



Revista Argentina de **COLOPROCTOLOGÍA**

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA DE
COLOPROCTOLOGÍA

ISSN 2683-7846 · SEPTIEMBRE 2025

VOLUMEN **36/3** NÚMERO



SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA 2023-2025

Presidente	Fernando Bugallo
Vicepresidente	Marcelo Colinas
Tesorero	Karina Collia Ávila
Secretario General	Guillermo Tinghitella
Secretaria de Actas	Cristian Rodríguez
Vocal titular 1°	Romina Bianchi
Vocal titular 2°	Gerardo Martín Rodríguez
Vocal titular 3°	Laura Svidler López
Vocal suplente 1°	Mariela Cedermas
Vocal suplente 2°	Mariano Laporte
Vocal suplente 3°	Juan Mariano Ganduglia

AUTORIDADES REVISTA SACP

1987-1994	Roberto A. Garriz, <i>Director</i> / Jorge A. Hequera, <i>Secretario de Redacción</i>
1995-2003	Marcelo A. Fraise, <i>Director</i> / Jorge A. Hequera, <i>Editor Jefe</i>
2004-2005	Jorge A. Rodríguez Martín, <i>Editor</i> / Alfredo Graziano, <i>Co Editor</i>
2006	Rita L.O. Pastore, <i>Editora</i> / Jorge A. Latif, <i>Gerente Editorial</i>
2007	Rita L.O. Pastore, <i>Editora</i> / Sandra Lencinas, <i>Co Editora</i>
2008-2009	Sandra Lencinas, <i>Editora</i> / Jorge A. Latif, <i>Gerente Editorial</i>
2010-2015	Hugo Amarillo, <i>Editor</i> / Alejandro Canelas, <i>Director de Publicaciones</i>
2016-2017	Guillermo Rosato, <i>Editor</i> / Alejandro Canelas, <i>Director de Publicaciones</i>
2018-2019	Nestor Marchetti, <i>Editor</i> / Mariano Laporte, <i>Director de Publicaciones</i>
2020-2023	Hugo Amarillo, <i>Director</i> / Mariano Laporte, <i>Editor</i>
2024-Actualidad	Carlos Vaccaro, <i>Director</i> / Juan Pablo Campana, <i>Editor</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) CABA, 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



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

DIRECTOR

Carlos A. Vaccaro

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

EDITOR

Juan Pablo Campana

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

COMITÉ EDITOR

Coordinadora Científica:

Romina Bianchi

*Hospital Universitario Fundación Favaloro y
Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina*

Mariela Cedermas

Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

Comunicaciones Societarias y Redes Sociales:

Ayelén Caballero

Hospital Italiano, Bahía Blanca, Argentina

Lucas Matías Tomatis

Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina

Colaboradores Nacionales:

Hugo Amarillo

*Facultad de Medicina, Universidad Nacional
de Tucumán, Tucumán, Argentina*

Nicolás Avellaneda

CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Maximiliano Bun

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Alejandro Canelas

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Federico Carballo

Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

Mariano Laporte

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Fabio Leiro

*Hospital Universitario Fundación Favaloro,
Buenos Aires, Argentina*

Carlos Miguel Lumi

*Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires,
Argentina*

Ángel Minetti

*Sanatorio Trinidad de Quilmes, Buenos Aires,
Argentina*

Guillermo Ojea Quintana

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Juan Carlos Patrón Uriburu

Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

Guillermo Rosato

Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina

Gustavo Rossi

Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Nicolás Rotholtz

Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Colaboradores Extranjeros:

Antonio Caycedo Marulanda,

Orlando Health, Florida, EEUU

Fernando de la Portilla,

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla,
España*

Adriana Della Valle,

*Hospital Central de las Fuerzas Armadas,
Montevideo, Uruguay*

Salomone Di Saverio,

*Hospital Madonna del Soccorso, San Benedetto
del Tronto, Italia*

Andrés Larach,

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Jorge Larach,

Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Francisco López-Kostner,

Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Patricio Lynn

*Milton S. Hershey Medical Center,
Pensilvania, EEUU*

Margarita Murphy,

Orlando Health, Florida, EEUU

Rodrigo Oliva Pérez,

Universidad de San Pablo, San Pablo, Brasil

David Ortega Checa,

Hospital Rebagliati, Lima, Perú

Felipe Quezada,

Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Benedito Rossi,

Hospital Sirio Libanés, San Pablo, Brasil

Marcelo Viola,

Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

Steven Wexner,

Cleveland Clinic, Florida, EEUU

Consultoría Editorial y Traducción:

Rita Pastore

*Hospital Fernández, Buenos Aires,
Argentina*

Secretaría Científica:

Nadia Peralta

*Hospital Zonal General Alvear y Clínica del Valle,
Comodoro Rivadavia, Argentina*

Francisco Vera

Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

Federico Bianco

Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

El objetivo de la Revista 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.



NOTA EDITORIAL

Nueva sección: “Perspectivas: Arte, Historia y Humanidades en Coloproctología”

La práctica médica, y en particular la coloproctología, no puede comprenderse únicamente desde la perspectiva científica. A lo largo de la historia, la enfermedad y la cirugía han estado íntimamente ligadas a la cultura, el arte y las humanidades. Los padecimientos que hoy tratamos formaron parte de la vida de grandes personalidades, inspiraron obras artísticas y, en muchos casos, contribuyeron a modificar la forma en que entendemos la salud y la enfermedad.

Con el fin de abrir un espacio de reflexión más amplio, la **Revista Argentina de Coloproctología** inaugura la sección **“Perspectivas: Arte, Historia y Humanidades en Coloproctología”**. Este nuevo apartado buscará rescatar episodios históricos,

biografías médicas, vínculos entre arte y enfermedad, y otras expresiones humanísticas que enriquezcan nuestra mirada como especialistas y como miembros de la sociedad.

El objetivo es complementar el rigor científico de nuestra revista con aportes que nos permitan recordar que detrás de cada diagnóstico hay una persona, una historia y un contexto cultural. Confiamos en que esta sección estimulará nuevas colaboraciones y aportará un matiz diferente a la lectura de cada número.

Comité Editorial

Revista Argentina de Coloproctología

SUMARIO

EDITORIAL

06. **Estado actual de la neuromodulación sacra en el tratamiento de la incontinencia anal**
Dr. Carlos Miguel Lumi, Dr. Omar Rubén Miravalle
-

ARTÍCULO ORIGINAL

08. **Impacto de la cuarentena más larga del mundo en el diagnóstico y estadio del cáncer colorrectal: Reporte de un hospital de referencia de Argentina**
Ayelén Caballero Rueda, Pedro Uad, Jimena Vicens, Juan Pablo Campana, Mariano Marcolongo, Carlos Alberto Vaccaro
13. **Validación de scores pronósticos de gangrena de Fournier**
Franco Troilo, Federico Carballo, Pablo Farina, Leonardo Dimasi
-

REPORTE DE CASO

19. **Pileflebitis como complicación de diverticulitis sigmoidea: reporte de dos casos y revisión de la literatura**
Esteban H. Fino, Leonardo S. Espíndola, Darío Ramallo, MAAC, Ignacio F. Ramallo, MAAC
22. **Ganglioneuromatosis intestinal: Manifestación de la neurofibromatosis tipo I**
Magalí Muthular, Jenny Bastidas, Oriana Comodo, Leandro Stawcowy, Federico Yazzi
25. **Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal**
Joaquín Vergara Sánchez, Valentín Garat, Hoffmann Boyle
-

VIDEO

28. **Colectomía segmentaria laparoscópica del ángulo esplénico con tres trócares**
Ana Inés Leone, Milagros Fabrissin, Belén Leis, Victoria Turesso, Mariano Laporte
 <https://youtu.be/zIFjLHlm2Co>
29. **Endometriosis profunda con compromiso rectal severo**
Joaquín Tognelli, Alberto Manuel Ustaroz
 <https://youtu.be/FjqlsMATGXl>
-

PERSPECTIVAS

31. **Cáncer colorrectal y compositores famosos**
Dr. Jorge Larach S.
-

34. **PREGUNTAS CON OPCIÓN MÚLTIPLE**
-

EDITORIAL

Estado actual de la neuromodulación sacra en el tratamiento de la incontinencia anal

Dr. Carlos Miguel Lumi, Dr. Omar Rubén Miravalle

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

La incontinencia anal es la incapacidad de diferir el acto evacuatorio, impidiendo el control voluntario del vaciado rectal. Es importante recalcar que es más correcto el término incontinencia anal que fecal, ya que la última no abarcaría la incontinencia de gases sino sólo la pérdida de materia fecal. Esta patología, que afecta severamente la calidad de vida y tiene una incidencia que oscila entre el 8-21%, con un subregistro considerable. Múltiples factores están relacionados con su etiología: obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, lesión nerviosa, injuria medular, trastornos mentales y alteraciones en la consistencia de la materia fecal.

En caso de que el paciente continúe con síntomas luego de los tratamientos iniciales, como dieta astringente, restricción hídrica, loperamida, amitriptilina, *biofeedback* o sesiones de kinesiología del piso pelviano, se abre un abanico de posibilidades de tratamientos que incluye: a) esfinteroplastias; b) tratamientos alternativos con sustancias de abultamiento anal, radiofrecuencia; c) colocación de dispositivos para evitar el vaciado involuntario del recto (esfínter anal artificial magnético, *vaginal bowel system*, *anal insert device*, *plug anal*); d) enemas retrógrados con dispositivos fabricados por la industria con tal fin, e) enemas anterógrados por cecostomía percutánea, f) estimulación eléctrica de las raíces sacras o del nervio tibial posterior; g) administración de células madre o plasma rico en plaquetas (PRP); h) derivación u ostomía. No es el objetivo de esta editorial abarcar las últimas novedades sobre cada tratamiento, sino realizar una reflexión sobre la actualidad del manejo de la incontinencia anal por medio de la neuromodulación sacra.

Es importante mencionar que existe heterogeneidad, tanto en la clasificación de la severidad como en la evaluación de los resultados de cualquier terapia de la incontinencia. Es complejo comparar estudios e interpretar sus resultados cuando los autores usan distintas clasificaciones y definiciones de éxito. Muchos consideran exitoso a un tratamiento que logra una mejora superior al 50%, lo cual puede subestimar la relevancia clínica de los síntomas residuales del paciente.

Si bien no existe un *gold standard* en el tratamiento de la incontinencia anal, es inevitable hacer mención a la neuromodulación sacra, ya que probablemente va camino a serlo, debido a los buenos resultados obtenidos en todo el mundo. Es

una terapéutica con más ventajas que desventajas, por lo que, en cierta forma, ocupa un lugar central en el tratamiento de estos pacientes, con una efectividad a corto, mediano y largo plazo que se acerca al 88%.¹⁻⁴ Posee cada vez menos contraindicaciones, gracias al desarrollo de nuevos dispositivos (cables y generadores) compatibles con la resonancia magnética. En nuestra experiencia personal, hemos colocado implantes de neuromoduladores sacros a más de 40 pacientes, obteniendo resultados muy favorables y alcanzando, en muchos casos, la continencia perfecta, incluso en aquellos pacientes con incontinencia de orina asociada. Hemos implantado neuroestimuladores a pacientes con etiologías menos frecuentes que el trauma obstétrico, tales como lesión medular, ano imperforado, síndrome de resección anterior baja (LARS)⁵⁻⁷ y esclerosis múltiple, patologías que suelen tener una predicción de éxito baja con el tratamiento. Sin embargo, en nuestra experiencia, se alcanzaron niveles de mejoría muy altos, con continencia casi perfecta en numerosos casos e incluso continencia completa en algunos pacientes. Cada vez surgen más indicaciones para esta técnica, con resultados muy favorables, como, por ejemplo, en pacientes con LARS.

El éxito del tratamiento no depende únicamente del dispositivo colocado, sino de una indicación precisa en el paciente adecuado y, sobre todo, de una correcta técnica quirúrgica. Es fundamental colocar el electrodo cuatripolar con la mayor precisión posible, asegurando su íntimo contacto con el nervio sacro S3 a lo largo de todo su trayecto.^{8,9} Esta destreza se adquiere con la experiencia, tras múltiples y sucesivos implantes, y con la capacitación profesional junto a referentes internacionales de España, Estados Unidos, Colombia, Puerto Rico, Brasil y Estrasburgo, Francia (IRCAD France). No recomendamos que un profesional sin experiencia realice un primer implante de este dispositivo sin la ayuda o guía de alguien experimentado en neuromodulación sacra, ya que de la correcta colocación depende el resultado del tratamiento. Sin dudas, el principal factor limitante es su costo, cuyo impacto económico es cada vez mayor en nuestro país. Si bien la neuromodulación sacra es una terapia atractiva y con resultados que entusiasman a quienes la practican, no compartimos la postura de algunos colegas que la indican en cualquier paciente, sin considerar la causa ni la severidad, incluso en casos

de incontinencia a gases. Varios autores demostraron que la neuromodulación sacra es también efectiva en pacientes con un defecto muscular que no ha sido reparado previamente, siendo los resultados similares a aquellos que se sometieron a una reconstrucción previa del esfínter. Este es otro punto a tener en cuenta, ya que, dadas las dificultades para obtener la aprobación del dispositivo por su alto costo en nuestro país, resulta poco factible implantarlo en pacientes con sección esfíntérica no reparada. En Argentina, la neuromodulación en este contexto es prácticamente inviable, pues los sistemas de salud, obras sociales y medicinas prepagas, suelen exigir que se hayan agotado previamente todas las alternativas terapéuticas antes de autorizar su cobertura.

Por todo lo anteriormente mencionado, consideramos que la neuromodulación sacra es, probablemente, el mejor tratamiento que se pueda ofrecer a nuestros pacientes. Sin embargo, aunque la neuromodulación llegó para quedarse, la esfinteroplastia no ha desaparecido, al menos en Argentina. Es necesario evaluar minuciosamente cada caso y no generalizar, ya que no todo es para todos.

REFERENCIAS

1. Lumi CM, Muñoz JP, Miravalle OR, et al. Neuromodulación. sacra. Resultados a largo plazo. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2016;46(2):82-94.
2. Bordeianou LG, Thorsen AJ, Keller DS, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(5):647-661.
3. Matzel KE, Stadelmaier U, Hohenfellner M, Gall FP. Electrical stimulation of sacral spinal nerves for treatment of faecal incontinence. *Lancet*. 1995;346(8983):1124-1127.
4. Matzel KE, Stadelmaier U, Hohenfellner M, Gall FP. Permanente Elektrostimulation der sacralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Neurostimulator zur Behandlung von Stuhlinkontinenz [Permanent electrostimulation of sacral spinal nerves with an implantable neurostimulator in treatment of fecal incontinence]. *Chirurg*. 1995;66(8):813-817.
5. Marinello F, Fraccalvieri D, Planellas P, et al. Sacral Neuromodulation in Patients With Low Anterior Resection Syndrome: The SANLARS Randomized Clinical Trial. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(3):435-447.
6. Ramage L, Qiu S, Kontovounisios C, Tekkis P, Rasheed S, Tan E. A systematic review of sacral nerve stimulation for low anterior resection syndrome. *Colorectal Dis*. 2015;17(9):762-771.
7. Ram E, Meyer R, Carter D, Gutman M, Rosin D, Horesh N. The efficacy of sacral neuromodulation in the treatment of low anterior resection syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2020;24(8):803-815.
8. Chew SS, Sundaraj R, Adams W. Sacral transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of idiopathic faecal incontinence. *Colorectal Dis*. 2011;13(5):567-571.
9. Thin NN, Horrocks EJ, Hotouras A, et al. Systematic review of the clinical effectiveness of neuromodulation in the treatment of faecal incontinence. *Br J Surg*. 2013;100(11):1430-1447.

