

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. Mujer de 37 años con antecedente esfinterotomía lateral interna hace 5 años, consulta por proctalgia intensa postevacuatoria asociada a proctorragia escasa de 5 meses de evolución. Refiere catarsis forme, dieta rica en fibra y líquidos, realizó tratamiento con Nitroglicerina tópica durante 3 meses. En el examen físico se constata fisura anal posterior con bordes labiados + papila centinela, en hora 3 se observa cicatriz de esfinterotomía previa.

- a) Por el tiempo de evolución y la falta de respuesta al tratamiento médico indico nueva esfinterotomía en hora 9.
- b) Refuerzo medidas higiénico-dietéticas, agrego nuevo ciclo de nitritos, cito al mes y si no hay respuesta nueva esfinterotomía.
- c) Refuerzo medidas higiénico-dietéticas, solicito ECO endorectal, manometría y según resultados cirugía vs toxina botulínica.
- d) Solicito colonoscopia + biopsia y realizo un colgajo de avance

Autor: Dr. Emiliano Montí, Coloproctología, Sanatorio San Carlos, Bariloche

2. Mujer de 58 años, antecedente de adenocarcinoma de recto inferior tratado hace 3 años con quimiorradioterapia neoadyuvante (50,4 Gy) y resección abdominoperineal. Por viaje, no se realizó los controles oncológicos por un año. Consulta por dolor pélvico en aumento de varios meses de evolución. Los estudios por imágenes muestran una recurrencia local del cáncer de recto (RLCR) sin metástasis a distancia. El equipo multidisciplinario considera que es potencialmente resecable, aunque con alta probabilidad de márgenes ajustados. Se evalúa la posibilidad de tratamiento preoperatorio para mejorar las chances de resección R0. ¿Cuál de las siguientes opciones es la estrategia más adecuada para el manejo preoperatorio en este contexto?

- a) Re-irradiación con dosis entre 2,5 y 4,5 Gy por fracción, evaluando la tolerancia de los tejidos previamente irradiados
- b) Radioterapia externa convencional a 50,4 Gy con quimioterapia concurrente
- c) Radioterapia intraoperatoria exclusiva sin resección quirúrgica posterior
- d) Quimioterapia sistémica exclusiva con esquema FOLFOX

Autora: Dra. Nadia Celeste Peralta, esp. en coloproctología, Hospital Zonal Alvear, Comodoro Rivadavia, Chubut.

3. Paciente de 55 años obeso, diabético tipo II, presenta una lesión ulcerada de 3 cm de diámetro, ubicada a 2 cm del margen anal. La biopsia informa carcinoma escamoso. La resonancia magnética de pelvis de alta resolución informa un tumor con estadificación T3N1M0. Según las guías actuales, ¿cuál sería el tratamiento inicial?

- a) Resección abdominoperineal con linfadenectomía inguinal
- b) Quimiorradioterapia con 5-FU y mitomicina C.

- c) TAMIS seguido quimiorradioterapia.
- d) Quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía.

Autor: Dr. Federico Bianco, especialista en coloproctología, Hospital Militar Central y Hospital Higa. Eva Perón de San Martín.

4. Paciente de 65 años operado de adenocarcinoma de colon descendente estadio II. La colonoscopia preoperatoria fue completa y sin lesiones sincrónicas. ¿Cuándo debe realizarse la primer videocolonoscopia de control?

- a) A los 6 meses
- b) Al año
- c) A los 3 años
- d) A los 5 años

Autora: Dra. Ayelén Caballero Rueda, especialista en coloproctología, Hospital Italiano de Bahía Blanca.

5. Mujer de 65 años con incontinencia fecal postparto por lesión de esfínter externo diagnosticada por ecografía endoanal. ¿Cuál es la cirugía de elección si el defecto es de 120°?

- a) Esfinteroplastia primaria con superposición
- b) Neuromodulación sacra
- c) Biofeedback
- d) Colgajo de avance

Autor: Dr. Emiliano Agüero, especialista en coloproctología, Sanatorio Allende, Córdoba.

6. Mujer de 68 años, antecedentes de constipación crónica y partos vaginales, consulta por masa que protruye a través del ano durante la defecación y que reduce manualmente. Refiere sangrado escaso y mucorra. Al examen, se observa un prolapso circunferencial de toda la pared rectal, sin signos de isquemia. Manometría anorrectal: presión de reposo disminuida, contracción voluntaria levemente reducida. La paciente presenta buen estado general (ASA II) y desea una solución definitiva con mínima probabilidad de recidiva.

¿Cuál es la opción quirúrgica más adecuada?

- a) Procedimiento de Delorme por vía perineal
- b) Rectopexia ventral laparoscópica de D'Hoore
- c) Operación de Thiersch
- d) Rectosigmoidectomía perineal de Altemeier

Autor: Dr. Lucas Matías Tomatis, fellow de coloproctología, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández