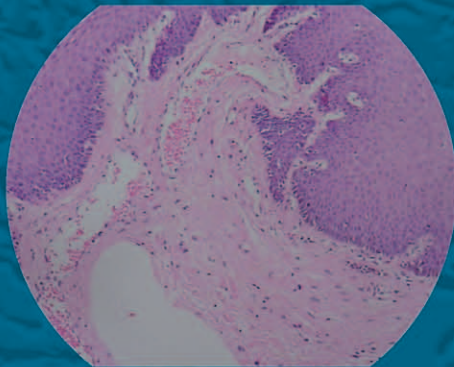




REVISTA MEXICANA DE
CIRUGÍA COLORRECTAL



1

Año 2, Vol. 2, Núm. 1, 2021 Enero-Marzo

Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología A.C.

Salofalk®

Mesalazina

Porque 3 son mejor que 1



- Inhibe la síntesis plaquetaria que activa el factor (PAF), involucrado en el proceso inflamatorio^(1,2)
- Estimula la rápida reconstitución de la membrana mucosa, recuperando la integridad de la zona inflamada⁽²⁾
- Seguro y eficaz en etapas agudas y de mantenimiento⁽³⁾
- Salofalk cuenta con la presentación ideal, según su localización y extensión⁽³⁾

Referencias:

1. Algaba, A., Guerra, I., García-García-de-Paredes, A., Hernández-Tejero, M., Ferre, C., Bonillo, D., ... & Bermejo, F. (2017). What is the real-life maintenance mesalazine dose in ulcerative colitis?. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(2), 114-121.
2. Iacucci, M., de Silva, S., & Ghosh, S. (2010). Mesalazine in inflammatory bowel disease: a trendy topic once again?. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 24(2), 127-133.
3. Bernstein, C., Fried, M., Hamid, S., Khalif, I., Ng, S. C., Rey, J., & Watermeyer, G. (2015). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología*. Recuperado de <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatory-bowel-disease-spanish-2015.pdf>.



Schwabe Pharma
México®

Supositorio - Reg. No. 014M90 SSA Suspensión - Reg. No. 326M2014 SSA Tableta - Reg. No. 046M89 SSA

Aviso No. 193300202C5166

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx y farmacovigilancia@schwabepharma.mx o al 800-368-26-82 o www.schwabepharma.mx



11^o CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

MODALIDAD VIRTUAL

DEL 12 AL 14 DE AGOSTO DE 2021

CONFERENCIAS MAGISTRALES | SIMPOSIOS | TRABAJOS LIBRES



amcad@gmail.com | 5535625042

www.amcad.mx



Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología A.C.

ENERO-MARZO, 2021

Vol. 2, No. 1

MESA DIRECTIVA
2019-2021

Presidente

Dr. Javier Pérez Aguirre

Vicepresidente

Dr. Jaime Antonio Rodríguez García

Secretario

Dr. Juan Carlos Sánchez Robles

Secretaria suplente

Dra. María Anota Rivera

Tesorero

Dr. Luis Abraham Jonguitud Muro

Tesorerera suplente

Dra. Fátima González Jáuregui Díaz

Vocales del Centro

Dr. José Luis Rocha Ramírez

Dr. Alfredo Luengas Haro

Dr. Sergio Ulises Pérez Escobedo

Vocales del Norte

Dr. Alberto Magaña Reynoso

Dr. Jesús Iván Orozco Acosta

Vocales del Sur

Dr. José Manuel Fernández Rivero

Dr. Daniel Ernesto Dorantes Díaz

Comité científico

Dr. Noel Salgado Nesme

Dr. Luis Alberto Espino Urbina

Dr. Hugo Alberto Luna Torres

Comité patrimonial

Dr. Luis Charua Guindic (Coordinador)

Dr. Alfredo Luengas Haro

Dr. Rubén Gabriel Vargas De la Llata

Comité de sedes universitarias

Dr. Moisés Freddy Rojas Illanes

Dr. Omar Vergara Fernández

Dr. Billy Jiménez Bobadilla

Dr. Rodrigo Alberto Cenicerros

Dr. Héctor Norman Solares Sánchez

Dr. Óscar Everardo Olvera Flores

Comité de Relaciones Internacionales

Dr. Gonzalo Hagerman Ruiz-Galindo

Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero

Comité de sesiones mensuales

Dr. Hamzeh Bandeh Moghaddam

Dr. Nadab David Mitre Reyes

Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal

Director

Dr. Javier Pérez Aguirre

Editores

Dr. Ulises Rodríguez Wong

Dr. Rubén Vargas de la Llata

Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal, Año 2, Vol. 2 Núm. 1, Enero-Marzo 2021, es una publicación trimestral editada por el Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología A.C. Editores responsables: Dr. Ulises Rodríguez Wong y Dr. Rubén Vargas de la Llata. Reserva de Derecho al Uso Exclusivo: No. 04-2020-032718323500-102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN: En trámite. Licitud de Título y Contenido: En trámite.

Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico, impresión y acabado por Consorcio Editorial El León de Shalom, S.A. de C.V. Oficinas en Calzada de los Misterios No. 559, Col. Industrial, Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México. C.P. 07800 Tel.: 55 5752-2918. Correo electrónico: editorial.leon@hotmail.com, g.rosales.j@hotmail.com. Este número se terminó de imprimir en Marzo de 2021.

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las recomendaciones del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología A.C.

Derechos reservados para todos los países signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre Derechos de Autor. Copyright©
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación, sin previa autorización de los Editores y mención de la fuente.
Suscripción anual \$ 400.00 M.N. Suscripción para el extranjero \$ 20.00 US dólares, favor de enviar cheque o giro postal a nombre Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología A.C.



Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología A.C.

