology) que unifica las diferentes nomenclaturas de las lesiones provocadas por el HPV en el tracto anogenital. Las subdivide en lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) de bajo (L-SIL) y alto grado (H-SIL).<sup>3</sup> Las L-SIL no son lesiones premalignas, pero tienen potencial de progresar a H-SIL. Las H-SIL son lesiones premalignas y se recomienda su tratamiento siempre.<sup>4</sup>

Existen distintos factores de riesgo: serología positiva para el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), práctica

Ninguno de los autores del trabajo presenta conflicto de interés.

Dolores Caffarena

dolorescaffarena@gmail.com

**Recibido:** Septiembre de 2019. **Aceptado:** Noviembre de 2019. **Publicado:** Diciembre de 2019.

del coito anorreceptivo, tabaquismo, multiplicidad de parejas sexuales, antecedente de infección por virus de papiloma humano (HPV), trasplante de órganos, y antecedente de SIL o carcinoma escamoso del tracto genital inferior (TGI). En dichos grupos la prevalencia de cáncer de ano se incrementa considerablemente con respecto a la población general llegando hasta 45/100000 en pacientes hombres que tienen sexo con hombres (HSH) HIV positivos.<sup>1</sup>

Es por esto que distintas Sociedades recomiendan su pesquisa y tratamiento en poblaciones de alto riesgo.

El método propuesto para la pesquisa consiste en la realización de un examen proctológico, que siempre debe incluir la realización de un tacto anorrectal y el PAP anal, seguido, en caso de ser positivo o de tener algún factor de riesgo, de una anoscopia de alta resolución (AAR).<sup>7</sup>

## OBJETIVOS

Describir la población y las manifestaciones de H-ASIL en la anoscopia de alta resolución de nuestros pacientes.

Diseño: Retrospectivo, descriptivo

## MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron las historias clínicas y las imágenes de las AAR de los pacientes con diagnóstico de H-ASIL, entre enero de 2016 y julio de 2017.

Como parte de la pesquisa de las H-ASIL, realizamos toma de citología anal y AAR en pacientes de alto riesgo para padecer carcinoma escamoso de ano (CEA). Incluimos en la pesquisa HSH, pacientes con infección por HIV, mujeres con antecedentes de lesiones por HPV del tracto genital inferior (TGI) e inmunosuprimidos por causa iatrogénica. Predominan en nuestra población de atención pacientes HSH e individuos con HIV, siendo hombres en su mayoría.

En todos los casos se realizó tacto anorrectal, toma de citología anal y la AAR en el mismo momento con la intención de aumentar la sensibilidad de la detección de las lesiones.

La citología la realizamos con un citobrush humedecido con agua. Se introduce el cepillo en el conducto anal aproximadamente 4 cm, se lo gira reiteradas veces a medida que se lo retira, presionando contra todas las caras para asegurar una buena muestra y luego se extiende el material obtenido en un portaobjetos y se lo fija con laca para pelo o se sumerge en alcohol. Para mejorar el rédito de la pesquisa, se solicita a los pacientes que en las 24 hs. previas al estudio no mantengan relaciones sexuales anales receptivas y que no se coloquen cremas, geles, supositorios o enemas.

Realizamos la AAR con el paciente en decúbito late-

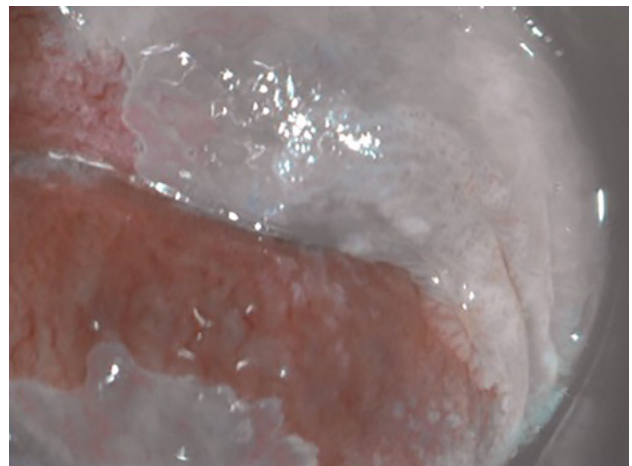


Figura 1: Mosaico Acetoblancos.

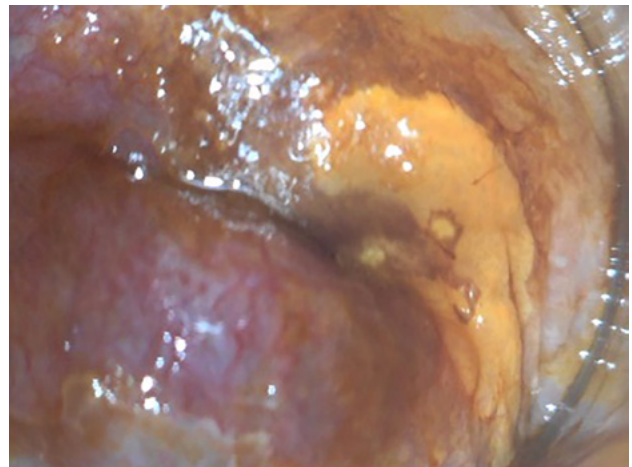


Figura 2: Lesión delimitada con Lugol.



Figura 3: Mosaico en hemiano anterior.

ral izquierdo, sin sedación y con anestesia local con gel de lidocaína al 2%. Aplicamos ácido acético al 5% y, luego de 2 minutos, realizamos el examen magnificado. Utilizamos un colposcopio marca Newton con tres aumentos (10x, 16x y 25x). Observamos detenidamente la unión escamocolumnar, el conducto anal distal y el área perianal, humedeciendo frecuentemente con ácido acético 5%.

Áreas acetoblancas con patrón vascular de puntillado

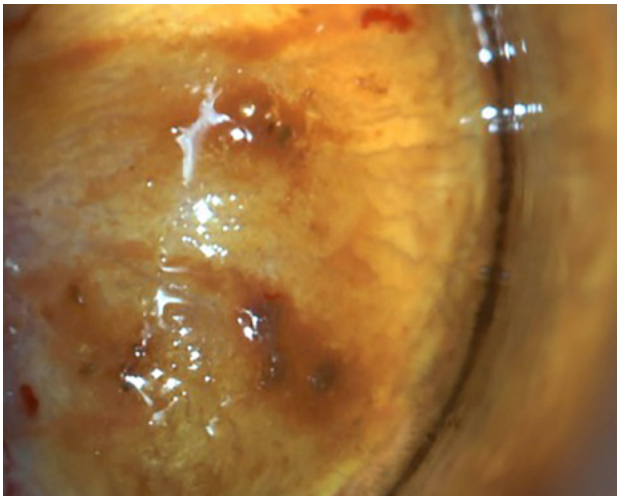


Figura 4: Lesión Lugol negativa.

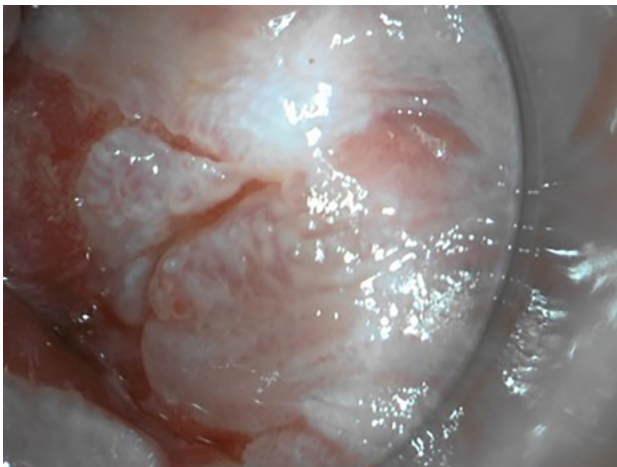


Figura 5: Puntillado fino y vasos en loop.



Figura 6: Lesión delimitada con Lugol.

y/o mosaico fueron consideradas sospechosas de ASIL. Ante estos hallazgos, para aumentar el grado de sospecha y delimitar la lesión, utilizamos solución de Lugol. Tomamos biopsias para anatomía patológica en todos los casos.

## RESULTADOS

Entre enero de 2016 y julio de 2017 se realizaron 184 AAR. Se biopsiaron 143 lesiones sospechosas de ASIL. Veintiséis de ellas, presentes en 13 pacientes, fueron informadas como H-ASIL. El resto fueron lesiones de bajo grado (AIN I o condiloma, de acuerdo a la clasificación LAST).<sup>3</sup>

Once de los pacientes con H-ASIL eran hombres; diez eran HSH y tenían infección por HIV. El varón restante era heterosexual, HIV negativo, pero tenía antecedente de condilomas peri y endoanales. Una de las mujeres tenía antecedente de lupus eritematoso sistémico de 20 años de evolución, trasplante renal en tratamiento con sirolimus 4mg/día y carcinoma escamoso vulvar estadio 1b por lo que había sido tratada mediante una vulvectomía. A la otra paciente, se le detectó una lesión en el conducto anal durante una videocolonoscopia por pesquisa de cáncer de colon por lo que fue derivada para la realización de una AAR. Refería antecedentes de SIL de cuello uterino.

Todas las lesiones eran subclínicas y se encontraron a nivel endoanal; eran en su totalidad planas y acetoblancas. Se buscaron áreas con puntillado y/o mosaico sugestivas de ASIL. Los patrones vasculares más frecuentemente hallados fueron el mosaico y el puntillado grueso. El uso de Lugol nos permitió aumentar el grado de sospecha y delimitar lesiones sospechosas. En todos los casos se evidenció la falta de tinción (Lugol negativo) de la zona sospechosa.

Se tomaron biopsias para anatomía patológica bajo visión directa (figs. 1 a 6).

## DISCUSIÓN

Se han descrito distintos grupos de riesgo para padecer lesiones de alto grado o cáncer de ano, predominando en la mayor parte de las series internacionales los individuos HSH HIV positivos.<sup>8</sup> En nuestra casuística, todos los pacientes se encontraban en al menos un grupo de riesgo.

La mayoría de la población atendida en el consultorio de ITS de nuestro Centro son HSH, mayormente HIV positivos. Esto se ve reflejado en este estudio en el cual 10 de 13 H-SIL fueron halladas en pacientes con esas características. En otros grupos de trabajo, la distribución puede variar, principalmente debido a la población atendida. Por ejemplo, a nivel local, Presencia y col reportaron que 14 de 20 pacientes pesquisados eran mujeres, en su mayoría con antecedentes de lesiones por HPV en el TGI.<sup>9</sup> Sólo dos de nuestras pacientes eran del sexo femenino; ambas tenían antecedentes de lesión en TGI (cáncer de vulva y CIN) y una de ellas también estaba inmunosuprimida por un trasplante de órgano sólido.

El principal referente mundial de la AAR es el Dr Palefsky. En 2012 publicó un artículo en el cual describe con detalle los fundamentos de dicha técnica y cual, a su criterio, es la mejor técnica para realizarlo. Concluye diciendo que la curva de aprendizaje de la AAR es larga, aún para colposcopistas entrenados y que siempre se debe realizar la correlación entre Citología e histología.<sup>10</sup>

En el año 2016 se publicó la Guía Internacional de la Sociedad Internacional de Neoplasias Anales (IANS), la cual propone un mínimo de competencias que deben de cumplirse para poder realizar AAR de una manera eficiente.<sup>11</sup>

En este estudio todas las lesiones fueron subclínicas y requirieron de la anoscopía de alta resolución para su de-

tección y tratamiento dirigido.

En concordancia con lo descripto por Naomi Jay y col, todas las lesiones era planas, con patrón de puntillado o mosaico y Lugol negativas.<sup>12</sup>

## CONCLUSIÓN

Como otros autores, creemos importante que los profesionales incorporen la pesquisa de H-ASIL en población de riesgo. Debido a que no existe una buena correlación entre el PAP, la AAR y la histología, su utilización combinada mejora la probabilidad de detección de las lesiones preneoplásicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts JR, Siekas LL, Kas AM, et al. Anal intraepithelial neoplasia: A review of diagnosis and management. *World J Gastrointest Oncol.* 2017; 15(2):50-61.
2. Elorza G, Saralegui Y, Enríquez-Navascués JM, et al. Neoplasia intraepitelial anal: una revisión de conjunto. *Rev Esp Enf Dig.* 2016; 108(1): 31-39.
3. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: Background and Consensus Recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Arch Pathol Lab Med.* 2012; 136:1266-97.
4. Danaire C, Reillo M, Martínez-Ezcoriza JC, et al. Anal study in immunocompetent women with human papillomavirus related lower genital tract pathology. *European J Obst and Gyn.* 2017; 211:15-20.
5. Albuquerque A, High-resolution anoscopy: Uncharted territory for gastroenterologist. *World J Gastrointest.* 2015; 25(13):1083-7.
6. Wang CJ, Sparano J, Palefsky JM, et al. Human Immunodeficiency Virus/AIDS, Human Papillomavirus and Anal Cancer. *Surg Oncol Clin N Am.* 2017; 26(1):17-31.
7. Consenso argentino sobre virus de papiloma humano (HPV) y herpes simplex virus (HSV tipo 1 y 2). Sociedad argentina de dermatología. 2016.
8. Goldstone SE, Johnstone AA, Moshier EL, et al. Long term outcome of ablation of HG-AIN. Recurrence and incidence of cancer. *Dis Colon Rectum.* 2014; 57(3): 316-323.
9. Presencia GJ, Pastore RLO, Svidler Lopez L, et al. Detección temprana de la displasia anal con Citología (PAP) y anoscopia de alta resolución (aar) en la población de riesgo: experiencia inicial. *Rev Argent Coloproct.* 2015; 26(1):12-16.
10. Palefsky JM. Practising high-resolution anoscopy. *Sexual Health.* 2012; 9: 580-586.
11. Hillman RJ, Cuming T, Darragh T, et al. 2016 IANS International Guidelines for practice Standards in the detection of anal Cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2016; 20:283-291.
12. Jay N, Berry M, Miaskowski C, et al. Colposcopic characteristics and Lugol's staining differentiate anal High-grade and low-grade squamous intraepithelial lesions during high resolution anoscopy. *Papillomavirus Res.* 2015; 1:101-108.

## COMENTARIO

La detección de las lesiones precursoras del cáncer de ano (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado Anales) y el tratamiento de las mismas, es la llave para la prevención del mismo.

¿Cómo disminuir la incidencia de esta enfermedad tumoral?

¿Cómo cortar el eslabón, para evitar que se desarrolle esta neoplasia?

Primariamente, bloquear la llegada de los agentes causantes del desarrollo de esta enfermedad, educación de la población para evitar el contagio del HPV, uno de los factores más preponderantes.

Pero ¿qué hacer en aquellos pacientes donde el HPV ya se instaló?

No podemos esperar los síntomas del paciente, hay que ir a la búsqueda y detección temprana de las lesiones precursoras del cáncer de ano.

¿Cómo realizar la pesquisa?

La identificación de la población de riesgo es fundamental. Hacer una búsqueda exhaustiva, mediante los métodos desarrollados en este trabajo, en aquellos pacientes que por su condición inmunológica, enfermedades asociadas, condición sexual, están expuestos a un mayor riesgo de padecer lesiones precursoras, que con los años van a llevar al desarrollo del cáncer de ano.

Para ello, un pilar indispensable es contar con los profesionales con el interés, entusiasmo y pasión hacia su labor, para realizar la búsqueda de lesiones sospechosas en el conducto anal.

Gracias a esa labor minuciosa, se consigue detectar a tiempo lesiones, que de no ser de esta manera, evolucionarían indefectiblemente a un cáncer de ano.

---

Felicito a los autores de este trabajo, por su minuciosa tarea en la inspección endoanal.

Este esfuerzo y esmero, multiplicado a todos los profesionales especialistas, se va a traducir en una consecuente reducción de la incidencia del cáncer de ano.

Este trabajo, no solo muestra la excelente labor de los autores, sino que concientiza a nuestra población médica, la necesidad de realizar pesquisa y prevención.

Marcelo Pollastri

Centro de Coloproctología y Enfermedades Digestivas. Rosario, Santa Fé.

# Macroligaduras Hemorroidales. Tratamiento Ideal del Prolapso Hemorroidario. Seguimiento a 5 Años

Hugo A. Amarillo<sup>MAAC-MSACP-FACS,1</sup>, Natalia Di Primio<sup>MAAC,1</sup>, Luis Montilla<sup>MAAC,2</sup>,  
Paula Casares<sup>MAAC,3</sup>, Nicolás Yromey<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cirujano de Staff, Sector Coloproctología. Sanatorio Modelo, Tucumán.

<sup>2</sup>Instructor de Residentes de Cirugía General. Sanatorio Modelo, Tucumán.

<sup>3</sup>Residente de Cirugía General. Sanatorio Modelo, Tucumán.

## RESUMEN

**Introducción:** Entre los tratamientos alternativos de las hemorroides se destaca por ser costo-eficientes las ligaduras elásticas convencionales. Las macroligaduras elásticas se hayan en difusión por similares resultados que las bandas elásticas convencionales. La literatura es aun escasa. El objetivo fue analizar los resultados, morbilidad y recidiva a corto y mediano plazo de hemorroides tratadas con macroligaduras.

**Diseño:** Estudio observacional analítico prospectivo.

**Pacientes:** 188 pacientes (110 varones y 78 mujeres). Periodo: 2011-2014. Lugar: Institución privada universitaria.

**Métodos:** Inclusión: pacientes tratados con hemorroides internas sintomáticas. Exclusión: enfermedad anoperineal asociada, tratamiento previo, inmunocompromiso o anticoagulación. Se registraron resultados, complicaciones y recidiva. La técnica empleada fue la descrita por Reis Neto. El Seguimiento fue a 10, 30 días y 6 y 12 meses y 5 años.

**Resultados:** Todos fueron tratados con internación de corta estadía. La edad fue 49,5 años (23-76). Los síntomas fueron prolapso 96, sangrado 44 y ambos 48. Se realizó sólo una sesión en 178 casos (94,6%). Se trataron 2 paquetes en 122 y 3 en 66. El dolor moderado fue en 5 casos y prolongado en 2. El sangrado leve y tenesmo se presentó en la mayoría de los pacientes, pero desapareció en la primera semana. Se registró sangrado inmediato moderado en 5% sin sangrado severo inmediato. Otras complicaciones inmediatas: 2 trombosis y 3 congestión/edema local. En 1 paciente ocurrió un sangrado que requirió de internación sin necesidad de cirugía en forma alejada. Sólo en 3 casos se realizó resección local de plicomas previos. En 139 casos se realizó como único procedimiento. La recidiva fue 6 casos. (2 al primer año y 4 a los 5 años), 5 se trataron con nueva macroligadura y 1 con cirugía. No se registró ninguna complicación severa, infecciosa o única relacionada al procedimiento. El seguimiento a 1 año fue del 100% y a 5 años del 96%.