Impacto de la cuarentena más larga del mundo en el diagnóstico y estadio del cáncer colorrectal: Reporte de un hospital de referencia de Argentina

Ayelén Caballero Rueda¹, Pedro Uad², Jimena Vicens³, Juan Pablo Campana⁴, Mariano Marcolongo⁵, Carlos Alberto Vaccaro⁶

Hospital Italiano de Buenos Aires

¹Fellow en Coloproctología

²Fellowship en Manejo Multidisciplinario de Cáncer Colorrectal

³Especialista en Anatomía Patológica, Especialista en Estadística para Ciencias de la Salud, Profesora Universitaria, Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

⁴Médico de planta del sector de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Magíster en Investigación Clínica

⁵Jefe del servicio de Gastroenterología. Profesor Universitario, Doctor en Medicina

⁶Médico de planta del sector de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Profesor Universitario, Doctor en Medicina

RESUMEN

Introducción: Durante la pandemia COVID-19 en Argentina se implementó una de las cuarentenas más largas, estrictas y acatadas del mundo. Su impacto en el diagnóstico y estadio del cáncer colorrectal (CCR) no ha sido reportado. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la pandemia en la implementación de la videocolonoscopia (VCC), el diagnóstico del CCR y el estadio tumoral al momento de la cirugía. **Diseño:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico de una cohorte de 175.000 afiliados del Hospital Italiano de Buenos Aires durante el periodo 2018–2022. **Material y Método:** Se incluyeron 29.357 pacientes que se realizaron una VCC por cualquier motivo. Se efectuaron comparaciones por periodos pre-pandemia (2018 y 2019), pandemia (2020) y post-pandemia (2021 y 2022). **Resultados:** La tasa global de VCC fue de 36 por 1.000 afiliados, durante la pandemia cayó a 19 (IC95% 18,2–19,5) un 54% menos que en 2019 ($p < 0,001$). Las VCC de rastreo, vigilancia y diagnósticas disminuyeron un 65%, 58% y 28%, respectivamente. El número absoluto de casos de adenocarcinoma diagnosticados durante el 2020 fue 41% menor al de 2019 (72 vs. 123), con una menor tasa de detección de adenocarcinoma por VCC (RR 0,58; $p = 0,003$). Aunque la proporción de metástasis a distancia se mantuvo estable, los pacientes operados en la post pandemia presentaron un mayor compromiso ganglionar locorregional ($p = 0,01$). **Conclusión:** La pandemia de Covid-19 impactó negativamente en la implementación de la videocolonoscopia, redujo la detección de cáncer colorrectal y se asoció a una mayor proporción de pacientes diagnosticados en estadios avanzados al momento de la cirugía.

Palabras clave: Covid-19, pandemia, cáncer colorrectal, VCC, cirugía

ABSTRACT

Introduction: One of the longest, strictest, and most widely observed quarantines in the world was implemented in Argentina during the COVID-19 pandemic. The impact of this quarantine on the diagnosis and staging of colorectal cancer (CRC) has not yet been reported. **Objective:** To evaluate the impact of the pandemic on colonoscopy implementation, CRC diagnosis, and tumor staging at the time of surgery. **Design:** Retrospective observational and analytical study of a cohort of 175,000 patients at the Hospital Italiano de Buenos Aires from 2018 to 2022. **Methods:** The study population included 29,357 patients who underwent colonoscopies for various reasons. A comparison was made between the pre-pandemic (2018 and 2019), pandemic (2020), and post-pandemic (2021 and 2022) periods. **Results:** The overall colonoscopy rate was 36 per 1,000 cohort members. During the pandemic, the rate fell to 19 (95% CI 18.2–19.5), which was 54% lower than in 2019 ($p < 0.001$). Screening, surveillance, and diagnostic colonoscopies decreased by 65%, 58%, and 28%, respectively. The absolute number of adenocarcinoma cases diagnosed in 2020 was 41% lower than in 2019 (72 vs. 123), and the adenocarcinoma detection rate per colonoscopy was lower (RR 0.58; $p = 0.003$). While the proportion of distant metastases remained stable, patients operated on post-pandemic exhibited greater loco-regional lymph node involvement ($p = 0.01$). **Conclusion:** The negative impact of the pandemic on the implementation of colonoscopy reduced the detection of CRC and was associated with a higher proportion of patients diagnosed in advanced stages at the time of surgery.

Keywords: COVID-19; Pandemic; Colorectal Cancer; Colonoscopy; Surgery.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias malignas más prevalentes en países occidentales, ubicándose en

segundo lugar detrás del cáncer de próstata en hombres y del cáncer de mama en mujeres.¹ La efectividad de la videocolonoscopia (VCC) para la detección precoz y reducción de la mortalidad ha sido ampliamente demostrada, por lo que

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Ayelén Caballero Rueda. ayelencaballerorueda@gmail.com
Recibido: 30-04-2025. Aprobado: 07-07-2025.

Ayelén Caballero Rueda: <https://orcid.org/0000-0003-0246-8830>; Pedro Uad: <https://orcid.org/0000-0002-5898-0799>; Jimena Vicens: <https://orcid.org/0000-0003-2978-7153>;
Juan Pablo Campana: <https://orcid.org/0000-0002-0420-5906>; Mariano Marcolongo: <https://orcid.org/0000-0001-7355-3624>; Carlos Vaccaro: <https://orcid.org/0000-0002-1299-5864>

su recomendación como estrategia de prevención figura con alto nivel de evidencia en las guías poblacionales.^{2,3} Dado que su implementación implica cierta complejidad (incluida la sedación anestésica), la pandemia COVID obligó a suspender total o parcialmente su realización y reconsiderar sus indicaciones lo que impactó negativamente en los resultados a corto y largo plazo.⁴⁻⁶ Un reciente estudio de la Cleveland Clinic comunicó que la cancelación de consultas y la disminución en el número de VCC se asoció a una reducción del 36% en la tasa de incidencia del CCR.⁷ En Argentina se implementó la cuarentena continua más prolongada del mundo, con una duración de 234 días consecutivos, sólo superada por Melbourne, Australia, que acumuló 267 días de confinamiento distribuidos en seis períodos discontinuos. La cuarentena se caracterizó por su alto nivel de restricción y acatamiento, ubicándose en cuarto lugar según el *Oxford Stringency Index*.⁸ Esta situación exacerbó aún más el impacto en el retraso diagnóstico de enfermedades prevalentes.^{9,10} Los únicos datos sobre el impacto en el CCR son evaluaciones indirectas que estiman una disminución mayor al 50% en el número de consultas de rastreo y vigilancia de CCR durante la pandemia, con una recuperación completa en las consultas de vigilancia y sólo del 66% en las de rastreo.¹¹

Un estudio exploratorio en nuestra institución reveló que en los primeros meses del año 2020 la tasa de detección de CCR disminuyó en un 15% y aumentó un 12% el diagnóstico en etapas avanzadas.¹²

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la pandemia en la implementación de la VCC, el diagnóstico del CCR y la estadificación tumoral al momento de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico de una cohorte cerrada de 175.240 afiliados al plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires durante el periodo 2018–2022.

Población

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica donde queda registrado todo contacto con el sistema de salud. Se incluyeron 29.357 pacientes que realizaron un total de 33.206 VCC (59% mujeres, edad promedio 63 años, rango 17–99 años). La tasa de VCC se calculó considerando el número de pacientes que realizaron una VCC sobre el total de afiliados a la institución durante el mismo período de tiempo por 1.000. Se calculó la variación en la tasa de diagnóstico de adenocarcinoma por VCC del total de afiliados (número de casos nuevos diagnosticados por VCC sobre el total de afiliados por 1.000) y la incidencia de adenocarcinoma en VCC (número de casos nuevos de adenocarcinoma detectados en VCC sobre el total de pacientes que realizaron una VCC).

Los indicadores fueron ajustados de acuerdo al motivo de estudio: rastreo de CCR, vigilancia de CCR o post-polipectomía y diagnóstico de pacientes sintomáticos.

La variación del estadio tumoral se calculó sobre 395 pacientes sometidos a resecciones quirúrgicas por adenocarcinoma de colon que no recibieron tratamiento neoadyuvante, comparando la proporción de estadios tempranos (I-II), estadios III y estadios IV.

Se efectuaron comparaciones interanuales y en relación a los períodos pre-pandemia (años 2018 y 2019), pandemia (año 2020) y post-pandemia (años 2021 y 2022).

El protocolo se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Fue registrado en la plataforma de registro informatizado de investigaciones en Salud de Buenos Aires (PRII-SA-BA, protocolo N°6.333) y fue aprobado por el comité de ética institucional del HIBA (CEPI, protocolo N° 6.762).

Análisis estadístico

Se calcularon los riesgos relativos (RR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%) para tasas y el test de χ^2 para la comparación de estadios. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA (versión 13). Todo valor de $p \leq 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Tabla 1. Tasa de VCC de rastreo y diagnósticas cada 1.000 pacientes

Año	Tasa Global (IC95%)	Tasa de Rastreo (IC95%)	Tasa de Diagnósticas (IC95%)
2018	38 (37,4-39,2)	20 (20-21)	0,86 (0,8-0,9)
2019	41 (39,9-41,8)	21 (20-22)	1 (0,9-1)
2020	19 (18,2-19,5)	0,7 (0,7-0,8)	0,6 (0,6-0,7)
2021	38 (36,7-38,5)	19 (18-19)	0,9 (0,8-0,9)
2022	46 (45,4-47,3)	25 (24-25)	0,8 (0,8-0,9)
General	36 (36 - 36,8)	18 (18-19)	0,9 (0,8-0,9)

RESULTADOS

La tasa global de VCC fue de 36 por cada 1.000 pacientes. Durante la pandemia la tasa se redujo a 19, lo que representó una disminución del 54% en relación al 2019 (RR: 0,46 IC95% 0,4-0,5; p<0,001). Desde 2021 la tasa comenzó a aumentar gradualmente alcanzando en 2022 un nivel que superó en un 12% la tasa de 2019 (RR: 1,12, IC95% 1,07-1,5; p<0,001) (Tabla 1).

En relación a la cantidad de estudios, se analizó la variación en la frecuencia de un total de 33.206 VCC. Como se observa en la Fig. 1, contrariamente al aumento histórico que se daba a partir del mes de marzo, durante el 2020 se produjo una caída de más del 95% en el número de estudios en comparación con el 2019, lo cual fue asociado al inicio de la cuarentena estricta y obligatoria. Esta baja se revirtió paulatinamente a partir de mayo/junio en relación con las medidas de flexibilización y apertura hospitalaria, pero sin lograr alcanzar el nivel previo a la pandemia. Incluso en mayo de 2021 cuando continuaba la recuperación, se registró una nueva caída atribuible a un rebrote de la enfermedad, aunque esta variación fue de menor cuantía y duración que en el año 2020.

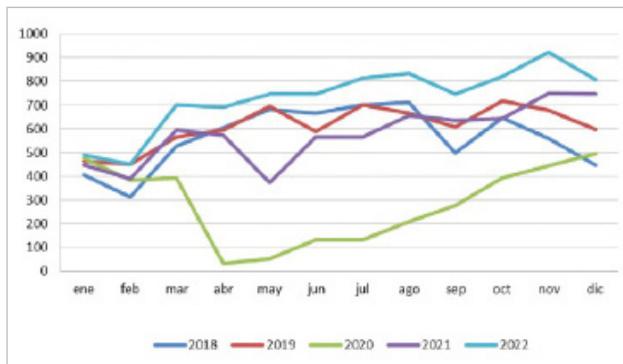


Figura 1. Variación mensual e interanual en el número de VCC en afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires durante el periodo 2018-2022.

En relación a la variación de la tasa de acuerdo a la indicación de estudios, durante la pandemia se produjo un descenso muy marcado en la tasa de rastreo con respecto al 2019 (0,7 vs. 2, respectivamente). Durante la pandemia hubo una caída del 65% en las VCC de rastreo, 58% en las de vigilancia y 28% en las diagnósticas (pacientes con sospecha clínica de CCR). Aunque la proporción de estudios de vigilancia se mantuvo estable, los de rastreo disminuyeron a expensas del aumento de las VCC diagnósticas, las cuales aumentaron significativamente en comparación con la pre-pandemia (25 vs. 41%; p<0,001) (Fig. 2).

El índice global de resecciones endoscópicas fue del 32%, sin diferencia entre los grupos pre-pandemia (31,7%), pandemia (30%) y post-pandemia (32,6%). En relación a la detección

de adenocarcinoma, el 85% (370/488 casos) se diagnosticaron en pacientes sintomáticos. El número absoluto de casos de adenocarcinoma diagnosticados durante el 2020 fue 41% menor al de 2019 (72 vs. 123). Esta diferencia también se evidenció en la tasa de detección de adenocarcinoma por VCC (RR 0,58 IC95% 0,43-0,78; p=0,003; Tabla 2).

La distribución de los estadios anatomopatológicos se detalla en la Tabla 3. Más del 75% de los casos fueron operados de manera programada, sin diferencias significativas entre los periodos. Si bien la proporción de pacientes con metástasis a distancia se mantuvo estable durante todos los periodos, aquellos operados en la post pandemia presentaron una proporción significativamente mayor de estadios III (RR 1,53 IC95% 1,08-2,18; p=0,01) (Tabla 3).

Tabla 2. Tasa de detección de adenocarcinoma diagnosticados por VCC en afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires cada 1.000 pacientes.

Año	Tasa de Detección de Adenocarcinoma (IC95%)
2018	0,57 (0,46 - 0,69)
2019	0,63 (0,58 - 0,83)
2020	0,48 (0,32 - 0,51)
2021	0,54 (0,43 - 0,6)
2022	0,53 (0,43 - 0,64)
General	0,55 (0,50 - 0,60)

DISCUSIÓN

El presente estudio es el primer reporte de Latinoamérica que analiza el impacto a mediano plazo sobre el CCR de las estrategias de restricción implementadas durante la pandemia por Covid-19. El análisis evidenció una significativa disminución en las tasas de VCC, especialmente en la población

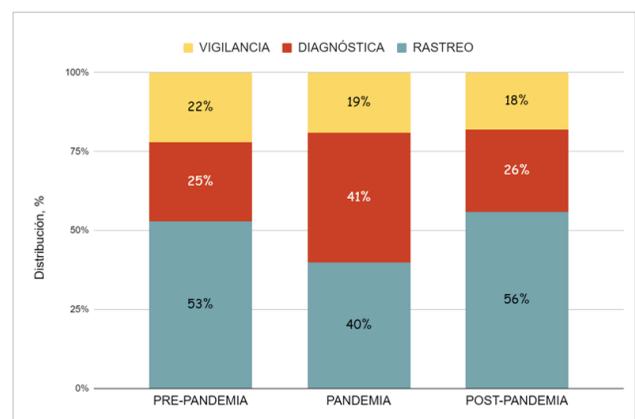


Figura 2. Distribución porcentual en la indicación de VCC durante los diferentes periodos.

Tabla 3. Estadificación anatomopatológica al momento de la cirugía según TNM 8° del *American Joint Committee on Cancer*.

Estadio Anatomopatológico	Pre-pandemia (n=179)	Pandemia (n=59)	Post-pandemia (n=157)	Valor de p*
I/II (n=191)	64% (n=115)	51% (n=30)	48% (n=76)	0,003
III (n=94)	22% (n=40)	32% (n=19)	34% (n=54)	0,01
IV (n=51)	14% (n=24)	17% (n=10)	18% (n=27)	0,3

*Diferencia entre grupos pre y post-pandemia.

de riesgo promedio. Esta disminución se revirtió luego de la pandemia, pero no logró compensar la reducción aún luego de años de finalizadas las restricciones. Asimismo, el análisis anatomopatológico evidenció una migración a estadios con mayor proporción de metástasis ganglionares.

Uno de los principales perjuicios indirectos de la pandemia fue la restricción de las estrategias de prevención de las enfermedades altamente prevalentes. Particularmente en el CCR, la implementación de la VCC se vio limitada dado que a la complejidad propia del método se le adiciona el potencial riesgo de aerosolización debido a la sedación anestésica. Nuestro estudio demostró una disminución en la realización de VCC comparable a lo informado en otros países, donde se reportaron descensos que oscilaron entre el 28% y el 100% en relación con los años previos,¹³⁻¹⁵ siendo similar a la reducción registrada en el Reino Unido (90% al inicio de la pandemia).¹⁶ La reducción de la tasa de VCC en un 54% durante el 2020 se recuperó luego de 2 años, incluso superando a la tasa de la pre-pandemia. Estos datos no se pudieron comparar con otros estudios, ya que a la fecha no se encontraron estudios que evalúen el impacto de la pandemia en la tasa de VCC en una población determinada.