ENERO-MARZO, 2021
Vol. 2, No. 1

Contenido

EDITORIAL

- Nuestro Colegio**..... 5
Rubén Gabriel Vargas-De la Llata

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Experiencia de 12 años en la realización de colonoscopia diagnóstica y terapéutica en institución privada** 9
Jorge Garza-Sánchez,
Blanca Paola Rivera-Zúñiga,
David Eduardo Herrera-Solano,
Álvaro José Montiel-Jarquín,
Linda Yuriria Rodríguez-Valenzuela
- Anoplastia Y - V en estenosis anal. Evaluación de resultados a un año de seguimiento** 16
Ulises Rodríguez-Wong

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- Prolapso rectal. Revisión de la literatura** 20
Manuel Cervantes-Guadarrama

CASOS CLÍNICOS

- Diverticulitis perforada de ciego, causa inusual de abdomen agudo** 24
Samuel Limón-Suárez, Alejandro Lastiri-López,
Juan Carlos Ramírez-Núñez, Ivana Lastiri-Pérez
- Pólipo fibroepitelial de conducto anal. Reporte de un caso y revisión de la literatura** 30
Manuel Cervantes-Guadarrama, Lizbeth Castro-Páez

RESEÑA

- Presentación del libro *Coloproctología*** 35
Luis Charúa-Guindic



Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología A.C.

JANUARY-MARCH, 2021
Vol. 2, No. 1

Contents

EDITORIAL

- Our College** 5
Rubén Gabriel Vargas-De la Llata

ORIGINAL ARTICLES

- 12-years experience in colonoscopy
as a diagnosis and therapeutic
in a private institution** 9
Jorge Garza-Sánchez,
Blanca Paola Rivera-Zúñiga,
David Eduardo Herrera-Solano,
Álvaro José Montiel-Jarquín,
Linda Yuriria Rodríguez-Valenzuela
- Anoplasty Y - V in anal stenosis.
One-year follow-up results evaluation** 16
Ulises Rodríguez-Wong

REVIEW ARTICLE

- Rectal prolapse. Literature review** 20
Manuel Cervantes-Guadarrama

CLINICAL CASES

- Perforated cecum diverticulitis,
unusual cause of acute abdomen** 24
Samuel Limón-Suárez, Alejandro Lastiri-López,
Juan Carlos Ramírez-Núñez, Ivana Lastiri-Pérez
- Squamous cell carcinoma of the rectum:
case report and review of the literature** 30
Manuel Cervantes-Guadarrama, Lizbeth Castro-Páez

REVIEW

- Coloproctology, book presentation** 35
Luis Charúa-Guindic

Nuestro Colegio

Our College

Rubén Gabriel Vargas-De la Llata*

* *Ex Presidente del Colegio y Consejo de Especialistas en Coloproctología.
Editor de la Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal.*

Por primera vez supe que existía una Sociedad que reunía a los proctólogos de México, en 1986, justo cuando entré al Hospital General de aquel Centro Médico Nacional del IMSS, después de terminar la Residencia de Cirugía General, para realizar mi subespecialidad en Proctología, era la primera vez que para hacer la especialidad se solicitaba como requisito haber terminado la Residencia completa de Cirugía General; mi compañero, el Dr. Francisco Cuevas Montes de Oca, y yo fuimos los primeros con esa modalidad.

Poco tiempo después presenté mi solicitud para entrar a la Sociedad de Proctología como Socio Adscrito, fui aceptado por el entonces presidente Dr. Javier Barrientos Castro y se me condicionó a asistir a todas las sesiones ordinarias y al Congreso Nacional de la Sociedad en los próximos tres años y presentar el examen del Consejo, para ser considerado como Socio Activo.

Mi primera vez en un Congreso de la especialidad fue en la ciudad de Morelia, Michoacán, el siguiente año.

Por definición, el concepto de sociedad supone “la convivencia y la actividad conjunta de individuos de manera organizada u ordenada e implica un cierto grado de comu-

nicación y cooperación. Lo que caracteriza a una sociedad es la puesta de intereses comunes entre los miembros y la observancia de preocupaciones mutuas.”

Con este objetivo, en mayo de 1954, un grupo de amigos, que tenía en común dedicarse a la Proctología y, por tanto, con objetivos semejantes respecto al interés científico y social dentro de su especialidad, fundaron la Sociedad Mexicana de Proctología. Estos amigos eran el Dr. Edgar Becerra, Dr. Carlos Alonso Blasio, Dr. Fidel Ruiz Moreno, Dr. Gerardo de Esesarte, Dr. Jaime Constantiner, Dr. José-Enriquez, Dr. Manuel Peláez y Dr. Salvador Villazón. Con esa fecha quedó registrada la que es una de las Sociedades Médicas Mexicanas con más antigüedad (*Figura 1*).

Invariablemente, cada año se realizó un Congreso Nacional en la Ciudad de México y en otras ciudades del interior de la República, lo que permitió difundir el conocimiento y las actualidades de la especialidad, así como afirmar los lazos de amistad, no solo a los proctólogos y residentes de Proctología, sino también a los cirujanos generales del país.

En 1987, bajo el interés personal del Dr. Luis Minvielle Uruchurtu como primer Presidente, se fundó el Consejo



Sociedad Mexicana de Proctología

Figura 1. Logo de la Sociedad Mexicana de Proctología. Diploma firmado por el Dr. Javier Barrientos Castro, Presidente 1986.



Figura 2. Logo de la Sociedad Mexicana de Coloproctología, en diploma firmado por Dr. José Manuel Correa Roveló, Presidente 1992.



Figura 3. Logo conmemorativo del 50 aniversario de la Sociedad Mexicana de Coloproctología, diploma firmado por Dr. Carlos Belmonte Montes, Presidente 2004.

Mexicano de Especialistas en Enfermedades del Colon y del Recto, logrando el reconocimiento de idoneidad por parte del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas; a partir de ese momento fue un requisito indispensable para pertenecer a la Sociedad Mexicana de Proctología, elevando el nivel académico de sus socios al supervisar los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y calificación de la pericia que requiere ejercer la especialidad y mantener vigentes y actualizados sus conocimientos.

En 1989 la Sociedad de Proctología, cambió su nombre, al responder a las exigencias académicas y logísticas mundiales de la especialidad, denominándose ahora Sociedad Mexicana de Coloproctología (*Figuras 2 y 3*).

De acuerdo con la Dirección General de Profesiones (DGP), de la Secretaría de Educación Pública (SEP), los Colegios de Profesionistas son asociaciones civiles (no lucrativas) formadas por profesionistas de una misma rama profesional interesados en agruparse para trabajar en beneficio de su profesión, siendo responsables de promover

acciones en beneficio de la población, esencialmente a través del servicio social profesional. Tienen, entre otras atribuciones, las de promover la expedición de leyes, reglamentos y sus reformas, relativos al ejercicio profesional, colaborar en la elaboración de planes de estudios profesionales, entre otros.

También la misma DGP menciona los beneficios que se tiene al estar colegiado:

- Gozar del prestigio, reconocimiento profesional y respaldo ético de pertenecer a una institución que agrupa únicamente a egresados de la misma carrera profesional.
- Tener presencia activa en el mercado a través de la página web institucional y la lista impresa de socios, que se difunde en numerosos organismos públicos.
- Gozar de los frutos de los esfuerzos de promoción y difusión por parte del Colegio para dar a conocer a los usuarios el potencial de los profesionales que agrupa, así como de las gestiones de defensa de la función del profesionista ante diversos organismos.
- Tener acceso a información sobre oportunidades de trabajo y de capacitación, a través de la comunicación permanente mediante correo electrónico y el boletín trimestral de noticias.
- Tener acceso a información legal y tributaria concerniente a nuestra profesión, por los mismos medios.
- Tener acceso a cursos y talleres de capacitación dictados en el Colegio, exclusivamente o con tarifas preferenciales y prioridad en la inscripción.
- Realizar consultas relacionadas con el ejercicio profesional, que la administración transmite a colegas experimentados.
- Fortalecer el accionar de un ente gremial que tiene por objetivo la defensa de los intereses profesionales de sus miembros.
- Insertarse en un espacio que estimula el crecimiento profesional.
- Estar reconocidos formalmente por el Estado Mexicano.



Figura 4. Logo del cambio a Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología, diploma firmado por el Dr. Rubén Gabriel Vargas-De la Llata, Presidente 2008.



Figura 5. Logo actual, diploma firmado por el Dr. Luis Fermín Enciso, Presidente 2019.

Así, al valorar los beneficios de estar Colegiados en lugar de Asociados, en el 2007 el Dr. Carlos Belmonte Montes, como Presidente de la Sociedad, y el Dr. Álvaro Sosa Verduzco, como Asesor, iniciaron el contacto y los trámites ante la DGP para obtener el reconocimiento correspondiente, y en 2009 –al término del trámite– se organizó en la ciudad de Zacatecas, bajo la Presidencia del Dr. Rubén Gabriel Vargas De la Llata, el primer Congreso Nacional, ya como Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología, nombre vigente hasta el momento, pasando sus miembros a tener la categoría de Colegiados (*Figura 4*).

Año con año, todos los temas, de repaso y de actualidad, fueron presentados por nuestros profesores expertos en el tema, en los Cursos de Actualización, Monográficos y en el Congreso Nacional, grandes maestros de nuestra especialidad participaron para engrandecer nuestra Sociedad e inevitablemente la luz de muchos de ellos fue apagándose con el tiempo.

También en este tiempo mis compañeros generacionales fueron tomando su lugar en estos continuos cambios y adelantos de las enfermedades del colon y del recto, esto me permitió hacer amigos que continúan siéndolo hasta la actualidad, nuestras esposas y nuestros hijos convivieron

y se conocieron en estos Congresos y también se hicieron amigos; acudir año con año era motivo no solo académico sino de convivencia social y de afianzar lazos de amistad.

A manera de homenaje me permito ahora recordar los nombres de los distinguidos Coloproctólogos que han sido elegidos como Presidentes de nuestro Colegio desde su fundación.

Sociedad Mexicana de Proctología (1954 - 1989):

- 1954. Dr. Edgar Becerra Cabrera.
- 1957. Dr. Fidel Ruiz Moreno.
- 1959. Dr. Salvador Villazón Llaca.
- 1961. Dr. Gerardo de Esesarte.
- 1963. Dr. Manuel Peláez Cebrián.
- 1965. Dr. Adolfo Pardo Gilbert.
- 1967. Dr. Luis Minvielle Uruchurtu.
- 1969. Dr. Sergio Buenrostro Araiza.
- 1971. Dr. Elías Corral Manrique.
- 1973. Dr. Manuel Heiblum Shapiro.
- 1975. Dr. Ángel Elorriaga Ferro.
- 1977. Dr. Álvaro Sosa Verduzco.
- 1979. Dr. Librado Gallegos González.
- 1981. Dr. Octavio Avendaño Espinoza.
- 1983. Dr. Francisco Javier Barrientos Castro.
- 1985. Dr. Federico Verdín López Arce.
- 1987. Dr. Carlos Alonso Blasio.

Sociedad Mexicana de Coloproctología (1989 - 2008):

- 1989. Dr. Pedro Pascault Casaubon.
- 1991. Dr. Sergio Mendoza Hernández.
- 1993. Dr. Raúl Zárate Baños.
- 1995. Dr. Luis Charúa Guindic.
- 1997. Dr. José Manuel Correa Rovelo.
- 1999. Dr. Rafael Sánchez Morett.
- 2001. Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza.
- 2003. Dr. Daniel Saltiel Mechulán.
- 2005. Dr. Eduardo Villanueva Sáenz.
- 2006. Dr. Calos Belmonte Montes.

Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología (2008 - ?):

- 2008. Dr. Rubén Gabriel Vargas De la Llata.
- 2009. Dr. Gilberto López Betancourt.
- 2011. Dr. Quintín Héctor González Contreras.
- 2013. Dr. Óscar Durán Ramos.
- 2015. Dr. Miguel Blas Franco.
- 2017. Dr. Luis Fermín Enciso Gómez.
- 2019. Dr. Javier Pérez Aguirre.