**Discusión y conclusiones:** El tratamiento con macroligaduras para el prolapso hemorroidario presentó con baja morbilidad sin complicaciones severas. Los resultados son reproducibles entre diferentes autores. Son el tratamiento ideal para las hemorroides grado III con poco componente externo.

**Palabras clave:** Hemorroides; Ligaduras; Macroligaduras; Tratamientos Alternativos

## ABSTRACT

**Introduction:** Alternative therapies for internal hemorrhoid plexus are several procedures with specific indications for each grade of hemorrhoid. Due to some major advantages, rubber band ligation has become probably in the most popular between colorectal surgeons. The high-macro rubber band ligation appears to be as the first choice but literature is few.

**Objective:** To analyze results, morbidity and recurrence of internal hemorrhoid disease treated with high-macro rubber band ligation.

**Design:** Observational non-randomized prospective analysis.

**Patients:** 188 patients (110 male). Period: 2011-2014. Setting: Private Institution.

**Methods:** Patients with symptomatic internal hemorrhoid disease (grade II-III-IV). Results, Immediate and late complications and 5 years recurrence were registered. Technique used was the original description by Reis Neto. Patients with immunosuppression, additional perianal disease, previous treatment and anticoagulation were excluded.

**Results:** There was only one session in 178 cases. Two banding were placed in 122 and 3 in 66. Symptoms were prolapse in 96, bleeding in 44 and both in 48. 139 patients were treated as only procedure. Tenesmus and light hemorrhage occurred in most cases. Moderate or late pain was registered in 7 cases, and immediate moderate bleeding in 5%. There was no severe immediate bleeding. Immediate morbidity was 2 thrombosis and 3 anal congestion. There was one moderate late bleeding at day 28 and required admission. Recurrence occurred in six cases, 5 were ligated again and 1 was treated by conventional surgery. There was none severed or unique complication or infection associated.

**Discussion and conclusion:** Macrorubber band presented low morbidity and there are no severe complications at 5 years follow-up. Recurrence of prolapse is low and could be treated by a new session with equal morbidity. Results are equivalent and reproducible by different authors. This procedure might be the ideal treatment for hemorrhoid prolapse.

**Key words:** Hemorrhoids; Rubber Band Ligation; Macrorubber Band Ligation

## INTRODUCCIÓN

Los tratamientos alternativos tienen como objetivo reducir el

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Hugo Amarillo

hugoamarillo@gmail.com

Recibido: Julio de 2019. Aceptado: Octubre de 2019. Publicado: Diciembre de 2019.

exceso de tejido hemorroidal y brindar a la mucosa un soporte para que se mantenga o fije en el conducto anal evitando su prolapso. La presencia y tipo de síntomas dependen del grado de la patología y de las condiciones asociadas. Los resultados de la aplicación de cada técnica dependen de una adecuada elección del procedimiento y de la selección de cada caso.<sup>1,2</sup> Entre las técnicas se describen procedimientos resectivos

y no resectivos. La cirugía es el método más radical y continúa siendo el estándar en base a sus excelentes resultados a largo plazo con baja recidiva y bajo costo a expensas de mayor dolor postoperatorio.<sup>1-3</sup> Entre los no resectivos, la ligadura elástica de hemorroides es probablemente la técnica más usada en el mundo por sus buenos resultados, baja recurrencia, bajo costo y bajo índice de complicaciones.<sup>2</sup>

La ligadura convencional fue propuesta por Blaisdell (1958)<sup>4</sup> y difundida por Barron (1963)<sup>5</sup> y consiste en la destrucción por isquemia y fijación de las almohadillas hemorroidales. Están indicadas en las hemorroides grado II y III con poco componente externo y en pacientes que rechazan la cirugía.<sup>1,2</sup>

Según la teoría de la alteración de la fijación de los paquetes hemorroidales a la submucosa por degeneración del tejido de sostén, Reis Neto desarrolló el concepto de ligaduras elásticas y de mayor tamaño (3 cm<sup>3</sup>) colocadas a 3 ó 4 cm de la línea pectina en función de conseguir una mayor fijación mucosa por mayor fibrosis local.<sup>6-8</sup> Si bien el procedimiento está difundido, las publicaciones sobre resultados, morbilidad y recidiva son casi inexistentes.<sup>9,10</sup>

## OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar los resultados, morbilidad y recidiva a corto y mediano plazo del tratamiento de la enfermedad hemorroidal sintomática con macroligaduras.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En una institución privada universitaria en un estudio observacional analítico prospectivo se registraron, en el periodo entre julio 2011 y julio de 2014, todos los pacientes seleccionados para tratamiento con macroligaduras. La selección incluyó pacientes con tratamiento electivo de hemorroides sintomáticos Grado II, III o IV seleccionados con poco componente externo.

No se consideraron pacientes factibles de ser tratados con esta técnica a aquellos pacientes con componente externo extenso y/o circunferencial, con antecedente de cirugía anal previa o tratamiento hemorroidario previo, algún tipo de inmunodepresión, anticoagulación y prolapso hemorroidario grado I. La técnica utilizada fue la descrita y popularizada por Reis Neto y su grupo.<sup>6-8</sup>

Se registraron en forma consecutiva todos los casos tratados con este procedimiento, como así también las complicaciones inmediatas y alejadas y recidiva de los síntomas. Todos los pacientes fueron evaluados con colonoscopia previamente al tratamiento. A los pacientes se le sometió a un protocolo consistente en no realizar preparación mecánica alguna, internación de corta estadía, se utilizó neuroleptoanalgesia mas infiltración local (perianal) cuando solo

se realizó macroligaduras únicamente y cuando se asoció a otro procedimiento (hemorroidectomía) se usó anestesia raquídea o caudal. Previo a la realización del procedimiento en la inducción anestésica se realizó antibióticoprofilaxis en dosis única combinada de ciprofloxacina y metronidazol. En el postoperatorio inmediato el protocolo analgésico consistió en antiinflamatorios reglados asociados a dosis de rescate o alternadas de opiáceos a dosis completa o parcial. Y en el postoperatorio alejado solo analgésicos a demanda.

Para la evaluación del dolor postoperatorio si bien se utilizó la escala visual análoga, la clasificación de dolor leve, moderado y severo fue fundamentalmente clínica. El dolor leve fue el que pudo ser manejado con analgésicos o antiinflamatorios vía oral hasta la primera semana. El dolor moderado fue aquel persistente luego del 7° día o bien cuando requirió tratamiento analgésico parenteral. El dolor severo fue aquel que requirió internación para su tratamiento o bien ser evaluado en quirófano o retirar la ligadura.

En promedio se realizaron entre 2 o 3 macroligaduras altas por paciente en una misma sesión, dependiendo del número de paquetes internos a ser tratado.

## Seguimiento

La evaluación posprocedimiento se realizó por entrevistas personales de evaluación clínica a los 10, 20 y 30 días y luego a los 6, 12 meses y 5 años luego del procedimiento. El seguimiento inmediato diario fue en forma telefónica a las 24 y 48 horas y luego a los 7 días. La aparición de síntomas detectados telefónicamente ocasionó una nueva entrevista personal de evaluación clínica.

## RESULTADOS

Entre enero de 2011 y julio de 2014 fueron tratados, en una institución privada universitaria, 188 pacientes con enfermedad hemorroidaria. Todos los pacientes fueron tratados con internación abreviada o de corta estadía.

La distribución por sexo fue la siguiente: 110 (58%) eran del sexo masculino y 78 del sexo femenino (42%). La edad de los pacientes tratados fue entre 23 y 76 con una media de 46 y un promedio de 49,5 años.

Los síntomas que motivaron la consulta fueron prolapso en 96 casos (51%), sangrado en 44 casos (23%) y la combinación de ambos en los 48 casos (26%). Según los grados de Goligher correspondieron 40 casos a Grado II (21%), 103 de grado III (54,8%) y 45 casos de grado IV (24,2%)

Todos los casos fueron tratados en al menos 2 paquetes por ligaduras múltiples. El número de paquetes hemorroidarios por paciente fue:

- 2 paquetes: 122 (65%).
- 3 paquetes: 66 (35%).

Se realizó sólo una sesión de macroligaduras en 178 ca-

sos (94%). Fue programado el tratamiento en 2 sesiones en 10 casos (6%). Se realizó 2 nuevas ligaduras en 6 casos y sólo se ligó 1 paquete en los 4 casos restantes.

En 139 casos (74%) la macroligadura se realizó como único procedimiento. Se asoció a otro procedimiento en 49 casos (26%). Los procedimientos asociados fueron una ligadura convencional o estándar en 14 casos y un hemorroidectomía de Ferguson para el tratamiento de un único paquete distinto al de la macroligadura en 34 casos.

Luego del procedimiento, la gran mayoría de los pacientes (90%) presentaron algún tipo de tenesmo rectal con buena respuesta al tratamiento médico. Luego de la primera semana estas manifestaciones iniciaron una curva de descenso progresiva hasta desaparecer, a excepción de 21 casos (11%) que continuaron con tenesmo hasta los 10 días.

El dolor posprocedimiento en forma inmediata se registró en 5 casos como leve o discomfort, en 3 casos como moderado que requirió de tratamiento vía oral prolongado y en sólo 2 casos que requirieron de tratamiento analgésico intramuscular. Fueron 8 casos (4%) de dolor antes de la primera semana. Sólo en 2 casos fue necesario continuar con tratamiento analgésico en la segunda semana. En aquellos casos donde se asoció una hemorroidectomía cerrada el dolor se comportó en forma similar al hallado en pacientes luego de este tipo de procedimientos.

Entre las complicaciones inmediatas se presentó el sangrado posprocedimiento en numerosos casos. Fue leve, ocurrió sólo durante el acto evacuatorio, hasta los 7 a 10 días y luego se autolimitó. Su incidencia fue del 76% (40) de los casos sin necesidad de medida terapéutica asociada y fue moderado en el 5% (10) donde sólo hubo que incrementar el seguimiento y repetir la evaluación. En ningún caso hubo sangrado grave inmediato.

Se presentaron otras complicaciones inmediatas. Ellas fueron:

- 2 casos de trombosis homolateral al paquete ligado (1%) que se solucionó mediante tratamiento médico.
- 3 casos (1,5%) de edema y congestión sin trombosis homolateral al paquete ligado.

Entre las complicaciones mediatas o alejadas (luego de los 10 días) se registró un caso de sangrado grave sin descompensación que requirió de internación. No hubo necesidad de cirugía y ocurrió en la cuarta semana posprocedimiento (28 días).

No hubo estenosis rectal, anal, ni infecciones perineales ni otra complicación única o severa. En ningún caso fue necesario retirar la ligadura por dolor u otra situación ni hubo reinternaciones por dolor secundario al procedimiento.

En 2 casos fue necesario realizar un retratamiento antes del primer año por falla del tratamiento efectuado. En 1 caso fue mediante una nueva macroligadura y en el otro mediante una hemorroidectomía de Ferguson. A los 5

años se repitió el tratamiento con macroligadura en 4 casos. Todos los casos recidivados correspondieron a hemorroides grado 3 (4) y grado 4 (2).

En 3 casos del sexo femenino fue necesario la resección de plicomas anales asociados en otra intervención. El seguimiento se pudo realizar en todos los casos a los 12 meses del procedimiento y a los 5 años en el 95,7% (180) de los casos.

## DISCUSIÓN

Las ligaduras elásticas constituyen el tratamiento de elección para las hemorroides internas grado II con prolapso y grado III sintomáticas.<sup>1,2</sup> Se impuso entre los métodos alternativos no quirúrgicos debido a múltiples ventajas y fundamentalmente a su costo-efectividad en el tratamiento de la patología hemorroidal.<sup>4,5</sup>

Por la magnitud del grado o de prolapso, podría fallar hasta en el 20 al 30%.<sup>1,2</sup> Se ha propuesto asociar a la ligadura la realización mediante ecodoppler, fijación de la mucosa, mucopexia o cirugía convencional.<sup>10,11</sup>

Para este grupo poblacional las macroligaduras se plantean como una opción ideal y se ha comunicado si bien pocos trabajos, todos con similares resultados entre sí y la publicación original.<sup>6-9</sup>

Este procedimiento actúa por el mismo principio que las ligaduras convencionales, e inclusive que la hemorroidopexia, es decir por isquemia y necrosis de mucosa y submucosa rectal por encima de los paquetes hemorroidales, y consecuente fibrosis, fijación y elevación de la submucosa con disminución de la irrigación de las hemorroides, aunque con mayor volumen de tratamiento.<sup>6-10</sup>

En general, el concepto es realizar 2 ó 3 ligaduras por sesión de tratamiento. No obstante, es perentorio, realizar las ligaduras a niveles distintos, evitando colocar todas las ligaduras al mismo nivel y provocar una estenosis fibrótica de recto. No se registró ninguna complicación de este tipo a 5 años de seguimiento. Este es el principio que hemos seguido en nuestra experiencia y en caso de ser necesario una cuarta ligadura o más se difieren para una segunda sesión. No realizamos macroligaduras escalonadas.

Nuestra conducta es realizar este procedimiento con sedación o algún tipo de neuroleptoanestesia dada la posibilidad teórica de reacción vagal secundaria.

A diferencia de la descripción original, no asociamos fotocoagulación para la disminución teórica del tenesmo ni infiltración de la base de la zona del prolapso a ligar. Si bien reportamos una elevada incidencia de tenesmo, se reduce rápidamente luego de la primera semana.<sup>6,7</sup>

La morbilidad de este procedimiento es similar entre todos los estudios publicados.<sup>6-10</sup> y similar a las ligaduras convencionales.<sup>11-14</sup> Son escasas, leves o moderadas y aún no se describieron complicaciones únicas o severas rela-

cionadas a este procedimiento, como estenosis, incontinencia o infecciones de periné. Esto podría deberse a la adecuada selección de pacientes.

Asimismo, la asociación con otros procedimientos parecería no agregar morbilidad postoperatoria.<sup>15,16</sup> El dolor no fue significativo en cuanto a su incidencia, intensidad o tiempo de duración. No se describe su relación a la colocación de múltiples ligaduras sino al compromiso de la línea pectínea. No notamos aumento significativo del dolor postprocedimiento a pesar de no utilizar la infiltración con xilocaína a nivel del lugar de la macroligadura.

Se documentó sangrado leve en la mayor parte de la población, siendo de características leve en intensidad y ocurrió sólo durante la evacuación. El sangrado leve existe casi en la mayoría de los casos, leve y sólo durante la evacuación. Los sangrados moderados varían entre el 20 y 40% y generalmente se autolimitan.<sup>1,2</sup> En nuestra serie, registramos el primer caso de sangrado tardío tanto para macroligaduras como para ligaduras convencional. No registramos sepsis o gangrena perineal ni mortalidad aso-

ciada al igual que los trabajos publicados, complicación si comunicadas luego ligaduras convencionales.<sup>12-14</sup>

## CONCLUSIONES

Las macroligaduras son un procedimiento factible y seguro de realizar para el tratamiento de las hemorroides internas.

No requieren de preparación previa y tienen bajo costo.

El dolor fue escaso, con bajo índice de morbilidad y recidiva en el tratamiento no quirúrgico de las hemorroides internas sintomáticas.

No se presentaron complicaciones severas o únicas relacionadas al procedimiento. No hubo mortalidad asociada.

La recidiva puede ser tratada con el mismo método sin aumento de la morbilidad.

Sus resultados son reproducibles en el tiempo y por diferentes autores.

Representa una excelente opción para el tratamiento del prolapso hemorroidario debería considerarse como la técnica de elección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amarillo HR. Actualización de la enfermedad Hemorroidal. Relato Oficial XXIV Congreso Argentino de Coloproctología. Rev Argent Coloproctol 1999; 10 (N° Extraord 2): 93-160.
2. Amarillo HR, Amarillo HA. Hemorroides y sus complicaciones. Cirugía Digestiva de Galindo F. 2009; III-375: 1-17.
3. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1959; 2: 176-180.
4. Blaisdell P. Prevention of massive hemorrhage secondary to hemorrhoidectomy. Surg Gynecol Obstet 1958; 106: 485-8.
5. Barron J. Office ligation treatment of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1963; 6: 109-13.
6. Reis Neto J, Quilici F, Cordeiro F. Macroligadura Alta: um novo conceito no tratamento ambulatorial das hamorroidas. Rev Bras Coloproctol 2003; 23: 9-13.
7. Reis Neto J, Reis J, Simoes N, Amarillo HA. Macroligadura alta. Un nuevo concepto en el tratamiento de hemorroides. Rev Mex de Coloproct 2007; 13 819: 15-19.
8. Amarillo HA, Reis Neto J, Reis A, Kagohara O y col. Macroligaduras un nuevo concepto. Rev Argent Coloproct 2007; 18(1): 297-201.
9. Moreira Grecco A. Tratamiento de hemorroides con macroligaduras. Rev Argent Coloproct 2009; 20(1).
10. Beltramo P, Ramiro A, Molina G. Macroligadura como tratamiento para hemorroides. Rev Argent Coloproct 2019; 30(1): 38-42.
11. Armstrong D. Multiple hemorrhoidal ligation: a prospective, randomized trial evaluating a new technique. Dis Colon Rectum 2003; 46: 179-86.
12. Albuquerque A. Rubber band ligation: a guide of complications. World J Gastrointest Surg 2016; 27: 614-620.
13. Dixon AR, Harris AM, Baker AR, Barrie WW. Fatal hemorrhage following rubber band ligation of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1988; 31: 156.
14. Grzona E, Serafini V, Sconda C y col. Ligadura elastica en la enfermedad hemorroidal. Experiencia de 192 aplicaciones. Leido Acad Argent Cirug 2018.
15. Brown SR, Watson A. Comments to 'Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids'. Techniques in coloproctology. 2016;20(9):659-61.
16. Brown SR, Tiernan JP, Watson AJM, Biggs K, et al. Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2016; 388: 356-64.

## COMENTARIO

El Dr. Amarillo y colaboradores presentan su experiencia en 188 pacientes sometidos a macroligaduras hemorroidales según la técnica descrita por Reis Neto. Es un estudio observacional que incluye pacientes tratados en el Sanatorio Modelo de Tucumán. La alta tasa de éxito, que coincide con lo descrito en la literatura, ha motivado que dicha técnica se haya difundido notablemente. Si bien el tenesmo es muy frecuente, en la mayoría de los pacientes resolvió en los primeros días. Un punto a resaltar es la baja tasa de dolor postoperatorio. Si bien no es un estudio comparativo entre técnicas resulta lógico pensar que el dolor es mucho menor que en los pacientes sometidos a tratamientos hemorroidales resectivos. Es de destacar el largo seguimiento de los pacientes, ya que la principal crítica a este tipo de procedimiento se basa en una alta tasa de recurrencia. Sin embargo, una adecuada selección de pacientes permite una tasa de éxito satisfactoria, con un bajo costo y baja morbilidad.