Contrariamente a la caída del 70% en las VCC diagnósticas encontrada en una revisión sistemática,¹⁴ en nuestro estudio estas tuvieron una caída leve (28%), mientras que las realizadas por rastreo o vigilancia disminuyeron un 65% y 58% respectivamente. Esta discrepancia es explicada por la estrategia hospitalaria de priorizar a pacientes de riesgo elevado,¹¹⁻¹³ lo que podría minimizar el impacto a largo plazo. El 85% de los casos de CCR se detectaron mediante VCC diagnósticas, lo que representó un aumento significativo con respecto al 70% registrado antes de la pandemia. Esto va en concordancia con los datos reportados por un estudio multicéntrico de hospitales públicos en España con un 81% de los CCR diagnosticados en pacientes sintomáticos.⁵

Dado que la detección de adenomas no fue consignada en los registros médicos, se tomó como subrogante de calidad de la VCC al índice de resecciones endoscópicas, que se mantuvo estable durante los períodos analizados.^{17,18} Este dato confirma que la calidad de los estudios no se vio afectada a pesar de las di-

ficultades experimentadas y probablemente se deba a que se seleccionaron los operadores más experimentados para realizarlos. También hubo un aumento en el índice de detección de adenocarcinomas por cantidad de estudios realizados, fenómeno atribuible a la priorización que tuvieron los estudios en pacientes sintomáticos que proporcionalmente aumentaron un 15%. A pesar de este aumento, el número de nuevos casos de CCR diagnosticados, disminuyó un 41% durante la pandemia, ubicando esta cifra entre las reportadas mundialmente (22-39%).^{5,20}

Pudimos determinar que luego de la pandemia aumentó la proporción de pacientes con afectación ganglionar en nuestra serie con un incremento superior a lo reportado mundialmente (5-7%).^{21,22} En contrapartida, una serie española reporta un aumento del estadio tumoral en la post-pandemia pero a expensas del estadio IV (20 vs.16%).⁵ Consideramos que este fenómeno de migración de estadio probablemente se deba al retraso en el diagnóstico como consecuencia de las medidas restrictivas implementadas.

Si bien el impacto en la supervivencia de nuestra población no fue el objetivo de este estudio, la progresión a estadios avanzados en el CCR conlleva implicancias clínicas y terapéuticas de gran relevancia, constituyendo un factor pronóstico clave asociado a mayor riesgo de recurrencia y menor supervivencia global, además del aumento en la complejidad y costos de los tratamientos.^{23,24}

En relación con las limitaciones del presente estudio, si bien el diseño es retrospectivo, todos los datos fueron obtenidos en forma prospectiva y registrados en una historia clínica electrónica certificada con validez asistencial.

CONCLUSIÓN

Durante la pandemia de Covid-19 se produjo una marcada disminución en la implementación de la VCC, especialmente en estudios de rastreo y vigilancia, lo que interrumpió estrategias claves de prevención. Este descenso se tradujo en una reducción significativa en el número de nuevos diagnósticos de CCR durante ese período. Finalmente, en los pacientes

sometidos a cirugía en la etapa post-pandemia se observó un incremento en la proporción de estadios localmente avanzados con mayor compromiso ganglionar, lo que refleja un retraso diagnóstico con impacto clínico persistente aún varios años después de finalizadas las restricciones.

REFERENCIAS

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
- US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2021;325(19):1965-77.
- Săftoiu A, Hassan C, Areia M, Bhutani MS, Bisschops R, Borjes E, et al. Role of gastrointestinal endoscopy in the screening of digestive tract cancers in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy.* 2020;52(4):293-304.
- Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020;21(8):1023-34. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2021;22(1):e5.
- Hijos-Mallada G, Alfaro E, Navarro M, Cañamares P, Ariño I, Charro M, Bruno C, Solano M, Pardillos A, Jimeno C, Carrera-Lasfuentes P, Lanás A, Domper-Arnal MJ, et al. Impact of the COVID-19 pandemic in colorectal cancer diagnosis and presentation. *Gastroenterol Hepatol.* 2023;46(9):702-9.
- Mazidimoradi A, Hadavandsiri F, Momenimovahed Z, Salehiniya H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Diagnosis and Treatment: a Systematic Review. *J Gastrointest Cancer.* 2023;54(1):171-87.
- Elamin D, Ozgur I, Steele SR, Khorana AA, Jia X, Gorgun E. Impact of COVID-19 pandemic on treatment of colorectal cancer patients. *Am J Surg.* 2023;225(5):934-36.
- Hale T, Angrist N, Goldszmidt R, Kira B, Petherick A, Phillips T, Webster S, Cameron-Blake E, Hallas L, Majumdar S, Tatlow Het al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nat Hum Behav.* 2021;5(4):529-38.
- Fritz CDL, Sayuk GS, Elwing JE, Wilgus NC, Dieckgraefe BK, Presti ME. Colonoscopy Following COVID-19 Delays in Procedures: Risk Stratification for Procedures Is Critical. *Gastro Hep Adv.* 2022;1(4):546-48.
- Lucas E, Murillo R, Arrossi S, Bárcena M, Chami Y, Nessa A, et al. Quantification of impact of COVID-19 pandemic on cancer screening programmes - a case study from Argentina, Bangladesh, Colombia, Morocco, Sri Lanka, and Thailand. *Elife.* 2023;12:e86527.
- Pereyra L, Steinberg L, Lasa J, Marconi A, Calderwood AH, Pellisé M. Management of colorectal cancer screening backlog due to the COVID-19 pandemic: A retrospective analysis of the use of a colorectal cancer screening clinical-decision support tool in Argentina. *Gastroenterol Hepatol.* 2024;47(2):140-48.
- Kazanietz V, Cerini M, Storino J, Melo J, Pucella I, González E, et al. Impacto de la pandemia por COVID-19 en el cáncer de colon. Experiencia en un centro de alta complejidad. *AAOC.* 2020; 25(2):11.
- Wassie MM, Agaciak M, Cock C, Bampton P, Young GP, Symonds EL. The impact of coronavirus disease 2019 on surveillance colonoscopies in South Australia. *JGH Open.* 2021;5(4):486-92.
- Mazidimoradi A, Tiznobaik A, Salehiniya H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Screening: a Systematic Review. *J Gastrointest Cancer.* 2022;53(3):730-44.
- Teglia F, Angelini M, Astolfi L, Casolari G, Boffetta P. Global Association of COVID-19 Pandemic Measures With Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol.* 2022;8(9):87-1293.
- Rutter MD, Brookes M, Lee TJ, Rogers P, Sharp L. Impact of the COVID-19 pandemic on UK endoscopic activity and cancer detection: a National Endoscopy Database Analysis. *Gut.* 2021;70(3):537-43.
- Corley DA, Jensen CD, Marks AR, Zhao WK, Lee JK, Doubeni CA, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med.* 2014;370(14):1298-306.
- Shine R, Bui A, Burgess A. Quality indicators in colonoscopy: an evolving paradigm. *ANZ J Surg.* 2020;90(3):215-21.
- D'Ovidio V, Lucidi C, Bruno G, Lisi D, Miglioresi L, Bazuro ME. Impact of COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Screening Program. *Clin Colorectal Cancer.* 2021;20(1):e5-e11.
- Morris EJA, Goldacre R, Spata E, Mafham M, Finan PJ, Shelton J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(3):199-208.
- Shinkwin M, Silva L, Vogel I, Reeves N, Cornish J, Horwood J, et al. COVID-19 and the emergency presentation of colorectal cancer. *Colorectal Dis.* 2021;23(8):2014-19.
- Purushotham A, Roberts G, Haire K, Dodkins J, Harvey-Jones E, Han L, Rigg A, et al. The impact of national non-pharmaceutical interventions ('lockdowns') on the presentation of cancer patients. *Ecancermedicalscience.* 2021;15:1180.
- Biller LH, Schrag D. Diagnosis and Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: A Review. *JAMA.* 2021;325(7):669-85.
- Brenner H, Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. *Lancet.* 2014;383(9927):1490-1502.

Validación de scores pronósticos de gangrena de Fournier

Franco Troilo, Federico Carballo, Pablo Farina, Leonardo Dimasi
Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Ignacio Pirovano. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción. El pronóstico de la gangrena de Fournier se encuentra directamente relacionado con una adecuada estadificación de la gravedad y extensión del cuadro. **Objetivo.** Validar los scores de severidad pronósticos FGSI, UFGSI, y sFGSI para gangrena de Fournier. Comparar la utilidad de cada uno en una población específica. **Diseño.** Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva. **Métodos.** Se analizaron 44 casos en forma retrospectiva de pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier tratados en el período de enero de 2014 y abril de 2024. Se calcularon los scores de FGSI, UFGSI y sFGSI en dicha población y fueron comparados con los publicados por los autores de cada uno de ellos. Las variables analizadas fueron edad, sexo, presencia de diabetes, obesidad, tabaquismo, enfermedades oncológicas, enfermedades cardiovasculares, factor desencadenante. Se analizaron también estadía hospitalaria, requerimiento de internación en terapia intensiva, requerimiento de ostomía, germen aislado y mortalidad asociada. **Resultados.** Se obtuvo una mortalidad del 25%. Se observó diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad de los pacientes mayores a 60 años ($p=0,035$) y en pacientes con antecedente de enfermedad oncológica ($p=0,028$). La sensibilidad y especificidad fue de 90% (IC95%: 71,4–100%) y 93,3% (IC95%: 84,5–100%) para FGSI ($p<0,001$), 100% (IC95%: 69,1–100%) y 76% (IC95%: 57,7–89,9%) para UFGSI ($p<0,001$), y 80% (IC95%: 55,2–100%) y 73,3% (IC95%: 57,3–87,3%) para sFGSI ($p=0,006$). Los puntos de corte fueron de 9 para FGSI y UFGSI, y 2 para sFGSI. **Conclusión.** Los tres scores analizados fueron validados con resultados estadísticamente significativos. Aquellos pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier y puntaje de FGSI y UFGSI mayor a 9 y sFGSI mayor a 2, se asociaron a altos scores de mortalidad. El UFGSI obtuvo mayor sensibilidad en nuestra población. Los pacientes oncológicos y los mayores de 60 años fueron identificados como población de riesgo independiente para mayor mortalidad por gangrena de Fournier.

Palabras clave. gangrena de Fournier, FGSI, sFGSI, UFGSI, score pronóstico

ABSTRACT

Introduction: The prognosis of Fournier's gangrene is directly related to adequate staging of the severity and extent of the condition. **Objective:** To validate the FGSI, UFGSI, and sFGSI prognostic severity scores for Fournier's gangrene. To compare the usefulness of each in a specific population. **Design:** Retrospective observational cohort study. **Methods:** Forty-four cases of patients diagnosed with Fournier's gangrene treated between January 2014 and April 2024 were retrospectively reviewed. The FGSI, UFGSI, and sFGSI scores were calculated in this population and compared with those published by the respective authors. The variables analyzed were age, sex, presence of diabetes, obesity, smoking, oncological diseases, cardiovascular diseases, and triggering factor. Hospital stay, requirement for intensive care, requirement for ostomy, isolated germ, and associated mortality were also analyzed. **Results:** The mortality rate was found to be 25%. A statistically significant difference was observed in the mortality of patients over 60 years of age ($p=0.035$) and in patients with a history of cancer ($p=0.028$). The sensitivity and specificity for FGSI were 90% (95% CI: 71.4–100%) and 93.3% (95% CI: 84.5–100%), respectively. For UFGSI, the sensitivity and specificity were 100% (95% CI: 69.1–100%) and 76% (95% CI: 57.7–89.9%), respectively. For sFGSI, the sensitivity and specificity were 80% (95% CI: 55.2–100%) and 73.3% (95% CI: 57.3–87.3%), respectively. **Conclusion:** The three scores under scrutiny were validated with statistically significant results. Patients diagnosed with Fournier's gangrene and scores greater than 9 on the FGSI and UFGSI and greater than 2 on the sFGSI were associated with high mortality rates. The UFGSI demonstrated a higher level of sensitivity in our population. The present study identified two independent risk factors for higher mortality from Fournier's gangrene: oncological pathology and age over 60 years.

Palabras clave: FGSI; sFGSI; UFGSI; Prognostic score

INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier es un tipo de fascitis necrotizante que se localiza en región perineal y órganos genitales. La causa se puede identificar en un 95% de los casos, pudiendo ser su origen una infección colorrectal, genitourinaria, o de la piel, entre otros.¹

El pronóstico de la enfermedad se encuentra íntimamente relacionado al momento del diagnóstico y conducta terapéutica. El tratamiento tardío se asocia a una alta mortalidad, pudiendo alcanzar scores de hasta 90%.²

A partir de la década de los 90 se confeccionaron distintos scores diagnósticos y pronósticos relacionados a gangrena de Fournier. Estos fueron el FGSI (*Fournier Gangrene Score*

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Franco Troilo: francotroilo_94@hotmail.com
Recibido: 10-06-2025. Aceptado: 20-08-2025

Troilo, Franco: <https://orcid.org/0000-0002-3740-3765>; Carballo, Federico: <https://orcid.org/0000-0002-8513-4715>; Farina, Pablo: <https://orcid.org/0000-0002-1869-1861>; Dimasi, Leonardo: <https://orcid.org/0009-0004-9147-577X>

Index),³ en 2004 el LRINEC Score (*Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis*),⁴ en 2010 el UFGSI (*Udulg Fournier's Gangrene Severity Index*),⁵ y en 2014 una simplificación al FGSI.⁶ Dada la multiplicidad de *scores* pronósticos asociada a su variada complejidad, se propone el siguiente trabajo con el fin de validar los distintos *scores* y de esta forma unificar la utilización del más sensible y específico para nuestra población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectiva entre enero del 2014 a abril del 2024. Se incluyeron pacientes que concurrieran al servicio de urgencia de nuestro nosocomio con diagnóstico de gangrena de Fournier. Se excluyeron los pacientes con registro de atención incompleto o que no tuviesen todos los datos requeridos para completar los *scores*. Para llevar a cabo el análisis, se confeccionó una base de datos donde se calcularon los *scores* de FGSI, sFGSI y UFGSI.

El FGSI se calculó con las variables temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, sodio sérico, potasio sérico, creatinina sérica, hematocrito, glóbulos blancos y bicarbonato sérico. Se tomó como punto de corte un valor de 9. Para el cálculo del UFGSI se agregaron al FGSI las variables edad y superficie corporal comprometida. Esta última fue estratificada en 3 grupos tal como establece el UFGSI (Fig. 1). Se tomó como punto de corte un valor de 9. El sFGSI, incluye solo las variables creatinina, hematocrito y potasio. Se tomó como punto de corte un valor de 2. En la Tabla 1 se muestran los puntajes atribuidos para cada variable en cada *score*.

El objetivo de esta investigación es validar los *scores* pronósticos FGSI, UFGSI, y sFGSI para gangrena de Fournier y analizar la utilidad de cada uno en una población específica.

Análisis estadístico

El análisis estadístico fue realizado con los programas Statistix® versión 9.0 y SPSS® versión 19.0. El análisis univariado para variables categóricas se realizó mediante el test de Fisher y el de las variables continuas mediante el test de Student. Para todas las comparaciones se tomó un valor de $p < 0,05$. Se utilizaron curvas de Kaplan Meier para analizar la supervivencia.

RESULTADOS

Del total de 44 pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier, 4 fueron excluidos por falta de registro completo. Se analizaron en total 40 pacientes, 30 hombres (75%). El 40% de las mujeres y el 53,3% de los hombres fueron mayores

de 60 años. La edad promedio de la muestra fue de 58 años (IC95%: 52,6–63,3), con una mediana de 59 años (mínimo–máximo: 16–78 años). El tiempo promedio de internación fue de 16,8 días (IC95%: 13,08–20,51), con un mínimo de 3 días y un máximo de 65 días.

Las comorbilidades y factores de riesgo más frecuentes fueron la diabetes (55%, $n=22$), edad ≥ 60 años (50%, $n=20$), enfermedades cardiovasculares (47,5%, $n=19$), obesidad (45%, $n=18$), tabaquismo (45%, $n=18$), enfermedades oncológicas (22,5%, $n=9$). Solo uno presentó HIV y uno HCV.