Todos en su momento han tenido la responsabilidad de dirigir el destino de nuestro Colegio, todos ellos han sacrificado su tiempo, su entrega, su capacidad y su entusiasmo para que en el momento actual tenga la calidad y el prestigio que se ha sabido ganar en nuestro país y en Latinoamérica.

En el 2015, por así convenir a los intereses académicos y con el fin de emparejar su nombre con el del Curso Universitario y con el del Colegio, el Consejo cambió su nombre a Consejo Mexicano de Especialistas en Coloproctología.

En estos primeros 67 años mucho ha evolucionado nuestra especialidad, en esos primeros años de la especialidad algunos adelantos tecnológicos que ahora nos parecen indispensables y rutinarios no estaban al alcance de nuestros primeros socios; por mencionar solo algunos: el internet, la endoscopia, el ultrasonido, la tomografía computarizada, la resonancia magnética, los avances en fisiología y fisiopatología anorrectal, las engrapadoras intestinales, la cirugía laparoscópica y robótica, entre muchas otras.

Muchos médicos especialistas de los diversos Hospitales-Escuela de Coloproctología del país –jóvenes que vimos llegar al Colegio, en su examen del Consejo o al

presentar su trabajo de ingreso– ahora forman parte de nuestro Colegio y esperamos con interés la oportunidad conocer los nuevos avances en los que ahora el tiempo y la oportunidad les ha permitido ser pioneros, y que forman naturalmente el relevo generacional que mantendrá la frescura de nuestro Colegio (*Figura 5*).

Por último, pero no por ser menos importante, menciono la creación, el año pasado, de la revista oficial de nuestro Colegio, reconociendo el interés del Presidente actual, Dr. Javier Pérez Aguirre, por llevar a circulación la *Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal*, que ahora permite a los Colegiados tener una plataforma para publicar sus trabajos, sus experiencias y compartirlas a través de internet con médicos interesados en estos temas de todo el mundo.

Ahora, 35 años después, y con el nombramiento de Colegiado Titular (más de 30 años en el Colegio), veo con entusiasmo el gran cambio y progreso que ha tenido nuestro Colegio; orgulloso de mi permanencia, recuerdo con cariño y estimación a los grandes maestros y compañeros que pude conocer durante todo este tiempo y valoro la dedicación y el entusiasmo de las nuevas generaciones.

Así fue desde su inicio y así deberá ser en un futuro nuestro Colegio: un lugar para agrupar, socializar y mantener la actualización de verdaderos especialistas en Cirugía Colorrectal, para favorecer el mayor beneficio de nuestros pacientes.

Correspondencia:

Dr. Rubén Gabriel Vargas-De la Llata
Hospital San Agustín, García Salinas 19, Primer Piso.
C.P. 98608, El Carmen, Guadalupe, Zacatecas
Correo electrónico: rgvargasdelallata@hotmail.com

Experiencia de 12 años en la realización de colonoscopia diagnóstica y terapéutica en institución privada

12-years experience in colonoscopy as a diagnosis and therapeutic in a private institution

Jorge Garza-Sánchez,^{*†} Blanca Paola Rivera-Zúñiga,^{‡§} David Eduardo Herrera-Solano,^{‡§} Álvaro José Montiel-Jarquín,^{‡§} Linda Yuriria Rodríguez-Valenzuela^{||¶}

^{*} Departamento de Coloproctología, Hospital Ángeles de Puebla.

[†] Departamento de Coloproctología, Christus Muguerza Hospital Betania.

[‡] Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

[§] Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades de Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social.

^{||} Departamento de Anestesiología, Hospital Ángeles de Puebla.

[¶] Departamento de Anestesiología, Christus Muguerza Hospital Betania.

RESUMEN

Introducción. La colonoscopia es el mejor método de estudio para la patología del segmento intestinal bajo. Su utilidad es tanto diagnóstica como terapéutica. La Unión Europea, con base en estudios realizados en el Reino Unido, Dinamarca, Francia e Italia, en el 2000 recomendó a todos sus estados miembros la implementación del cribado para cáncer colorrectal en la población comprendida de 45 años.

Objetivo. Presentar la experiencia, hallazgos y utilidad en la realización de colonoscopias en una institución de salud privada.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de revisión de expedientes en pacientes de todas las edades y ambos sexos a los que se les realizó colonoscopia por cirujano coloproctólogo, de una institución hospitalaria privada durante el 2008 a 2020. Se tomaron las siguientes variables: edad, género, tipo de procedimiento, aplicación de anestesia, posición, realización del tacto rectal, visualización del recto a la válvula ileocecal, tipo de videocolonoscopia, hallazgos encontrados en el procedimiento, localización de la lesión, presencia de lesión submucosa, diámetro de pólipos y divertículos, diagnóstico y plan terapéutico. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión, tablas de contingencia en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 de IBM para Windows.

Resultados. Se reclutaron 852 pacientes, con mayoría del género masculino (55.86%), a la mayoría

ABSTRACT

Introduction. Colonoscopy is the best study method for lower intestinal segment pathology. Its utility is both diagnostic and therapeutic. The European Union, based on studies carried out in the United Kingdom, Denmark, France and Italy, recommended in 2000 to all its member states the implementation of colorectal cancer screening in the population aged 45 years.

Objective. To present the experience, findings and usefulness in performing colonoscopies in a private health institution.

Material and methods. A retrospective record review study was conducted in patients of all ages and both sexes who underwent colonoscopy by coloproctologists, from a private hospital institution during the period 2008 to 2020. The following variables were taken: age, gender, type of procedure, application of anesthesia, position, digital rectal examination, visualization of the rectum to the ileocecal valve, type of video-colonoscopy, findings found in the procedure, location of the lesion, presence of submucosal lesion, diameter of polyps and diverticula, diagnosis and treatment plan. Descriptive statistics, frequencies and measures of central tendency and dispersion, contingency tables were used in the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23 of IBM for Windows.

Results. 852 patients were recruited, with the majority male (55.86%), most of the patients underwent anesthesia (99.64%), the most used position was in supine position (91.9%), to all patients (100%) a

de los pacientes se le aplicó anestesia (99.64%), la posición más utilizada fue en decúbito dorsal (91.9%), a todos los pacientes (100%) se les realizó tacto rectal. Hallazgos de tacto rectal más frecuente fue el tumor palpable en 5.75%, en la mayor cantidad de pacientes se visualizó la válvula ileocecal (97.18%), el tipo de videocolonoscopio más usado fue: Fujinon BP 4450 (50.11%), la localización de las lesiones fue más frecuente en el recto (53.75%), el hallazgo más frecuente encontrado fue la patología benigna de conducto anal (46.59%), la media del tamaño de los pólipos fue de 1.07 cm, la topografía con afectación pancolónica de la mucosa en enfermedad inflamatoria es de menos de 5% de los pacientes. Los diagnósticos más sobresalientes fueron: patología benigna de conducto anal (21.9%), hemorragia de tubo digestivo bajo por enfermedad hemorroidal interna (19.9%), poliposis (14.4%) y patología maligna (11.6%). El plan terapéutico más destacado fue el tratamiento quirúrgico (36%).

Conclusiones. El hallazgo más frecuente que se encontró fue patología benigna de conducto anal, la localización más relevante de las lesiones fue en el recto con predominio en el género masculino.

Palabras clave. Plan terapéutico, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, cáncer colorrectal.

rectal examination was performed, the most frequent findings of a rectal examination is the palpable tumor in 5.75%, the ileocecal valve could be visualized in the greatest number of patients (97.18%), the most used type of video colonoscope was: Fujinon BP 4450 (50.11%), the location of the lesions was more frequent in the rectum (53.75%), the most frequent finding was benign anal canal pathology (46.29%), the mean size of the polyps was 1.07cm, the length of involvement of the colon mucosa in inflammatory disease is less than 5% of patients, the most outstanding diagnoses were: benign anal canal pathology (21.9%), lower gastrointestinal bleeding from internal hemorrhoidal disease (19.9%), polyposis (14.4%) and malignant pathology (11.61%). The most prominent therapeutic plan was: surgical treatment (36%).

Conclusions. *The most frequent finding was benign anal canal pathology; the most relevant location of the lesions was in the rectum with a predominance in males.*

Key words. *Treatment plan, rectosigmoidoscopy, colonoscopy, colorectal cancer.*

INTRODUCCIÓN

La colonoscopia es el mejor método de estudio para la patología del segmento intestinal bajo. Su utilidad es tanto diagnóstica como terapéutica.¹ Las indicaciones de la colonoscopia pueden ser en pacientes con diarrea crónica, pólipos, evaluación de pacientes adultos con síntomas colónicos o con anemia por deficiencia de hierro, la evaluación ante estudios radiológicos anormales o estudios de vigilancia positivos para cáncer colorrectal, la vigilancia de pacientes pospolipectomía y postoperados por resecciones por cáncer, la vigilancia de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o en quienes se sospecha tumor.²

Toda colonoscopia requiere de cuatro puntos fundamentales: preparación intestinal, buena sedación del paciente, técnica de inserción adecuada y observación cuidadosa de la superficie mucosa para detectar lesiones y realizar su tratamiento y, por último, una estricta monitorización del paciente durante el procedimiento.¹ La preparación del colon es imprescindible puesto que el material fecal residual puede simular o esconder lesiones, y la distensión inadecuada impide la valoración de la pared y de la superficie colónica.³

Las complicaciones leves son más frecuentes y a menudo llevan a los pacientes a acudir al Servicio de Urgencias generalmente con quejas de dolor abdominal, distensión, flatulencia, náuseas y hemorragia intestinal sin repercusión hemodinámica. El riesgo de las complicaciones graves es bajo, oscilando entre 0.079 a 0.84%.⁷⁻⁹ El sangrado intestinal es la complicación grave más frecuente, generalmente en pacientes sometidos a procedimientos como polipectomía, endoscópico - resección y biopsias.⁴

El videorrectosigmoidoscopia flexible es un estudio invasivo, permite la toma de biopsia o polipectomía, su limitante es que solamente examina colon izquierdo. Rara vez se requiere sedación y la frecuencia de perforación es de 1/10,000 y la probabilidad de lesión sincrónica hasta en 5%.⁵

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en países industrializados y en el mundo occidental.⁶ El cáncer colorrectal ocupa entre el tercer y cuarto lugar de las neoplasias en México, el cual va en crecimiento y, como se ha comentado, en la mayoría de los tumores se diagnóstica 70% de las lesiones en una etapa avanzada, enfatizando que este tumor se conoce perfectamente en su carcinogénesis y 80% de ellos se origina en un pólipo y el crecimiento de los mismos es entre seis y ocho años, lo

cual permite tener la oportunidad de hacer un diagnóstico temprano.⁷

El propósito de una valoración completa de colon y recto en los pacientes es descartar neoplasias malignas y pólipos sincrónicos, así como prevenir y detectar tempranamente la aparición de cáncer metacrónico.⁶ En diferentes estudios se ha observado que la colonoscopia tiene una sensibilidad mayor a 90 % para la detección de lesiones adenomatosas superiores a 10 mm de diámetro; sin embargo, para lesiones que miden entre 6 y 9 mm de diámetro, la sensibilidad y especificidad disminuyen.⁸

La Unión Europea, con base en estudios realizados en el Reino Unido, Dinamarca, Francia e Italia, en el 2000 recomendó a todos sus estados miembros la implementación del cribado para cáncer colorrectal en la población comprendida de 45 años.⁹

El objetivo de este estudio es presentar la experiencia, los hallazgos y la utilidad en la realización de colonoscopias en una institución de salud privada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio retrospectivo de revisión de expedientes.

Pacientes

Se incluyeron 852 pacientes de todas las edades y ambos sexos, a los que se les realizó colonoscopia por cirujano coloproctólogo, de una institución hospitalaria privada durante el periodo de 2010 a 2020.

Métodos

Se analizaron los hallazgos en la colonoscopia, así como la impresión diagnóstica. La colonoscopia se consideró positiva cuando se hallaban neoformaciones sugestivas de malignidad como tumores fungoides, polipoides, neo-

plasias proliferativas infiltrantes y ulcerativas, afectación de la mucosa sugestiva de enfermedad inflamatoria como inflamación activa, mucosa con edema y eritema, mucosa con afectación en parches, mucosa de aspecto empedrado, mucosa con pérdida del patrón vascular submucoso, áreas de estenosis y orificios fistulosos, imágenes sugestivas de divertículos y pólipos.

Procedimiento

Se recopilaron los datos de las colonoscopias reportadas entre 2008 - 2020, se vaciaron en una base de datos en Excel.

El paciente fue colocado inicialmente en decúbito dorsal, se introdujo el videocolonoscopio, en los casos en que no fue posible avanzar; el procedimiento se volvió dinámico cambiando la posición del paciente a decúbito lateral derecho o izquierdo. Se continuó la introducción del videocolonoscopio hasta el ciego, se procedió al retiro del mismo. La anestesia utilizada fue sedación endovenosa y durante todo el procedimiento se vigiló hemodinámicamente a los pacientes.

Análisis estadístico

La estadística empleada fue descriptiva, se utilizaron frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión, tablas de contingencia en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 de IBM para Windows.

RESULTADOS

Se evaluaron 852 pacientes, de los cuales 476 del sexo masculino (55.86 %) y 376 del sexo femenino (44.13%). A 830 (97.41%) se les realizó colonoscopia y a 22 (2.58%) videorrectosigmoidoscopia flexible.

El tipo de anestesia utilizado fue sedación endovenosa en 849 pacientes (99.64%) y en tres sin sedación (0.35 %).

Cuadro 1. Visualización de la válvula ileocecal de acuerdo con el tipo de videocolonoscopio utilizado.

Tipo de videocolonoscopio	Visualización de la VIC		Total
	No	Sí	
Fujinon BP 4450	6	421	427
OLYMPUS CV EXERA 180	0	207	207
OLYMPUS EVIS EXERA IIA	0	196	196
Videorrectosigmoidoscopia flexible Fujinon ES-200ER	22	0	22
Total	28	824	852

Cuadro 3. Diagnósticos establecidos en el reporte de las colonoscopias.

Válido	Frecuencia
Colonoscopia de escrutinio sin hallazgos	101 (11.8%)
Proctitis posradioterapia	16 (1.8%)
Poliposis	121 (14.4%)
Enfermedad diverticular	97 (11.3%)
Enfermedad inflamatoria	33 (3.8%)
Patología infecciosa	14 (1.6%)
Patología maligna	99 (11.6%)
Proctosigmoiditis	12 (1.4%)
Patología benigna de conducto anal	187 (21.9%)
Hemorragia de tubo digestivo bajo por enfermedad hemorroidal interna	170 (19.9%)
Total	852 (100.0%)

Cuadro 4. Plan terapéutico descrito en el reporte de las colonoscopias.

Válido	Frecuencia
No	101 (11.8%)
Vigilancia y medidas higiénico-dietéticas	194 (22.7%)
Inicio de tratamiento por patología infecciosa	14 (1.6%)
Inicio de tratamiento por patología inflamatoria intestinal	33 (3.8%)
Envío a estudio histopatológico	104 (12.2%)
Envío a estudios de extensión tumoral por patología maligna colorrectal	99 (11.6%)
Tratamiento quirúrgico	307 (36.0%)
Total	852 (100.0%)

predominante en comparación con el estudio realizado en Chile, en el que su población femenina fue la más frecuente.

Un estudio no ciego más reciente del propofol usado en una población de colonoscopia pudo demostrar aumento de las puntuaciones de satisfacción al momento de realizar el procedimiento, pero otro estudio demostró que el propofol se asocia a mayores tasas de complicaciones.¹² En este estudio se reportó que 849 (99.64%) pacientes recibieron anestesia de tipo sedación endovenosa mientras que tres (0.35%) no recibieron ningún tipo de sedación.

Según la *Revista Española de Enfermedades Digestivas* la posición en la que se coloca al paciente es decúbito lateral izquierdo, pero también se puede utilizar la posición supina, los cambios posicionales pueden ayudar a franquear zonas complicadas del colon.¹³ En este estudio se reportó que 64% de los pacientes se colocaron en posición de decúbito dorsal, 21% se colocó en decúbito lateral izquierdo y 14% fueron colocados en decúbito lateral derecho. Se puede concluir sobre la posición que la más utilizada es decúbito dorsal y se considera que la colonoscopia

es operador dependiente, por esta razón la posición es variable en cada personal de salud, el cambio de posición a decúbito lateral izquierdo ocurrió en 21.04% de los procedimientos, mientras que el cambio a decúbito lateral derecho es de 14%.

El tacto rectal es una herramienta práctica y sencilla con buena sensibilidad y valor predictivo. Según un estudio hecho en Madrid, el tacto rectal fue normal en 57 (40.5%) pacientes y anormal en 75 (59.5%) que iban a ser sometidos a colonoscopia.¹⁴ En este estudio a todos los pacientes se les realizó tacto rectal previo al inicio del procedimiento colonoscópico.

En un estudio realizado en el Hospital de Alta Especialidad en la ciudad de Oaxaca se evaluaron 878 reportes de colonoscopias donde se utilizó el videocolonoscopio Olympus EVIS EXERA CLV-160 y solamente se reportó una complicación, correspondiente al 0.01% de los estudios evaluados y se consideraron colonoscopias completas cuando se llegaba al ciego (93.9% de los casos).¹⁵ En este estudio el videocolonoscopio más utilizado fue el Fujinon BP 4450, en seis pacientes no se alcanzó a visualizar la válvula ileocecal.

