

ÍNDICE

Volumen 20 – Número 2 – Junio 2009

MONOGRAFÍA

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL.
CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA
INTRAPERITONEAL**

Adrián E. Mattacheo

COMUNICACIONES

ÚLCERA BENIGNA DE CIEGO

Marcos Zavalía

**CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA
TOPOGRÁFICA DEL CARCINOMA COLORRECTAL. ANÁLISIS DE
LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS**

Jorge Hequera, Guillermo Obregón, Laura Banchemo, Sergio Arece

**ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE CON INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN PROCTOLOGÍA**

Luciana La Rosa, Juan P. Muñoz, Pablo A. Farina, Carlos M. Lumi, Jorge H. Arias, Fernando D. Vazquez, Pablo E. Piccinini, Alejandro Gutiérrez

TRABAJOS ORIGINALES

MANEJO DE LOS TUMORES RETRORRECTALES DEL ADULTO

*Rita L. O. Pastore, Oscar L. Bilenca, Enrique G. Gallo, Laura Svidler López,
Luis*

Kenigsgberg, Hugo F. Concetti, Fabricio R. Ochoa, Mariano Ganduglia

**IMPACTO DEL MARGEN NODAL EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES
CON CÁNCER COLÓNICO EN ESTADÍO LOCAL Y LOCALREGIONAL**

*Miguel C. Montero (h), Soledad I. Roldán, Carla López Baltare, Ernesto
Faraoni*

COMUNICACIÓN DE CASOS

**DIVERTÍCULO GIGANTE DEL COLON. PRESENTACIÓN DE UN CASO
Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

*Jorge A. Latif, Romina Bianchi, Manuel Alvarez, Christian Neira, Mariano
López,*

María Della Ragione, Jorge Rodríguez Martin

AUTOEVALUACIÓN

Alejandro Canelas

PREGUNTAS

RESPUESTAS

RESÚMENES SELECCIONADOS

Mariano Laporte

CONTENTS

Volume 20 – Number 2 – June 2009

MONOGRAPH

COLORECTAL PERITONEAL CARCINOMATOSIS: CITOREDUCTIVE SURGERY AND HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY

Adrián E. Mattacheo

COMMUNICATIONS

BENIGN CECAL ULCER

Marcos Zavalía

CHANGES ON TOPOGRAPHIC LOCATION OF COLORECTAL CANCER. REVIEW OF 10 YEARS EXPERIENCE

Jorge Hequera, Guillermo Obregón, Laura Bancho, Sergio Arece

INITIAL APPROACH OF PATIENTS WITH SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN PROCTOLOGY

Luciana La Rosa, Juan P. Muñoz, Pablo A. Farina, Carlos M. Lumi, Jorge H. Arias, Fernando D. Vazquez, Pablo E. Piccinini, Alejandro Gutiérrez

ORIGINAL ARTICLES

MANAGEMENT OF THE RETRORECTAL TUMORS OF THE ADULT

Rita L. O. Pastore, Oscar L. Bilenca, Enrique G. Gallo, Laura Svidler López, Luis Kenigsberg, Hugo F. Concetti, Fabricio R. Ochoa, Mariano Ganduglia

NODAL MARGIN IMPACT ON THE SURVIVAL OF PATIENTS WITH COLONIC CANCER IN LOCAL AND LOCO REGIONAL STAGE

Miguel C. Montero (h), Soledad I. Roldán, Carla López Baltare, Ernesto Faraoni

CASE REPORTS

GIANT COLONIC DIVERTICULUM. CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Jorge A. Latif, Romina Bianchi, Manuel Alvarez, Christian Neira, Mariano López,

María Della Ragione, Jorge Rodríguez Martín

SELF-ASSESSMENT

Alejandro Canelas

QUESTIONS

ANSWERS

SELECTED ABSTRACTS

Mariano Laporte

MONOGRAFÍA

Carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal. Cirugía citorreductora y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal

Dr.: Adrián E. Mattacheo

Servicio de Cirugía General, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

Premio Mejor Monografía del 27º Curso Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología. Año 2008.

Correspondencia: Dr. Adrián E. Mattacheo. Vuelta de Obligado 1931, 2ºC. CP. 1428. C.A.B.A.

