

# PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE

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

**1. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 60 años, sin antecedentes, que ingresa por guardia por oclusión intestinal secundaria a tumor de ángulo esplénico (sin secundarismo). Se encuentra hemodinámicamente compensada, GB: 14.000 células/mm<sup>3</sup>, Hto: 36, Hb: 9 g/dL. Es evaluada por el cirujano general de guardia y la mejor opción en tales condiciones sería:**

- a) Colectomía subtotal + ileodescendente anastomosis.
- b) Colostomía transversa en asa y luego optimización para cirugía programada
- c) No tiene indicación quirúrgica de urgencia, debe realizar neoadyuvancia.
- d) Colectomía segmentaria de ángulo esplénico con anastomosis primaria.

*Autora: Dra. Sasha Reiderman. Residencia de Coloproctología. Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina.*

**2. Marcar la correcta con respecto al prurito anal:**

- a) Se presenta con una incidencia del 1 al 5% en la población general. Las mujeres se afectan en relación 4:1 en comparación con los hombres, a predominio de 2da y 3era década de la vida.
- b) Las formas idiopáticas ocurren entre el 50% y el 90% de los casos, siendo la secundaria poco frecuente.
- c) El tratamiento de la forma idiopático es poco efectivo, debiendo cortar el ciclo prurito, rascado y escoriaciones.
- d) En aquellos pacientes donde la estrategia de manejo habitual no es efectiva después de 1 a 2 semanas, se debe iniciar el estudio del paciente a fin de descartar las potenciales causas de prurito anal secundario.

*Autores: Mariela Cedermas y Pablo Arbios. Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina.*

**3. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la hemorroidectomía de Whitehead?**

- a) Incontinencia, urgencia evacuatoria
- b) Recidiva de patología hemorroidal, prolapso
- c) Fístula rectovaginal
- d) Ectropion y estenosis

*Autora: Dra. Sasha Reiderman. Residencia de Coloproctología. Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina.*

**4. Son criterios para realizar una resección local transanal, excepto:**

- 1) Sm1 de bajo grado histológico, lesión menor a 3 cm, exofítica, a 6 cm del margen anal.
- 2) Ausencia de invasión linfática o vascular.
- 3) Sin evidencia de compromiso ganglionar.
- 4) Sm3 de bajo grado histológico, lesión menor a 3 cm, exofítica, a 6 cm del margen anal.

*Autores: Mariela Cedermas y Pablo Arbios. Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina.*

**5. Según las Guías de la Sociedad de Neoplasia Anal (Int. J. Cancer. 2024; 1: 1–9), los siguientes grupos deben realizar pesquisa por tener un riesgo 10 veces superior al de la población general de desarrollar cáncer anal. ¿Cuál de ellos es el que presenta el MAYOR riesgo de cáncer anal?**

- a) HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y MT (mujeres transgénero) sin HIV
- b) HSH con HIV
- c) Mujeres con HIV
- d) Mujeres con antecedente de HSIL o cáncer de vulva
- e) Personas con trasplante de órganos sólidos

*Autora: Dra. Laura Svidler López. Docente Adscripta de Cirugía, UBA. Jefa de Unidad Cirugía. Subdirectora de la Carrera de Especialista en Coloproctología de la UBA. Hospital Juan A. Fernández.*

**6. Una mujer de 22 años consulta por proctorragia y mucorrea de 2 años de evolución. Al interrogatorio manifiesta dolor anal, sensación de recto ocupado y dificultad para expulsar las heces que en a veces requiere digitación anal. Refiere haber tenido ocasionalmente coito anal sin protección. Es HIV negativa. La rectosigmoideoscopia rígida muestra una úlcera de 3 cm con fondo fibrinoso y bordes congestivos, en la cara anterior del recto a 8 cm del margen anal. ¿Cuál es su primer diagnóstico presuntivo?**

- a) Colitis ulcerosa
- b) Adenocarcinoma ulcerado
- c) Síndrome de úlcera solitaria del recto
- d) Úlcera herpética
- e) Úlcera sifilítica

*Autora: Dra. Rita L. O. Pastore. Prof. Adjunta de Cirugía, UBA. Prof. Asociada de Cirugía, Universidad Favaloro. Directora de la Carrera de Especialista en Coloproctología de la UBA. Hospital Juan A. Fernández.*