Entre los factores desencadenantes, el 60% correspondió a lesiones perianales ($n=24$); el 15% a procesos oncológicos ($n=6$: 5 cáncer de recto y 1 de endometrio); y el 12,5% a traumatismo perineal ($n=5$). Además, 2 casos se asociaron a escara sacra (5%) y 2 a posoperatorios ginecoobstétricos (5%; 1 complicación de anexohisterectomía y 1 posoperatorio de episiotomía). Por último, se registró 1 caso vinculado a osteomielitis (2,5%). Se clasificó la extensión de la gangrena según grados, tomando como referencia la clasificación del UFGSI. El 47,5% de los pacientes presentó un grado I ($n=19$, 5 mujeres y 14 hombres), un 30% un grado II ($n=12$, 1 mujer y 11 hombres) y el 22,5% restante un grado III ($n=9$, 4 mujeres y 5 hombres). El 50% de las mujeres y el 46,7% de los hombres presentó gangrena de grado I, el 10% de las mujeres y el 36,7% de los hombres grado II y el 40% de las mujeres y el 16,7% de los hombres de grado III (Tabla 2).

En cuanto al germen aislado, se obtuvo cultivo del 75% de los pacientes. En 19 casos se aisló *Escherichia coli*, en 3 *Candida albicans* y en 3 *Acinetobacter spp.* Hubo casos aislados de *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp* y *Staphylococcus aureus*. El 47,5% de los pacientes ($n=19$) requirió internación en unidad de cuidados intensivos (UCI), de los cuales el 42% fallecieron ($n=8$). El requerimiento de internación en UCI se asoció a mayor mortalidad (OR: 6,9; IC95%: 1,23–38,46). El 35% de los pacientes ($n=14$) requirieron una ostomía de

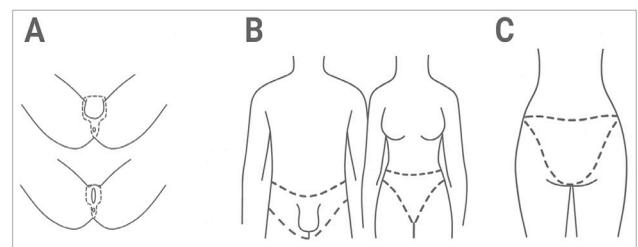


Figura 1. Los límites anatómicos usados para el grado de diseminación. A. La superficie anatómica del grado I de diseminación. B. La superficie anatómica del grado II de diseminación con visión frontal del hombre y la mujer. C. Vista posterior. La extensión de la enfermedad a otras partes es considerada grado III de diseminación. Las líneas de puntos en B y C muestran los márgenes de la región pélvica.

Tabla 1. Variables que determinan el puntaje de cada score.

FGSI	Alto +4	Alto +3	Alto +2	Alto +1	Normal 0	Bajo +1	Bajo +2	Bajo +3	Bajo +4
Temp. (°C)	≥41,0	39-40,9	-	38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	≤39,9
Frecuencia cardíaca (lpm)	≥180	140-179	110-139	-	70-109	-	55-69	40-54	≤39
Frecuencia respiratoria (/min)	≥50	35-49	-	25-34	12-24	10-11	6-9	-	≤5
Sodio sérico (mmol/L)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149	-	120-129	111-119	≤110
Potasio sérico (mmol/L)	≥7,0	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9	-	<2,5
Creatinina sérica (mg/100 mL)	≥3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	-	<0,6	-	-
Hematocrito (HT) (%)	≥60,0	-	50-59,9	46-49,9	30-45,9	-	20-29,9	-	<20,0
Leucocitos totales ×1000/mm ³	≥40,0	-	20-39,9	15-19,9	3-14,9	-	1-2,9	-	<1,0
Bicarbonato sérico (mmol/L)	≥52	41-51,9	-	32-40,9	22-31,9	-	18-21,9	15-17,9	<15
UFGSI	Alto +4	Alto +3	Alto +2	Alto +1	Normal 0	Bajo +1	Bajo +2	Bajo +3	Bajo +4
Temp. (°C)	≥41,0	39-40,9	-	38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	≤39,9
Frecuencia cardíaca (lpm)	≥180	140-179	110-139	-	70-109	-	55-69	40-54	≤39
Frecuencia respiratoria (/min)	≥50	35-49	-	25-34	12-24	10-11	6-9	-	≤5
Sodio sérico (mmol/L)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149	-	120-129	111-119	≤110
Potasio sérico (mmol/L)	≥7,0	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9	-	<2,5
Creatinina sérica (mg/100 mL)	≥3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	-	<0,6	-	-
Hematocrito (HT) (%)	≥60,0	-	50-59,9	46-49,9	30-45,9	-	20-29,9	-	<20,0
Leucocitos totales ×1000/mm ³	≥40,0	-	20-39,9	15-19,9	3-14,9	-	1-2,9	-	<1,0
Bicarbonato sérico (mmol/L)	≥52	41-51,9	-	32-40,9	22-31,9	-	18-21,9	15-17,9	<15
Puntaje de diseminación (sumar)	Gangrena de Fournier limitada a la región urogenital y/o anorrectal							1	
	Gangrena de Fournier confinada a la región pélvica							2	
	Gangrena de Fournier que se extiende más allá de la pelvis							6	
Puntaje por edad	Edad ≥60 años		1						
	Edad <60 años		0						
sFGSI	Alto +4	Alto +3	Alto +2	Alto +1	Normal 0	Bajo +1	Bajo +2	Bajo +3	Bajo +4
Potasio sérico (mmol/L)	≥7,0	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9	-	<2,5
Creatinina sérica (mg/100 mL)	≥3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	-	<0,6	-	-
Hematocrito (HT) (%)	≥60,0	-	50-59,9	46-49,9	30-45,9	-	20-29,9	-	<20,0

derivación de los cuales la mitad falleció (OR: 7,66; IC95%: 1,56-37,8).

La mortalidad global por gangrena de Fournier fue del 25% (n=10; IC95%: 10,3-39,6%), de los cuales 4 fueron mujeres (40% del total de mujeres) y 6 hombres (20% del total de hombres). Se pudo observar una mortalidad del 22,4% entre los diabéticos (OR: 1,31; IC95%: 0,31-5,62), 19 % entre los pacientes con enfermedad cardiovascular (OR: 1,96; IC95%:

0,46-8,41), ambos sin diferencia estadísticamente significativa. La mortalidad en >60 años fue del 45% (OR: 15,54; IC95%: 1,63-139,42; p=0.0035) y del 55,6% para quienes presentaban enfermedades oncológicas asociadas (OR: 6,5; IC95%: 1,23-33,04; p=0.0286). La obesidad y el tabaquismo no tuvieron relación con la mortalidad. Del total de pacientes, el 62,5% presentaron al menos 3 factores de riesgo, con una mortalidad del 32% (7 eran >60 años, 6 eran diabéticos,

Tabla 2. Extensión de la gangrena por grado según UFGSI

Grado (UFGSI)	Total (n)	Total (%)	Mujeres (n)	Mujeres (%)	Hombres (n)	Hombres (%)
I	19	47,5%	5	50,0%	14	46,7%
II	12	30,0%	1	10,0%	11	36,7%
III	9	22,5%	4	40,0%	5	16,7%

Tabla 3. Análisis de mortalidad según factores de riesgo

Factores de riesgo	N	Muertos con FR	Vivos con FR	Muertos sin FR	Vivos sin FR	OR	Error Standard	IC95%
> 60 años	20	9	11	1	19	15,55	1.12	(1.63 - 139.42)
Diabéticos	22	6	16	4	14	1,31	0.74	(0.31 - 5.62)
Antecedentes cardiovasculares	19	6	13	4	17	1,96	0.74	(0.46 - 8.41)
Antecedentes oncológicos	9	5	4	5	26	6,50	0.83	(1.28 - 33.04)
Obesos	18	3	15	7	15	0,43	0.78	(0.09 - 2.0)
Tabaquismo	18	1	17	9	13	0,08	1.12	(0.01 - 0.75)
HIV	1	0	1	10	39	0,00	-	-

FR: factores de riesgo; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%

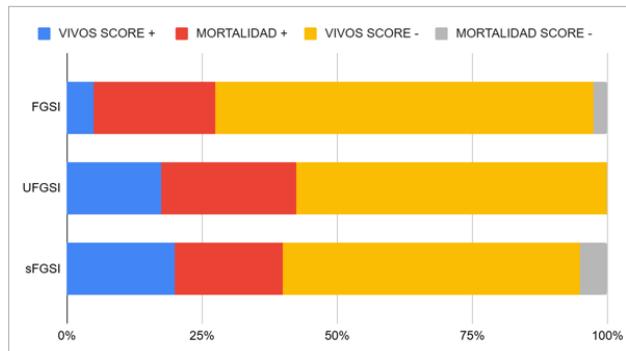


Figura 2. Mortalidad según cada score que se indica como positivo (+) o negativo (-) de acuerdo al punto de corte correspondiente. Para sFGSI se interpreta SCORE - un valor ≤2 y SCORE + un valor >2. Para UFGSI se interpreta SCORE - un valor ≤9 y SCORE + un valor >9. Para FGSI se interpreta SCORE - un valor ≤9 y SCORE + un valor >9.

3 obesos, 6 tenían enfermedades cardiovasculares, 3 oncológicas y 1 era tabaquista; Tabla 3).

Al analizar la cohorte según el FGSI, el 27,5% de los pacientes presentó un puntaje >9, con una mortalidad del 81,8% frente al 3,4% en quienes tuvieron puntaje <9 (p<0,001). Entre los pacientes con puntaje >9, el 72% requirió internación en UCI. El FGSI mostró una sensibilidad del 90% (IC95%: 71,4–100%) y una especificidad del 93,3% (IC95%: 84,5–100%). Al aplicar el sFGSI con un punto de corte de 2, el 40% de los pa-

cientes presentó puntaje >2, con una mortalidad del 50% frente al 8,3% en quienes tuvieron puntaje ≤2 (p<0,0068). Entre los pacientes con puntaje >2, el 68,8% requirió internación en UCI. El sFGSI mostró una sensibilidad del 80% (IC95%: 55,2–100%) y una especificidad del 73,3% (IC95%: 57,3–87,3%).

Según el UFGSI, el 42,5% presentó puntaje >9, con una mortalidad del 58,8% frente a 0% en quienes tuvieron puntaje ≤9 (p<0,001). Entre los pacientes con puntaje >9, el 76,5% requirió internación en UCI. Todos los pacientes con puntaje ≤9 sobrevivieron. El UFGSI mostró una sensibilidad del 100% (IC95%: 69,1–100%) y una especificidad del 76,0% (IC95%: 57,7–89,9%). La aplicación de cada score se encuentra disponible en la Fig. 2.

En el análisis de supervivencia de nuestra población se observó que antes del décimo día de internación ya habían ocurrido la mitad de los decesos, con una supervivencia del 75% de los pacientes al día 30 (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Con respecto al agente etiológico esta descrito que la gangrena de Fournier es producida por una infección polimicrobiana que incluye principalmente enterobacterias, siendo la más frecuente la *Escherichia coli*, seguida por otras especies como *Staphylococcus spp.*, *Pseudomona spp.*, *Klebsiella*

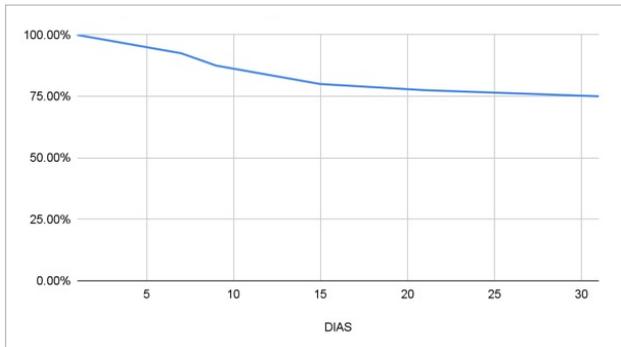


Figura 3. Curva de supervivencia de Kaplan Meier.

spp., *Bacteroides spp.*, *Proteus spp.*, *Acinetobacter spp.*, entre otras. Un dato a destacar es la predisposición de pacientes diabéticos a presentar infección por *Candida*.^{7,8} En nuestra población, en más de la mitad de los pacientes el germen aislado fue *Escherichia coli* y el resto de los gérmenes se aisló en infecciones avanzadas o en casos puntuales con infecciones multirresistentes. La presencia de *Candida* fue exclusiva de pacientes diabéticos.

Al analizar la variable sexo, existe una frecuencia es mayor en hombres (10 a 1), cobra relevancia su aparición en mujeres.³ En coincidencia con Eğin S. et al,¹ pudimos observar una mortalidad mayor al doble en el sexo femenino. En referencia a la edad, si bien puede afectar a todos los rangos etarios, coincidimos con Yilmazlar et al. en que tener más de 60 años se asocia a mayor mortalidad.⁵

La presencia de comorbilidades como diabetes, alcoholismo, inmunodeficiencia, trauma o enfermedades genitourinarias, se asocia a mayor mortalidad en pacientes con gangrena de Fournier.⁹ En nuestro trabajo no se pudo demostrar relación causal entre la presencia de diabetes y mortalidad por gangrena de Fournier. Coincidentemente con lo expuesto por Eğin S et al. se observó que los pacientes con antecedentes oncológicos tienen mayor riesgo de muerte y que tener gangrena de Fournier con 3 o más factores de riesgo eleva el riesgo de muerte al doble, ambos datos estadísticamente significativos.¹ En nuestro estudio tuvimos solo un caso de paciente con HIV, por lo que no fue posible sacar conclusiones al respecto. En 2023 se publicó una revisión sistemática con metaanálisis que comparó FGSI, UFGSI y sFGSI (40 estudios; 2.257 pacientes).⁷ Globalmente, los puntajes fueron más altos en los no sobrevivientes. Para el FGSI, la sensibilidad osciló entre 69–100% y la especificidad entre 57–97%; en la serie original de Laor et al.³ se informó una sensibilidad del 75%. En nuestra cohorte, el FGSI alcanzó 90% de sensibilidad y 93,3% de especificidad, superiores a lo reportado por Eğin et al. (82% y 58%, respectivamente).

El UFGSI, desarrollado por Yilmazlar et al. (2010),⁵ mostró en su publicación original 95% de sensibilidad. Estudios posteriores informaron 91%/85% (Tufano et al.)⁷ y 100%/68% (Eğin et al.). En nuestra serie, el UFGSI presentó 100% de sensibilidad y 76% de especificidad.

El sFGSI, propuesto por Lin et al. (2014),⁶ reportó 87% de sensibilidad y 77% de especificidad; Tufano et al. comunicaron 87%/71%. En nuestra cohorte, observamos 80% de sensibilidad y 73,3% de especificidad. Su principal ventaja es la simplicidad: requiere solo tres parámetros de laboratorio (potasio, creatinina y hematocrito), habitualmente disponibles al ingreso, lo que facilita su uso en la urgencia.

En nuestro estudio 14 pacientes resultaron ostomizados, con una mortalidad del 50%. Si bien éste fue un dato estadísticamente significativo, no contamos con un análisis multivariado que permita sacar conclusiones libres de sesgo. Eğin et al., sobre una base de 10 pacientes ostomizados concluye no recomendar derivación del tránsito, exceptuando a aquellas heridas que tuvieran gran compromiso perineal o daño extenso del esfínter, en las cuales la decisión de realizar una colostomía debería tomarse en un segundo tiempo con una mejor valoración del esfínter. De manera similar, Sarofim M. et al.,¹⁰ en un metaanálisis publicado en 2021, concluye que al realizar ostomías en pacientes con gangrena de Fournier se obtienen pobres resultados, dado que la mortalidad permanece alta.

La principal limitación de nuestro trabajo es que es un estudio retrospectivo, de un solo centro lo cual implica un sesgo de selección. Si bien los 40 pacientes analizados son una muestra pequeña, este número es comparable al de la mayoría de los trabajos donde se publicaron los distintos *scores*.

CONCLUSIÓN

Los tres *scores* analizados fueron validados con resultados estadísticamente significativos. Aquellos pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier y puntaje de FGSI y UFGSI mayor a 9 y sFGSI mayor a 2, se asociaron a altos *scores* de mortalidad. El UFGSI obtuvo mayor sensibilidad en nuestra población. Los pacientes oncológicos y los mayores a 60 años fueron identificados como población de riesgo independiente para mayor mortalidad en gangrena de Fournier.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eğin S, Kamalı S, Hot S, et al. The importance of the scoring system in Fournier's gangrene. Fournier gangreninde skorlama sisteminin önemi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2022;29(1):109-115.