E-mail: aemattacheo@hotmail.com

RESUMEN

Antecedentes: El pronóstico de los pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal es pobre. Tradicionalmente, para su tratamiento se utilizó la quimioterapia sistémica mientras que la cirugía estuvo reservada al tratamiento de las complicaciones. **Objetivo:** Establecer el estado actual de la cirugía citorreductora y la quimioterapia hipertérmica y valorar sus alcances en parámetros objetivos de acuerdo con la bibliografía. **Material y Métodos:** Se utilizaron para la búsqueda todos los artículos publicados acerca del tema en inglés y francés entre los años 1990 y 2008 en las bases de datos de PubMed de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. **Resultados:** La cirugía citorreductora actúa sobre las masas neoplásicas macroscópicas, mientras que la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (QTHIP) es útil para tratar la enfermedad residual microscópica. La asociación entre ambas se debe a que la primera intenta reseca todo el tumor visible o, en su defecto, hasta 2 mm de espesor, a fin de permitir la acción de las drogas quimioterápicas, que pueden penetrar esa distancia como máximo en los tejidos tumorales. Los pacientes con un aceptable estado clínico ("performance status"), sin diseminación extraabdominal, con metástasis ganglionares y/o hepáticas resecables, baja carga

de enfermedad peritoneal y potencialmente pasibles de una citorreducción completa, se considerarían para este tratamiento combinado. Los factores predictivos más utilizados en la actualidad lo constituyen el Índice de Cáncer Peritoneal (ICP) y la Citorreducción Completa. La mayoría de los autores coincide en admitir que los beneficios de la cirugía citorreductora (CC) más la QTHIP dependen principalmente de la capacidad de la cirugía de alcanzar una resección completa. La quimioterapia intraperitoneal no ha podido, por sí sola, tratar grandes volúmenes de carcinomatosis: solamente se han reportado tratamientos exitosos con el tratamiento combinado. A su vez, la mayoría de los estudios demuestran que la QTHIP asociada con una cirugía citorreductora óptima cura aproximadamente el 25% de los pacientes considerados incurables con quimioterapia sistémica. Los beneficios en la supervivencia asociados con el tratamiento se alcanzan a expensas de una alta morbilidad y mortalidad perioperatorias. Las fístulas anastomóticas son las complicaciones severas más frecuentes. Aunque no se conocen con certeza los mecanismos involucrados, se piensa que el tiempo operatorio prolongado y las numerosas y complejas resecciones favorecerían su aparición. **Conclusiones:** Se requiere un juicio quirúrgico prudente para establecer el balance entre el riesgo postoperatorio de complicaciones y los potenciales beneficios en la sobrevida y en la calidad de vida de los pacientes. Aquellos con una alta carga tumoral que requieran de grandes resecciones sin citorreducción completa, deberían eliminarse de la posibilidad del tratamiento combinado: la supervivencia de los pacientes con residuos tumorales importantes (espesor mayor de 2.5 mm) es baja. La tendencia actual en el mundo es realizar la peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica,

considerando carente de ética llevar a cabo estudios randomizados ante la evidencia de aumento en la sobrevida con este tratamiento

Palabras clave: Carcinomatosis peritoneal. Cáncer colorrectal. Cirugía citorrreductora. Peritonectomía. Quimioterapia hipertérmica.

SUMMARY

Background: Colorectal peritoneal carcinomatosis leads to a poor prognosis. Traditionally, its treatment has consisted in systemic chemotherapy, whereas surgery has been reserved to the management of complications.

Objective: To establish the current state of cytoreductive surgery (CRS) and hyperthermic chemotherapy (HIPEC), and to assess their implications with objective parameters according to literature. **Material and Methods:** All papers published in english and french about the subject between 1990 and 2008 in the PubMed database were retrieved.

Results: Cytoreductive surgery works over macroscopic neoplastic masses, as on microscopic residual disease HIPEC does.

Their association is related with their goals: the first one tries to resect all visible tumor or at least less than 2 mm, to allow chemotherapeutic drugs a deep penetration in tumoral tissues. Patients with an adequate performance status, with no extraabdominal spread, with resectable lymph nodes and/or hepatic metastasis, low burden of peritoneal disease and potentially fit for a complete cytoreduction, would be considered for this treatment. Nowadays, the most utilized predictive factors are constituted by the Peritoneal Cancer Index and Completeness of

Cytoreduction. Most authors agree in the consideration that CRS plus HIPEC benefits depends mainly on the possibility of a complete surgical resection. Intraperitoneal chemotherapy could not, for its own, treat large tumoral masses: there are only reported successful treatments with the combined modality. At the same time, most papers prove that HIPEC combined with an optimum cytoreductive surgery cures about 25% of the patients considered as unresectable. Benefits in survival related to this treatment are reached in spite of a high morbidity and mortality. The most severe complications are represented by anastomotic fistulas. Although its mechanism remains unrevealed, long operative times and the numerous and complex resections required would favour its development.

Conclusions: A cautious surgical judgement is required to establish a delicate balance between the risk of postoperative complications and the benefits of a potential survival and quality of life. Those individuals with a large tumor load who require big resections with no complete cytoreduction, should be eliminated from the combined treatment: survival of patients with large residual disease (thickness more than 2.5 mm) is very low. Current worldwide strategy consists in performing the peritonectomy with HIPEC; considering unethical to carry out randomized studies because of the evidence of a rise in life expectancy with this treatment.

Key words: Peritoneal carcinomatosis. Colorectal cancer. Cytoreductive surgery. Peritonectomy procedure. Hyperthermic chemotherapy.

COMUNICACIÓN

Úlcera benigna de ciego

Dr. Marcos Zavalía

*Sector Coloproctología del Servicio de Cirugía General de la Clínica Ciudad,
Buenos Aires, Argentina.*

Leída en la Sesión Científica del 10 de Octubre de 2008 de la Sociedad Argentina de Coloproctología. Para optar a Miembro Titular.

Correspondencia: Dr. Marcos Zavalía. Virrey Aviles 3736. Piso: 5º. CP 1427.
C.A.B.A.

E-mail: marcoszavalía@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La úlcera benigna de ciego es una entidad poco frecuente, que en general no se la considera entre los diagnósticos diferenciales de las patologías agudas y crónicas del colon. **Objetivo:** Evaluar el comportamiento actual de una patología infrecuente del colon, a partir de cuatro casos clínicos. **Lugar de aplicación:** Institución privada. **Pacientes y Métodos:** Se presentan

cuatro pacientes operados con diagnóstico anatomopatológico de úlcera benigna de ciego, entre mayo de 1996 y marzo de 2008, tres hombres y una mujer, con un promedio de edad de 70.75 años (rango 59 a 83 años). **Resultados:** La presentación clínica fue síndrome de fosa ilíaca derecha, hemorragia digestiva baja, obstrucción intestinal y tumor de colon. En ningún caso se obtuvo diagnóstico preoperatorio mediante estudios por imágenes. En los cuatro casos se realizó colectomía derecha, tres por vía convencional y una videoasistida. No hubo mortalidad. Un paciente presentó infección de herida quirúrgica. **Conclusiones:** Es una patología difícil de diagnosticar en forma pre o intraoperatoria. Su etiología es desconocida. Actualmente se relaciona con la ingesta de antiinflamatorios no esteroides e infección por citomegalovirus en pacientes trasplantados. Por medio de la colonoscopia y biopsia se puede realizar tratamiento conservador. La cirugía está indicada en las complicaciones de la enfermedad o ante la sospecha de tumor del colon.

Palabras clave: Úlcera benigna de ciego. Colon.

SUMMARY

Introduction: The benign cecal ulcer is a rare entity, which generally is not considered among differentials diagnosis of the acute or chronic colon pathologies.

Objective: To assess the current behaviour of a rare colonic entity, from four clinical cases.

Point of application: Private Institution. **Patients and Methods:** Four patients operated with anatomopathological diagnosis of benign cecal ulcer, between May 1996 and March 2008, three men and one woman, with an average age of 70.75 years (range 59 to 83 years). **Results:** The clinical presentations were right iliac fossa syndrome, lower gastrointestinal bleeding, intestinal obstruction, tumor of the colon. No preoperative diagnosis were obtained through imaging studies. In all four cases right colectomy was performed, three conventional and one videoassisted. There was no mortality. One patient had wound infection. **Conclusions:** It is a difficult pathology to diagnose preoperatively or intraoperatively. The etiology is unknown. Actually it is related to the intake of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cytomegalovirus infection in transplant patients. Through the colonoscopy and biopsy conservative treatment can be performed. Surgical intervention is necessary when complications are present or if malignancy is suspected.

Key words: Benign cecal ulcer. Colon.

COMUNICACIÓN

Cambios en la distribución de la frecuencia topográfica del carcinoma colorrectal. Análisis de los últimos 10 años

Dres.: Jorge A. Hequera MSACP, MAAC, FACS, Guillermo Obregón MSACP, MAAC, Laura Banchemo MAAC y Sergio Arece MAAC.

*Servicio de Coloproctología, Instituto Dupuytren y Sanatorios Mitre y San José,
Buenos Aires, Argentina.*

Leída en la Sesión Científica del 8 de Mayo de 2009 de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Correspondencia: Dr. Jorge A. Hequera. Junín 45, 4º piso. CP. 1026. C.A.B.A.

E-mail: hebiblio@intramed.net

RESUMEN

Antecedentes: En las últimas décadas se han referido cambios en la distribución topográfica del carcinoma colorrectal (CCR) con un aumento del mismo en los segmentos proximales y una disminución en los distales. **Objetivos:** Determinar la distribución topográfica actual del CCR y comparar un grupo actual (1196-2006) con otro anterior (1979-1989) y con la bibliografía. **Lugar de aplicación:** Medio sanatorial de la Ciudad de Buenos Aires. **Población y Métodos:** Estudio retrospectivo de dos grupos de pacientes. El primero está constituido por 636 enfermos, 344 (54%) hombres y 292 (42%) mujeres con una mediana de edad de 66 años y rango de 28 a 89 (Grupo I). para comparar se utilizó un grupo anterior constituido por 371 pacientes, operados entre 1979 y 1989 (Grupo II) integrado por 210 (57%) mujeres y 161 (43%) hombres con una mediana de edad de 72 años con rango de 28 a 96. para la comparación de ambos grupos se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Se consideró $p = 0.05$.

Resultados: En el segmento proximal del Grupo I hubieron 258 (55%) pacientes mientras que en el Grupo II fueron 128 (35%). Y en el colon distal fueron 206 (45%) pacientes en el Grupo I, con respecto a 243 (65%) pacientes en el Grupo II. Esto muestra una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.00$ y demuestra un predominio en la última década de un 10% a favor de los carcinomas del colon derecho con respecto al izquierdo y de un 20% cuando se correlacionan ambos grupos. Para el recto los resultados de esta serie comparados con la bibliografía Argentina muestra una disminución del 13% en la incidencia. **Conclusiones:** Los resultados de éste trabajo concuerdan con la mayoría de la bibliografía en cuanto que hay un aumento del carcinoma del colon derecho y una disminución del izquierdo. También se muestra que hay una disminución de la incidencia del carcinoma del recto con respecto a series históricas. Probablemente las causas estén vinculadas a los cambios en la dieta, a factores hormonales y al tipo de vida sedentaria. La importancia práctica que tiene el cambio en la localización es reafirmar la necesidad de usar métodos de detección y screening de lesiones malignas del colon orientados a todo el colon y no solamente a los segmentos distales.

Palabras Clave: Carcinoma colorrectal (CCR). Distribución topográfica del CCR.

SUMMARY

Background: In last decades changes in the distribution of colorectal cancer (CRC) has been described, with an increase in the proximal and a

decrease in the distal location. **Objectives:** To determine the current anatomic distribution of CRC, and to compare a current group (1996-2006) with a previous group (1979-1989), and with the bibliography. **Setting:** Private practice Clinic in Buenos Aires. **Patients and Methods:** Retrospective study of two groups of patients. Group I: 636 patients, 344 (54%) males and 292 (42%) females, median age: 66 (range, 28-89) years. Group II: 371 patients, operated on between 1979 and 1989, 210 (57%) females and 161 (43%) males, median age: 72 (range, 28-96) years. To compare both groups Chi square test were used. $P < 0.05$ was considered significant. **Results:** In the proximal segment of Group I there were 258 (55%) patients, while in Group II were 128 (35%). In the distal colon there were 206 (45%) patients in Group I, and 243 (65%) in Group II ($P = 0.00$). That distribution shows in the last decade a 10% predominance of right colon carcinomas, compared to left carcinomas, and a 20% when both groups correlate. Rectal carcinomas showed a 13% decrease of incidence comparing to that of the Argentine bibliography. **Conclusions:** The results of this study agree with most authors in the bibliography with regard to an increase in right colon and a decrease in left colon cancer. Furthermore, it shows a decrease in the incidence of rectal cancer comparing to historical series. Probably, the causes are related to changes in the diet, hormonal factors, and sedentary lifestyle. The practical importance of this change in colon cancer is to reaffirm the need for using methods of screening the whole colon, and not only the distal part of it.

Key words: Colorectal carcinoma (CRC). Topography distribution of CRC.

TRABAJO ORIGINAL

Manejo de los tumores retrorrectales del adulto

Dres.: Rita L. O. Pastore, MAAC, MSACP, MASCRS, * Oscar L. Bilenca, MAAC, MSACP, * Enrique G. Gallo, MAAC,* Laura Svidler López, MAAC,* Luis Kenigsberg, † Hugo F. Concetti, ± Fabricio R. Ochoa, MAAC,* J. Mariano Ganduglia.*

** División Cirugía, † Ortopedia y Traumatología y ± Anatomía Patológica, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina.*

Premio Anual de la Sociedad Argentina de Coloproctología 2008. Leído en la Sesión Científica del 14 de Noviembre de 2008.

Correspondencia: Dra. Rita L. O. Pastore. Gascón 1167, 2º A. Buenos Aires, CP: 1181.

E-mail: rpastore@intramed.net

RESUMEN

Antecedentes: Los tumores que asientan en el espacio virtual entre el mesorrecto y el sacrocoxis comprenden un grupo heterogéneo y poco frecuente cuya incidencia se estima en 1/40.000 ingresos. Se clasifican en congénitos, neurogénicos, óseos y misceláneas. Por ser asintomáticos u ocasionar síntomas

inespecíficos su diagnóstico suele ser tardío y muchas veces cuando han alcanzado un gran tamaño o comprometido las estructuras vecinas. El diagnóstico y tratamiento, que requiere un equipo multidisciplinario, han evolucionado en los últimos años por el aporte de la resonancia magnética nuclear (RMN), las nuevas terapias quimiorradiantes y un abordaje quirúrgico más agresivo. **Objetivo:** Comunicar nuestra experiencia y sugerir la estrategia de manejo de estos tumores basada en esta serie y la de los centros internacionales de referencia. **Pacientes y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con tumores retrorrectales operados entre 1991 y 2006 en la División Cirugía del Hospital Juan A. Fernández. Se excluyeron procesos inflamatorios, tumores rectales localmente avanzados y metastásicos. Se registraron sexo, edad, síntomas/signos, tiempo de evolución, estudios preoperatorios, tamaño tumoral, compromiso sacro y/o de órganos vecinos, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad inmediata, estadía postoperatoria, secuelas, histopatología, recurrencia y supervivencia. Además se evaluó la utilidad de la tomografía axial computada (TC) y la RMN para establecer la estirpe tumoral, la posible malignidad, la invasión de estructuras vecinas y la vía de abordaje. **Resultados:** Hubo 7 pacientes (5 mujeres), edad promedio 37,5 (23-54) años. Congénitos: 2 (cordoma 1, hamartoma quístico 1), neurogénicos: 2 (neurofibroma plexiforme 1, schwannoma maligno 1), óseos: 1 (tumor de células gigantes del sacro) y misceláneas: 2 (liposarcoma 1, fibroma extrapleural maligno 1). El diagnóstico fue sugerido por dolor en la zona lumbosacra y masa retrorrectal con mucosa conservada en el tacto rectal, presentes en todos los pacientes. Otros signos fueron deformidad glútea y/o perineal (n = 3), masa en hipogastrio (n = 3), y edema del miembro

inferior y zona genital por compresión vascular (n = 1). Tamaño tumoral promedio 12,8 (8-19,3) cm. Hubo osteólisis sacra mayor en 3 casos. La biopsia preoperatoria por punción (n = 2) falló en el diagnóstico, una incisional diagnosticó correctamente cordoma, aunque causó hemorragia y transfusión sanguínea. La TC (n = 6) y la RMN (n = 5) confirmaron el diagnóstico del tumor retrorrectal y su naturaleza maligna, aunque no su estirpe. En 3 casos, TC (n = 2) y RMN (n = 1), no predijeron la invasión visceral. Ambas ayudaron a decidir la vía de abordaje, pero sólo la RMN mostró con precisión el límite superior del tumor con relación a las vértebras sacras y la indemnidad de la aponeurosis presacra. El abordaje quirúrgico fue posterior (n = 1), abdominal (n = 2) y combinado con exéresis de 2 a 4 vértebras sacras (n = 4). Este último se realizó en 2 casos en dos tiempos por la magnitud de la resección y/o inestabilidad hemodinámica por sangrado profuso. No hubo complicaciones hemorrágicas en los otros 2 casos en que se ligaron los vasos ilíacos en el tiempo abdominal previamente a la exéresis tumoral. En un caso la sacrectomía fue para obtener margen histológico. Se agregó desarticulación sacroilíaca, extirpación glútea y del miembro inferior en un paciente y amputación anorrectal en bloque en dos con invasión rectal. Un paciente con firme adherencia del tumor al músculo puborrectal en quien no se realizó exéresis del recto tuvo un margen profundo comprometido y recurrencia precoz. No hubo morbimortalidad temprana. Una paciente persistió con vejiga neurogénica que ya tenía en el preoperatorio por un gran tumor de células gigantes del sacro. Los dos tumores benignos fueron resecados con márgenes adecuados y no presentaron recurrencia (seguimiento 13 y 48 meses, respectivamente). Cuatro de los cinco pacientes con tumores malignos recidivaron

(luego de 1, 4, 8 y 19 meses, respectivamente), de los cuales tres fallecieron por progresión neoplásica y uno estaba libre de enfermedad 6 años luego de la reoperación. El restante vive sin recurrencia a los 30 meses de la cirugía.

Conclusiones: Los tumores retrorrectales son lesiones infrecuentes que representan un desafío diagnóstico y terapéutico. El tacto rectal resulta clave en el diagnóstico clínico. Actualmente una estrategia quirúrgica multidisciplinaria exitosa se basa en la localización preoperatoria por RMN, el estudio más útil para evaluar la relación del tumor con las estructuras óseas y viscerales adyacentes y planificar el abordaje. En este influyen, además de la ubicación, el tamaño y naturaleza de la neoplasia. La vía posterior es de elección en los tumores con o sin compromiso sacro ubicados debajo de S3, si no hay compromiso de estructuras adyacentes. Si eso ocurre por vía abdominal se puede lograr una resección más segura de las vísceras abdominales y minimizar el sangrado mediante ligadura de los vasos sacros e hipogástricos. Si los estudios por imágenes muestran un compromiso tanto sacro como visceral, el mejor abordaje es el combinado abdóminosacro, con el abdominal primero para separar el tumor del recto y los uréteres y controlar los vasos. El tumor se extirpa siguiendo su plano capsular si puede separarse fácilmente de las estructuras vecinas. De lo contrario, debe resecarse en bloque con el sacro y/o la víscera invadida. Si no parece haber invasión pero el tumor está firmemente adherido debe ampliarse la resección a dicha área para asegurar el margen histológico. Con escasas excepciones, la biopsia preoperatoria sólo está indicada en los tumores irresecables para guiar el tratamiento oncológico. La curación de los tumores malignos puede ser difícil aún con resecciones quirúrgicas agresivas.

Palabras clave: Tumores retrorrectales. Lesiones presacras. Diagnóstico. Tratamiento.

SUMMARY

Background: Tumors occupying the virtual space between the mesorectum and sacro-coccyx are heterogeneous and infrequent, with an estimated incidence of 1/40.000 hospitalizations. They are classified as congenital, neurogenic, osseous, and miscellaneous. Because they are asymptomatic or cause non-specific symptoms diagnosis is usually delayed, and very often done when have reached a great dimension or involved adjacent structures. Diagnosis and treatment, that required a multidisciplinary team, has evolved in recent years due to the role of magnetic resonance imaging (MRI), new chemo-radiation therapies and a more aggressive surgical approach. **Objective:** Report on our experience, and suggest the management strategy for these tumors based on this series and that of international referral centers. **Patients and Methods:** Clinical records of patients with retrorectal tumors operated on between 1991 and 2006 in the Division of Surgery of the Hospital Juan A. Fernández were retrospectively reviewed. Inflammatory processes, locally advanced rectal tumors and metastatic lesions were excluded. Registered data included gender, age, symptom/signs, time of evolution, preoperative studies, size of tumors, involvement of sacrum and/or adjacent viscera, surgical treatment, 30-day morbidity and mortality, postoperative hospital stay, secuela, histopathology, recurrence and survival. Besides, the

usefulness of computed tomography (CT) and MRI to establish the histologic tumor type, possible malignancy, invasion of adjacent structures, and operative approach was assessed. **Results:** Seven patients (5 women), mean age 37.5 (23-54) years, were treated. Congenital: 2 (chordoma 1, tailgut cyst 1), neurogenic: 2 (plexiform neurofibroma 1, malignant schwannoma 1), osseous: 1 (gigant cell tumor of the sacrum) and miscellaneous: 2 (liposarcoma 1, extrapleural malignant fibroma 1). Diagnosis was suggested by pain in the lumbar or sacral region, and a retrorectal mass with normal mucosa on rectal digital examination, both present in all patients. Other signs were gluteal and/or perineal deformity (n = 3), hypogastric mass (n = 3), and edema of the leg and genital area because of vascular compression (n = 1). Mean tumor size was 12,8 (8-19,3) cm. Three patients had important sacrum osteolysis. Preoperative needle biopsy (n = 2) failed diagnosis; one incisional biopsy made an accurate diagnosis of chordoma, although caused hemorrhage and blood transfusion. CT (n = 6) and RMN (n = 5) confirmed the diagnosis of retrorectal tumor and its malignant nature, but not the exact histologic type. In 3 cases, CT (n = 2) and RMN (n = 1), did not predict visceral invasion. Both helped to decide the surgical approach, although only MRI accurately showed the upper border of the tumor, its relation with sacral vertebrae, and the indemnity of presacral aponeurosis. The surgical approach was posterior (n =1), abdominal (n = 2) and combined with extirpation of 2 to 4 sacral segments (n = 4), in 2 cases in two stages due to the magnitude of the resection and/or hemodynamic instability for profuse bleeding. There were no bleeding complications in the other two cases that had iliac vessel ligation during the abdominal approach, previously to tumor resection. In one case la sacrectomy was done to obtain histological margin.

Sacro-ileal, gluteal and leg extirpation was added in a patient, and *en bloc* ano-rectal amputation in two other with rectal involvement. In one patient with tumor firmly adherent to the puborectal muscle the rectum was not resected, presented involvement of the deep histological margin, and early recurrence. There were no 30-day morbidity or mortality. One patient had a persisted with a neurogenic bladder caused preoperatively by an extensive giant cell tumor. Both benign tumors were resected with appropriate margins and had no recurrence (follow-up, 13 and 48 months, respectively). Four out of five patients with malignant tumors recurred (after 1, 4, 8, and 19 months, respectively), three of whom died for disease progression, and one was free of disease 6 years following re-operation. The remaining patient is living without recurrence at 30 months from surgery.

Conclusions: Retrorectal tumors are uncommon lesions that represent a diagnostic and therapeutic challenge. Digital rectal examination is the key for clinical diagnosis. Currently, a successful multidisciplinary surgical strategy is based on preoperative localization with MRI, the most useful imaging study to assess the relationship of the tumor with surrounding osseous and visceral structures, and plan the surgical approach. In the latter, apart from the location, the size and nature of the neoplasm has influence. The posterior approach is elective for tumors with/without sacral involvement located below S3, provided there is no compromise of adjacent structures. When they are involved, the abdominal approach allows for a safer pelvic viscera resection, and control of bleeding through ligation of sacral and hypogastric vessels. When imaging studies show both sacral and visceral compromise the combined abdomino-sacral approach is the best, first through the abdomen to separate the tumor from the rectum and

ureters, and to control the vessels. When the tumor separates easily from surrounding tissues can be resected along the capsule. Otherwise, must be removed *en bloc* with the involved sacrum/viscera. If there is no invasion but the tumor is firmly adherent, the resection should be extended to that area in order to assure the histological margin. With rare exceptions, preoperative biopsy is only indicated for unresectable tumors to guide oncological treatment. The cure of malignant tumors may be difficult even with aggressive surgical resections.

Key words: Retrorectales tumors. Presacral lesions Diagnosis. Treatment.

TRABAJO ORIGINAL

Impacto del margen nodal en la sobrevida de pacientes con cáncer colónico en estadio local y locorregional

Dres.: Miguel Cesáreo Montero (h), Soledad I. Roldan, Carla López Baltare, Ernesto Faraoni.

Sector Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, Buenos Aires, Argentina.

Premio Mejor Tema Libre de las "Jornadas de Otoño 2007", Termas de Río Hondo 18 y 19 de Mayo de 2007.

Correspondencia: Dr. Miguel C. Montero (h), Crámer 1783 4º A, Capital Federal

E-mail: miguel.montero77@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Analizar la sobrevida específica libre de enfermedad según la extensión de la disección ganglionar en pacientes intervenidos con intención curativa por cáncer de colon. **Pacientes y Métodos:** Entre enero de 2001 y diciembre de 2006 se realizaron 189 cirugías programadas por cáncer de colon con intención curativa en el Sector de Coloproctología del Hospital Santojanni. 141 pacientes conforman el grupo que se analiza en este trabajo. En todos los casos un miembro del Equipo de Coloproctología participó como cirujano o asistente. Las piezas quirúrgicas fueron analizadas por el mismo anatomopatólogo junto a su equipo. La evolución postoperatoria alejada de los pacientes incluidos en el estudio se determinó por consulta personal y/o telefónica. Los datos fueron recolectados en fichas específicas diseñadas para la finalidad del trabajo. **Resultados:** El promedio de ganglios aislados por pieza fue de 9,7 con un rango de 0-25. La sobrevida libre de enfermedad de los pacientes en estadio I/II con resecciones con 12 ó más ganglios aislados en la pieza demostró ser significativamente superior al grupo con menos de 12 ($p = 0,005$). La sobrevida libre de enfermedad de los pacientes en estadio III con 1-3 ganglios comprometidos fue significativamente mayor que el grupo con 4 o más ($p = 0,047$). **Conclusiones:** Una mayor extensión de disección nodal se relacionaría con un

incremento en la sobrevida específica por enfermedad en pacientes intervenidos por cáncer de colon estadio I/II.

Palabras claves: Ganglios. Cáncer de colon. Estadificación.

SUMMARY

Objective: To determine the impact of nodal margin on the specific free disease survival of patients operated of colon cancer with curative intentions.

Patients and Methods: From January 2001 to December 2006, 189 patients were surgically treated of colon cancer in our institution. 141 patients were included in our study. In all the cases a colorectal surgeon of our staff participates in the procedure. The surgical specimens were analyzed by the same pathologist in all the cases. Long term outcome of the patients was assessed by personal interview or phone interview. The data was recorded in a specific form designed for the study.

Results: The average of lymph nodes harvested by specimen was 9, 7 (range: 0-25). Specific free disease survival in patients' stage I/II with more than 12 nodes harvested was statistically superior respect the same group with less than 12 nodes ($p = 0,005$). Specific free disease survival in patients stage III with 3 or less positive lymph nodes was statistically superior respect the same group with 4 or more positive lymph nodes ($p = 0,047$). **Conclusions:** A major nodal margin extension is associated with an improvement in the specific disease free survival in patients operated of colon cancer in stage I/II.

Key words: Lymph nodes. Colon cancer. Staging

COMUNICACIÓN DE CASOS

Divertículo Gigante del Colon. Presentación de un caso y revisión bibliográfica

Dres.: Jorge A. Latif, Romina Bianchi, Manuel Alvarez, Christian Neira, Mariano López, María Della Ragione, Jorge Rodríguez Martín.

Servicio de Cirugía, Clínica Modelo de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dr. Jorge A. Latif. Av. Hipólito Yrigoyen 4835. CP.: 1824. Lanús. Prov. Buenos Aires.

E-mail: jorgelatif@hotmail.com

RESUMEN

Antecedentes: Los divertículos gigantes del colon tienen una baja incidencia. En la literatura consultada se han notificado solo algo más de 150 casos. La etiopatogenia es un problema aún no resuelto, las clasificaciones incluyen distintas patologías y no hay consenso acerca de la terapéutica más adecuada. **Objetivo:** Presentar un caso y realizar una revisión de la bibliografía referida al tema. **Lugar de realización:** Institución Privada Polivalente de Alta Complejidad. **Diseño:** Estudio observacional, retrospectivo. **Población:** Se analiza un paciente con divertículo gigante del colon izquierdo, cuya forma de

presentación simuló un tumor de colon. **Método:** Presentación de caso y análisis de la bibliografía nacional e internacional referida al tema. **Resultados:** Paciente, operado en forma electiva con buena evolución postoperatoria.

Palabras claves: Divertículo gigante. Colon.

SUMMARY

Background: The giants colonic diverticula have low incidence. In the consulted literature something more than 150 cases has been notified. The etiopathogenesis is a still not solved problem. The classifications include different pathologies. There is no consensus brings over of the therapeutic more suitable.

Objective: Presentation of case and bibliographical review. **Place of application:** Private polyvalent institution of high complexity. **Design:** Retrospective and observational study. **Population:** 1 patient is analyzed with giant diverticulum of left colon, which form of presentation simulate a left colon tumor. **Method:** Case presentation and analysis of the national and international bibliography referred to the topic. **Results:** Patient with good postoperative evolution.

Key words: Giant diverticulum. Colon.