Mariano Laporte  
Hospital Alemán. C.A.B.A., Argentina.

# Tumores Ano-Rectales del Músculo Liso

Angel M. Minetti<sup>1</sup>, José I. Pitaco<sup>2</sup>, Daniel Crescenti<sup>2</sup>, Ignacio F. Ramallo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jefe de Sector de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Sanatorio Trinidad de Quilmes, Buenos Aires, Argentina. Docente de la cátedra de Cirugía General de la Universidad de Buenos Aires. Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía (MAAC)

<sup>2</sup>Sector de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Sanatorio Trinidad de Quilmes, Buenos Aires. MAAC

## RESUMEN

**Introducción:** Los tumores ano-rectales del músculo liso son raros, la relación respecto de los de recto es de 0.1%, presentándose con un rango entre 40-70 años.

El objetivo es analizar una serie de pacientes, el tratamiento empleado y actualización bibliográfica.

**Material y Método:** Sobre una base de datos retrospectiva entre enero de 1983 y diciembre de 2018, sobre 421 pacientes operados por cáncer recto-anal, fueron extraídos 6 que correspondieron a tumores del músculo liso.

**Resultados:** Correspondieron al sexo femenino 4, con edades entre 49 y 75 años (57.5 años); 4 de localización rectal, de ellos 3 fueron leiomiomas, y 2 anales (leiomioma).

En 2 se obtuvo diagnóstico preoperatorio de certeza por punción mediante Tru-Cut.

De 3 pacientes con leiomiomas, a 2 se les realizó cirugía radical y al restante biopsia. Los 2 reseccionados recidivaron a los 6 meses y al año. Los 3 fallecieron entre los 2 y 16 meses por progresión de la enfermedad.

La paciente con diagnóstico de leiomioma rectal, operada mediante resección anterior de recto recidivó a los 15 meses efectuándosele nueva resección y anastomosis colo-anal. Los 2 pacientes reseccionados localmente por leiomioma de ano, presentaron en el postoperatorio absceso y fistula extraesfinteriana, uno de ellos con incontinencia severa. Ambos fueron re-operados y se encuentran asintomáticos, libres de recidiva a los 36 y 60 meses.

**Discusión:** Los tumores del músculo liso ano-rectal son infrecuentes y presentan síntomas inespecíficos.

La biopsia preoperatoria es imperiosa a fin de establecer una adecuada estrategia quirúrgica.

Los malignos tienen alto índice de recidiva y mortalidad.

**Palabras claves:** Tumores Ano-Rectales; Tumores Mesenquimáticos; Leiomiomas; Leiomioma

## ABSTRACT

**Introduction:** Smooth muscle ano-rectal tumors are rare; the relation with respect to the rectum is 0.1%, in a patient's age range between 40-70 years.

The objective is the analysis of a series of patients, the treatment used and bibliographic update.

**Material and method:** On a retrospective, database between January 1983 and December 2018. About 421 patients operated for rectum-anal cancer, of which 6 corresponded to smooth muscle tumors.

**Results:** Four were female, with ages between 49 and 75 years (57.5 years average); 4 were of rectal location, of which 3 were leiomyosarcoma, and 2 anal (leiomyoma).

In two, a preoperative diagnosis of certainty was obtained by Tru-Cut.

Two out of 3 patients with leiomyosarcoma, underwent radical surgery and the remaining one a biopsy. The two resected relapsed at 6 months and at one year. All 3 died between 2 and 16 months due to disease progression.

The patient diagnosed with rectal leiomyoma, operated by low anterior resection of rectum, relapsed at 15 months, which required radical surgery. The 2 patients resected locally for anus leiomyoma showed abscess and extrasphincteric fistula in the postoperative period, one of them with severe incontinence. Both were re-operated and are asymptomatic, free of recurrence at 36 and 60 months.

**Discussion:** Ano-rectal smooth muscle tumors are uncommon and have nonspecific symptoms.

Preoperative biopsy is imperative in order to establish an appropriate surgical strategy.

Malignant tumors have a high rate of recurrence and mortality.

**Keywords:** Ano-Rectal Tumors; Mesenchymal Tumors; Leiomyosarcoma; Leiomyoma

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de músculo liso son derivados de células mesenquimales que pueden originarse a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, siendo una afección rara en el colon y recto, cuya frecuencia en relación con los tumores de recto es de 1/2000-3000.<sup>1-5</sup> En cuanto a su ubicación con respecto a la pared del órgano, 50% son intraluminales, el 30% exofíticos, 10% extra-intraluminales (mixtos), y el 10% intramurales.<sup>2</sup>

El leiomioma se presenta entre los 40 y 60 años, mientras que su variedad maligna lo hace entre los 50 y 70,

**Ignacio F. Ramallo**

ramalloignacio@gmail.com

**Recibido:** Agosto de 2019. **Aceptado:** Octubre de 2019. **Publicado:** Diciembre de 2019.

siendo en ambos la relación hombre-mujer de 2.5/1.<sup>1-4</sup> Sin embargo, en la localización recto-anal predomina el sexo femenino.<sup>1,2</sup>

En nuestro país, Sernich en 1968 publica por primera vez un trabajo sobre la observación de un caso de leiomioma rectal. En tanto, Monti, en 1981 y Ayarragaray, en 1986, publican uno cada uno de leiomiomas.<sup>6,7</sup>

En la actualidad no hay unanimidad en su forma de tratamiento. Su rara frecuencia, variada forma de presentación, dificultad para el diagnóstico histológico preoperatorio, posibilidad de recidiva o malignización; representan un desafío y preocupación a la hora de decidir un tratamiento, que va desde la resección local a radical.

El motivo de esta presentación es mostrar la experiencia de los autores, describiendo las características y resultados

hallados, haciendo una revisión y actualización del tema.

## MATERIAL Y MÉTODO

Sobre una base de datos de la Clínica General Belgrano de Quilmes entre los años 1983 y 2000, y del Sanatorio Trinidad Quilmes desde esa fecha hasta diciembre de 2018, fueron tratados 350 pacientes con tumores de recto y 71 con localización anal.

Para su inclusión se consideraron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de leiomioma o leiomiosarcoma.

Fueron extraídos los datos de 6 pacientes portadores de tumores del musculo liso, 4 de localización rectal y 2 de región anal.

## RESULTADOS

Correspondieron al sexo femenino 4, con edades entre 49 y 75 años (57.5 años), 4 de localización rectal, de ellos, 3 fueron leiomiosarcoma y 2 anales (leiomioma).

### Caso N°1. Fecha 02/11/1989

Mujer de 50 años, consulta por dispareunia, polaquiuria y sensación de pesadez perineal de 2 meses de evolución.

En el examen proctológico, desviación izquierda de la línea media. Tacto rectal, en cara posterior zona indurada, lisa y redondeada de 12 cm con deslizamiento mucoso. Tacto vaginal, fondo de saco posterior desplazado.

Radiografía de pelvis: imagen radiolúcida con calcificaciones en su interior (fig. 1).

Rectosigmoidoscopia: Formación retrorrectal de 8 cm por encima de la línea pectínea con desplazamiento de la cara posterior.

Colon por enema: Desplazamiento lateral izquierdo y posterior del recto.

Ecografía pelviana: Útero y anexos normales, lesión redondeada sólida extrauterina de 12 x 12 cm.

Tomografía: Formación en la región anterior del sacro de 12 x 12 cm, con calcificaciones en su interior.

Se interpreta como tumor retro-rectal.

Operación: Incisión arciforme de 10 cm a 5 cm del margen anal. Disección por planos, separando ambos elevadores. Lesión enucleable desde la región presacrocoxígea, incluyendo la cara posterior del recto en unos 5 cm; sutura por vía endorrectal. Postoperatorio sin complicaciones.

Anatomía patológica: Leiomiosarcoma de recto poco diferenciado.

Inmuno-histoquímica: Reactivo a desmina.

A los 15 días, se indica operación de Miles.

Radioterapia adyuvante: Total 5040 RADS.

A 6 meses recidiva pelviana, metástasis hepáticas y trombosis bi-ilíaca, falleciendo a los 8 meses.



Figura 1: Radiografía de pelvis. Se observa imagen radiolúcida con calcificaciones en su interior.

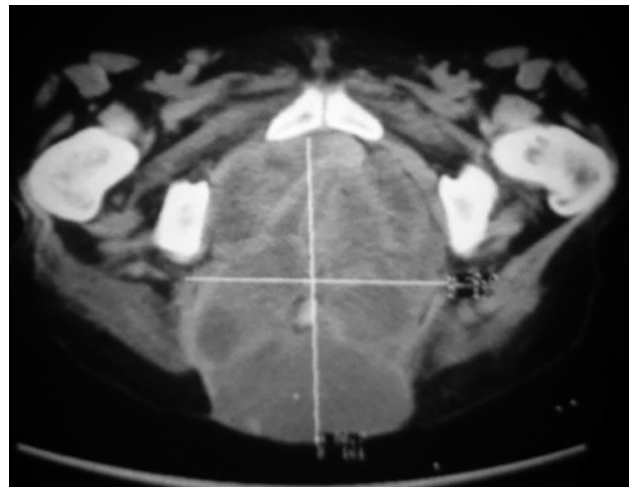


Figura 2: Imagen de Tomografía axial computada. Recidiva pelviana y metástasis ósea en el hueso sacro.

### Caso n° 2: Fecha: 03/05/1997

Mujer de 52 años, consulta por dolor perineal y sacro, acompañado de pérdida de peso y edema de miembros inferiores. Refiere haber sido operada en otro establecimiento por tumor rectal. El informe que adjunta, suscribe que había sido intervenida 7 meses atrás por tumor de la región perirrectal, resecado por vía transacra.

Al examen físico: Edema en ambos miembros inferiores.

Tomografía de abdomen y pelvis, recidiva pelviana y metástasis en hueso sacro (fig. 2).

Punción biopsia transperineal con aguja de Tru-Cut.

Anatomía patológica: Leiomiosarcoma de recto.

Fallece a los 2 meses.

### Caso n° 3: Fecha: 01/04/1997

Hombre de 68 años consulta por tumor perianal con sensación de pesadez de 3 años de evolución, con aumento tamaño en el último año.

En el examen proctológico, en hemiano derecho, cua-

drante posterior, asimetría de 5 cm de diámetro proyectándose hacia la línea ano-mucosa. Tacto rectal, cuadrante posterior derecho, se tacta en la musculatura esfinteriana tumor duro-elástico que desliza sobre las estructuras periféricas, liso y redondeado (fig. 3).

Anoscopia, lesión extramucosa en cuadrante posteroinferior derecho. Rectosigmoideoscopia: mucosa normal.

Diagnostico presuntivo, tumor de origen mesenquimático.

Resección local por vía perianal. Postoperatorio inmediato sin complicaciones.

Anatomía patológica: Leiomioma.

A los 2 meses consulta por secreción purulenta sobre cicatriz quirúrgica. Fístula perianal en hora 11 a 3 cm del margen anal. Colocación de sedal y posterior fistulotomía.

Control hasta 36 meses sin recidiva.

#### Caso n° 4: Fecha: 25/06/2003.

Hombre de 75 años, consulta por proctorragia y proctalgi de 4 meses de evolución. Antecedentes de resección transuretral de adenoma de próstata.

Examen Proctológico. Tacto rectal, formación ulcerada y fija en cara anterior de recto, por encima de la línea pectínea. Anoscopia, se toman muestras para biopsia, con resultado de células fusiformes malignas.

Estadificación preoperatoria sin lesiones a distancia.

Operación: Amputación abdominoperineal por vía laparoscópica. Al 7 día fístula uretral, resuelta con sonda vesical.

Anatomía patológica: Leiomioma de recto. Inmuno-histoquímica: desmina positiva.

El paciente se niega a realizar tratamiento oncológico. Al año, consulta por disuria y disminución del chorro miccional. Se realiza cistoscopia en la que se constata estenosis de la uretra peneana, biopsia (metástasis de leiomioma). Penectomía total. Control tomográfico, recidiva pélvica, falleciendo a los 18 meses.

#### Caso n° 5: Fecha: 10/07/2013.

Mujer de 49 años, consulta por tumor perianal sobre cicatriz de episiotomía hace 20 años, aumento de tamaño en los últimos 6 meses. Apendicectomía hace 2 años.

Al examen, en cuadrante anterior izquierdo de ano, sobre cicatriz de episiotomía, asimetría que desplaza la línea media. Tacto rectal, sobre el cuadrante mencionado se tacta tumor duro-elástico que protruye hacia el canal anal y extremo inferior del recto. Examen bi-digital, tumor redondeado de 4cm, bordes lisos, duro-elástico, fijo a la cicatriz y parcialmente a la musculatura esfinteriana, sin compromiso de tabique recto-vaginal.

Videocolonoscopia, en recto inferior compresión extrínseca que no compromete mucosa.

Ecografía rectoanal 360°, en cuadrante anterolateral izquierdo, a nivel del haz puborrectal e invadiendo la región



Figura 3: Imagen del periné donde se observa la desviación del orificio anal. En línea de puntos, la zona de demarcación por palpación de la lesión.

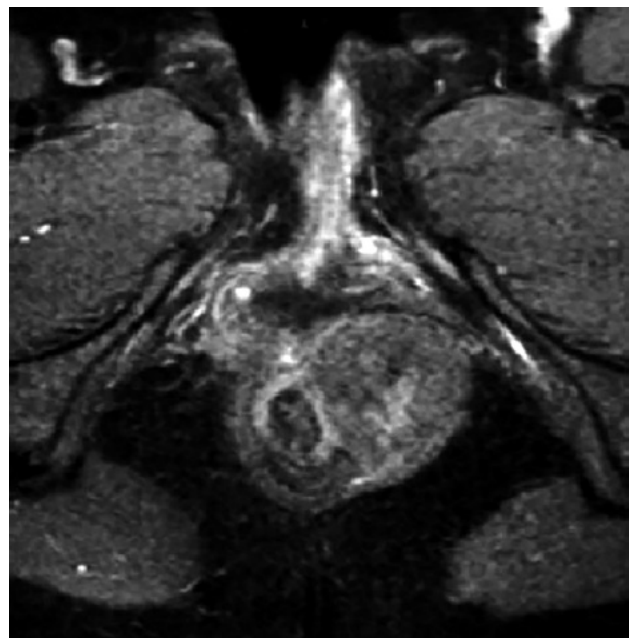


Figura 4: Imagen de Resonancia nuclear magnética, corte axial. A nivel del margen anal, parasagital izquierdo, imagen redondeada de bordes definidos, iso/hipointenso en T1 de 3,6 x 3,4 x 3,6 cm que desplaza el canal anal, ubicado entre el esfínter interno y externo, por debajo de los músculos puborrectales.

perineal, nódulo hipoeicoico de 5 x 4 cm extrarrectal, de bordes irregulares, que compromete esfínter externo.

Resonancia magnética nuclear, a nivel de margen anal, en región parasagital izquierda por debajo de los músculos puborrectales, ubicada entre el esfínter interno y externo, imagen redondeada de 3,6 x 3,4 cm, de bordes definidos, iso-intensa en T1 e hipointensa en T2 que desplaza el canal anal. Sin plano de clivaje con esfínter externo. Impronta sobre esfínter interno sin infiltración (fig. 4).

Sospecha de tumor desmoides versus mesenquimático. Punción con Tru-Cut.

Anatomía Patológica: neoplasia fusocelular sin atipia. Inmunomarcación reactiva para Vimentina y Actina muscular lisa. Índice de actividad proliferativa con anticuerpo mib-1 bajo (1%). Desmina, cd34 y cd117 no eva-

luables por desgaste de material (fig. 5).

Operación: Resección por vía perineal. Alta a las 48 hs. Al séptimo día hematoma infectado, resuelto con drenaje.

Anatomía Patológica: Inmunorreactividad con vimentina, actina muscular lisa, actina específica, desmina y h-caldesmon.

Al mes, incontinencia anal a sólidos, escala de Wexner 16/20. Tratamiento con biofeedback. Respuesta parcial, al décimo mes esfinteroplastia. Buena evolución. A 36 meses sin recidiva, escala de Wexner de 4/20.

### Caso n° 6 Fecha: 28/12/2017

Mujer de 51 años que consulta por dolor y pesadez pelviana de 1 año de evolución. Antecedentes de histerectomía subtotal hace 3 años por miomatosis.

El examen ginecológico sin particularidades.

Ecografía, formación sólida de 4 x 4 cm relacionada con el anexo izquierdo. Diagnostico presuntivo de tumor anexial sólido. Se indica tratamiento mediante abordaje laparoscópico donde se halla un tumor liso de 5 x 5 cm que emerge de la cara anterior del recto. El ginecólogo actuante da por finalizada la intervención y deriva al sector de coloproctología, adjuntando el video de la intervención.

Sospecha diagnóstica, tumor mesenquimático.

Videocolonoscopia, sin lesiones.

Resonancia nuclear magnética, formación sólida polilobulada pararectal izquierda de 5 x 5 cm sobre la plica peritoneal (fig. 6).

Operación. Resección anterior de recto videolaparoscópica. Alta al 3 día.

Anatomía Patológica: haces de músculo liso separados por tejido conjuntivo, leiomioma. Menos de 3 mitosis por cada 10 campos. Inmunohistoquímica, Vimentina, actina muscular lisa. Desmina inmuno-reactiva y negativa a s100-CD34-CD117-betacatenina, DOG1 y KI67.

Control postoperatorio: recidiva local al año y 3 meses, habiendo efectuado nueva resección anterior de recto con anastomosis colorectal baja con resección de cuello uterino0 (figs. 7 y 8).

## DISCUSIÓN

Los tumores que derivan de las fibras musculares lisas son infrecuentes dentro del tracto gastrointestinal. Las localizaciones más comunes son el estómago e intestino delgado, esófago y raramente se hallan en el recto y ano. Los de recto presentan mayor agresividad que en otras localizaciones y una frecuencia de 0.1 a 0.3% de los tumores de este órgano. Al igual que en esta serie se presentan predominantemente en mujeres.<sup>1-4,8-11</sup>

Desde el punto de vista anatomopatológico, macroscópicamente se caracterizan por ser sólidos, de consistencia

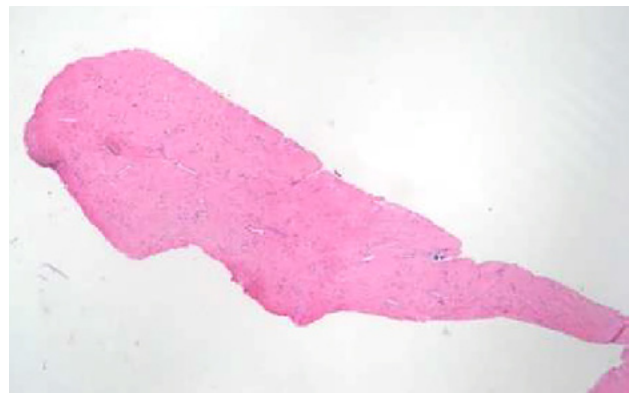


Figura 5: Tejido de biopsia con aguja de Tru-Cut de tumor perianal teñido con Hematoxilina-eosina.



Figura 6: Resonancia nuclear magnética de alta resolución. Corte sagital. Formación sólida polilobulada para rectal izquierda de 5x5cm de bordes bien definidos sobre la plica peritoneal, sin invasión a órganos vecinos.

elástica, bien definidos, con superficie lisa, rodeados por tejido fibroso pseudocapsular; dependiendo de la vascularización que presenten, al corte son de color blanco-nacarado, blanco-grisáceo o rojizo, pudiendo presentar degeneración quística o necrosis.

Microscópicamente están constituidos por fascículos o bandas de células de músculo liso entrelazadas y dispuestas en empalizadas, pudiendo observarse áreas de edema con incremento de la celularidad, atipia celular y nuclear, figuras mitóticas y patrones de células epiteloideas y claras.

Desde el punto de vista inmunohistoquímico se caracteriza por su positividad para la actina del músculo liso y desmina; negativos para CD34, CD117, proteína S-100, la proteína ácida fibrilar glial y los neurofilamentos.<sup>3,8,12-14</sup>

Los signos y síntomas de estas lesiones se pueden enten-

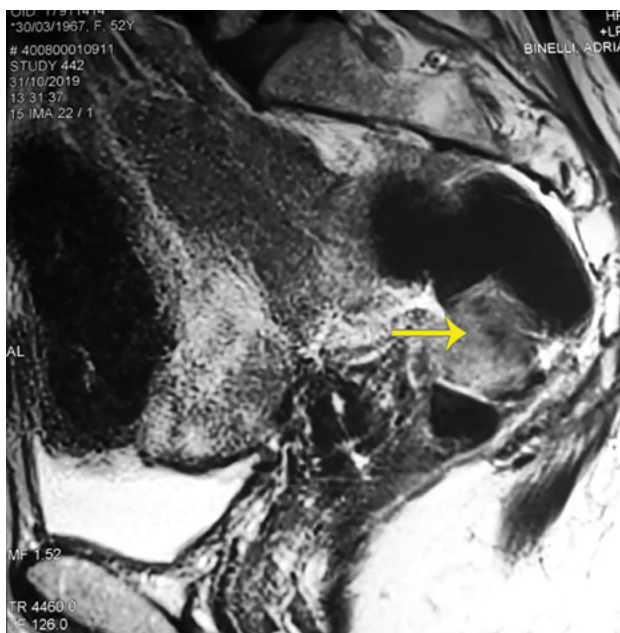


Figura 7: Resonancia nuclear magnética de alta resolución. Corte sagital. Formación sólida polilobulada a nivel de recto de 7x5cm de bordes bien definidos, sin invasión a órganos vecinos.

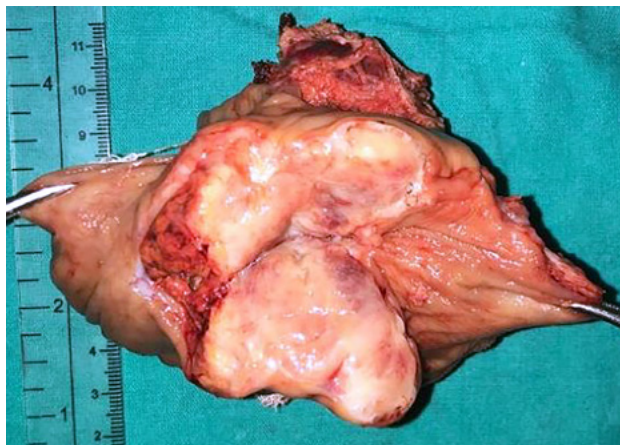


Figura 8: Pieza de resección de recto y cuello uterino, en la que se observa la lesión tumoral de 5 x 7 cm abierta.

der sobre la base de su posición en la pared anorrectal y su alta vascularidad. Las manifestaciones clínicas dependen de la ubicación, el tamaño y la dirección de crecimiento de los mismos.

La presentación habitual de los tumores benignos es el hallazgo casual en un estudio de rutina, dado que a menudo permanecen asintomáticos. Los de mayor tamaño predominan en la posición endoluminal, suelen presentar cambios en el hábito evacuatorio, proctorragia, anemia, sangre oculta, dispareunia o tumor palpable.

La presencia de enterorragia, lesiones de crecimiento rápido, mayores de 5 cm, dolor, necrosis, pérdida de peso y más raramente obstrucción o perforación conllevan mayor sospecha de malignidad. Otros síntomas rectales que se encuentran en ambas variantes incluyen tenesmo, masa

protruyente transanal, prurito anal o diarrea.<sup>1,2,8,14</sup>

El diagnóstico diferencial debe ser realizado con cualquier otro tumor de origen mesenquimático, neurológico y principalmente con adenocarcinoma recto-anal.<sup>1-3,14-16</sup>

La ecografía endorectal es de valor, ya que puede informar tamaño, morfología, infiltración local y de órganos vecinos, necrosis y adenopatías regionales.

La videocolonoscopia permite descartar lesiones sincrónicas.

El estudio tomográfico es de utilidad en el diagnóstico de enfermedad a distancia, aportando a nivel regional similares datos a la ecografía.

La resonancia magnética nuclear de alta resolución puede aportar datos complementarios como ubicación, relación con el complejo esfinteriano, morfología e invasión de órganos vecinos.<sup>1,2,4,14,15,17</sup>

El diagnóstico histológico preoperatorio es de vital importancia al momento de establecer una estrategia quirúrgica. Los tumores menores a 5 cm y pasibles de una resección local, sin signos de malignidad, es razonable su biopsia escisional. En los de mayor tamaño, la biopsia preoperatoria y la modalidad de la misma es un tema de discusión.

La utilidad de la biopsia mediante Tru-Cut versus punción-aspiración con aguja fina en sarcomas se ha estudiado ampliamente. Algunos estudios demuestran que la biopsia Tru-Cut mejora la precisión diagnóstica e informa el grado de mitosis. La punción-aspiración con aguja fina podría tener más utilidad para confirmar recurrencia. Respecto a la biopsia incisional, si bien no hay estudios concluyentes, de ser posible debiera ser evitada por temor a la diseminación local, lo que aumentaría el estadio oncológico de la enfermedad.<sup>15,16-19</sup>

En esta serie, en 2 de los 6 casos en que se realizó punción biopsia mediante aguja de Tru-Cut se obtuvo tejido suficiente para establecer por citología e inmunohistoquímica la extirpe histológica correspondiente.

La biopsia por congelación intraoperatoria sería otra opción, cuya efectividad en relación al grado de malignidad puede resultar dificultosa o confusa.

El tratamiento de estas lesiones es quirúrgico y debe garantizar la eliminación completa del tumor. La elección del abordaje y la magnitud de la resección (local versus radical) depende principalmente de los hallazgos clínicos, histopatológicos y de localización.

Las lesiones menores de 5 cm y con más de 5 mitosis por 50 campos de alto poder (HPF) o lesiones mayores de 5 cm deben considerarse de alto riesgo.<sup>20</sup>

Las lesiones pequeñas y de apariencia benigna, halladas durante un estudio endoscópico pueden ser tratadas en el mismo acto mediante escisión local con márgenes de seguridad. Las de localización anal y rectal baja (hasta 8 cm del margen anal) deben ser resecadas por vía transanal,

preferentemente microquirúrgica.<sup>1,2,4,5,8,21</sup> Las ubicadas por encima de los 8 cm del margen anal son tratadas por vía abdominal (convencional o laparoscópica) mediante resección segmentaria o resección local.

Las lesiones malignas o aquellas tratadas erróneamente de forma local, cuya anatomía patológica informó malignidad, deben ser resueltas mediante cirugía radical oncológica, extendida a otros órganos si fuera necesario<sup>22,23</sup> (gráf. 1).

Según Chou y colaboradores<sup>24</sup> en una revisión de 80 pacientes con tumores del musculo liso del tracto gastrointestinal (35 leiomiomas y 45 leiomiosarcoma), hallaron un caso de metástasis hepáticas posterior a resección de leiomioma. Por otro lado, en la variedad maligna, detallaron los factores que afectan la tasa de supervivencia en el análisis univariado, los cuales son: sexo masculino, edad menor de 50 años, tamaño tumoral mayor a 5 cm de diámetro, resección inadecuada, estadio avanzado de la enfermedad y alto grado histológico.

El leiomiosarcoma, al igual que la mayoría de los tumores mesenquimáticos, es poco sensible a la terapia neo y adyuvante, aunque este tema se encuentra actualmente en revisión; ya que se ha observado una respuesta a radio y quimioterapia combinada de 15-30% para doxorubicina y dacarbazina, y 41-48% con doxorubicina e ifosfamida, solo para regresión tumoral sin aumento la sobrevida global.<sup>2,5,15</sup>

La diseminación metastásica es fundamentalmente hematogena, siendo el hígado y pulmón los sitios más frecuentes; en tanto el compromiso linfático es inusual. Aproximadamente 20% de los leiomiosarcomas presentan metástasis al momento del diagnóstico.<sup>1,2,25-27</sup>

Estos tumores tanto benignos como malignos presentan una tasa de recidiva local no despreciable, probablemente relacionada, entre otros factores, con resección incompleta o fraccionada del tumor o su cápsula. En la bibliografía<sup>28,29</sup> se cita una tasa de recurrencia de 31% en resecciones para leiomioma, y en el leiomiosarcoma (sin en-

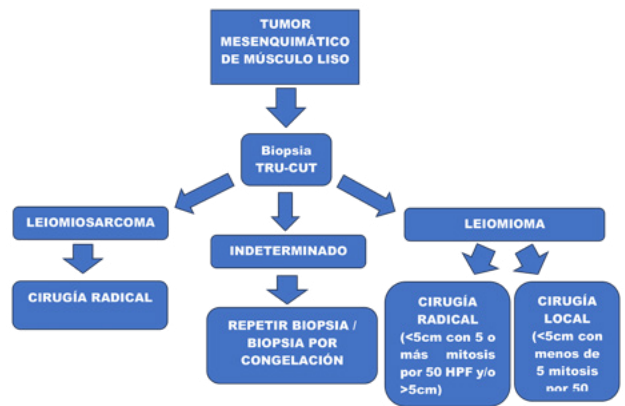


Gráfico 1: Algoritmo para el tratamiento de lesiones de musculo liso recto-anales.

fermedad a distancia) de 67.5% en resecciones locales y de 19.5% en resecciones radicales.

Según Hatch,<sup>2</sup> en una revisión de la literatura de reportes individuales de tumores de musculo liso recto-anal, desde 1881 al 1996, halló tasas de supervivencia que variaban de 20% a 40% en 5 años. Además, cita en publicaciones más recientes sobre 24 pacientes afectados por leiomiosarcoma una sobrevida a 5 años de 9 (37,5%), haciendo hincapié que 7 de ellos fallecieron por la enfermedad tardíamente.

En relación al control postoperatorio es recomendable realizarlo en forma trimestral en las lesiones malignas y semestral en el resto, mediante examen proctológico y de imágenes.

## CONCLUSIÓN

Ante una lesión extramucosa recto-anal es imperioso un diagnóstico histológico preoperatorio de certeza que puede obtenerse, mediante la punción biopsia con aguja de Tru-Cut. En caso contrario la biopsia por congelación es una alternativa aceptable. Esto permite establecer una resección adecuada.

Los tumores malignos son altamente agresivos y con escasa respuesta a la quimio-radioterapia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Wang TK, Chung MT. Anorectal leiomyosarcomas. *J Gastroenterol* 1998;33(3):402-7.
- Hatch, K. F., Blanchard, D. K., Hatch, III, G. F., Wertheimer-Hatch, L., Davis, G. B., Foster, R. S., & Skandalakis, J. E. Tumors of the Rectum and Anal Canal. *World Journal of Surgery*, 2000; 24(4), 437-443.
- Miettinen M., Furlong M., Sarlomo Rikata M., Burke A., Sobin L., Lasota J. "Gastrointestinal stromal tumor, intramural leiomyomas, and leiomyosarcomas in the rectum and anus: A clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 144 cases". *Am Med Jour Surg Pathol*, 2001; 25: 1121-1133.
- Campos, F., Leite, A., Araújo, S., Atuí, F., Seid, V., Habr-Gama, A., Kiss, D., & Gama-Rodrigues, J. (2004). Anorectal leiomyomas: report of two cases with different anatomical patterns and literature review. *Revista Do Hospital Das Clínicas*, 59(5), 296-301.
- Saunders RN, Pattenden C, Agarawal PK. Heavy rectal bleeding secondary to the passage of a rectal leiomyoma per anus. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2004;86(6):W44-W46.
- Ayarragaray A., Weisburd F., Cheli J.: "Leiomyosarcoma de recto presentación de un caso". *Pren. méd. Argent*. 1986; 73: 450-452.
- Monti E., Leiomyosarcoma de Recto. *Prensa méd Argent* 1981; 68 307-310.
- Joe J Tjandra, Pamela M. Antoniuk, Brian Webb, Robert E. Petras and Victor W. Fazio. Leiomyosarcoma of the rectum and anal canal. *Aust. N.Z. J Surg* 1993, 63, 703-709.
- Wolf O, Glaser F, Kuntz C, Lehnert T. Endorectal ultrasound and leiomyosarcoma of the rectum. *Clin Investig* 1994; 72: 381-384.
- Friesen R, Moyana TN, Murray RB, Murphy F, Inglis FG. Colorectal leiomyosarcomas: A pathobiologic study with long-term follow-up. *Can J Surg* 1992; 35: 505-508.
- Piliado-Páez HJ, Charúa-Guindic L, Avendaño O, Montes JL. Leiomyosarcoma colorrectal. Reporte de dos casos. *An Med Asoc*

- Med Hosp ABC 2000; 45(3): 140-4.
12. Markku Miettinen, M.D., Maarit Sarlomo-Rikala, M.D., Leslie H. Sobin, M.D. Mesenchymal Tumors of Muscularis Mucosae of Colon and Rectum are Benign Leiomyomas that should be separated from Gastrointestinal Stromal Tumors—A Clinicopathologic and Immunohistochemical Study of Eighty-Eight Cases. The United States and Canadian Academy of Pathology, Inc. 2001 VOL. 14, NO. 10, P. 950.
  13. Chiara O, Canini T, Segala M, Tiberio GA, Giulini SM, Tiberio G. Smooth-muscle cell tumors of the gastroenteric tract. A review of cases. *Minerva Chir* 1997;52(10):1147-55.
  14. Matthew A. Clark, F.R.A.C.S., Cyril Fisher, F.R.C.Path., Ian Judson, F.R.C.P and J. Meirion Thomas, F.R.C.S. Review Soft-Tissue Sarcomas in Adults. *N Engl J Med* 005;353:701-11.
  15. Matushansky I, Hensley M. Leiomyosarcoma. An Overview of etiology, prognosis, and treatment options. *Am J Cancer* 2006;5:81-91.
  16. Pitcher ME, Fish S, Thomas JM. Management of soft tissue sarcoma. *Br J Surg* 1994; 81 (8): 1136-9
  17. Zhao-Xia Jiang, Sheng-Jian Zhang, Wei-Jun Peng, Bao-Hua Yu. Rectal gastrointestinal stromal tumors: Imaging features with clinical and pathological correlation. *World J Gastroenterol* 2013; 19(20): 3108-3116.
  18. Ricca L, Ferri M, De Siena T, Ricci F, Laghi A, Ziparo V. Stromal tumors of the rectum: a case report and review of the literature. *Chir Ital* 2002; 54 (5): 709-16.
  19. Trovik CS, Bauer HC, Brosjo O, et al. Fine needle aspiration (FNA) cytology in the diagnosis of recurrent soft tissue sarcoma. *Cytopathology* 1998; 9 (5): 320-8.
  20. Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. *Hum Pathol.* 2008;39(10):1411-9. doi: 10.1016/j.humpath.2008.06.025.
  21. Visser BC, Varma MG and Welton ML: Local therapy for rectal cancer. *Surg Oncol* 10: 651-652, 2001.
  22. Minsky BD, Cohen AM, Hajdu SI. Conservative management of anal leiomyosarcoma. *Cancer* 1991; 68: 1640-1643.
  23. Maria Marta Piskorz, Andrea Pisarevsky, Alejandro Moreira, Enrique Petrucci, Julio Cáceres, Alejandra Avagnina, Carlos Waldbaum, Juan A Sordá. Sobrevida prolongada luego de la resección local de un leiomioma de recto. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2014; 44:332-335
  24. Chou FF, Eng HL, Sheen-Chen SM. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: analysis of prognostic factors. *Surgery* 1996;119(2):171-7
  25. Yeh CY, Chen HH, Tang R, Tasi WS, Lin PY, Wang JY. Dis Colon Rectum. Surgical outcome after curative resection of rectal leiomyosarcoma. 2000 Nov;43(11):1517-21.
  26. Vorobyov GI, Odaryuk TS, Kapuller LL, Shelygin YA, Korniyak BS. Surgical treatment of benign, myomatous rectal tumors. *Dis Colon Rectum* 1992;35(4):328-31.
  27. Aggarwal G, Sharma S, Zheng M, Reid MD, Crosby JH, Cham-berlain SM, Nayak-Kapoor A, Lee JR. Primary leiomyosarcomas of the gastrointestinal tract in the post-gastrointestinal stromal tumor era. *Ann Diag Pathol* 2012;16:532-540.
  28. Walsh T. H. and Mann C. V. Smooth muscle neoplasms of the rectum and anal canal. *Br. J. Surg.* 1984 Vol. 71, August
  29. Kusminsky RE, Bailey W. Leiomyomas of the rectum and anal canal: report of six cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 1977 Oct;20(7):580-99.

## COMENTARIO

Se presenta una revisión y presentación de casos clínicos de una patología sumamente infrecuente como los tumores de músculo liso (leiomioma – leiomioma) de ubicación anorrectal.

Seis casos recolectados en 35 años, es un claro ejemplo su incidencia cercana a 1 cada 2.000 tumores rectales.

El tratamiento actual de los leiomiomas anorrectales es la resección quirúrgica con márgenes negativos. Según series de casos e informes publicados, la cirugía para preservar el esfínter seguida de radioterapia produce tasas de recurrencia local que son comparables a la resección radical. Además, la radioterapia neoadyuvante ha demostrado mejorar las tasas de recurrencia local en comparación con la adyuvante.

Respecto a la quimioterapia, si bien está demostrado en algunas series que mejora significativamente las tasas de recurrencia a distancia y la supervivencia en general; la elección de usar quimioterapia en este contexto debe determinarse de acuerdo a una evaluación multidisciplinaria de los factores relacionados con el paciente y la toxicidad del tratamiento.

Dado que las recurrencias tumorales locales y a distancia son comunes, se requiere un seguimiento cercano y estricto de estos pacientes.

Felicitaciones a los autores por la casuística y por la presentación y actualización del tema.

Rubén Miravalle

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología de la Ciudad de Buenos Aires. C.A.B.A., Buenos Aires.

# Laparotomía Abreviada y Terapia de Presión Negativa para el Cierre Temporal del Abdomen como Tratamiento de la Peritonitis Diverticular Hinchey III/IV

Cristian Rodriguez<sup>1</sup>, Luis Pedro<sup>5</sup>, Darío Venditti<sup>2</sup>, Mauricio Fantozzi<sup>1</sup>, Julio Lococo<sup>4</sup>, Pablo Vecchio<sup>4</sup>, José Lucena<sup>4</sup>, Juan Tricarico<sup>4</sup>, Alejandro Mittidieri<sup>3</sup>, Nicolás Barbalace<sup>3</sup>, Vicente Dezanzo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico de Staff del Servicio de Coloproctología del Hospital Churrucá-Visca y Sanatorio Trinidad Ramos Mejía.

<sup>2</sup>Médico de Staff del Servicio de Cirugía General del Hospital Churrucá-Visca y Sanatorio Trinidad San Isidro.

<sup>3</sup>Médico Residente del Servicio de Coloproctología del Hospital Churrucá-Visca.

<sup>4</sup>Médico de Staff del Servicio de Coloproctología del Hospital Churrucá-Visca.

<sup>5</sup>Subjefe del Servicio de Coloproctología del Hospital Churrucá-Visca y Coordinador Cirugía General Sanatorio Trinidad Palermo, Trinidad San Isidro, Trinidad Ramos Mejía. Coordinador de Cirugía de Urgencia – Osde.

<sup>6</sup>Jefe del Servicio de Coloproctología del Hospital Churrucá-Visca.

## RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes que se presentan con cuadros de peritonitis de origen diverticular (estadios Hinchey III o IV) en un contexto de sepsis severa con inestabilidad hemodinámica (shock séptico) la realización de anastomosis primaria presenta una alta tasa de dehiscencia anastomótica y mortalidad operatoria, aconsejándose la realización de una resección y abocamiento a la manera de Hartmann. Sin embargo, la alta tasa de complicaciones relacionadas a la confección del ostoma, la complejidad de la cirugía de restauración del tránsito intestinal, asociado a que entre el 40 % y el 60 % de los Hartmann no se reconstruyen, ha estimulado a que se intenten otras variables de resolución para esta compleja y grave patología.

Diversas publicaciones en los últimos años han propuesto la táctica de "cirugía del control del daño" con el objeto de disminuir la morbimortalidad de estos gravísimos cuadros sépticos y a su vez reducir la tasa de ostomías. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia inicial con esta modalidad de manejo de la peritonitis diverticular Hinchey III/IV sepsis severa e inestabilidad hemodinámica (shock séptico) y realizar una revisión bibliográfica del tema.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo, de series de casos. Entre noviembre de 2015 y diciembre de 2016. Servicio de coloproctología del complejo médico hospitalario Churrucá-Visca de la ciudad de Buenos Aires y práctica privada de los autores. Se utilizó la técnica de laparotomía abreviada y cierre temporal del abdomen mediante un sistema de presión negativa.

**Resultados:** En el periodo descrito se operaron 17 pacientes con peritonitis generalizada purulenta o fecal de origen diverticular. Catorce casos fueron Hinchey III (82,36%) y 3 casos Hinchey IV (17,64%).

En 3 casos se observó inestabilidad hemodinámica en el preoperatorio o intraoperatorio. Todos ellos correspondientes al estadio IV de Hinchey. Se describen los 3 casos tratados mediante esta táctica quirúrgica.

**Discusión:** La alta tasa de morbimortalidad de este subgrupo de pacientes incentivó a diversos grupos quirúrgicos a implementar la técnica de control del daño, permitiendo de esta manera estabilizar a los pacientes hemodinámicamente y en un segundo tiempo evaluar la reconstrucción del tránsito intestinal.

En concordancia con estas publicaciones, dos de nuestros pacientes operados con esta estrategia, pudieron ser anastomosados luego del segundo lavado abdominal.

**Conclusión:** En pacientes con peritonitis diverticular severa asociado a shock séptico el concepto de laparotomía abreviada con control inicial del foco séptico, cierre temporal del abdomen con sistema de presión negativa y posterior evaluación de la reconstrucción del tránsito intestinal, es muy alentador. Permitiendo una disminución de la morbimortalidad como así también del número de ostomías.

**Palabras clave:** Enfermedad Diverticular; Peritonitis; Hinchey III/IV; Laparotomía Abreviada

## ABSTRACT

**Introduction:** Patients presenting with diverticular peritonitis (Hinchey III or IV stages) in a context of severe sepsis with hemodynamic instability (septic shock), performing primary anastomosis has a high rate of dehiscence anastomotic and operative mortality, advising the realization of a resection and ostoma in the manner of Hartmann. However, the high rate of complications related to performing of ostoma, the complexity of intestinal transit restoration surgery, associated with the 40% to 60% of Hartmann reversal not performed, has encouraged other variables to be attempted resolution for this complex and serious pathology. Several publications in recent years have proposed the tactic of "damage control surgery" in order to reduce the morbidity of these serious septic charts while reducing the rate of ostomies. The objective of this study is to present our initial experience with this modality of management of the diverticular peritonitis Hinchey III/IV severe sepsis and hemodynamic instability (septic shock) and to carry out a bibliographic review of the subject.

**Material and method:** Observational, descriptive study of case series. Between November 2015 and December 2016. Coloproctology service of the Churrucá-Visca hospital medical complex in the city of Buenos Aires and private practice of the authors. The technique of abbreviated laparotomy and temporary closure of the abdomen was used by a negative pressure system.

**Results:** In the period described, 17 patients with generalized purulent or fecal peritonitis of diverticular origin were operated. Fourteen cases were Hinchey III (82.36%) and 3 cases Hinchey IV (17.64%). In 3 cases, hemodynamic instability was observed in the preoperative or intraoperative period. all of them corresponding to Hinchey's Stage IV. The 3 cases treated using this surgical tactic are described.

**Discussion:** The high morbidity rate of this subgroup of patients encouraged various surgical groups to implement the damage control technique, thus allowing patients to stabilize hemodynamically and in a second time evaluate reconstruction

*intestinal transit. In line with these publications, two of our patients operated on with this strategy could be anastomosed after the second abdominal wash.*

**Conclusion:** *In patients with severe diverticular peritonitis associated with septic shock, the concept of abbreviated laparotomy with initial control of the septic focus, temporary closure of the abdomen with negative pressure system and subsequent evaluation of transit reconstruction intestinal, it's encouraging. Allowing a decrease in morbidity as well as the number of ostomies.*

**Key words:** *Diverticular Disease; Peritonitis; Hinchey III/IV; Abbreviated Laparotomy*

## INTRODUCCIÓN

La diverticulitis aguda representa uno de los trastornos digestivos de mayor frecuencia de consulta en las salas de urgencias. Su incidencia se estima entre 3,4 a 4,5/100.000 habitantes por año en los Estados Unidos.<sup>1</sup> La peritonitis de origen diverticular (estadios Hinchey III o IV) es poco frecuente en relación a la de los estadios iniciales de la diverticulitis aguda. Cuando hace su debut de esta manera, su mortalidad es muy elevada (13% Hinchey III y 43 % Hinchey IV).<sup>2</sup>

Una vez reseca el foco en su resolución quirúrgica los factores que determinan la realización de una anastomosis primaria o una ostomía (operación tipo Hartmann), pasarán por las condiciones locales, la estabilidad hemodinámica, las comorbilidades del paciente y la experiencia del grupo quirúrgico.

En aquellos pacientes que se presentan en un contexto de sepsis severa con inestabilidad hemodinámica (shock séptico) la realización de anastomosis primaria presenta una alta tasa de dehiscencia anastomótica y mortalidad operatoria, aconsejándose la realización de una resección y abocamiento a la manera de Hartmann.

Sin embargo, una tasa no despreciable de complicaciones relacionadas a la confección del ostoma, que comprometen la calidad de vida del paciente, la complejidad de la cirugía de restauración del tránsito intestinal asociado a que entre el 40% y el 60% de los Hartmann no se reconstruyen, ha estimulado a que en los centros de alta complejidad se intenten otras variables de resolución para esta compleja y grave patología.<sup>2,3</sup>

Diversas publicaciones en los últimos años han propuesto la táctica de "Cirugía del Control del daño" con el objeto de disminuir la morbimortalidad de estos gravísimos cuadros sépticos y a su vez reducir la tasa de ostomías.<sup>1,4,5</sup>

Alentados por la experiencia del grupo en el manejo del Abdomen Abierto y Contenido con cierre temporal de la herida mediante sistema de presión negativa, hemos comenzado a trasladar dicho concepto a los casos de Peritonitis Diverticular.

**Ninguno de los autores del trabajo presenta conflicto de interés.**

**Cristian Rodríguez**

*doccristianrodriguez@gmail.com*

**Recibido:** Julio de 2019. **Aceptado:** Septiembre de 2019. **Publicado:** Octubre de 2019.

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia inicial con esta modalidad de manejo de la Peritonitis Diverticular Hinchey III/IV sepsis severa e inestabilidad hemodinámica (shock séptico) y realizar una revisión bibliográfica del tema.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de series de casos realizado sobre una base de datos prospectiva, de todos aquellos pacientes con Diverticulitis complicada estadios Hinchey III y IV asociado a sepsis severa y shock séptico, operados entre los meses de noviembre de 2015 y diciembre de 2016, en el Servicio de Coloproctología del Complejo Médico Hospitalario Churruca-Visca de la ciudad de Buenos Aires, y práctica privada de los autores en la misma ciudad.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

La técnica de Laparotomía Abreviada consistió en dos etapas. Primera etapa, resección limitada del segmento perforado del colon, cierre de ambos cabos colónicos y abandono de ellas en la cavidad abdominal, prolijo lavado peritoneal y cierre temporal del abdomen mediante un sistema de presión negativa. Posteriormente, luego de la recuperación clínica del paciente se planea la relaparotomía. Segunda etapa, en este punto se decide acerca de la reconstrucción del tránsito intestinal (Operación tipo Hartmann, anastomosis primaria con ileostomía/colostomía de protección o continuar con sistema de compactación) de acuerdo al estado general del paciente o la persistencia de peritonitis.

Para la terapia de presión negativa de la herida utilizamos el sistema ABThera (KCI, San Antonio, Texas, USA). Cubriendo las vísceras completamente con la interface fenestrada y no adherente del sistema. Luego colocamos una esponja subcutáneamente y la fijamos con un film adherente. Finalmente se aplicó una presión negativa de (-125 mmHg).

Con este sistema no se efectúan lavados peritoneales programados reiterados mientras se mantenga la compactación.

## RESULTADOS

En el periodo descripto se operaron 17 pacientes con peritonitis generalizada purulenta o fecal de origen diverticular. Catorce casos fueron Hinchey III (82,36%) y 3 casos Hinchey IV (17,64%).

En 3 casos se observó inestabilidad hemodinámica en el preoperatorio o intraoperatorio. Todos ellos correspondientes al estadio IV de Hinchey.

### Caso clínico N° 1

Paciente femenino, de 71 años de edad. Presenta antecedentes médicos de HTA, Angioplastia c/ colocación de 3 Stents Coronarios, Artritis Reumatoidea en tratamiento con Deltisona (Meprednisona) 8 mg/día. No refiere antecedentes quirúrgicos. BMI=27.

Consulta 2 días previos a Servicio de Emergencias de Centro Médico Privado por dolor en fosa iliaca izquierda, de moderada intensidad, sin defensa ni reacción peritoneal.

Laboratorio: normal sin leucocitosis.

Rx Tórax y Abdomen s/p.

Ecografía: engrosamiento de pared colónica, sin colecciones ni líquido libre.

Se indica tratamiento ambulatorio con Ciprofloxacina – Metronidazol por 7 días.

La paciente evoluciona con deterioro del cuadro clínico por lo que es traída por familiares, estuporosa, con dolor abdominal severo a predominio de fosa iliaca izquierda, con defensa muscular sin reacción peritoneal. Fiebre 38°C. GB 15.300.

Se solicita TAC de abdomen y pelvis donde se constata neumoperitoneo, líquido libre intraabdominal y burbujas aéreas pericólicas izquierdas (figs. 1 y 2).

La paciente evoluciona con hipotensión sostenida, desaturación. Por lo que se decide intubación orotraqueal, AVM e infusión de vasopresores.

En la cirugía de urgencia se constata Peritonitis Fecal Generalizada por Perforación de divertículo de colon sigmoides (fig. 3).

Se decide realizar laparotomía abreviada con resección del colon sigmoides, cierre de cabos colónicos, cierre temporal del abdomen con sistema de presión negativa (Abthera) (figs. 4 y 5).

La paciente evoluciona satisfactoriamente y al 3° día postoperatorio se reopera, constatándose abdomen limpio, sin adherencias ni colecciones.

En este caso en particular, debido al tratamiento con corticoides se realiza una operación tipo Hartmann y cierre de pared abdominal sin malla.

La paciente se externó a los 14 días.

### Caso clínico N° 2

Paciente femenina, de 70 años de edad. Antecedentes médi-

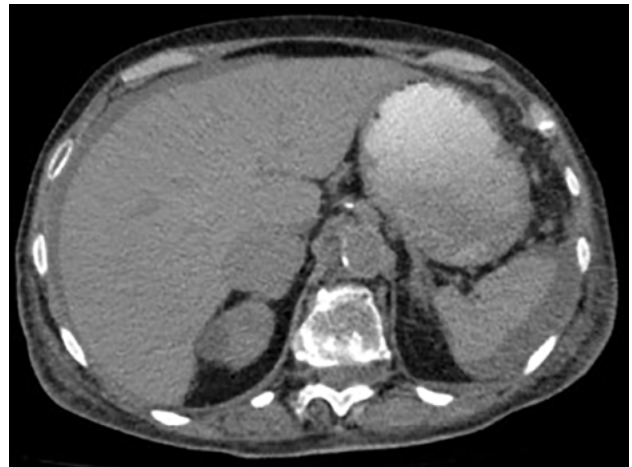


Figura 1: Tac de Abdomen donde se observa neumoperitoneo, líquido libre perihepático y perisplénico.



Figura 2: Tac de Abdomen donde se observan burbujas aéreas pericólicas.



Figura 3: Laparotomía exploradora donde se observa perforación diverticular de colon sigmoides.

cos de HTA tratada con Enalapril 10 mg/día. Antecedente de apendicectomía convencional en la infancia. BMI = 23,4.

Ingres a la guardia médica presentando dolor abdo-



Figuras 4 y 5: Cierre temporal del abdomen con colocación de sistema de presión negativa (Abthera).

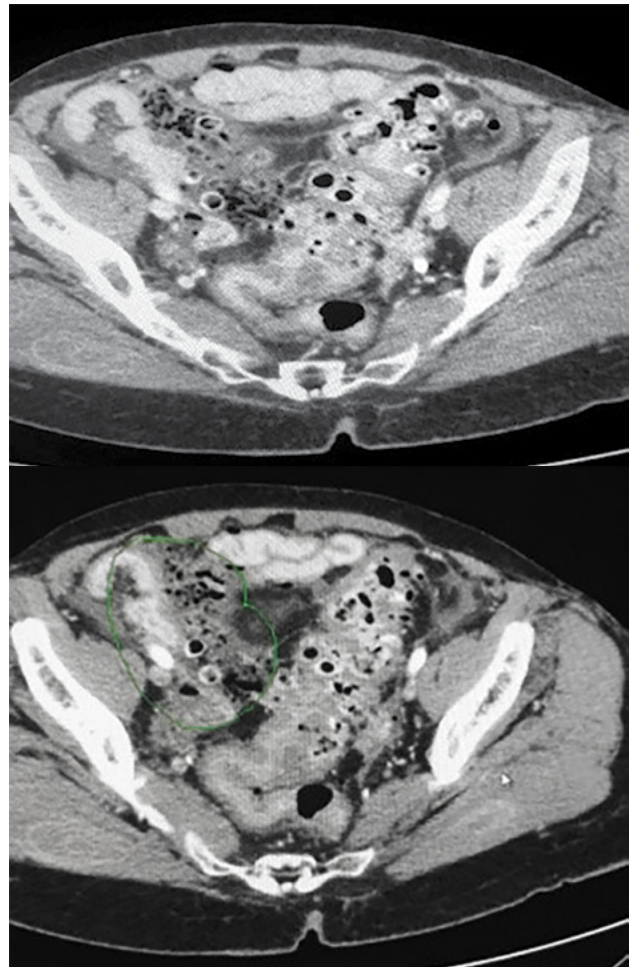


Figura 7 y 8: Múltiples divertículos con burbujas áreas pericólicas.

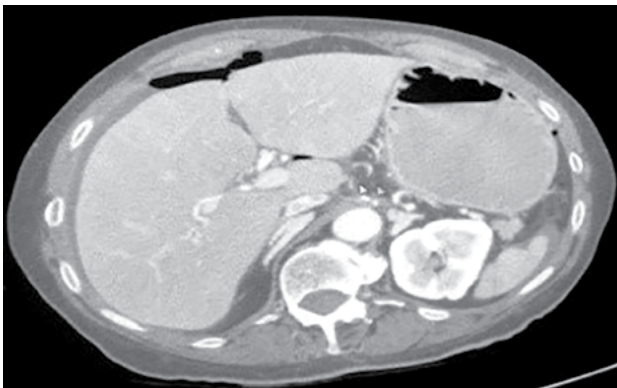


Figura 6: Tac de abdomen y pelvis donde se constata: neumoperitoneo, líquido libre perihepático.

minimal generalizado de gran intensidad, principalmente a nivel de fosa iliaca izquierda, de 12 horas de evolución. Acompañado de fiebre 37,8° C.

Al examen físico lucida, taquicárdica (110 lat x min), normotensa, temperatura 37,9° C.

Abdomen distendido, doloroso en forma espontánea y a la palpación superficial y profunda con defensa y reacción peritoneal generalizada. Rha disminuidos.

En la tomografía de abdomen y pelvis se constata neumoperitoneo, líquido libre perihepático, ambos parietocólicos y fondo de saco de Douglas (figs. 6, 7 y 8).

Se recibe laboratorio: Hto 36,5 % - Gb 18.000. ph 7,30. Resto s/p.

Comienza con livideces en miembros inferiores con tendencia a sostenida a la hipotensión por lo pasa a Unidad de

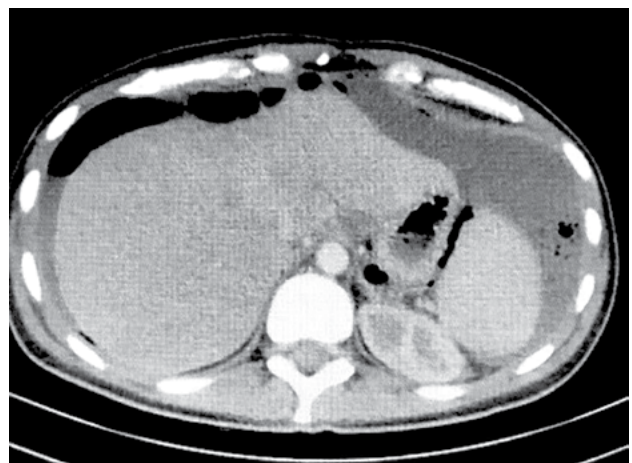


Figura 9: Tomografía de abdomen y pelvis donde se constata líquido libre perihepático.

Cuidados Intensivos para compensación previa a la cirugía.

Laparotomía de urgencia. Se observa peritonitis fecal generalizada a punto de partida de perforación libre de divertículo en colon sigmoides.

Se decide realizar laparotomía abreviada con resección del colon sigmoides, cierre de cabos colónicos, lavado de cavidad abdominal y cierre temporal del abdomen con sis-



Figura 10: Ambos parietocólicos y fondo de saco de Douglas. tema de presión negativa (Abthera).

Una vez estabilizada al 5° día postoperatorio se reopera, constatándose abdomen limpio, sin adherencias ni colecciones. Se efectúa anastomosis colorectal con colostomía transversa de protección.

Paciente evoluciona satisfactoriamente. Se retira asistencia respiratoria mecánica al 7° día. Externación 18° día postoperatorio.

Se cierra la colostomía a los 3 meses sin complicaciones.

### Caso clínico N° 3

Paciente femenina, de 41 años de edad. BMI: 23. Antecedente de una internación previa por diverticulitis aguda un año atrás. Sin antecedentes quirúrgicos.

Ingresa a la guardia médica por presentar dolor abdominal generalizado de gran intensidad, a predominio de flanco izquierdo, de 24 horas de evolución. Acompañado de fiebre 38,2° C.

Al examen físico lucida, taquicárdica (108 lat x min), normotensa.

Abdomen distendido, doloroso en forma espontánea y a la palpación superficial y profunda con defensa y reacción peritoneal generalizada. Rha disminuidos.

Se decide realizar Tomografía de abdomen y pelvis donde se constata líquido libre perihepático, ambos parietocólicos y fondo de saco de Douglas (figs. 9 y 10).

Se recibe laboratorio: Hto 36,5 % - Gb 18.000. ph 7,30. Resto s/p.

Pasa a Unidad de Cuidados Intensivos para compensación previa a la cirugía.

Laparotomía de urgencia. Se observa peritonitis fecal generalizada a punto de partida de perforación libre de divertículo en colon sigmoides (fig. 11).

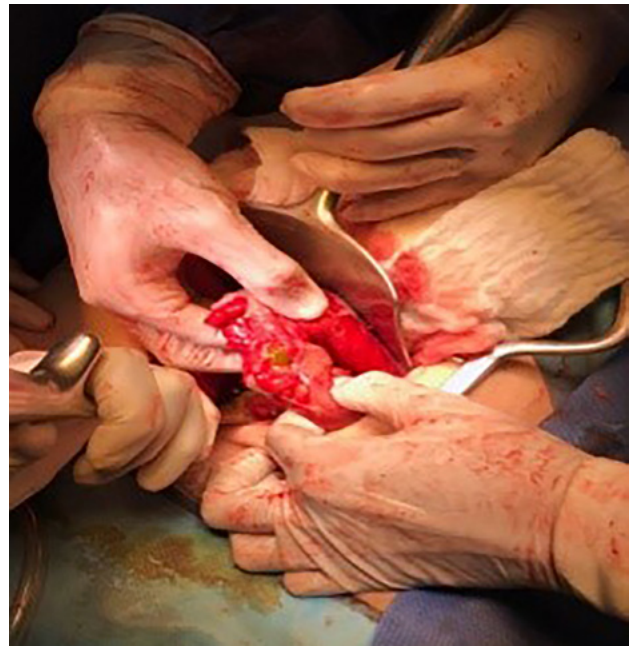


Figura 11: Laparotomía exploradora se observa peritonitis fecal generalizada a punto de partida de perforación libre de divertículo en colon sigmoides.

Paciente con requerimiento de vasopresores al momento de la cirugía. Se decide realizar laparotomía abreviada con resección del colon sigmoides, cierre de cabos colónicos, lavado de cavidad abdominal y cierre temporal del abdomen con sistema de presión negativa (Abthera).

Evoluciona favorablemente por lo que se reopera al 3° día postoperatorio constatándose escaso líquido libre seroso, sin adherencias, paredes colónicas sin edema. Se decide realizar anastomosis colorectal con colostomía transversa de protección.

Paciente evoluciona satisfactoriamente. Externación al 9° día postoperatorio.

Se cierra la colostomía a los 3 meses sin complicaciones.

### DISCUSIÓN

La peritonitis diverticular generalizada Hinchey III o IV es una situación grave infrecuente con una alta morbimortalidad, en la cual se debe actuar con celeridad a fin de controlar el cuadro séptico mediante cuidados intensivos, resección del foco séptico y lavado de la cavidad abdominal, siendo necesario frecuentemente la creación de un ostoma temporario (Operación tipo Hartmann) para su resolución.<sup>3</sup>

Sin embargo, la reconstrucción del tránsito intestinal luego de una Operación tipo Hartmann es una cirugía de alta complejidad que se asocia a una morbilidad cercana al (30%) y una mortalidad de hasta un 15%.<sup>2</sup>

Por otra parte, entre el 20 a 60 % de los pacientes que fueron sometidos a una Operación de Hartmann nunca vuelven a reconstruir el tránsito intestinal.<sup>2</sup>

En las últimas décadas se han intentado diferentes estrategias para mejorar el manejo de estos pacientes. Entre estas se destacan la resección y anastomosis primaria versus operación de Hartmann y últimamente el lavado y drenaje laparoscópico.

Sin embargo, los trabajos donde se comparan estas diferentes estrategias caen en el sesgo de selección ya que comparan pacientes con poca o ninguna repercusión general o escaso compromiso peritoneal.<sup>3</sup>

Consideramos que para decidir la conducta es imprescindible tener en claro que grupo de pacientes vamos a tratar. En aquellos pacientes estables hemodinámicamente y escaso compromiso peritoneal y sin grandes comorbilidades se puede indicar resección colónica y anastomosis primaria. En los casos de pacientes estables y con comorbilidades Operación tipo Hartmann. El problema se plantea en los casos de peritonitis generalizada purulenta o fecal con cuadro séptico e inestabilidad hemodinámica (shock séptico).

Los cirujanos de trauma reconocieron en los primeros años de la década de los '80, la importancia de corregir rápidamente el círculo vicioso de la hemorragia (tríada letal o de la muerte: hipotermia, acidosis y coagulopatía). Esto derivó en el concepto de laparotomía abreviada (control del foco hemorrágico + cierre temporal del abdomen, estabilización del paciente en UTI, y por último tratamiento definitivo).<sup>3-7</sup>

Basados en esos principios muchos autores comenzaron a indicarla en los casos de peritonitis diverticular generalizada severa (purulenta o fecal) con shock séptico.<sup>8,9</sup>

El rol de la laparotomía abreviada en el manejo de la peritonitis secundaria severa fue tema de controversia entre los años '80 y '90 en donde se demostró mayores tasas de fistulas enteroatmosféricas, eventraciones gigantes y mortalidad, comparándolo con la laparotomía a demanda. Sin embargo, en trabajos recientes, se pudo constatar que en los pacientes con peritonitis severa con inestabilidad hemodinámica tratados con la técnica de abdomen abierto y cierre temporal del abdomen con terapia de presión negativa se asoció a mejores resultados.<sup>3</sup> Los autores concluyen que estos resultados se deberían a una disminución de los fluidos peritoneales, lo que disminuye las citoquinas proinflamatorias en el torrente sanguíneo, reduce la inflamación sistémica, mejora la disfunción orgánica, disminuyendo la mortalidad.<sup>10</sup>

La técnica utilizada para el cierre temporal del abdomen puede influenciar en los resultados. Numerosas técnicas se han descrito a lo largo de la historia del mismo (Tabla 1), pero aquellas que ejercen presión negativa dentro de la cavidad abdominal son las que han cambiado drásticamente los resultados.<sup>11</sup> Las tres más utilizadas son la técnica de Barker,<sup>12</sup> VAC (KCI, San Antonio, Texas) y ABThera (KCI, San Antonio, Texas).<sup>13</sup>

TABLA 1: TÉCNICAS PARA CIERRE TEMPORAL DE LA HERIDA

Aproximación de la piel con pinzas de campo o puntos continuos
Bolsa de Bogotá
Mallas sintéticas
Sistema tipo Velcro (Parche de Wittmann)
Sistemas de presión negativa
Técnica de Barker
Sistema VAC (KCI)
Sistema ABThera (KCI)

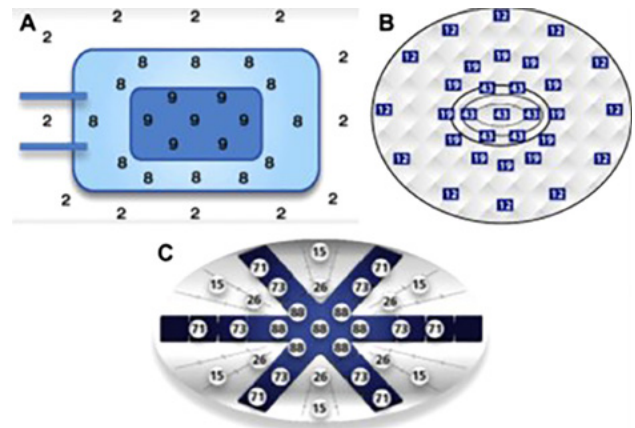


Figura 12: Esquema comparativo de las presiones ejercidas por los 3 sistemas en las diferentes áreas (centro y periferia de la cavidad abdominal), demostrando que tanto la técnica de Barker "A" como VAC "B", tienden a disminuir sus presiones negativas hacia la periferia, a diferencia del sistema ABThera "C" que lo mantiene constante.

Básicamente las diferencias entre estos tres sistemas es el patrón de distribución de presión negativa dentro de la cavidad abdominal. Sammons y col.<sup>14</sup> compararon las presiones ejercidas por los sistemas en las diferentes áreas (centro y periferia de la cavidad abdominal), demostrando que tanto la técnica de Barker como VAC tienden a disminuir sus presiones negativas hacia la periferia, a diferencia del sistema ABThera que lo mantiene constante (fig. 12).

Con el mantenimiento constante de las presiones negativas del centro y la periferia se mejora el drenaje de las "zonas oscuras" del abdomen y de esta manera, se logra una más rápida recuperación del estado general del paciente y de las condiciones locales del abdomen permitiendo en un segundo tiempo, en un ambiente electivo, la posibilidad de realizar una anastomosis primaria. Es de hacer notar que este sistema mientras se mantenga compactada la herida abdominal no requiere relaparotomías programadas.

Las primeras experiencias publicadas al respecto fueron del grupo de Innsbruck,<sup>2</sup> donde en 2010 randomizaron 27 pacientes con peritonitis generalizada Hinchey III y IV en tres estrategias quirúrgicas,

- grupo 1: resección y anastomosis primaria en pacientes estables,

- grupo 2: laparotomía abreviada con cierre temporal del abdomen con terapia de presión negativa y anastomosis diferida en pacientes inestables
- y grupo 3: operación de Hartmann en pacientes con taras de tipo social.

En el grupo 1 se enrolaron 6 pacientes, sin complicaciones postoperatorias. En el grupo 2 (9/15 pacientes) se realizó anastomosis diferida en la segunda operación. En solo uno de estos casos se produjo una dehiscencia de la anastomosis. Con una mortalidad global del 26% (7 pacientes), la tasa de anastomosis de los sobrevivientes fue del 70%.

En 2012, Kafka-Ritsch y col.<sup>5</sup> publicaron un trabajo prospectivo observacional donde enrolaron 51 pacientes (28 mujeres 55%) con una media de edad de 69 años (rango 28-87 años) con peritonitis Diverticular perforada Hinchey III y IV (n= 40 y 11 respectivamente).

A estos pacientes se les realizó inicialmente resección colónica limitada, ligadura de cabos intestinales, lavado y cierre abdominal temporario seguido de una cirugía reconstructiva a las 24-48 horas, donde todas ellas fueron supervisadas por un cirujano colorectal.

Se reestableció el tránsito intestinal en 38 pacientes (84%), de los cuales a 4 se los protegió con una ileostomía en asa. Hubo 5 dehiscencias anastomóticas (13%) requiriendo en 2 casos una ileostomía de protección y en los 3 restantes una cirugía de Hartmann.

La mortalidad global fue de 9,8% y en el 76% de los ca-

sos (35/46 ptes) que sobrevivieron, se les otorgó el alta con el tránsito intestinal reestablecido. Se pudo cerrar la pared en todos los casos.

En 2016 la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencias (WSES),<sup>15</sup> publica sus guías de manejo de la diverticulitis aguda. En ellas hace referencia a que podría sugerirse la estrategia de control del daño en pacientes con peritonitis diverticular e inestabilidad hemodinámica (Recomendación 1B).

En concordancia con estas publicaciones, ambos pacientes operados en nuestra institución con esta estrategia, pudieron ser anastomosados luego del segundo lavado abdominal.

Las limitaciones de este tipo de estudios en nuestro medio es la baja casuística de pacientes con peritonitis diverticular generalizada e inestabilidad hemodinámica.

## CONCLUSIÓN

En aquellos pacientes con peritonitis diverticular severa asociado a shock séptico el concepto de laparotomía abreviada con control inicial del foco séptico, cierre temporal del abdomen con sistema de presión negativa y posterior evaluación de la reconstrucción del tránsito intestinal, es muy alentador. Permitiendo una disminución de la morbilidad como así también del número de ostomías.

Estos resultados iniciales deberán ser valorados en el contexto de trabajos prospectivos multicéntricos randomizados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moore FA, Catena F, Moore EE, Leppaniemi A, Peitzmann AB. Position paper: man-agement of perforated sigmoid diverticulitis. *World J Emerg Surg.* 2013;8(1):55.
2. Perathoner A, Klaus A, Mühlmann G, Oberwalder M, Margreiter R, Kafka-Ritsch R. Damage control with abdominal vacuum therapy (VAC) to manage perforated diverticulitis with advanced generalized peritonitis—a proof of concept. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25(6):767-774.
3. Demetriades D, Salim A. Management of the open abdomen. *Surg Clin North Am.* 2014 Feb; 94(1):131-53.
4. Coccolini F, Biffl W, Catena F, Ceresoli M, Chiara O, Cimbanassi S, et al. The open abdomen, indications, management and definitive closure. *World Journal of Emergency Surgery* (2015) 10:32.
5. Kafka-Ritsch R, Birkfellner F, Perathoner A, et al. Damage Control Surgery with Abdominal Vacuum and Delayed Bowel Reconstruction in Patients with Perforated Diverticulitis Hinchey III/IV. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(10):1915-1922.
6. Batacchi S, Matano S, Nella A, Zagli G, Bonizzoli M, Pasquini A. Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures. *Crit Care.* 2009;13(6):R194.
7. Kaplan M, Banwell P, Orgill D, Ivatury R, Demetriades V, Moore F. Guidelines for the management of the open abdomen. *Wound* 2005; 17. Suppl. 51: 1-27.
8. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Ansaloni L, et al. The role of the open abdomen procedure in managing severe abdominal sepsis: WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2015;10(1):35.
9. Sohn M, Agha A, Heitland W, Gundling F, Steiner P, Iesalnieks I. Damage control strategy for the treatment of perforated diverticulitis with generalized peritonitis. *Tech Coloproctol.* 2016;20(8):577-583.
10. Kubiak B, Albert S, Gatto L, Snyder K, Maier K, Vieau C, et al. Peritoneal negative pressure therapy prevents multiple organ injury in a chronic porcine sepsis and ischemia/reperfusion model. *Shock* 2010; 34(5):525-34.
11. Amin A, Shaikh I. Topical negative pressure in managing severe peritonitis: a positive contribution? *World J Gastroenterol* 2009;15(27):3394-7.
12. Barker D, Kaufman H, Smith L, Ciraulo D, Richart C, Burns R. Vacuum pack technique of temporary abdominal closure: a 7-year experience with 112 patients. *J Trauma* 2000; 48(2):201-6 (discussion: 206-7).
13. Cheatham ML, Demetriades D, Fabian TC, et al. Prospective study examining clinical outcomes associated with a negative pressure wound therapy system and Barker's vacuum packing technique. *World J Surg.* 2013;37(9):2018-2030.
14. Delgado A, Sammons A. In vitro pressure manifold distribution evaluation of ABThera™ Active Abdominal Therapy System, V.A.C.® Abdominal Dressing System, and Barker's vacuum packing technique conducted under dynamic conditions. *SAGE Open Med.* 2016 Jan 18;4:2050312115624988.
15. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, et al. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg.* 2016;11(1):37.

## COMENTARIO

Una de las indicaciones del cierre diferido de la cavidad abdominal (abdomen abierto y contenido) es la sepsis abdominal. Los pacientes con peritonitis purulenta o fecal de origen diverticular, suelen tener un estado general muy comprometido, por su cuadro séptico asociado.

El tratamiento de emergencia es la estabilización clínica, cardiocirculatoria e hidroelectrolítica del paciente y la urgente remoción del foco séptico; para lo cual se debe realizar una laparotomía lo más urgente posible, con aspiración y abundante lavado de toda la cavidad abdominal. A esto se agrega la resección del segmento de colon afectado, lo que conlleva la realización de una ostromía.

Debido a que estos pacientes tienen indicación clara de realizar un cierre abdominal temporal, con el objetivo de proporcionar una re exploración fácil y rápida en las siguientes 48 a 72 horas, para asegurar que no se generen nuevas colecciones y para prevenir la posible producción de una hipertensión abdominal y síndrome compartimental abdominal; es factible evitar la colostomía y dejar los cabos colónicos cerrados, para que en la siguiente exploración, si están dadas las condiciones físicas, realizar una anastomosis colónica con protección. De esta forma se realizaría una anastomosis colorrectal segura, evitando una colostomía de difícil resolución posterior, y por otro lado evitaría el daño de la pared abdominal que la exteriorización del colon requiere, que afectaría el correcto cierre definitivo de la pared abdominal.

Como se describió en este artículo y como se desarrolló durante el Relato Oficial del 88 Congreso Argentino de Cirugía del año 2017 por el Dr. Jorge Latif "Manejo del Abdomen Abierto: desde la operación inicial al cierre definitivo", los sistemas de contención con presión negativa ganaron la preferencia de los cirujanos.

El abdomen abierto y contenido puede salvar vidas cuando se realiza en casos seleccionados de sepsis de origen abdominal con severa repercusión sistémica.

Marcelo Pollastri

Centro de Coloproctología y Enfermedades Digestivas. Rosario, Santa Fé.

## SESIÓN 14 DE JULIO DE 2017

**Dr. Jorge Latif:** Hemos escuchado un trabajo muy bien presentado, y muy bien documentado. Lo ponemos a discusión del auditorio.

**Dr. Alejandro Moreira Grecco:** En primer lugar, felicitarlos a ustedes, es un tema sumamente novedoso. Tenía algunas preguntas desde el punto de vista técnico, cuando ustedes hacen la resección segmentaria acotada, ¿dejan movilizado el colon para una anastomosis después? ¿O lo movilizan en la segunda cirugía? El cierre del colon distal, ¿lo hacen a nivel de la unión rectosigmoidea, o dejan un muñón largo y en la reoperación retoman ese muñón, o hacen una anastomosis al sigmoidees largo? Y cómo hacen el cierre de los cabos, si con una sutura mecánica, con una surget con una ligadura. Y les hago una consulta más, las veces que nosotros tenemos que reoperar un paciente para lavarlo, etc., el meso se ha retraído, está duro, no tiene casi elasticidad para llegar a la pared para hacer una ostromía, y ustedes por lo que vos contaste no se han encontrado con esta retracción y edema de los mesos, que imposibilitaría hacer habitualmente una anastomosis.

**Dr. Cristian Rodriguez:** Con respecto a la movilización, estos pacientes están inestables así que tenemos que ser rápidos, y terminar lo antes posible. Por lo tanto, la resección es lo más acotada posible. De hecho, hay trabajos que lo que también sugieren es si se puede, si el orificio no es muy grande, colocar un punto y solamente eso, a lo cual nosotros no adherimos, preferimos resección del foco séptico en lo posible. Con respecto a la anastomosis en un contexto después el paciente va a estar parcialmente compensado, es ahí donde terminamos de hacer la movilización y la resección, ya sea hasta el recto superior o movilizándolo el ángulo esplénico. Al tipo de cierre, si hablamos de qué es lo óptimo, sería tener una sutura mecánica y poder cerrarlo lo más rápido posible. Pero si eso aumenta los costos o no están disponibles en una guardia, hay casos durante la noche o no están con estos implementos se puede hacer un surget. Lo que hacíamos en un principio era hacer un punto por transfijión y luego cerrarlo, lo cual lo hemos abandonado porque eso generaba cierta filtración, lo cual nos contaminaba toda la cavidad abdominal. Así que a partir del último tiempo y en estos tres pacientes en particular, lo que hicimos fue cerrarlo con un surget, de hecho, lo cerramos completamente

Y con respecto al meso, justamente al dejar una cavidad abdominal limpia, con escasas secreciones, la retracción que hemos visto es mucho menor que a diferencia de la técnica de Barker que hacíamos antes, en la cual hacíamos lavado cada 24 a 48 horas, y siempre encontrábamos bastante cantidad de líquido hacia los parietocólicos y el fondo del saco de Douglas no se terminaba de resolver correctamente, y en esos casos sí encontrábamos mayor retracción de meso, mayor edema, mayor fluido, por lo tanto no daba quizá para pensar en una anastomosis. Este sistema, con la pequeña casuística

que tenemos, pero comparándolo con lo que describen otros autores, los resultados son muy alentadores.

Así que van a preguntar por los otros costos del sistema, en términos absolutos son mayores, pero siempre hay que pensar en los días de terapia que nos evitamos, la cirugía posterior de reconstrucción de Hartmann, y otras cosas más.

**Dr. Jorge Latif:** El ABThera además de compactar aspira secreciones líquidas intraabdominales, y contribuye a evitar el desplazamiento de los bordes de la herida de la línea media, que facilita el cierre secundario de la herida seguramente con malla. ¿Usted está de acuerdo?

**Dr. Cristian Rodriguez:** Con malla o sin malla, sí, una de las bondades que tiene este sistema es que la esponja que se coloca a nivel de la herida lo que hace es mantener la aponeurosis afrontada, que era una de las contras que tenía el sistema de la bolsa de Bogotá o el Barker, que se producían eventraciones gigantes. Esto mantiene la aponeurosis afrontada, lo que nos permite después cerrarlo en forma, con malla o sin malla como hemos mostrado en los dos casos. Tenemos una con malla y otra sin malla.

**Dr. Jorge Salomón:** ¿si está en shock séptico harían solamente la exteriorización de la perforación? VAC hasta el cierre de la pared, o a los cuantos días deciden cerrar el abdomen? Y si hacen lavado del muñón rectal en el intraoperatorio. Felicitarlos.

**Dr. Cristian Rodriguez:** Exteriorización no hacemos. Hacemos la resección acotada, la técnica que estamos presentando, no hacemos exteriorización. El VAC, este tipo de sistema lo que nos hace es afrontar la pared, por lo tanto, el cierre lo hacemos en la cirugía de la reconstrucción propiamente dicha, que decidimos cerrarlo, y el cierre generalmente tratamos si está en condiciones, que es lo que nos ha sucedido en estos tres casos, que el abdomen lo encontramos limpio, sin colecciones, decidimos hacer el cierre del abdomen en esa misma cirugía. Eran dificultades que nos pasaban antes con la técnica de Barker, en la cual siempre encontrábamos colecciones, fluidos, serohemático, seropurulento, no permitían cerrarlo o posponer la cirugía para otro lavado. En estos tres casos, hemos encontrado un abdomen limpio, por lo tanto, lo cerramos en esta primera instancia.

Y con respecto del lavado del muñón rectal intraoperatorio, lo hacemos en la segunda cirugía, no en la primera. La primera cirugía, cerramos, porque necesitamos ser rápidos. En la segunda cirugía siempre de rutina, tanto de urgencia como programada, nosotros siempre lavamos el muñón rectal.

**Dr. Miguel Dardanelli:** Indudablemente tienen que tener un banco de ABThera, porque si no, no es fácil conseguirlo. Y, en segundo lugar, si no tuvieran la disponibilidad en el momento de la cirugía, si consideran apropiado realizar el cierre con una bolsa de Bogotá, y si se justificaría a las 48 horas de hacer ese lavado colocar el ABThera.

**Dr. Cristian Rodriguez:** Bueno, muchas gracias por el aporte. Sí, trabajamos con banco, trabajamos un grupo bastante grande que trabajamos en diferentes sanatorios además del hospital Churruca, en todos ellos hemos previsto con la gente de la empresa tener uno a disposición. Y siempre ellos tienen una guardia pasiva como para hasta algunas, las primeras veces que lo usamos ayudarnos en la colocación, en asistimos en cómo era la correcta utilización. El sistema es circunferencial, se puede recortar, porque obviamente es adaptable al tamaño de la superficie, la talla corporal del paciente, entonces al principio surgen las dudas por dónde recortar, y no cometer errores, y teníamos la asistencia de ellos que están muy presentes.

Con respecto a si en la primera opción, ha pasado en otro caso, ahora en el congreso de Cirugía vamos a presentar una comparación de las dos técnicas, el Barker contra el ABThera, para peritonitis de cualquier tipo. Nos ha pasado en otro tipo de peritonitis, de otro origen, que no teníamos en la primera situación en ABThera, e hicimos la técnica de Barker, encontramos fluido y en la segunda recolocamos.

**Dr. Mario Salomon:** Felicidades por el trabajo realmente muy interesante. Nosotros no tenemos experiencia en este tipo de equipamiento, siempre que hemos tenido que utilizar hemos tenido que solicitarlo, y con bastante anticipación. Lo que uno ve habitualmente, sin utilizar este procedimiento que los pacientes tienen colecciones intraabdominales, colecciones interasas, abscesos subfrénico, entonces cuál sería el mecanismo fisiopatológico que ustedes le atribuyen a este procedimiento para cuando reoperan a los pacientes a las 24, 48, 72 horas no encuentran una colección purulenta, eso es lo que realmente, si es el mecanismo de vacío que hace eso sería un procedimiento que va a ser muy tenido en cuenta.

**Dr. Cristian Rodriguez:** Gracias por el aporte. En parte, justamente, esto de que mantiene las presiones negativas tanto en el centro como en el extremo, es la misma presión negativa, que lo que pasa en los otros sistemas que van perdiendo a medida que se va acercando a la periferia. Acá la misma presión negativa que tiene en el centro de la herida, es la misma que estaría teniendo en la gotera parietocólica, por lo tanto, lo que hace es absorber mayor cantidad de fluidos. Y aparte calculo que tiene que ver con lo que demostraron en el modelo de tratamiento porcino, que lo que realiza es una disminución de las citoquinas proinflamatorias sistémicas, disminuyendo la respuesta sistémica del organismo, y de esa manera calculo que tiene que ver con la más rápida recuperación del paciente, y el edema también a nivel intestinal y de los

mesos que preguntaba el doctor Moreira Grecco.

**Dr. Jorge Arias:** Un par de dudas, tampoco tengo ninguna experiencia, es cómo deciden reoperar al paciente, solo por el estado hemodinámico, se basan en las imágenes, en la cantidad de fluidos aspirados, ¿cómo deciden reoperar al paciente? Y cuando reoperan si vieran que hay colecciones se puede reutilizar se le coloca un nuevo sistema, ¿qué es lo que se hace?

**Dr. Cristian Rodriguez:** En cuanto a la indicación de reoperación, nos guiamos por el estado hemodinámico del paciente. No nos guiamos por la cantidad de fluidos, si hay una disminución o aumento, sino por cómo se encuentra el paciente, su estado clínico. Lo ideal es tratar de lo antes posible, cuanto antes mejore el paciente, y antes lo operemos, mejores van a ser los resultados. Y en cuanto a si encontramos, en alguna de las diapositivas lo puse, en la segunda etapa uno decide ahí, según lo que se encuentra, si seguir adelante con una reconstrucción o si tiene comorbilidades una operación tipo Hartmann. Y si tiene fluidos seguimos con la compactación. Hay que utilizar otro sistema, porque son descartables, así que hay que utilizar uno nuevo, que obviamente hay que programarlo esto, llamar a la gente, o si no lo tiene en el banco llamar a la gente y que lo provean, y estén presentes con ustedes.

**Dr. Jorge Latif:** La verdad que cuando yo leí el trabajo, y te felicito por la presentación y por la completa bibliografía y casos. Puntualmente presentaste los tres trabajos más importantes, que hablan justamente del tratamiento del abdomen abierto y contenido para la enfermedad diverticular. La inmensa mayoría de los casos habla para peritonitis en general, pero estos tres para diverticular. Y la verdad que cuando ustedes ponen el material y el método, la indicación precisa para los pacientes que están hemodinámicamente inestables es decir con shock séptico, elimina muchos flancos de discusión del caso. Porque a la pregunta que ustedes se hacen en un momento, qué hacer en estos pacientes, ahí lo único que hay que poner en claro es que no hay que hacer laparoscopia, y la paciente está viva. Después que sigamos haciendo ahí... cuando ustedes se preguntan qué método usar, obviamente hay varios trabajos, que hablan de las bondades de los métodos de aspiración y compactación comerciales, aun con el mejor de los caseros que muchas veces tenemos que utilizar, los que no disponemos del banco. Y está claramente demostrado que es mejor. Y que los costos terminan aun mejorando con la evolución del enfermo, y lo más importante de esto es que la absorción de las citoquinas parece ser el aspecto más importante. Lo que llama la atención, es que seguramente, yo escuchaba recién a quienes trabajan detrás de mí en la sala, les cuesta, nos cuesta, entender, que en 48 a 72 horas la evolución de la cavidad abdominal sea tan buena, y que los cabos intestinales, especialmente el proximal, atados, en cinco días en una de las reoperaciones de ustedes no haya tenido edema, no haya estado distendido, no haya tenido ninguna alteración. Con respecto a lo otro, aun en los sistemas caseros aprendimos de ABThera, y ya estamos, le hacemos los brazos a veces, y la plancha de poliuretano que al final es la que absorbe, al final es hasta ahí. Entonces esto es un poco para el subdesarrollo.

A mí me llamaron la atención algunas cosas, por ejemplo, hoy en día, en peritonitis fecal, la condición hemodinámica del paciente, la presencia o ausencia de síndrome compartimental abdominal son las cosas que le dan la espalda al cirujano para indicar esto. En ningún momento del trabajo escuché hablar de la presión intraabdominal, ni medida en el preoperatorio, ni en el intraoperatorio para decidir, porque a lo mejor alguno de esos pacientes está en el intraoperatorio sin presión abdominal alto podrían haberse cerrado. Y en el postoperatorio como un índice de control como decía recién Arias la cuestión clínica las imágenes son tanto, pero si la manifestación de la presión abdominal e intravesical que quizá sea un buen parámetro. Yo hice una encuesta de esto, 1098 encuestados de todo el país, solamente el 8% miden la presión intraabdominal en el intraoperatorio para decidir si cierran o dejan un abdomen aspirable. Y de 100 terapias intensivas de los principales centros del país, 20% de esas miden la presión intraabdominal como un protocolo de los pacientes estos. Entonces, eso llama la atención.

Después que el paciente estable y con el abdomen bien, la discusión de hacer anastomosis o no, se diluye porque ya no estamos comparando el paciente en la primera operación, entonces que el paciente se pueda... y a lo mejor la segunda lectura de este trabajo, el segundo mensaje es preparar a estos pacientes con este método para ir a una anastomosis primaria en una segunda etapa, ese quizá sea otro de los mensajes. Yo los felicito, obviamente la presentación ha sido muy buena, es un tema para discutir y mucho.

**Dr. Cristian Rodriguez:** Con respecto a la medición intraoperatoria no la realizamos, si lo hacemos en la Unidad de Cuidados Intensivos, como una medida de seguimiento y de control, intraoperatorio por lo menos en estos casos no lo hacemos.

# Invaginación de Colon Causado por Lipoma

Walter Nardi<sup>1</sup>, M. Dolores Daneri<sup>2</sup>, Ricardo Gonzalez<sup>1</sup>, Stephanie Gross<sup>3</sup>, Hernán Ruiz<sup>2</sup>,  
Fernando G. Bugallo<sup>2</sup>, Mario C. Salomón<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente del Servicio de Coloproctología. Hospital Británico Bs. As.

<sup>2</sup>Staff del Servicio de Coloproctología. Hospital Británico Bs. As

<sup>3</sup>Fellow, Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Británico de Bs. As.

<sup>4</sup>Jefe del Servicio de Coloproctología. Hospital Británico Bs. As.

## RESUMEN

Los lipomas del colon ocupan el tercer lugar en frecuencia de aparición de tumores benignos. Estos tumores están formados por tejido adiposo bien diferenciado con un estroma fibroso. La gran mayoría de estos lipomas es asintomática, algunos en raras ocasiones presentan complicaciones de urgencia. El fin de esta publicación es presentar un caso de obstrucción de colon por lipoma.

**Palabras Claves:** Colon; Lipomas Colónicos; Obstrucción de Colon

## ABSTRACT

*Benign colonic lesions are infrequent and account for a low percentage of all colonic tumors. Among the benign tumors, lipomas are third in frequency. They are composed of mature adipose tissue with fibrous stroma. Most of them are asymptomatic but in rare instances, they may present as surgical emergencies. We present one case of colonic obstruction caused by lipomas.*

**Key Words:** Large Intestine; Colonic Lipomas; Colon Obstruction

## INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal en adultos es una rara entidad representando menos del 1% de las obstrucciones intestinales en esta población;<sup>1</sup> contrariamente de lo que ocurre en niños, es poco probable que se diagnostique antes de la cirugía. Los lipomas colónicos son neoplasias no-epiteliales benignas infrecuentes, generalmente sésiles, de pequeño tamaño y asintomáticas. Es una causa infrecuente de invaginación intestinal, y más aún cuando se trata de uno pediculado.<sup>2</sup>

Se presenta un caso de un paciente con lipoma gigante pediculado de colon causando cuadros de intususcepción colo-colónica intermitentes.

La intususcepción en adultos es rara (representando aproximadamente el 1% de las obstrucciones intestinales) y más frecuente en intestino delgado (en el 80% de todos los casos).<sup>5,6</sup> Su etiología es variada y se ha reportado que, en el 66% de los casos, la intususcepción de colon en población adulta es resultado de tumores malignos.<sup>7,8</sup> La causa maligna más frecuente es el adenocarcinoma seguido por el linfoma;<sup>9</sup> y el lipoma es la más prevalente entre las benignas;<sup>8-10</sup> siendo los pediculados francamente infrecuentes.<sup>1</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 60 años de edad, sin antecedentes clínico-quirúrgicos de relevancia. Consulta por

*Walter Nardi*

*nardi.wvs@gmail.com*

**Recibido:** Junio de 2019. **Aceptado:** Noviembre de 2019. **Publicado:** Diciembre de 2019.

dolor abdominal intermitente de 3 meses de evolución, tipo cólico, localizado en epigastrio con irradiación a fosa ilíaca izquierda. El examen físico normal.

Se realizó videocolonoscopia en la cual se observó, en topografía de ángulo hepático del colon, lesión circunferencial, de superficie ligeramente irregular que ocupa el 90% de la luz, impidiendo el paso del endoscopio. La misma impresionaba friable, con sangrado espontáneo y áreas con mucosa alterada y restos de fibrina (fig. 1). Se tomaron biopsias para estudio anatomopatológico y con diagnóstico presuntivo de lesión neoplásica se solicita tomografía computada de abdomen que informa formación nodular de densidad grasa, de 40 mm en su diámetro mayor localizada en colon transverso. La misma impresiona pediculada. Actúa como cabeza de invaginación, provocando intususcepción en dicho segmento del colon. Concluye que se trata de una invaginación intestinal a partir de un lipoma pediculado (figs. 2 y 3). El examen histopatológico de las biopsias tomadas informó tejido de granulación con lecho de úlcera, no pudiendo realizar un diagnóstico definitivo.

Dado el cuadro clínico persistente se programó cirugía laparoscópica realizándose una hemicolectomía derecha laparoscópica y el estudio anatómo-patológico por diferido de la pieza confirmó el diagnóstico de lipoma gigante submucoso de colon de 5 x 4 cm con erosión de la mucosa, edema y congestión (fig. 4).

## DISCUSIÓN

La entidad conocida como intususcepción fue reporta-

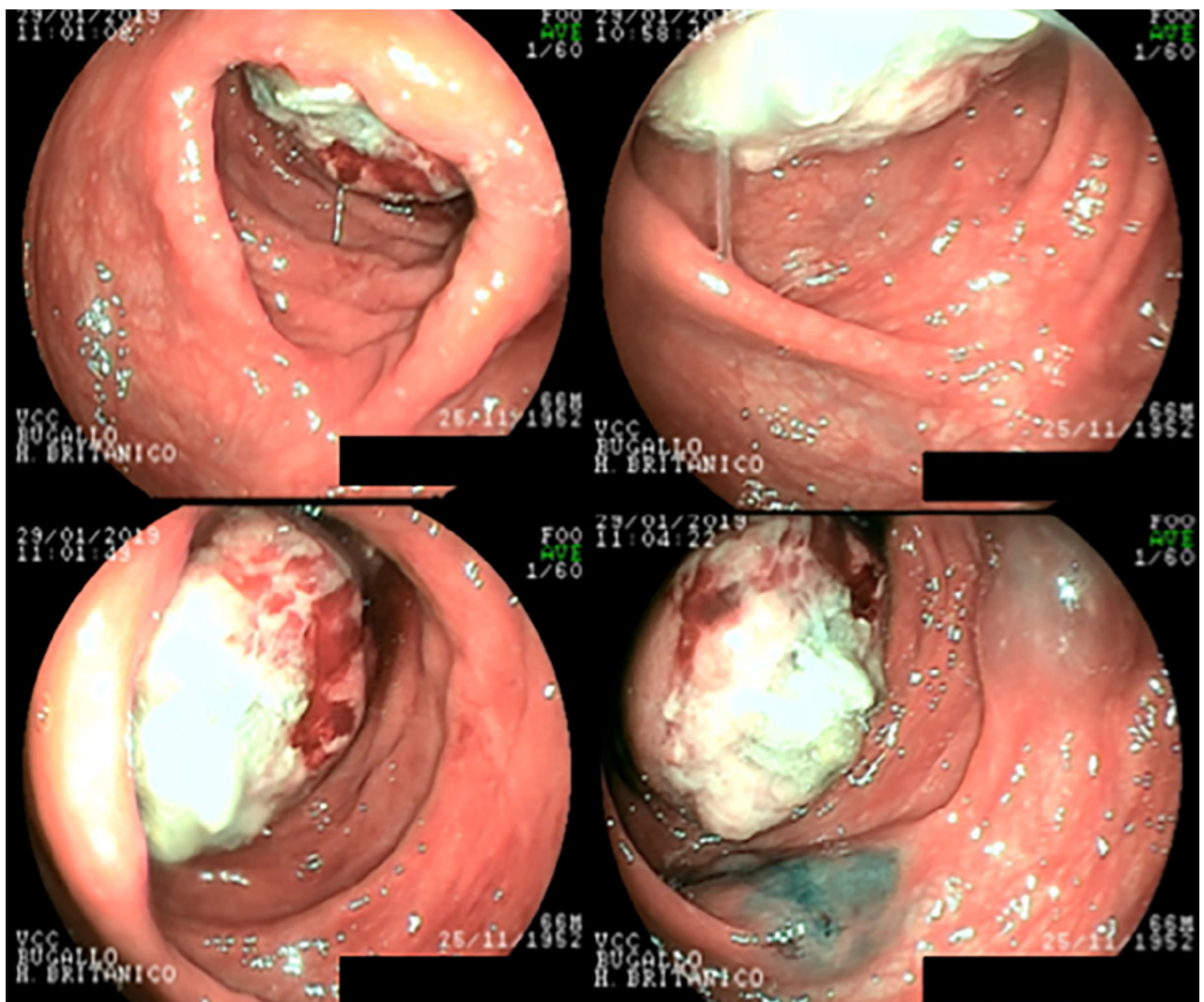


Figura 1: Videocolonoscopia.

da por primera vez en 1674 por Barbette. En 1789, John Hunter, describió 3 pacientes bajo el término "intususcepción", mientras que Sir Jonathan Hutchinson describió la reducción de dicho proceso en 1781.<sup>3</sup>

La condición que caracteriza a la intususcepción es la invaginación de un asa proximal del intestino (denominada intussusceptum) en un asa distal del intestino (conocida como intussuscipiens), similar a como las partes de un telescopio plegable se deslizan unas sobre otras.

Esto da lugar a una apariencia de "intestino dentro del intestino" que puede ser reconocido en estudios de imágenes (graf. 1). El proceso de invaginación tracciona de la grasa mesentérica y los vasos hacia el plano entre el Intussusceptum e intussuscipiens, resultando en congestión vascular, isquemia intestinal y perforación en escenarios severos.<sup>4</sup>

Los mecanismos posibles propuestos para explicar esta situación son:<sup>4</sup>

- a. un tumor puede actuar como un cuerpo extraño que provoca peristalsis violenta, por lo que la parte central del intestino contraída se mueve fácilmente ha-

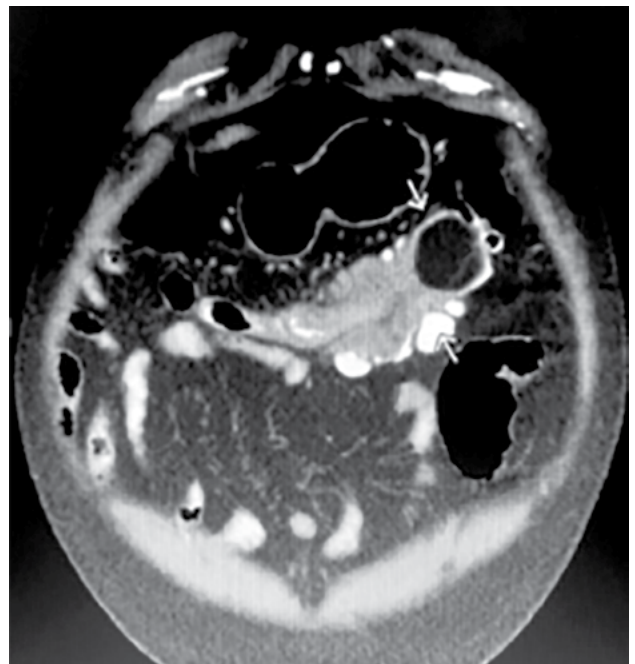


Figura 2: TC de abdomen (corte coronal).

- cia la parte distal dilatada;
- b. la intususcepción puede deberse a alteración de la función muscular causada por un tumor o parálisis intestinal;
  - c. un tumor puede ser agarrado y traccionado hacia adelante.

Los lipomas colónicos son tumores no-epiteliales benignos infrecuentes que se originan de la capa submucosa. Predominan en sexo femenino (recientemente algunos autores reportan que no hay predominancia en ningún sexo)<sup>10</sup> y más frecuentemente en ciego y colon ascendente.<sup>5</sup> Son en su mayoría pequeños y usualmente encontrados durante endoscopías de rutina o autopsias. Infrecuentemente son pediculados o acompañados de mucosa suprayacente ulcerada o necrótica.<sup>1,2</sup>

Son generalmente chicos, asintomáticos, pero en virtud a su tamaño pueden ser causa de anemia, dolor abdominal, constipación, sangrado, diarrea o invaginación intestinal.<sup>5-7</sup> Esta última, en la población adulta —a diferencia de la población pediátrica— típicamente presenta síntomas inespecíficos como dolor abdominal crónico intermitente, cuadros suboclusivos o sangrado.<sup>5</sup> Raramente se presenta con la típica triada de dolor abdominal, masa palpable y proctorragia.<sup>1-10</sup>

Se consideran gigantes cuando el tamaño es mayor de 5 cm y son sintomáticos en el 75% de los casos. En estos pacientes, la sintomatología es crónica y con empeoramiento progresivo, debido a su lento crecimiento pudiendo evolucionar a la oclusión total del intestino.<sup>5</sup>

El diagnóstico pre-operatorio puede ser dificultoso. Las radiografías con enemas baritadas pueden revelar defectos de relleno; sin embargo, estos hallazgos no son específicos. La tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis es el estudio de elección para la evaluación del paciente adulto con sospecha de intususcepción, con una sensibilidad de 71.4% al 87.5% y especificidad en adultos del 100%.<sup>1</sup> La lesión en diana es un signo patognomónico de la TC, que corresponde a una masa de tejido blando intraluminal con densidad grasa periférica debido al mesenterio invaginado. Es un signo precoz y demuestra obstrucción incompleta. En la TC, el lipoma de colon se visualiza como una masa esférica u ovoide, homogénea, de bordes lisos y con densidad grasa (−40 a −120 Unidades de Hounsfield).<sup>1</sup>

La videocolonoscopia es útil para realizar el diagnóstico diferencial con adenocarcinoma de colon u otras neoplasias. A la observación directa se presenta generalmente como una lesión amarillenta, lisa y redonda que se insinúa desde la submucosa sin cambios a nivel mucoso. Pero ciertamente el diagnóstico puede ser difícil en algunas circunstancias (mucosa ulcerada o necrótica).<sup>2</sup>

En lipomas chicos — generalmente asintomáticos—, el

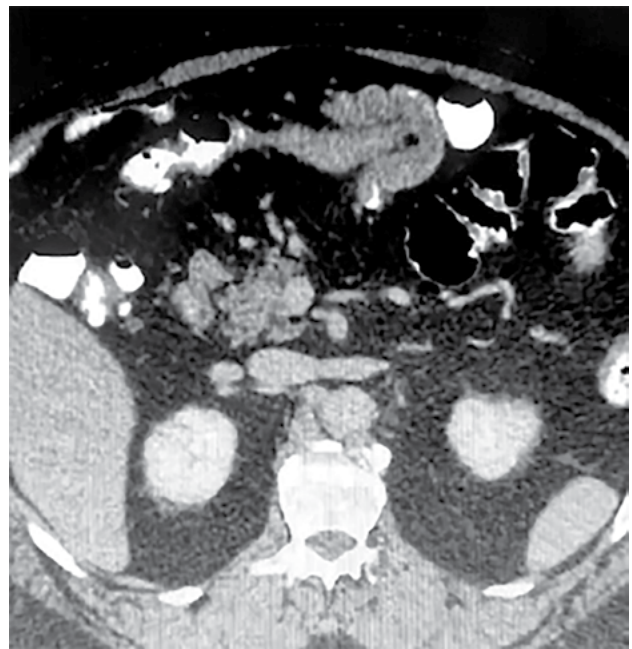


Figura 3: TC de abdomen donde se observa invaginación colo-colónica.

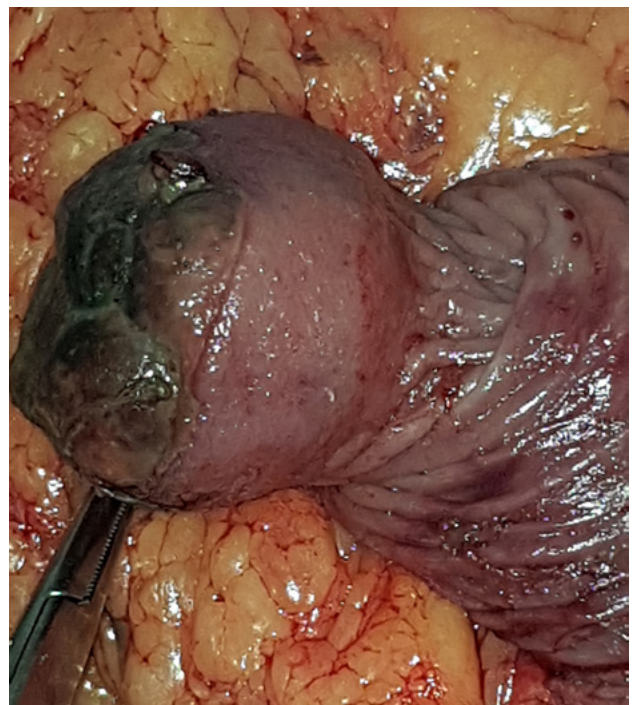


Figura 4: Pieza quirúrgica donde se observa lipoma colónico.

manejo es conservador siendo baja la posibilidad de malignización. Por otro lado, lipomas de mayor tamaño pueden acompañarse de síntomas y cambios mucosos como úlceras (que pueden secundariamente sangrar) o congestión vascular que hagan dificultoso el diagnóstico diferencial con otras entidades (adenomas o tumores malignos). En estas circunstancias, y teniendo en cuenta que la principal causa de invaginación colónica en el adulto son tumores malignos, se recomienda se resección.<sup>7-10</sup> De hecho algunos autores recomiendan esta conducta en todo

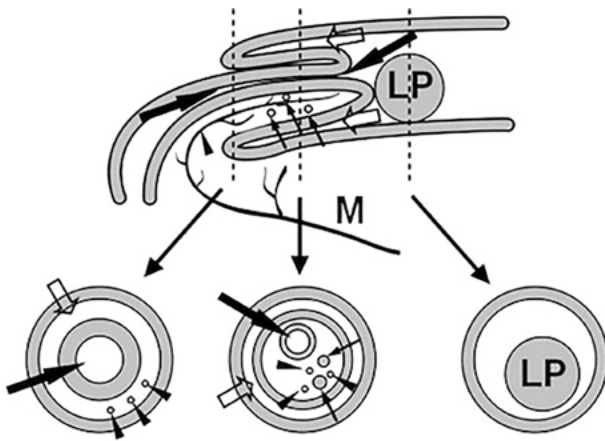


Gráfico 1: Esquema representativo de la invaginación 3. Imagen longitudinal y axial en las que las flechas sólidas negras representan la pared del asa invaginada y las flechas huecas la pared del asa adyacente, las cabezas de flecha son los vasos mesentéricos y las flechas negras finas corresponden a ganglios. La M se refiere al mesenterio y la LP al punto guía o "lead point".

lipoma colónico cuyo tamaño sea mayor a 2 cm.<sup>2-6</sup>

Las opciones terapéuticas son variadas e incluyen procedimientos endoscópicos o quirúrgicos.

La resección endoscópica se recomienda para lesiones menores de 2 cm o pediculadas con tallo fino, dado que el índice de complicaciones reportado es francamente bajo. Para lesiones sésiles o de base ancha se cuestiona este procedimiento, dado que el tejido graso es tejido conductor ineficiente y esto aumentaría el riesgo de sangrado y perforación.<sup>2-7</sup> Existen reportes de casos de resección mediante disección submucosa endoscópica (ESD) de lipomas grandes y sintomáticos,<sup>7</sup> aunque estos autores recomiendan el tratamiento quirúrgico en lipomas de base ancha, diagnóstico pre-operatorio incierto, intususcepción u oclusión colónica. Es el procedimiento (ESD) que mayores riesgos conlleva y aún no hay consenso estableci-

do acerca de las indicaciones y contraindicaciones de este procedimiento en lipomas colónicos grandes.<sup>7</sup>

El lipoma del caso presentado fue encontrado próximo al ángulo hepático del colon sin intususcepción asociada. Luego se evidenció en TAC de abdomen la intususcepción en colon transverso proximal secundario a lipoma hallado previamente. Es probable que durante el estudio endoscópico se haya producido una reducción espontánea y que simplemente la propia peristalsis colónica generara repetidos cuadros de intususcepción causando los dolores abdominales crónicos e intermitentes referidos por el paciente. Por este motivo y en conjunto con su tamaño –y características endoscópicas– e imposibilidad de hacer un seguro diagnóstico diferencial ante biopsias no concluyentes, se tomó la decisión de realizar la resección quirúrgica laparoscópica; y por las que no se consideró una resección endoscópica (pese al diagnóstico por tomografía en el preoperatorio). Hay pocos reportes en la literatura de esta entidad ocasionada por lipomas gigante mediante resolución laparoscópica. Recomendamos este abordaje dado los beneficios de la técnica.<sup>11</sup> Cabe destacar que, durante la resección quirúrgica, no se recomienda la reducción del segmento intususceptado debido al riesgo teórico de diseminación de células malignas.<sup>2-6</sup>

## CONCLUSIÓN

La intususcepción colo-colónica es una entidad infrecuente en la población adulta y los lipomas colónicos son rara vez la causa de la misma. Su presentación clínica es variada e inespecífica. El tratamiento quirúrgico es la conducta adecuada en pacientes sintomáticos y/o cuando no se puede descartar con certeza patología maligna asociada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Mouaqit O, Hasnani H, Chbani L, Oussaden A, Maazaz K, Amarti A, Taleb KA. Pedunculated lipoma causing colo-colonic intussusception: a rare case report. *BMC Surgery* 2013; 13:51.
- Atmatzidis S, Chatzimavroudis G, Patsas A, Papaziogas B, Kapoulas S, Kalaitzis S, Ananiadis A, Makris J, Atmatzidis K. Pedunculated cecal lipoma causing colo-colonic intussusception: A Rare Case Report. *Case Reports in Surgery* Volume 2012, Article ID 279213.
- Hirota Honjo, Makio Mike, Hiroshi Kusanagi, Nobuyasu Kano. Adult Intussusception: A Retrospective Review. *World J Surg* (2015) 39:134–138.
- Low H M, Chinchure D. *Clinics in diagnostic imaging* Singapore Med J 2016; 57(12): 664–668.
- M'rabet S, Salah Jarrar M, Akkari I, Abdelkader AB, Sriha B, Hamila F, Letaief R. Colonic intussusception caused by a sigmoidal lipoma: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 50 (2018) 1–4.
- N. Howard, N. Pranesh, P. Carter. Colo-colonic intussusception secondary to a lipoma. *International Journal of Surgery Case Reports* 3 (2012) 52–54.
- JM. Lee, JH. Kim, M. Kim, JH. Kim, YB. Lee, JH. Lee, CW. Lim. Endoscopic submucosal dissection of a large colonic lipoma: Report of two cases. *World J Gastroenterol.* 2015 Mar 14;21(10):3127–31.
- Wang N, Cui X, Liu Y, Long J, Xu Y, Guo R, Guo K. Adult intussusception: A retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol* 2009;15:3303–3308.
- Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum in adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008;(November):444–7.
- Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg* 2017; 30:30–39.
- Mario Salomón, Sergio Larach, Philip F. Caushaj. *Cirugía Colorrectal Laparoscópica*. 2000. Capítulo 2, pag 27–41. LARA producciones editoriales.

## COMENTARIO

El Dr. Nardi y colaboradores publican un interesante caso sobre una patología poco frecuente como la invaginación colónica ocasionada por un lipoma.

---

La intususcepción que se desarrolla en ausencia de una lesión como “punto de partida” es conocida como primaria o idiopática, y en las secundarias, se puede identificar un punto de partida.

La intususcepción primaria ocurre por lo general en niños comprometiendo más frecuentemente el intestino delgado; en adultos, la etiología puede ser identificada en más del 90% de los casos, siendo el lipoma en colon una de las causas menos frecuentes. Los lipomas colónicos suelen presentarse como solitarios, sésiles o pediculados, y la obstrucción colónica que puedan provocar esta relacionada con su diámetro. La cirugía es una conducta adecuada y más aún cuando no se puede descartar malignidad.

Rubén Miravalle

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología de la Ciudad de Buenos Aires. C.A.B.A., Buenos Aires.