2. Chernyadyev SA, Ufimtseva MA, Vishnevskaya IF, et al. Fournier's Gangrene: Literature Review and Clinical Cases. *Urol Int.* 2018;101(1):91-97.
3. Laor E, Palmer LS, Tolia BM, Reid RE, Winter HI. Outcome prediction in patients with Fournier's gangrene. *J Urol.* 1995;154(1):89-92.
4. Wong CH, Khin LW, Heng KS, Tan KC, Low CO. The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: a tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. *Crit Care Med.* 2004;32(7):1535-1541.
5. Yilmazlar T, Ozturk E, Ozguc H, Ercan I, Vuruskan H, Oktay B. Fournier's gangrene: an analysis of 80 patients and a novel scoring system. *Tech Coloproctol.* 2010;14(3):217-223.
6. Lin TY, Ou CH, Tzai TS, et al. Validation and simplification of Fournier's gangrene severity index. *Int J Urol.* 2014;21(7):696-701.
7. Tufano A, Dipinto P, Passaro F, et al. The Value of Fournier's Gangrene Scoring Systems on Admission to Predict Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Med.* 2023;13(9):1283. Published 2023 Aug 22.
8. Khan A, Gidda H, Murphy N, et al. An Unusual Bacterial Etiology of Fournier's Gangrene in an Immunocompetent Patient. *Cureus.* 2022;14(7):e26616. Published 2022 Jul 6.
9. El-Qushayri AE, Khalaf KM, Dahy A, et al. Fournier's gangrene mortality: A 17-year systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2020;92:218-225.
10. Sarofim M, Di Re A, Descallar J, Toh JWT. Relationship between diversional stoma and mortality rate in Fournier's gangrene: a systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg.* 2021;406(8):2581-2590.

Pileflebitis como complicación de diverticulitis sigmoidea: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Esteban H. Fino¹, Leonardo S. Espíndola¹, Darío Ramallo, MAAC², Ignacio F. Ramallo³, MAAC
Servicio de Cirugía, Hospital Naval Puerto Belgrano, Bahía Blanca, Argentina

¹Residente de Cirugía

²Especialista en Cirugía de Hígado, Vías Biliares y Páncreas

³Especialista en Coloproctología

RESUMEN

La pileflebitis es una complicación infrecuente pero grave de infecciones intraabdominales, especialmente de la diverticulitis aguda. Se caracteriza por la trombosis séptica del sistema venoso portal y tiene potenciales consecuencias como abscesos hepáticos y sepsis. Presentamos dos casos clínicos que ilustran la diversidad de presentación y manejo de esta patología. Ambos pacientes fueron diagnosticados mediante imágenes complementarias como tomografía computarizada y eco-doppler y tratados con antibióticos de amplio espectro, con evolución favorable. Se discute la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico.

Palabras clave: *pileflebitis, diverticulitis, trombosis portal, absceso hepático, sepsis*

ABSTRACT

Pylephlebitis is a rare but serious complication of intra-abdominal infections, especially acute diverticulitis. It is characterized by septic thrombosis of the portal venous system and has potential consequences such as liver abscesses and sepsis.

We present two clinical cases that illustrate the diverse presentation and management of this condition. Both patients were diagnosed using complementary imaging such as computed tomography and Doppler ultrasound and treated with broad-spectrum antibiotics, with favorable outcomes. The importance of early diagnosis and timely treatment to improve prognosis is discussed.

Keywords: *Pylephlebitis; Diverticulitis; Portal vein thrombosis; Liver abscess; Sepsis*

INTRODUCCIÓN

La pileflebitis, también conocida como trombosis séptica del sistema porta, es una complicación poco frecuente de infecciones gastrointestinales o procesos inflamatorios abdominales, con una incidencia estimada de 0,3 a 2,7 casos por cada 100.000 habitantes. Se caracteriza por trombosis de la vena porta o sus ramas como consecuencia de una embolia séptica originada en un foco inflamatorio piógeno que se propaga hacia las venas mesentéricas, activando la cascada inflamatoria a través de la interacción entre los patógenos y el endotelio vascular.¹ La principal causa de tromboflebitis séptica portal es la diverticulitis aguda. Su evolución puede ocasionar complicaciones y mortalidad. Entre las complicaciones más frecuentes se incluyen el absceso hepático –frecuentemente en el lóbulo izquierdo por el flujo laminar portal–, la isquemia intestinal y la hipertensión portal. En ausencia de diagnóstico o tratamiento oportuno, la mortalidad oscila entre el 11 y 32%.¹

Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, ya que

la sintomatología es inespecífica y no existen signos patognómicos de la enfermedad. Debe considerarse como diagnóstico diferencial en casos de colangitis, abscesos hepáticos o pancreatitis, especialmente cuando hay fiebre persistente asociada a dolor abdominal, alteración del hepatograma y bacteriemia sin foco. La tomografía computarizada (TC) con contraste oral y endovenoso es la principal herramienta diagnóstica, ya que permite evidenciar la trombosis y su etiología. Aunque no existe una imagen específica, este estudio permite evidenciar una fuente infecciosa, como la diverticulitis aguda, lo que orienta al diagnóstico definitivo.²

El tratamiento empírico debe iniciarse de forma precoz con cobertura para enterobacterias y anaerobios, ajustándose luego según el antibiograma.¹ Aunque el abordaje inicial implica un tratamiento médico, puede requerir en su evolución un tratamiento quirúrgico urgente por complicaciones, como por ejemplo la perforación intestinal.³

El objetivo de este trabajo es presentar dos casos de pacientes con pileflebitis y realizar una actualización de la literatura disponible.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Esteban H. Fino:** estebanfino@campus.fmed.uba.ar
Recibido: 30-04-2025. Aprobado: 21-08-2025.

Esteban H. Fino: <https://orcid.org/0000-0002-1862-6971>; Leonardo S. Espíndola: <https://orcid.org/0000-0003-3393-3854>; Darío Ramallo: <https://orcid.org/0000-0002-6155-8310>;
Ignacio F. Ramallo: <https://orcid.org/0000-0001-5139-3586>

CASO 1

Un paciente de sexo masculino de 62 años consultó por dolor abdominal de varios días de evolución, localizado en fosa iliaca izquierda, asociado a hematuria y fiebre. Posteriormente, presentó ictericia y distensión abdominal. Refirió como único antecedente de relevancia una enfermedad diverticular.

Al examen físico presentó inestabilidad hemodinámica, ictericia mucocutánea y sobrepeso con un índice de masa corporal de 30,8. El abdomen estaba distendido, doloroso en fosa iliaca izquierda con defensa y reacción peritoneal. El laboratorio arrojó leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada.

Se realizó TC donde se evidenciaron signos de diverticulitis complicada a nivel del colon sigmoide, sin plano de clivaje entre la vejiga con impresión de trayecto fistuloso y absceso pericólico (Hinchey Ib). También se observaron burbujas aéreas en la vena mesentérica inferior, vena porta y vena esplénica, hallazgos compatibles con pyleflebitis (Fig. 1).

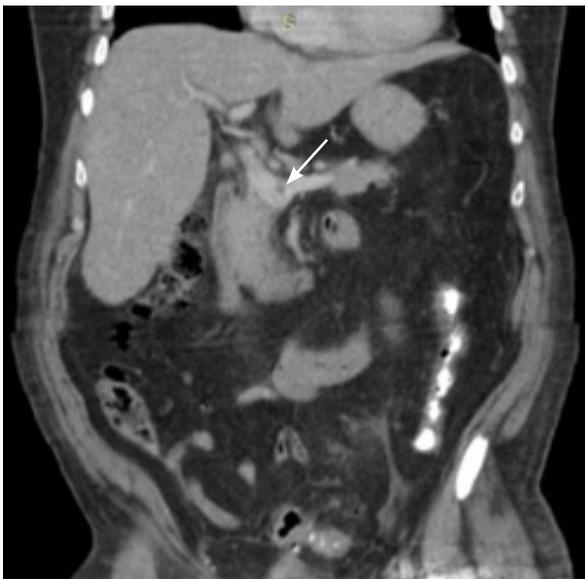


Figura 1: Tomografía computada de abdomen, corte coronal, donde se evidencia burbuja aérea en tronco esplenomesaraico. (flecha)

Se logró la estabilización hemodinámica del paciente en Unidad de Terapia Intensiva y posteriormente se realizó una colostomía transversa en asa sobre varilla. Se administraron anticoagulante y antibióticos (26 días de piperacilina-tazobactam y vancomicina).

A los 28 días del postoperatorio se otorgó el alta hospitalaria por buena evolución. En el control a los 15 días por consultorio de Coloproctología se encontraba asintomático.

CASO 2

Un paciente de sexo masculino de 39 años consultó por dolor en fosa iliaca izquierda de 9 días de evolución, asociado inicialmente a diarrea. El dolor se tornó continuo, con irradiación a epigastrio e hipocondrio derecho y se acompañó de fiebre. En el laboratorio presentó leucocitosis, neutrofilia y hepatograma alterado.

En la TC de abdomen con contraste endovenoso se evidenció hígado heterogéneo con lesiones hipodensas de distribución difusa. Se identificó diverticulitis sigmoidea, con engrosamiento parietal y rarefacción de la grasa locoregional, asociada a presencia de burbujas aéreas en la vena porta, vena mesentérica inferior y vena esplénica. En la ecografía hepática con Doppler se observó un trombo dentro de la vena cava (Fig. 2).

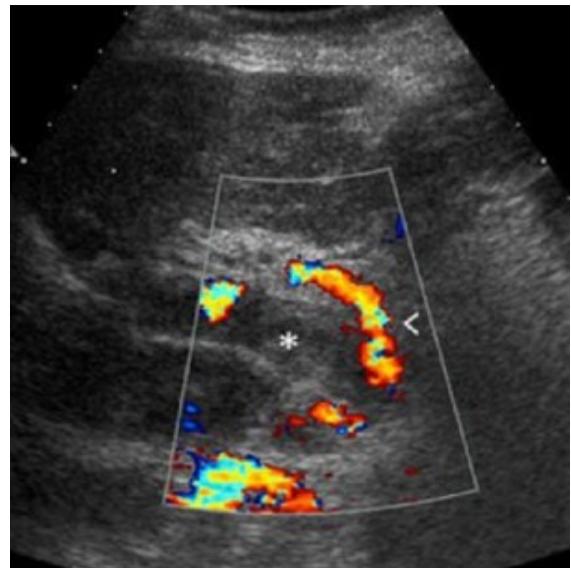


Figura 2: Eco-Doppler que evidencia vena porta de 22 mm con material ecogénico que obstruye completamente su luz, hallazgos compatibles con trombosis portal.

El paciente fue internado en Unidad de Terapia Intensiva e inició tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro con piperacilina-tazobactam y metronidazol. Ante la presencia de múltiples abscesos hepáticos y trombosis portal extensa, se indicó anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Se realizó drenaje percutáneo guiado por imágenes hepáticas que eran mayores de 5 cm. Debido a la persistencia del foco séptico primario, se indicó intervención quirúrgica con colostomía en asa sobre varilla como manejo inicial de la diverticulitis complicada.

El paciente presentó mejoría progresiva del estado general y descenso de los parámetros inflamatorios. Las imágenes de control evidenciaron disminución de tamaño de las colecciones

hepáticas y recanalización del sistema portal. Completó 4 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso y se mantuvo bajo anticoagulación ambulatoria. Fue dado de alta hospitalaria a los 30 días, con seguimiento en consultorio de Coloproctología y Hepatología. En controles sucesivos, se evidenció evolución favorable sin recaídas infecciosas ni secuelas hepáticas.

DISCUSIÓN

La pyleflebitis constituye una entidad clínica infrecuente, pero con una alta tasa de morbimortalidad si no se reconoce y trata de manera oportuna. Su etiología se vincula a procesos infecciosos intraabdominales que drenan al sistema venoso portal, siendo la diverticulitis colónica aguda la causa más frecuente en adultos, seguida por apendicitis, colecistitis, enfermedad inflamatoria intestinal y pancreatitis.^{4,5}

Desde el punto de vista fisiopatológico, la pyleflebitis resulta de la extensión de una infección piógena hacia el sistema venoso esplácnico, lo que desencadena una respuesta inflamatoria endotelial. Esta interacción favorece la formación de trombos sépticos y la eventual diseminación de émbolos sépticos al hígado, lo que puede provocar la formación de abscesos hepáticos,⁶ como se evidenció en el segundo caso clínico.

El diagnóstico clínico suele ser desafiante debido a la inespecificidad de los síntomas. Los pacientes pueden presentar fiebre persistente, dolor abdominal y alteraciones del hepatograma, en un contexto de infección sin foco aparente. Ante estos hallazgos, es fundamental considerar la pyleflebitis dentro del diagnóstico diferencial, especialmente en presencia de antecedentes de enfermedad diverticular o infecciones abdominales previas.⁷ La TC con contraste es el estudio de elección, ya que permite visualizar tanto la fuente séptica como la extensión de la trombosis y detectar signos indirectos como aire en el sistema portal o lesiones hepáticas sugestivas de abscesos.⁸ La ecografía Doppler complementa el diagnóstico al evidenciar trombos intravasculares y alteración del flujo portal.

El tratamiento debe iniciarse precozmente con antibióticos de amplio espectro que cubran enterobacterias y anaerobios. Se recomienda iniciar esquemas con piperacilina-tazobactam o carbapenémicos combinados con metronidazol, ajustando según el resultado de los cultivos.⁹ En ambos casos clínicos presentados, la elección y duración del tratamiento antimicrobiano fueron adecuadas, con buena respuesta clínica.

El uso de anticoagulantes continúa siendo controversial. Aunque no existen estudios aleatorizados concluyentes, diversos trabajos observacionales sugieren que su uso puede disminuir la progresión del trombo, reducir el riesgo de isquemia intestinal y favorecer la recanalización venosa.¹⁰ En nuestros pacientes se inició anticoagulación con evolución favorable.

La intervención quirúrgica no está indicada de inicio, sino en el contexto de complicaciones derivadas del foco séptico primario, como perforación, peritonitis o abscesos abdominales. En ambos pacientes realizamos una colostomía como parte del manejo del cuadro séptico abdominal secundario a diverticulitis complicada, con evolución clínica satisfactoria. El desarrollo de algoritmos de manejo clínico permite sistematizar la evaluación y el tratamiento de esta patología, optimizando el abordaje diagnóstico-terapéutico y mejorando el pronóstico global del paciente.

CONCLUSIÓN

La pyleflebitis es una complicación infrecuente pero potencialmente fatal de infecciones intraabdominales, en particular la diverticulitis aguda. Su diagnóstico precoz requiere un alto índice de sospecha clínica, apoyado en estudios de imagen como la TC con contraste y la ecografía Doppler. El tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro debe iniciarse de forma precoz, ajustándose según resultados microbiológicos. La anticoagulación puede ser considerada en casos seleccionados, particularmente en presencia de trombosis extensa o compromiso vascular progresivo. La intervención quirúrgica debe reservarse para complicaciones asociadas al foco infeccioso primario.

REFERENCIAS

1. Fusaro L, Di Bella S, Martingano P, Crocè LS, Giuffrè M. Pylephlebitis: a systematic review on etiology, diagnosis and treatment of infective portal vein thrombosis. *Diagnostics*. 2023;13(3):429.
2. Rajesh S, Mukund A, Arora A. Imaging diagnosis of splanchnic venous thrombosis. *Gastroenterol Res Pract*. 2015;2015:101029.
3. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis*. 1995;21(5):1114-1120.
4. Baril N, Wren SM, Radin R, Ralls PW, Stain SC. The role of anticoagulation in pylephlebitis. *Am J Surg*. 1996;172(5):449-452.
5. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodossiades G, Mariolis-Sapsakos T, Archimandritis AJ. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. *Scand J Infect Dis*. 2010;42(11-12):804-811.
6. Saxena R, Adolph M, Ziegler JR, Murphy W, Rutecki GW. Pylephlebitis: a case report and review of outcome in the antibiotic era. *Am J Gastroenterol*. 1996;91(6):1251-1253.
7. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: a review of 95 cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(3):656-661.
8. Ben-Ami R, Bakhanashvili M, Katz DE, et al. Pylephlebitis associated with appendicitis: case report and review. *Scand J Infect Dis*. 2003;35(10):709-711.
9. Naymagon L, Tremblay D, Schiano T, Mascarenhas J. The role of anticoagulation in pylephlebitis: a retrospective examination of characteristics and outcomes. *J Thromb Thrombolysis*. 2020;49(2):325-331.
10. Flores-Anaya L, León-Lozada C, Torres-Damas W. Pylephlebitis: case report and literature review. *Medwave*. 2015;15(8):e6258.

Ganglioneuromatosis intestinal: Manifestación de la neurofibromatosis tipo I

Magalí Muthular¹, Jenny Bastidas¹, Oriana Comodo², Leandro Stawcowy³, Federico Yazzi³

Servicio de Cirugía General, Sección Coloproctología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

¹ Fellow de Coloproctología

² Médico residente de Cirugía General

³ Médico Coloproctólogo

Palabras clave: ganglioneuromatosis, ganglioneuroma, neurofibromatosis, cáncer colorrectal

Keywords: Ganglioneuromatosis, Ganglioneuroma, Neurofibromatosis, Colorectal Cancer

INTRODUCCIÓN

La ganglioneuromatosis intestinal es una entidad muy poco frecuente derivada del sistema nervioso entérico, histológicamente compuesta por células de Schwann, fibras nerviosas y células ganglionares. Se considera una afectación benigna con un curso indolente y un potencial muy bajo de transformación maligna.¹

Shekitka y Sobin² clasificaron la entidad según el patrón de la lesión como ganglioneuroma polipoide (GP): lesión solitaria, poliposis ganglioneuromatosa (PG): múltiples pólipos y ganglioneuromatosis difusa (GD): afectación exofítica y transmural.

Se ha reportado la relación de la forma difusa con la neoplasia endocrina múltiple tipo 2B (NEM 2B) y la neurofibromatosis tipo 1 (NF1).³

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de una paciente joven con NF1 y un síndrome de dolor y distensión abdominal causados por una GD de ciego. Se discuten sus aspectos más relevantes y se realiza una revisión de la literatura sobre esta entidad poco frecuente.

CASO

Paciente de sexo femenino, de 34 años, que consulta por pérdida de peso, distensión abdominal, intolerancia digestiva y dolor abdominal recurrente de un año de evolución. Como antecedente médico de relevancia tiene diagnóstico de NF1. No presenta antecedentes quirúrgicos, ni antecedentes familiares de poliposis o cáncer colorrectal. Se solicitó una ecografía abdominal que no mostró hallazgos patológicos mientras que la tomografía contrastada de abdomen evidenció un engrosamiento de la pared a nivel del ciego (Fig. 1). La videocolonoscopia (VCC) evidencia una lesión proliferativa en el ciego adyacente a la válvula ileocecal, que ocupa el 70% de la luz, no pasible de resección endoscópica (Fig. 2). La biopsia informa mucosa colónica con cambios reactivos. Todos los valores de laboratorio fueron normales incluidos CEA (1,24 ng/ml) y CA 19-9 (3,4 UI/ml). Ante estos hallazgos, se realiza una colectomía derecha laparoscópica con vaciamiento D2 y anastomosis ileocólica lateral intracorpórea con sutura mecánica.

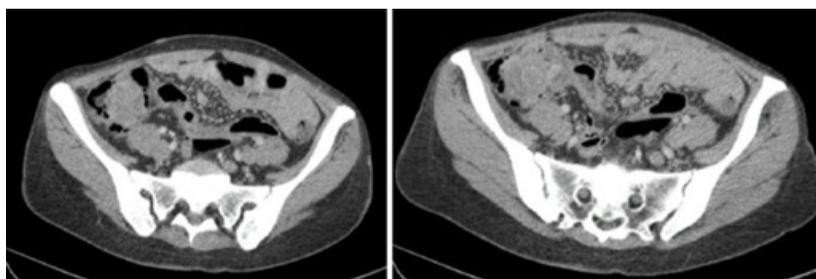


Figura 1. Tomografía computada de abdomen con contraste donde se observa engrosamiento cecal.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Magalí Muthular: magalimuthular@gmail.com

Recibido: 23-07-2025. Aceptado: 11-08-2025.

Magali Muthular: <https://orcid.org/0000-0001-6934-095X>; Jenny Bastidas: <https://orcid.org/0009-0001-5107-8137>; Oriana Comodo: <https://orcid.org/0009-0006-6511-4203>;

Leandro Stawcowy: <https://orcid.org/0000-0002-9862-3083>; Federico J. Yazzi: <https://orcid.org/0000-0002-2368-1158>

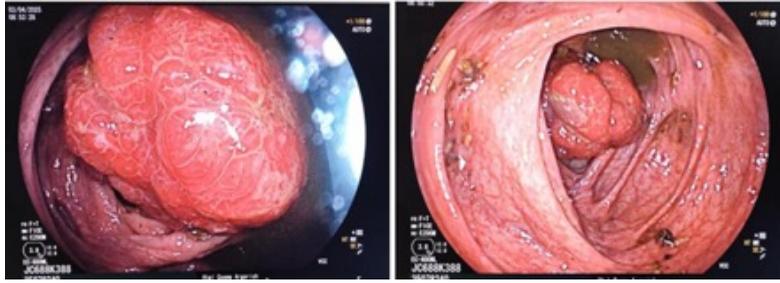


Figura 2. Videocolonoscopia. Lesión que ocupa gran parte de la luz colónica, próxima a la válvula ileocecal.

El resultado de la anatomía patológica informa una lesión polipoide vellosa de 5 cm, sin pedículo evidente, que ocluye el 90% de la luz y se ubica sobre la válvula ileocecal.

La microscopía muestra una proliferación de estirpe neural compuesta por células ahusadas, que se extiende desde la submucosa hasta la lámina propia de la mucosa. Se observan vasos sanguíneos de pared fibrosa y células de aspecto ganglionar. A nivel de la mucosa numerosos folículos linfoides con centros germinativos prominentes (Fig. 3). La inmunohistoquímica fue positiva para S100 en células fusiformes y para sinaptofisina en células ganglionares y focal en células fusiformes.

La morfología y el inmunofenotipo fueron compatibles con ganglioneuroma difuso intramural y polipoide.

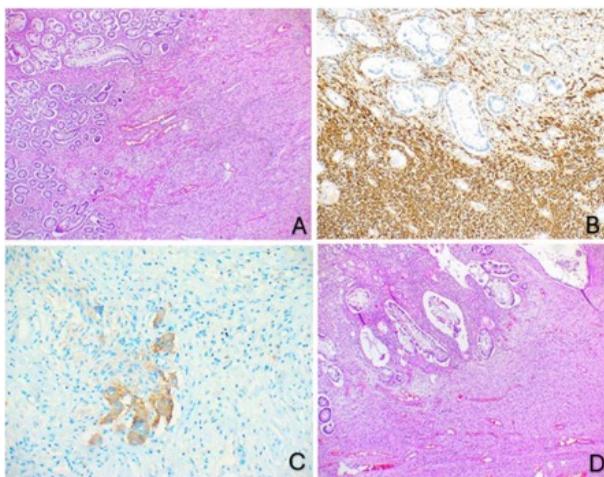


Figura 3. Microscopía. A. Lesión de estirpe neural que ocupa desde la submucosa hasta la lámina propia de la mucosa. H&E. B. IHQ. Marcador neural S100 positivo. C. IHQ. Sinaptofisina positivo en células ganglionares. D. Células ahusadas con núcleos alargados, arremolinadas en sectores. H&E.

DISCUSIÓN

La NF1, también conocida como enfermedad de Von Recklinghausen, es uno de los trastornos genéticos más frecuentes del sistema neuroectodérmico, con transmisión autosómica dominante.⁴

El trastorno es causado por alteraciones en el gen NF-1, gen supresor de tumores ubicado en el cromosoma 17q11.2, que inactiva la vía p21 RAS y la vía de la MAP quinasa.⁵

Su expresión clínica es extremadamente variable, incluyendo trastornos neoplásicos o no neoplásicos, que afectan principalmente a tejidos de origen neuroectodérmico o mesenquimal de diferentes regiones, como la piel, el sistema nervioso central y el sistema ocular.⁴

Hasta el 25% de los pacientes con NF1 desarrollan tumores neurogénicos intestinales.⁶ Dentro de estos tumores, los más frecuentes son los neurofibromas; en cambio, los ganglioneuromas abdominales son muy infrecuentes.

Como en nuestra paciente, la mayoría de los casos reportados de ganglioneuromatosis ocurren en el intestino grueso, incluido el recto.⁶ En cambio, los neurofibromas son más frecuentes en intestino delgado.

La edad de presentación suele ser entre 20 y 50 años, con una media en la tercera década de vida.²

La GD del tracto gastrointestinal es una proliferación nodular o transmural mal delimitada de tejido ganglioneuromatoso que afecta difusamente el plexo mientérico. Las lesiones suelen ser grandes, pudiendo medir hasta cerca de 20 cm.²

Los datos aportados a partir de la revisión realizada por Shekitka y Sobin² sobre 43 pacientes ingresados por ganglioneuromas en el tracto gastrointestinal en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Washington D.C entre 1940 y 1990, permitió establecer una relación entre la forma difusa de la enfermedad y los trastornos hereditarios como NF1 o NEM 2B. Esta revisión encontró que 8 de los 9 pacientes afectados con la forma difusa presentaban alguno de los síndromes genéticos mencionados.

Debido a su rareza, la incidencia del ganglioneuroma colónico en la NF1 se desconoce, mientras que en el NEM 2B se acerca al 100% y a menudo precede al carcinoma medular de tiroides.⁷

Los síntomas de presentación suelen ser inespecíficos, como constipación, diarrea, vómitos, dolor, oclusión intestinal o sangrado del tubo digestivo.³

En la tomografía, se visualizan como masas sólidas, encapsuladas, bien circunscritas e hipodensas con un realce tardío.

En la RMN, al igual que en otras partes del cuerpo, aparecen como una masa hipointensa en las imágenes T1 y de alta intensidad heterogénea en las T2.⁸

Siempre debe realizarse una VCC diagnóstica y/o terapéutica, con biopsia o resección de la lesión. Muchas veces las biopsias superficiales no permiten realizar el diagnóstico en lesiones con afectación profunda, como en este caso.

Histológicamente, la GD se caracteriza por una proliferación poco delimitada, nodular o difusa de las fibras nerviosas, células ganglionares y células de soporte del sistema nervioso entérico. El patrón de crecimiento varía, desde expansiones fusiformes hipoplásicas del plexo mientérico hasta proliferaciones ganglioneuromatosas transmurales que distorsionan el plexo mientérico e infiltran la pared intestinal. Las técnicas de inmunohistoquímica son de gran ayuda para confirmar el origen nervioso de la lesión (anticuerpos contra la proteína S100) y marcadores de diferenciación neural (sinaptofisina) para resaltar las células ganglionares.²

Si bien los ganglioneuromas pueden coexistir con lesiones malignas en el tracto gastrointestinal, no se ha encontrado relación entre ellos.⁹ Aunque algunos autores sostienen que podrían considerarse lesiones premalignas, esta hipótesis solo se basa en escasos reportes de casos sin evidencia que lo sustente.^{7,10}

En nuestra paciente los síntomas presentados llevaron a la realización de estudios que si bien no confirmaron el diagnóstico histológico, definieron la conducta como en la mayor parte de los reportes de la literatura.

Estas lesiones deben sospecharse en pacientes con diagnóstico previo de los síndromes genéticos mencionados, sin embargo, en algunas ocasiones pueden ser su primera manifestación, lo que obliga a indagar detalladamente sobre otros síntomas relacionados, así como en los antecedentes familiares.

CONCLUSIONES

La ganglioneuromatosis intestinal es una entidad extremadamente rara. Su forma difusa es la única relacionada con la NF1. Para el diagnóstico debe tenerse un alto índice de sospecha en pacientes que presenten síntomas abdominales inespecíficos o anemia. Su tratamiento depende de la sintomatología, aunque en la mayoría de los casos suele ser quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Quinn R, Ellis-Clark J. Ganglioneuroma: a rare appendiceal tumour - case report and literature review. *J Surg Case Rep.* 2024;2024(12):rjae735.
2. Shekitka KM, Sobin LH. Ganglioneuromas of the gastrointestinal tract. Relation to Von Recklinghausen disease and other multiple tumor syndromes. *Am J Surg Pathol.* 1994;18(3):250-7.

3. Vicenteño-León AI, Durán-Reyes ZJ, Domínguez-Muñoz A, Fernández-Portilla EJ, Valencia-Mayoral P. Ganglioneuromatosis intestinal difusa a lo largo del tubo digestivo. Diffuse intestinal ganglioneuromatosis along the gastrointestinal tract. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2022;79(6):388-395.
4. Basile U, Cavallaro G, Polistena A, et al. Gastrointestinal and retroperitoneal manifestations of type 1 neurofibromatosis. *J Gastrointest Surg.* 2010;14(1):186-194.
5. Agaimy A, Vassos N, Croner RS. Gastrointestinal manifestations of neurofibromatosis type 1 (Recklinghausen's disease): clinicopathological spectrum with pathogenetic considerations. *Int J Clin Exp Pathol.* 2012;5(9):852-862.
6. Thway K, Fisher C. Diffuse ganglioneuromatosis in small intestine associated with neurofibromatosis type 1. *Ann Diagn Pathol.* 2009;13(1):50-54.
7. Kanter AS, Hyman NH, Li SC. Ganglioneuromatous polyposis: a premalignant condition. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(4):591-593.
8. Pacella G, Brunese MC, Donnarumma F, et al. Imaging of Ganglioneuroma: A Literature Review and a Rare Case of Cystic Presentation in an Adolescent Girl. *Diagnostics (Basel).* 2023;13(13):2190. Published 2023 Jun 27.
9. Baiomi A, Abbas H, Niazi M, Remotti H, Daniel M, Balar B. Colonic Ganglioneuroma: A Rare Lesion With Extremely Different Presentations and Outcomes in Two Patients. *Gastroenterology Res.* 2021;14(3):194-198.
10. Snover DC, Weigent CE, Sumner HW. Diffuse mucosal ganglioneuromatosis of the colon associated with adenocarcinoma. *Am J Clin Pathol.* 1981;75(2):225-229.

Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal

Joaquín Vergara Sánchez¹, Valentín Garat², Hoffmann Boyle³

Hospital Cuenca Alta, Cañuelas, Buenos Aires, Argentina

¹ Residente de Urología

² Jefe de Residentes de Cirugía General

³ Cirujano General

RESUMEN

Se presenta el caso poco frecuente de una mujer de 97 años con una hernia diafragmática sin antecedentes de trauma, que debutó como un abdomen agudo oclusivo. La tomografía computada mostró una hernia diafragmática derecha anterior que comprometía el colon transverso. Fue tratada quirúrgicamente con reducción del contenido herniado, cierre primario y colostomía en asa. Este caso destaca la rareza de las hernias diafragmáticas derechas anteriores sin causa subyacente (menos del 1% de las hernias diafragmáticas), la importancia de sospecharlas ante síntomas inespecíficos, el rol fundamental del diagnóstico por imágenes para su detección temprana y la eficacia del tratamiento quirúrgico oportuno para reducir morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: hernia diafragmática derecha anterior, abdomen agudo oclusivo, hernia diafragmática no traumática

ABSTRACT

We present a rare case of a 97-year-old woman with a right anterior diaphragmatic hernia. She has no history of trauma and presented with an acute occlusive abdomen. The CT scan showed a right anterior diaphragmatic hernia involving the transverse colon. She underwent a surgical procedure to reduce the herniated contents, close the diaphragmatic defect, and create a loop colostomy. This case demonstrates the rarity of right anterior diaphragmatic hernias without an underlying cause (less than 1% of diaphragmatic hernias), the importance of suspecting them in the presence of nonspecific symptoms, the fundamental role of diagnostic imaging in their early detection, and the effectiveness of timely surgical treatment in reducing morbidity and mortality.

Keywords: Right anterior diaphragmatic hernia; Acute occlusive abdomen; Non-traumatic diaphragmatic hernia

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática espontánea (HDE) es la herniación del contenido abdominal hacia el tórax a través de un desgarramiento o debilidad del diafragma. Puede ser adquirida o más frecuentemente congénita. La HDE se presenta principalmente en adultos, secundaria a traumatismos, en el 75% de los casos cerrados.¹ Es 4 veces más frecuente en varones y posee una predisposición por el lado izquierdo, en parte debido a la protección que ofrece el hígado y a que los defectos de fusión embrionaria ocurren más comúnmente del lado izquierdo.² La HDE no traumática es extremadamente infrecuente, sobre todo cuando ocurre del lado derecho.

Presentamos el caso de una mujer de 97 años con una HDE derecha anterior sin antecedente de trauma o cirugía que se presentó como un abdomen agudo oclusivo.

CASO

Una paciente de 97 años de edad, con antecedente de hipotiroidismo e hipertensión arterial, ingresa al servicio de emergencias por cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal generalizado de intensidad 7/10, distensión abdominal y ausencia de deposiciones, asociado a 4 vómitos porráceos en las últimas 24 h. Al ingreso presenta una frecuencia cardíaca de 108 latidos/minuto, una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones/minuto, tensión arterial de 125/72 mm de Hg, temperatura axilar de 36,2°C y saturación de oxígeno mayor al 96%. Al examen físico se evidencia un abdomen distendido, timpánico, ruidos hidroaéreos escasos, con defensa y reacción peritoneal de predominio en fosa ilíaca derecha. El análisis de laboratorio manifestó leucocitosis de 16.300/mm³, creatinina de 2,28 mg/dL, urea 72 mg/dL.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Joaquín Vergara: [jev826@gmail.com](mailto:jevs826@gmail.com)
Recibido: 31-07-2025. Aprobado: 06-08-2025.

Joaquín Vergara: <https://orcid.org/0000-0001-6272-5312>; Boyle Hoffmann: <https://orcid.org/0009-0007-2432-1457>; Valentín Garat: <https://orcid.org/0009-0006-5167-3944>

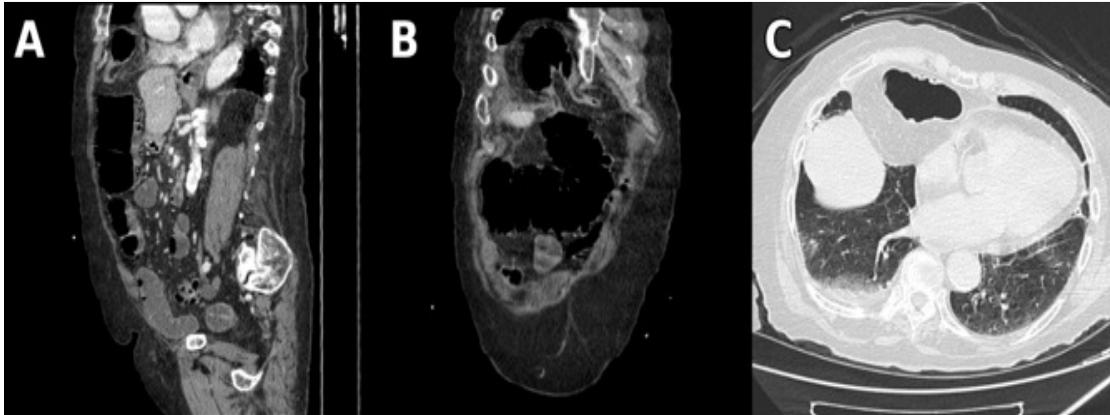


Figura 1. Tomografía computada de tórax y abdomen. **A.** Corte sagital. Se observa un asa colónica que asciende a la cavidad torácica, en el mediastino anterior. (círculo blanco). **B.** Corte coronal. Se observa el defecto diafragmático a través del cual asciende un asa colónica (flecha blanca). **C.** Corte axial, ventana pulmonar. Se aprecia un asa colónica a nivel torácico en región anterior del mediastino. (flecha).

Al ingreso se solicita tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso que reporta una hernia diafragmática derecha anterior, con saco de aproximadamente 8 cm de diámetro y anillo de aproximadamente 3 cm con contenido del tercio medio de colon transverso, condicionando hacia proximal distensión de colon derecho, asas de intestino delgado y estómago (Fig. 1), por lo que se decide conducta quirúrgica de urgencia. Se realiza laparotomía exploratoria con hallazgo de hernia diafragmática derecha anterior con contenido colónico, la que se reduce hacia cavidad peritoneal evidenciando el defecto diafragmático (Fig. 2). Se realizó cierre primario con material no absorbible. Además, se confecciona colostomía transversa en asa sobre varilla por franca distensión cecal y enfermedad diverticular avanzada del colon sigmoides. La paciente cursa internación con adecuada evolución postoperatoria y posterior egreso sin complicaciones asociadas.

DISCUSIÓN

Este es un caso poco frecuente de HDE causada por un defecto en el pilar derecho del diafragma, que provocó la protrusión del colon transverso, sin antecedentes de traumatismo cerrado, lesión penetrante o cirugía. Las HDE sin causa subyacente son poco frecuentes, con menos de 30 casos publicados entre 1956 y 2009, representando menos del 1% de todas las HDE.^{2,3}

Los dos tipos de HDE idiopáticas reportados en la literatura son la tipo 1, con una pared torácica intacta y la tipo 2, con el paso del contenido abdominal a través del diafragma y la pared torácica.² Los principales factores predisponentes de estas hernias idiopáticas incluyen tos persistente, vómitos o estreñimiento crónico y severo.² Según la literatura, el defecto se presenta con mayor frecuencia en el



Figura 2. Hernia diafragmática anterior, vista intraoperatoria.

pilar izquierdo del diafragma (hasta el 65%), mientras que el derecho tiene menos probabilidades de estar involucrado debido al soporte mecánico del hígado.⁴

Las hernias causadas por cualquier defecto en el lado derecho del músculo se asocian con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Los síntomas típicos incluyen náuseas, vómitos, dificultad para respirar, dolor y malestar toracoabdominal.³

El diagnóstico se realiza mediante tomografía axial computarizada, con una especificidad de aproximadamente el 80% y una sensibilidad del 50% para la HDE derecha y del 78% para la izquierda, como lo demostraron Lodhia et al.⁴

El presente caso es notable, ya que los defectos del lado derecho son inusuales y la manifestación clínica heterogénea representó un desafío diagnóstico. El diagnóstico oportuno es necesario, ya que de ser tardío puede conllevar un mayor riesgo de mortalidad por insuficiencia respiratoria debida al aumento de la presión intratorácica, o isquemia digestiva/perforación por reducción del flujo sanguíneo a los órganos involucrados.¹

La corrección quirúrgica del defecto se considera una cura permanente y generalmente se realiza mediante un abordaje abdominal con cierre primario del defecto. En casos crónicos con diagnóstico tardío, se adopta el abordaje torácico para evitar complicaciones que incluyen perforación visceral y adherencias. En nuestra paciente, el defecto estaba asociado con signos de obstrucción visceral, por lo que adoptamos el abordaje abdominal y reparamos el defecto con cierre primario utilizando suturas no absorbibles. La enfermedad diverticular avanzada asociada y la edad de la paciente motivaron la realización de una colostomía en asa proximal al sitio herniado para evitar complicaciones postoperatorias. En general, la corrección quirúrgica tiene resultado favorable, con una tasa muy baja de recurrencia.⁵

CONCLUSIÓN

La hernia diafragmática espontánea por un defecto que afecta el pilar derecho del diafragma, en ausencia de antecedentes de traumatismo o cirugía, es un hallazgo muy poco frecuente. Su diagnóstico, basado en una adecuada sospecha clínica y el uso de estudios por imágenes, debe ser oportuno ya que un tratamiento tardío o un abordaje inadecuado se asocian con mayor morbimortalidad. La corrección quirúrgica temprana es eficaz y segura con bajas tasas de recurrencia.

REFERENCIAS

1. Thompson M, Wills S, Byard RW. Forensic Features of Lethal Late-Presenting Diaphragmatic Hernias. *J Forensic Sci.* 2016;61(5):1261-65.
2. Divisi D, Imbriglio G, De Vico A, Crisci R. Right diaphragm spontaneous rupture: A surgical approach. *Scientific WorldJournal.* 2011;11:1036-40.
3. Carreño Sáenz O, Montilla Navarro E, Aguilar Martí M, Bonafé Diana S, Carbonell Tatay F. Traumatic intercostal hernias with preservation of diaphragm: Case report. *Rev Hispanoam Hernia.* 2013;1(3):105-7.
4. Lodhia JV, Appiah S, Tchervenjakov P, Krysiak P. Diaphragmatic hernia masquerading as a pulmonary metastasis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015;97(2):e27-9.
5. Katukuri GR, Madireddi J, Agarwal S, Kareem H, Devasia T. Delayed diagnosis of left-sided diaphragmatic hernia in an elderly adult with no history of trauma. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(4):PD04-5.

Colectomía segmentaria laparoscópica del ángulo esplénico con tres trócares



<https://youtu.be/zIFjLHIm2Co>

Ana Inés Leone, Milagros Fabrissin, Belén Leis, Victoria Turesso, Mariano Laporte
Servicio de Cirugía, Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

Palabras clave: ángulo esplénico, vía laparoscópica, colectomía segmentaria

Keywords: Splenic flexure, Laparoscopic approach, Segmental colectomy

INTRODUCCIÓN

La baja incidencia de los tumores del ángulo esplénico, asociada a las dificultades técnicas que presenta su descenso, contribuyen a que en la actualidad su resección por vía laparoscópica continúe siendo un desafío para el cirujano colorrectal.

Entre las opciones de abordaje quirúrgico se encuentran las resecciones radicales (colectomía derecha extendida o colectomía izquierda) y las resecciones segmentarias, con resultados oncológicos similares.^{1,2}

DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 64 años, con un adenocarcinoma infranqueable del ángulo esplénico, a quien se le realizó una colectomía segmentaria por vía laparoscópica utilizando tres puertos. Se colocó al paciente en posición de Trendelenburg invertido y lateralizado hacia la derecha. Se colocó un trocar óptico de 12 mm a nivel paraumbilical derecho, otro de 5 mm subcostal izquierdo y el último de 5 mm en la fosa iliaca izquierda. Se comenzó con el abordaje medial, disecando el mesocolon transversal distal. Se seccionó con bisturí armónico la rama izquierda de la arteria cólica media. Luego se ligaron a proximal y distal con clips de polímero la arteria cólica izquierda y la vena mesentérica inferior y se seccionaron con bisturí armónico. Se

continuó con el abordaje lateral, con la sección del ligamento frenocólico, el decolamiento del parietocólico izquierdo y la sección de los ligamentos coloesplénico y gastrocólico. Luego de movilizados el colon transverso y descendente, se exteriorizó el colon y se lo seccionó con suturas mecánicas lineales. Se confeccionó una anastomosis manual laterolateral por preferencia del equipo quirúrgico en base a la experiencia y buenos resultados. El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria con externación a las 72 horas, sin complicaciones posteriores. La anatomía patológica informó adenocarcinoma pT3N0 sin factores de riesgo.

CONCLUSIÓN

La colectomía segmentaria del ángulo esplénico laparoscópica utilizando solamente tres puertos es factible y segura cuando se realiza en pacientes seleccionados y por un equipo entrenado en cirugía laparoscópica colorrectal.

REFERENCIAS

1. Hashida H, Kondo M, Kita R, Kitamura K, Uryuhara K, Kobayashi H, Kaihara S. Laparoscopic Colectomy for Splenic Flexure Cancer Approached from Four Directions. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2021;31(9):1014-18.
2. Ciocco WC. The optimal extent of colectomy for splenic flexure carcinoma - Extended vs segmental? Less is best! *Am J Surg*. 2023;225(3):452-53.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Ana Inés Leone:** ana.ines.leone@gmail.com
Recibido: 03-07-2025. Aceptado: 01-08-2025.

Dra. Ana Inés Leone: <https://orcid.org/0000-0003-4337-3045>; Dra. Milagros Fabrissin: <https://orcid.org/0009-0000-2135-5271>; Dra. Belén Leis: <https://orcid.org/0009-0000-4425-9696>;
Dra. Victoria Turesso: <https://orcid.org/0009-0007-3672-7366>; Dr. Mariano Laporte: <https://orcid.org/0000-0002-6395-4325>

Endometriosis profunda con compromiso rectal severo



<https://youtu.be/FjqIsMATGXI>

Joaquín Tognelli¹, Alberto Manuel Ustarroz²

¹ Cirujano Colorrectal del Hospital Juan A. Fernández, Sanatorio Finochietto y Sanatorio Sagrado Corazón. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Docente Auxiliar Ayudante de Primera. UDH Hospital Juan A. Fernández, Facultad de Medicina, UBA.

² Jefe de la Sección Patología Benigna, División Ginecología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina. Jefe de Trabajos Prácticos, UBA.

Palabras clave: resección de recto, endometriosis colónica, endometriosis pélvica extragenital, endometriosis profunda

Keywords: Rectal Resection; Colonic Endometriosis, Extragenital Pelvic Endometriosis, Deep Endometriosis

INTRODUCCIÓN

La endometriosis infiltrante profunda (EIP) es una forma severa de endometriosis que afecta al 1–2% de las mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial que penetra 5 mm o más por debajo del peritoneo y suele estar asociada a dolor pélvico severo e infertilidad. Frecuentemente, se manifiesta como un nódulo único mayor a 1 cm y en un 5–12% de los casos compromete el intestino, principalmente el recto y el colon sigmoideo (90%).¹ Hasta el 80% de las mujeres infértiles presentan algún grado de endometriosis.^{2,3} En casos seleccionados, el tratamiento quirúrgico puede mejorar significativamente la fertilidad; un tercio logra un embarazo en el primer año y dos tercios dentro de los tres años posteriores a la intervención.^{4,5}

DESCRIPCIÓN

Paciente de 25 años, con antecedente de quistectomía ovárica laparoscópica por quistes hemorrágicos, en búsqueda de embarazo. Consulta por dispareunia y dolor pélvico crónico en fosa ilíaca izquierda, refractario a anticonceptivos orales, que se intensifica con la defecación. Al examen físico, en el tacto bimanual se palpa un nódulo doloroso en el fondo de saco de Douglas. Dado que la videocolonoscopia fue incompleta por angulación en la unión rectosigmoidea, se complementó con colonoscopia virtual, que mostró dicho estrechamiento, con signos de inflamación local y sin otras lesiones proximales.

La resonancia magnética de pelvis confirmó endometriomas bilaterales, hematosalpinx y tejido fibroso retrocervical con componente quístico-hemorrágico que infiltraba ambos ligamentos uterosacros, fórnix vaginal posterior y recto, comprometiendo un 40% de la circunferencia rectal en al menos dos segmentos. También se observó engrosamiento fibroso del peritoneo vesicouterino.

Se realizó un abordaje laparoscópico utilizando un movilizador uterino para la adecuada exposición del compartimento posterior, que mejoró al abordar inicialmente los endometriomas. Se identificaron y lateralizaron ambos uréteres para evitar lesionarlos durante la disección de los nódulos endometriósicos rectovaginales. Se resecaron los ligamentos uterosacros, se ingresó al espacio rectovaginal, se liberó el recto y se restableció la anatomía, lo que permitió evaluar el compromiso colorrectal y definir la conducta quirúrgica. Ante dos lesiones con compromiso transmural, se indicó resección segmentaria sin conservación de órgano. Se efectuó anastomosis término-terminal mecánica, preservando el mesorrecto. La paciente evolucionó favorablemente, con alta al cuarto día.

CONCLUSIÓN

Determinar el grado de compromiso colorrectal es clave para definir el tratamiento: cirugías no resectivas (afeitado y/o resección discoidea del recto) o resección de órgano. Esta última está indicada ante lesiones multifocales o afectación de más del

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Joaquín Tognelli:** tognellijoaquin@gmail.com

Recibido: 16-05-2025. Aceptado: 18-08-2025.

Joaquín Tognelli: <https://orcid.org/0000-0001-9432-6287>; Alberto Manuel Ustarroz: <https://orcid.org/0009-0000-4752-7457>

50% de la circunferencia, como en este caso. Es un procedimiento seguro por vía laparoscópica y, al tratarse de una enfermedad benigna, se puede conservar el mesorrecto. La mayoría de las pacientes experimentan mejoría significativa del dolor y calidad de vida, con bajas tasas de recurrencia.

REFERENCIAS

1. Habib N, Centini G, Lazzeri L, Amoruso N, El Khoury L, Zupi E, et al. Bowel Endometriosis: Current Perspectives on Diagnosis and Treatment. *Int J Womens Health*. 2020;12:35-47.
2. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: Definition, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril*. 2012;98(3):564-71.
3. Poon C, Rome R. Malignant extra-ovarian endometriosis: A case series of ten patients and review of the literature. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2020;60(4):585-91.
4. Bassi MA, Podgaec S, Dias JA, D'Amico Filho N, Petta CA, Abrao MS. Quality of Life after segmental Resection of the Rectosigmoid by Laparoscopy in Patients with Deep Infiltrating Endometriosis with Bowel Involvement. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(6):730-3.
5. Tognelli J. Endometriosis colorrectal. En: Lumi CM, Bianchi R, Canelas A, Colliá Ávila K, Farina PA, Laporte M, Mattacheo AE, Pastore RLO, ed. *Enfermedades del colon, recto y ano*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Coloproctología; 2023. p. 420-29.

PERSPECTIVAS

Arte, historia y humanidades en coloproctología

Cáncer colorrectal y compositores famosos

Dr. Jorge Larach S.

Miembro Honorario de la Sociedad Chilena de Cirugía.

Miembro Honorario de la Sociedad Chilena de Coloproctología.

Como cirujano dedicado a la especialidad colorrectal y aficionado a la ópera, me surgió la curiosidad por conocer qué compositores famosos fueron afectados por un cáncer colorrectal. Después de una somera investigación, identifiqué cuatro nombres a quienes esta condición los llevó finalmente a la muerte: Gioachino Rossini (1792–1868), Claude Debussy (1862–1918), Edward Elgar (1857–1934) y Jules Massenet (1842–1912).

GIOACHINO ROSSINI (1792–1868)

Rossini, nacido en Pésaro y fallecido en París, es una de las figuras cumbre de la ópera belcantista (canto bello), junto con Gaetano Donizetti (1797–1848) y Vincenzo Bellini (1801–1835). Desde muy joven fue un prolífico compositor, llegando a escribir 39 óperas en apenas 19 años, entre 1810 y 1839. Esto lo encumbró como el compositor italiano más importante de la primera mitad del siglo XIX, especialmente por dos de sus óperas bufas: *El barbero de Sevilla* y *La Cenci-cienta*, género en el que fue un destacado especialista.

Se retiró de la composición operática a los 37 años, cuando ya contaba con una situación económica muy holgada. Falleció más tarde, a los 76 años, a causa de un cáncer rectal.

Se presume que en este retiro prematuro influyeron múltiples afecciones de salud, tanto mentales como físicas. Entre las primeras, sufría de depresión importante y probablemente de un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); entre las segundas, padeció estrechez uretral secundaria a una gonorrea crónica, requiriendo dolorosas y continuas dilataciones. Además, presentaba una obesidad severa.

Tras la muerte de su primera esposa en 1845, la mezzosoprano española Isabella Colbran, siete años mayor y destinataria de muchas de sus óperas, Rossini contrajo matrimonio en 1846 con su amante Olympe Pélissier (1797–1878), quien había sido previamente amante, entre otros, del novelista Honoré de Balzac (1799–1850). Se instalaron definitivamente en

París en 1853, llevando una activa vida social con sus conocidas *Soirées Musicales*.

Pélissier fue una dedicada y fiel cuidadora de Rossini y, tras su muerte, una celosa guardiana de sus manuscritos y defensora de su legado musical.

En septiembre de 1868, a raíz de molestias rectales, consultó al Dr. Vito Bonato, quien inicialmente sospechó una fístula anorrectal, pero pronto reconoció la presencia de un cáncer, motivo por el cual llamó al Dr. Auguste Nélaton (1807–1873), creador de la sonda Nélaton. Este último realizó un procedimiento mínimo de reducción tumoral, bajo cloroformo, debido a la extrema obesidad y fragilidad del paciente. La intervención se llevó a cabo el 2 de noviembre, sin precauciones de asepsia, y el paciente evolucionó tórpidamente. A las 48 horas, Nélaton decidió reintervenirlo; pese a lo cual, Rossini desarrolló una sepsis perineal, probablemente con *fascitis necrotizante*, que lo llevó a la muerte el 13 de noviembre de 1868, a pesar de los cuidados de su esposa.

Sus restos reposan junto a los de Olympe, quien lo sobrevivió diez años, en la iglesia de Santa Croce en Florencia. Parte de su fortuna se destinó a la creación y mantenimiento de una casa para cantantes de ópera retirados.

CLAUDE DEBUSSY (1862–1918)

La música es la aritmética de los sonidos... — Debussy

Considerado un compositor revolucionario del siglo XX, Debussy se destacó por explorar nuevas corrientes armónicas, transformando radicalmente las posibilidades del piano.

Su música fue catalogada como "impresionista" por analogía con la corriente pictórica contemporánea, inspirada en el cuadro de Monet *Impresión, sol naciente*. Así como la pintura impresionista, sugería espontaneidad mediante pinceladas cortas y colores puros, Debussy logró un colorido musical mediante timbres diáfanos y técnicas pianísticas fluidas.

Sin embargo, el término "impresionista" es insuficiente para describir su música refinada, técnicamente elaborada, evocadora y sensual. Son paradigmáticas obras como *Prélude à l'après-midi d'un faune*, los "bocetos sinfónicos" *La Mer*, en piano, el *Clair de Lune* de la *Suite bergamasque*, y los *Arabesques*.

Debussy se identificaba más con el Simbolismo, movimiento literario y artístico de fines del siglo XIX. Fue amigo de los simbolistas franceses Stéphane Mallarmé (1842–1898) y Paul Verlaine (1844–1896). Su única ópera finalizada es *Pelléas et Mélisande*, basada en la obra de Maurice Maeterlinck (1862–1949), poeta simbolista y premio Nobel de Literatura (1911). Esta ópera, considerada una de las cumbres del siglo XX, propone un recitativo melódico en que la voz sigue el ritmo natural del habla, y ejerció gran influencia en Fauré, Sibelius y otros.

Debussy contrajo un segundo matrimonio con Emma Bardac, con quien tuvo a su única hija, Claude-Emma ("Chouchou"), a quien adoraba.

Aunque presentó proctorrágia en 1909, el diagnóstico de cáncer rectal obstructivo se realizó recién en noviembre de 1915. Fue operado el 7 de diciembre, con resección tumoral y colostomía, requiriendo el uso de bolsas rudimentarias, probablemente de piel animal.

La recuperación postoperatoria fue lenta y debilitante. Usó morfina durante cuatro meses y, posteriormente, de manera intermitente, lo que redujo su actividad creativa.

En enero de 1916, recibió tratamiento adicional —muy innovador para la época— con inserción de pellets de radio, basado en los estudios de los Curie en París, en dosis desconocidas. Cabe recordar que la radioterapia se masificó solo después de la Segunda Guerra Mundial.

En los meses siguientes su salud se deterioró, y en junio de 1917 expresó su frustración por no haber sido informado sobre la posible incurabilidad de su enfermedad. Sus últimos días, en marzo de 1918, transcurrieron bajo el bombardeo alemán sobre París, acompañado de su esposa e hija que se negaban a dejarlo solo. Falleció el 25 de marzo de 1918, a los 55 años. Sus restos descansan en el cementerio de Passy, junto a los de Chouchou —quien falleció de difteria solo 16 meses después— y los de su esposa.

EDWARD ELGAR (1857–1934)

...*The royal banner, and all quality, Pride, pomp, and circumstance of glorious war!*

Otello, Acto III, Escena III – William

Shakespeare

Elgar fue principalmente un compositor de obras orquestales, destacando las *Enigma Variations*, donde retrataba a

sus amistades, así como sinfonías, conciertos y obras corales como *The Dream of Gerontius*. Su pieza para piano y violín *Salut d'Amour*, dedicada a su esposa, es ampliamente conocida. Falleció dejando inconclusa la ópera *The Spanish Lady*.

Su personalidad estuvo marcada por un origen de clase media baja y su fe católica en una Inglaterra mayoritariamente anglicana. Recibió gran apoyo de su esposa Alice Roberts, de origen aristocrático, quien impulsó su carrera y lo acercó a los círculos de la realeza. Se transformó en el compositor oficial de la corte, escribiendo oberturas y marchas como las *Pomp and Circumstance Marches*, siendo la primera de ellas hoy emblemática en ceremonias de graduación anglosajonas. Recibió el título de Caballero y la Orden al Mérito.

Tras la muerte de su esposa en 1920, profundamente afectado, se retiró a Worcester, su ciudad natal, dejando varias obras inconclusas.

Durante su vida sufrió amigdalitis recurrentes que le causaron sordera, y abrasiones corneales que le ocasionaron dolor ocular. La multiplicidad de síntomas y su personalidad insegura alimentaron la impresión de una hipocondría.

En 1915 fue sometido a una hemorroidectomía de emergencia por sangrado rectal. En 1933, aquejado de dolor ciático izquierdo y evidente pérdida de peso, se le realizó una laparotomía bajo anestesia local, encontrándose un cáncer rectal inextirpable, con invasión de las raíces ciáticas izquierdas. Su dolor fue manejado con morfina hasta su fallecimiento el 23 de febrero de 1934. Sus restos reposan junto a los de su esposa en la iglesia de St. Wulstan, en Worcestershire.

JULES MASSENET (1842–1912)

Al igual que Rossini, Massenet fue un compositor prolífico de óperas, más que de grandes innovaciones musicales. Sus obras fueron enormemente populares en su época por su encanto melódico y sentimentalismo, aunque estas mismas características suscitaban críticas. Comprendía el gusto del público de la *Belle Époque*, escribiendo obras con discreto erotismo y colorido exótico, de tramas accesibles, a semejanza de su competidor italiano Giacomo Puccini.

Su capacidad de trabajo era impresionante: comenzaba sus jornadas a las cuatro de la mañana, continuando por la tarde con clases de piano a sus alumnos. Compuso más de 30 óperas, destacando *Manon* (1884), basada en la obra de Prévost, y *Werther* (1892), basada en Goethe, que aún hoy se representan con frecuencia. El intermezzo *Méditation* de la ópera *Thaïs* se interpreta habitualmente como pieza de concierto.

Después del éxito de *Manon*, escribió otras 20 óperas en 28 años, además de ballets y música incidental. Mantuvo una

estrecha colaboración con la Opéra-Comique de París y, al final de su vida, con la Ópera de Montecarlo.

Publicó sus memorias autobiográficas, incluyendo unos *Pensées posthumes*, escritos un mes antes de su muerte.

Era propenso a desarrollar faringitis, bronquitis y "reumatismos", que a menudo usaba como excusa para no asistir a eventos no deseados, incluso al funeral de Verdi.

En 1910 comenzó a notar deterioro en su salud. Fue hospitalizado en agosto bajo seudónimo y sometido a cirugía abdominal por "cáncer" y "para evitar una peritonitis", permaneciendo dos semanas internado. Un año después relataba que padecía "una cruel enfermedad". La enfermedad exacta no está del todo clara, pero parecía ser un cáncer de colon obstructivo, evitándose la peritonitis mediante la intervención.

Falleció el 13 de agosto de 1912. Su muerte fue tranquila y discreta, como lo fue su vida. *The New York Times* tituló al día siguiente: "Ha partido el último de los grandes creadores de melodías".

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Jensen EF. *Debussy: The Master Musicians*. New York: Oxford University Press; 2014.
- Kenyon N. *Elgar: An Anniversary Portrait*. London: Continuum; 2008.
- Nichols R. *The life of Debussy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- Noble J. *That jealous demon, my wretched health: disease, death and composers*. Woodbridge: Boydell Press; 2018.
- O'Shea J. *Music and medicine: medical profiles of great composers*. London: J. M. Dent and Son Ltd; 1990.
- Osborne R. *Rossini: The Dent Master Musicians*. London: J. M. Dent; 1993.

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



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, solo 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 TRABAJOS:

- **Artículo original.** Descripción de investigaciones clínicas, experimentales o técnicas que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre un tema relacionado a la Coloproctología. El Resumen/Abstract deberá tener menos de 300 palabras y la siguiente estructura: Introducción/Background, Objetivo/Aim, Diseño/Design, Material y Métodos/Method, Resultados/Results, Conclusiones/Conclusions. Los artículos deberán seguir el formato de Introducción, Objetivo, Diseño, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Referencias bibliográficas, Tablas, figuras y gráficos. La extensión máxima del texto (excluyendo resúmenes y bibliografía) será de 3.500 palabras y se admitirán hasta 6 figuras o tablas. Tras el resumen se incluirán entre 3 y 5 palabras claves. El número de referencias bibliográficas será menor a 30 y deberá estar ordenada según aparición en el texto. El número máximo de autores será de 6 por institución. En caso de manuscritos con más de 6 autores, se deberá justificar la razón en la carta de presentación al Comité Editorial.
- **Editoriales/Cartas al lector/Opinión de expertos.** Salvo excepciones, su redacción se hará por encargo del Comité Editorial sobre un tema de actualidad, que se refiera o no a un artículo que se publique en el mismo número de la Revista de la SACP. Habitualmente tendrá una extensión de 1000-2000 palabras con un máximo de 15 citas bibliográficas. Hasta un máximo de 2 autores.
- **Reporte de casos.** Descripción de una presentación o evolución clínica poco frecuente. 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 1000 palabras, con 2 ilustraciones y hasta 5 referencias bibliográficas. El número máximo de autores es 4.
- **Guías clínicas.** Manuscrito que se basa en la actualización de determinada patología. La longitud y características serán definidos por el Comité Editorial.
- **Notas técnicas.** Este tipo de manuscrito puede describir una nueva técnica quirúrgica o bien modificaciones originales o nuevas indicaciones de una técnica ya conocida. Subdividir las en: Introducción, Método (indicaciones y descripción detallada del procedimiento), Discusión (comparación con otros métodos, ventajas y desventajas, dificultades y complicaciones y estudios publicados que sean el antecedente de la técnica propuesta). En la sección Método cabe mencionar el número de pacientes en los que se ha realizado la técnica. El número de palabras del texto (excluyendo resumen y bibliografía) no deberá superar las 1.500. El número máximo de autores es 5. Es muy conveniente que el artículo esté ilustrado con imágenes de calidad, esquemas, dibujos o fotogramas originales que detallen los aspectos técnicos. Hasta 10 referencias bibliográficas.
- **Casos clínicos 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 1500 palabras y hasta 5 referencias bibliográficas. El número máximo de autores será de 4.
- **Cartas al Editor.** Serán referidas a los artículos publicados en la Revista y debe contener ideas interesantes y comentarios que siempre estén apoyados por datos y referencias bibliográficas. Siempre que sea posible, se publicará simultáneamente la carta con la respuesta de los autores del artículo comentado. El máximo de referencias bibliográficas será de 5. La extensión máxima será de 450 palabras. El número máximo de autores será de 4.
- **Revisiones sistemáticas.** La extensión máxima del texto será de 3.500 palabras. El resumen será no estructurado, en español e inglés, con una extensión no superior a las 150 palabras.
- **Videos.** Serán acompañados de un resumen explicativo, que será dividido en: 1) introducción 2) descripción 3) conclusiones. La extensión máxima será de 450 palabras. Todos los videos deben acompañarse de narración en español. La duración máxima es de 8 minutos y deben ser enviados en formatos .MOV o .AVI.
- **Monografías.** Se incluirán los trabajos destacados del curso anual SACP.
- **Resúmenes seleccionados.** Se seleccionarán resúmenes publicados en el Congreso anual de Cirugía y Jornadas SACP.

Reglamento completo: www.revistasacp.com

Los trabajos deben ser enviados únicamente en forma on-line a través del sitio web.

Editores Responsables: SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA
Av. Córdoba 937 - Piso 3º - Of. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina