

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. Paciente femenina de 68 años, sin antecedentes de relevancia, que consulta por proctorragia de reciente aparición. Al examen físico, mediante tacto rectal con manobra de pujo, se palpa en cara posterior una lesión polipoidea, ulcerada en su centro y móvil, de 3,5 cm de diámetro y a 8 cm del margen anal. La videocolonoscopia confirma el hallazgo de la lesión situada en recto medio sin otras lesiones sincrónicas. La biopsia informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis descarta metástasis a distancia, mientras que la ecografía endorrectal muestra una lesión de 4 cm que compromete la mucosa en todo su espesor con adenopatías homogéneas de 7 mm (uT1 N0), y la resonancia magnética de alta resolución evidencia una lesión de 3,5 cm a 9 cm del margen anal y a 5 cm del anillo anorrectal, con invasión de la capa muscular propia superficial y ganglios perirrectales de 6 mm sin criterios de sospecha (mrT2 N0).

En estas circunstancias, ¿cuál es la conducta terapéutica indicada?:

- ☐ a. Neoadyuvancia y posterior reestadificación para evaluar respuesta clínica completa y eventual protocolo Watch and Wait.
- ☐ b. Neoadyuvancia y posterior reestadificación para definir Watch and Wait o resección anterior de recto con anastomosis coloanal.
- ☐ c. Resección anterior de recto, por tratarse de un estadio T2 con riesgo de compromiso ganglionar.
- ☐ d. Resección local endoluminal de la lesión y evaluación anatomopatológica definitiva para determinar la conducta posterior.

Autores: Dr. Guillermo García Gazzotto, Dra. Yessica Zavaleta y Dr. Luis Echevarría Argota, Sanatorio Trinidad Quilmes.

2. La regla de los 12 ganglios linfáticos rescatados en la cirugía por cáncer de colon, establecida como estándar de calidad para una adecuada estadificación ganglionar, cumple con cuál de las siguientes afirmaciones:

- ☐ a. Representa exclusivamente el número de ganglios positivos hallados por el patólogo en el estudio anatomopatológico.
- ☐ b. Depende directamente de la longitud de la pieza quirúrgica y afirma que al resecar 12 o más ganglios la probabilidad de omitir adenopatías metastásicas es altamente improbable.
- ☐ c. Es una regla variable cuya exigencia numérica depende únicamente de la localización anatómica del tumor.
- ☐ d. Es válida únicamente si se realizó una resección oncológica adecuada que incluya la ligadura vascular alta en el origen de los vasos correspondientes.

Autores: Dr. Guillermo García Gazzotto, Dra. Yessica Zavaleta y Dr. Luis Echevarría Argota, Sanatorio Trinidad Quilmes.

3. Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, reemplazo total de cadera bilateral y carcinoma escamoso de amígdala tratado en 2024 mediante cirugía y quimiorradioterapia adyuvante, consulta por proctorragia de 2 meses de evolución. Al examen físico proctológico, en región posterior izquierda supraanal, se palpa una lesión polipoidea sésil de aproximadamente 2,5 cm, fija y de consistencia heterogénea (zonas induradas y blandas). La videocolonoscopia (VCC) identifica en recto bajo una masa vegetante e infiltrante de ~40 mm, dura, friable y de fácil sangrado al contacto, cuya biopsia endoscópica confirma el diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado. El resto del colon no muestra otras lesiones en el estudio endoscópico.

Con los datos disponibles hasta este punto (antecedente oncológico previo, hallazgos del examen físico y de la VCC con biopsia confirmatoria de adenocarcinoma), ¿qué estudios complementarios corresponde solicitar a continuación para completar la estadificación de esta paciente?

- ☐ a. Únicamente tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste, ya que es suficiente para definir el estadio locorregional y a distancia.
- ☐ b. Colonoscopia virtual (colono-TC) para confirmar el hallazgo endoscópico, sin necesidad de otros estudios.
- ☐ c. Resonancia magnética (RM) de recto de alta resolución ± ecografía endorrectal (estadificación locorregional T y N), tomografía de tórax-abdomen-pelvis (descarte de enfermedad a distancia) y dosaje de marcadores tumorales (CEA).
- ☐ d. PET-TC de cuerpo entero como único estudio, dado que integra estadificación local y a distancia en una sola prueba.
- ☐ e. Repetir la biopsia endoscópica con mayor número de tomas antes de solicitar cualquier estudio de imágenes.

Autores: Dra. Kruzliak Magalí, Dra. Gorreta Flavia; Fellows Coloproctología Hospital Militar Central y Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich.

4. Continuando con el caso, RM evidencia en la cara posterolateral izquierda de la ampolla rectal (H3-H6) una formación nodular sólida y pediculada de 30 x 27 x 17 mm, originada a 3 cm del margen anal y con extensión transmural de 5 mm, sin compromiso de los músculos elevadores del ano ni de las fosas isquiorrectales e inguinales, aunque con artificios que impiden valorar adecuadamente los ganglios mesorrectales (mrT1 Nx Mx). Por su parte, la ecografía endorrectal de 360° identifica en el cuadrante posterolateral izquierdo de recto inferior, entre los 4 y 7 cm del margen anal, una imagen polipoidea limitada a la mucosa y submucosa profunda sin invasión de la capa muscular propia ni adenopatías sospechosas (uT1 profunda, uN0). Los marcadores tumorales resultan normales y la TC no muestra evidencia de enfermedad a distancia.

Teniendo en cuenta los resultados de la estadificación loco-regional y considerando el perfil de la paciente, ¿Qué propuesta terapéutica realizaría su servicio ante la presentación del caso en comité multidisciplinario de su hospital?

- ☐ a. Neoadyuvancia con quimiorradioterapia seguida de amputación abdominoperineal (operación de Miles).
- ☐ b. Cirugía radical con escisión total de mesorrecto (ETM) por vía anterior baja, sin tratamiento neoadyuvante.
- ☐ c. Resección transanal (escisión local completa) como abordaje diagnóstico-terapéutico inicial, con evaluación multidisciplinaria posterior según anatomía patológica definitiva.
- ☐ d. Quimiorradioterapia con intención de Watch and Wait, sin resección tisular.
- ☐ e. Polipectomía endoscópica ambulatoria, dado que la lesión es pediculada y accesible por vía endoscópica.

Autores: Dra. Kruzliak Magalí, Dra. Gorreta Flavia; *Fellows Coloproctología Hospital Militar Central y Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich.*

5. Una mujer de 64 años asintomática acude a control tras realizarse una colonoscopia electiva con polipectomía sésil de 8 mm en el colon sigmoides. Durante el procedimiento de 4 horas antes, no se evidenció sangrado ni perforación evidente. Al momento de la evaluación en la unidad de recuperación, refiere dolor leve y localizado en la fosa ilíaca izquierda. Sus signos vitales son: tensión arterial de 125/75 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 lpm, temperatura axilar de 36.8 °C y saturación de O₂ de 98% a aire ambiente. Al examen físico, el abdomen es blando, depresible, con molestia leve a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda, sin defensa muscular ni signo de reacción peritoneal. El laboratorio muestra leucocitos de 9.200/mm³ con fórmula normal. Se realiza una TC de abdomen y pelvis con contraste oral e intravenoso que revela una pequeña burbuja de gas extraluminal (3 mm) adyacente a la pared del sigmoides distal, sin líquido libre peritoneal ni aire libre subdiafragmático ni extravasación del contraste. ¿Cuál es la conducta terapéutica de elección?

- ☐ a. Laparoscopia de urgencia para lavado peritoneal y sutura primaria con cierre del defecto.
- ☐ b. Reevaluación mediante colonoscopia inmediata para colocación de clips endoscópicos (TTS) en el sitio de perforación.
- ☐ c. Laparotomía exploradora inmediata con resección del segmento afectado y operación de Hartmann.
- ☐ d. Manejo conservador con reposo digestivo, hidratación endovenosa y antibioticoterapia de amplio espectro.

Autores: Dr. Martín Álvarez Vidal, Dr. Augusto Pellegrino, Dra. Julia Vidaurreta, *Hospital Universitario Fundación Favaloro.*

6. Varón HSH + de 32 años consulta por proctalgia, tenesmo, urgencia defecatoria y secreción mucopurulenta de 7 días de evolución, asociada a episodios de proctorragia terminal escasa. Al tacto rectal se percibe una mucosa de aspecto granular, objetivándose en el dedo de guante restos de secreción hemopurulenta, mientras que la anoscopia evidencia eritema y friabilidad de la mucosa rectal con áreas de microhemorragia al contacto.

¿Cuál de las siguientes conductas es la MÁS adecuada?

- a. Solicitar VCC para descartar enfermedad inflamatoria intestinal y diferir el tratamiento hasta obtener el resultado histológico.
- b. Solicitar VCC y comenzar mesalazina 4 g/día V.O. y supositorios con sospecha de proctocolitis ulcerosa.
- c. Realizar hisopado rectal para ITS, solicitar serologías para sífilis, VIH y hepatitis virales e iniciar tratamiento ATB empírico con sospecha de proctitis infecciosa mientras se esperan los resultados.
- d. Indicar tratamiento empírico con metronidazol y ciprofloxacina, con sospecha de proctocolitis de origen bacteriano gastrointestinal.

Autores: Dr. Franco Giuliano, *especialista en coloproctología, Hospital F. J. Muñiz y HZGA N López de Lanus.*