En el estudio en Colombia por grupos de edad los principales diagnósticos de 50 años fueron las hemorroides (62.2%), el sexo no influye, ya que es muy similar la incidencia en varones y mujeres.¹⁶ El segundo resultado mayormente reportado en ellos fue normal (15.3%),¹⁰ lo cual concuerda con este estudio, ya que en 46.5% de los pacientes se encontró como hallazgo la lesión benigna de conducto anal y el segundo lugar lo ocuparon pólipos (14.2%).

En los casos estudiados en Villavicencio, Colombia, el número de colonoscopias normales fue de 231 (56%), 121 (29%) tenían anomalías diferentes a los pólipos. Cuarenta y tres (11%) tenía lesiones de pólipos < 1 cm, 16 (4%) tenía pólipos ≤ 2cm y en ninguna se encontraron pólipos > 2 cm,¹⁷ en este estudio la media de pólipos es de 1.07 cm. En el estudio realizado por Montaña y Rueda en Perú la localización más frecuente de pólipos es en colon sigmoides,^{18,19} mientras que en este estudio predominó la localización en recto. La afectación pancolónica en pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria fue en menos de 5% de los pacientes.

En la serie de colonoscopias evaluadas publicada por Unzueta-Hebert, *et al.*, los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron pólipos rectocolónicos en 405 pacientes (35.2%), diverticulosis colónica en 404 (35.1%), enfermedad inflamatoria intestinal (CUCI y enfermedad de Crohn) en 185 (16%), cáncer rectocolónico en 85 (7.4%) y se encontraron ectasias vasculares en 52 (4.5%), 19 con otras patologías (1.6%).²⁰ En comparación, en este estudio donde la patología benigna de conducto anal fue la más frecuente (21.9%), seguido por hemorragia de tubo digestivo bajo por enfermedad hemorroidal interna (19.9%), poliposis (14.4%), patología maligna (11.6%) y enfermedad diverticular (11.3%).

Se debe considerar la realización de colonoscopia en todo paciente con sangrado, de 45 años o más, en pacientes con antecedentes familiares de primer grado de cáncer de colon y en todo paciente al que se le haya realizado un estudio de escrutinio mediante una rectosigmoidoscopia y se haya encontrado tumor o pólipo sospechoso de malignidad para diagnosticar o descartar un tumor sincrónico.

CONCLUSIONES

El hallazgo más frecuente que se encontró fue patología benigna de conducto anal; la localización más relevante de las lesiones fue en el recto; el hallazgo más frecuente al tacto rectal fue tumor palpable; el procedimiento más usado fue la colonoscopia; la anestesia endovenosa fue empleada en la mayoría de los pacientes (99.64%); acerca de la posición, la más empleada fue en decúbito dorsal. A todos los pacientes se les realizó tacto rectal con hallazgo

más frecuente de un tumor palpable de 5.75% de las colonoscopias que se evaluaron, la media en las distancias del recto hasta la válvula ileocecal fue de 90 - 110 cm; el videocolonoscopia más usado fue el Fujinon BP 4450; en un gran porcentaje (97.53%) no se visualizaron lesiones submucosas en el procedimiento; la media de los pólipos fue de 1.07 cm, evaluando 123 reportes de colonoscopias, la longitud de afectación total de la mucosa en la enfermedad inflamatoria fue en menos de 5%; el plan terapéutico más usado fue el tratamiento quirúrgico con predominio en el género masculino.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes, por otorgarnos la facilidad de aprender de ellos todos los días y por confiar en nuestra preparación y conocimiento para poder ayudarlos, sin ellos estaríamos con las manos vacías.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Bocic AG, Abedrapo MM, Azolas MR, Villalón CR, Llanos BJJ, Berger FZ. Colonoscopia: puesta al día y reporte de 10 años de experiencia. *Rev Chil Cirugía* 2012; 64(3): 306-11.
2. Escalante ET, Brito RE, Barrientos VR. Hallazgos endoscópicos en estudios colonoscópicos realizados en el Hospital Regional 1 de Octubre del ISSSTE. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas* 2010; 15(3): 139-43.
3. Martínez-Sapiña, Llanas MJ, Otero Muinelo SA, Crespo García C. TC Rectal Pathology: Findings at CT-Colonography. *Radiología* 2018; 60(3): 208-16.
4. Coser RB, Dalio MB, Martins LCP, de Alvarenga GF, Cruz CA, Imperiale AR, et al. Colonoscopy complications: Experience with 8968 consecutive patients in a single institution. *Rev Col Bras Cir* 2018; 45(4): 1-8.
5. Acosta Padilla, Álvaro Martín, et al. Guía de Práctica Clínica, Detección oportuna y diagnóstico de cáncer de colon y recto no hereditario en adultos en primero, segundo y tercer nivel de atención. *México Sec Salud* 2009; 1-50.
6. Montiel-Jarquín A. Colonoscopia en el diagnóstico de cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol* 2014; 37(S3): 85-92.
7. García, Arrieta Rodríguez O, Hernández A. Programa integral de prevención y control de cáncer. *Acad Nac Med México* 2019; 1-121.
8. Colonoscopy V, Colonoscopy C. Diagnóstico de neoplasia colorrectal: descripción de hallazgos en colonoscopia virtual y

- convencional. Diagnosis of Colorectal Neoplasia: Description of Findings on. 4310-5.
9. Navarro M, Peris M, Binefa G, Nogueira JM, Miquel JM, Espinás JA, et al. Hallazgos colonoscópicos del estudio piloto de cribado de cáncer colorrectal realizado en Cataluña. *Rev Esp Enfermedades Dig* 2008; 100(6): 343-8.
 10. Rodríguez Londoño NH, Logreira González DJ, Sanabria Lozano DF, Uribe Caputi JC. Hallazgos colonoscópicos en pacientes atendidos en una institución de salud del municipio de Barrancabermeja, Santander. *MedUNAB* 2020; 23(2): 261-9.
 11. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter CM, Webber EM, O'Connor E, et al. Screening for colorectal cancer: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA* 2016; 315(23): 2576-94.
 12. Seward E. Recent advances in colonoscopy. *F1000Research*. 2019; 8: 1028.
 13. Sánchez-del-Río A, Pérez-Romero S, López-Picazo J, Alberca-de-las-Parras F, Júdez J, León-Molina J. Quality indicators in colonoscopy. The colonoscopy procedure. *Rev Esp Enfermedades Dig* 2018; 110(5): 316-25.
 14. Sánchez A, Muñoz C, Bujanda L, Iriondo C, Gil-Molet A, Cosme A, et al. Utilidad de la colonoscopia en pacientes derivados desde Atención Primaria por rectorragia. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97(12): 870-6.
 15. Enrique GE, Rolando S, Oscar M, Arturo J, Fabián T, Ángel O. Hallazgos endoscópicos en 878 estudios de colonoscopia. Experiencia inicial del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, México. *Rev Eviden Invest Clin* 2011; 4(2): 42-7.
 16. Bucio V, et al. Consenso de Hemorroides. *Rev Mex Coloproctología* 2010; 16(1 a 3): 4-14.
 17. Melo-Peñaloza MA. Results of total colonoscopy in the diagnosis of polyps. Case studies in Villavicencio, Colombia. *Rev Fac Med* 2017; 65(3): 433-9.
 18. García-Morell N, Rojas-Peláez Y, Trujillo-Pérez YL, Carménates-Álvarez BM, Reyes-Escobar AD, Chiong-Quesada M. Comportamiento de los pólipos de colon y recto en pacientes sometidos a colonoscopia terapéutica. *Rev Arch Médico Camagüey* 2019; 23(2): 198-208.
 19. Montaña-Rueda KN, Montaña BGC, Meneces RAP, Montaña MCP, Guerra HD. Pólipos Colorrectales Diagnosticados por Endoscopia y sus Resultados Anatomopatológicos. Instituto Gastroenterológico Boliviano-Japonés, Cochabamba, Bolivia. *Rev Cient Cienc Méd* 2009; 12(2): 12-14.
 20. De A, Unzueta-Hebert A, Villanueva-Sáenz E, Rocha-Ramírez JL, Esparza JPP, Barrientos-Castro FJ. La colonoscopia. Análisis de 2,000 procedimientos. *Rev Gastroenterol Mex* 2000; 65(3).
-
- Correspondencia**
Dr. Jorge Garza-Sánchez
Hospital Ángeles de Puebla y
Hospital Christus Muguerza Hospital Betania
Av. Kepler, Núm. 2143-1050.
Col. Reserva Territorial Atlxycayotl. C.P. 72190,
Puebla, Puebla, México
Tel.: 22 2303-6411
Correo electrónico: drjorgegarza@yahoo.com.mx

Anoplastia Y - V en estenosis anal. Evaluación de resultados a un año de seguimiento

Anoplasty Y - V in anal stenosis. One-year follow-up results evaluation

Ulises Rodríguez-Wong*

* Cirujano Gastroenterólogo y de Colon y Recto. Doctor en Ciencias. Hospital Ángeles Lindavista.

RESUMEN

Introducción. La estenosis anal anatómica se presenta cuando el anodermo normal es sustituido por tejido cicatricial no elástico, lo que ocasiona estrechamiento de la luz del conducto anal. El 90% de las estenosis anales anatómicas ocurren como consecuencia de cirugía para enfermedad hemorroidal.

Material y métodos. Estudio ambispectivo, observacional y descriptivo de 12 pacientes consecutivos, con diagnóstico de estenosis anal severa poshemorroidectomía. En todos los casos se realizó procedimiento de anoplastia Y-V, sin esfinterotomía.

Resultados. La calificación de los resultados de la anoplastia a los 12 meses de seguimiento postoperatorio, por parte de los pacientes, fue: buenos en nueve (75%), regulares en dos (16.6%) y malos en un caso (8.3%).

Conclusiones. La anoplastia Y-V es un buen procedimiento que puede realizarse de manera sencilla y es útil para el tratamiento de la estenosis anal severa, con buenos resultados en 60 a 90% de los pacientes. Sin embargo, aún se requiere un mayor número de trabajos de investigación para obtener conclusiones definitivas.

Palabras clave. Estenosis anal, estrechez anal, anoplastia, anoplastia Y-V, hemorroides, cirugía anorrectal.

ABSTRACT

Introduction. Anatomical anal stenosis occurs when the normal anoderm is replaced by non-elastic scar tissue, which causes narrowing of the lumen of the anal canal. 90% of anatomic anal stenoses occur as a consequence of surgery for hemorrhoidal disease.

Material and methods. An ambispective, observational and descriptive study of 12 consecutive patients with a diagnosis of severe post-hemorrhoidectomy anal stenosis was carried out. Y-V anoplasty procedure was performed in all cases, without sphincterotomy.

Results. The classification of the results of the anoplasty at 12 months of postoperative follow-up, by the patients, was the following: good in nine patients (75%), regular in two (16.6%) and bad in one case (8.3%).

Conclusions. The Y-V anoplasty is a good procedure that can be performed easily and is useful for the treatment of severe anal stenosis, with good results in 60 to 90% of patients. However, a greater number of research works are still required to obtain definitive conclusions.

Key words. Anal stenosis, anal tightness, anoplasty, Y-V anoplasty, hemorrhoids, anorectal surgery.

INTRODUCCIÓN

La estenosis anal anatómica se presenta cuando el anodermo normal es sustituido por tejido cicatricial no elástico, lo que ocasiona estrechamiento de la luz del conducto anal.^{1,2} Generalmente la estenosis se presenta

como consecuencia de cirugía anorrectal; no obstante, también puede ser secundaria a enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, radioterapia, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis o uso crónico de laxantes; sin embargo, 90% de las estenosis anales anatómicas ocurre como consecuencia de cirugía por enfermedad

hemorroidal.³ A su vez, la estenosis puede presentarse después de una hemorroidectomía amplia y radical en 5 - 10% de los casos.⁴⁻⁵

Por ello, los cuidados transoperatorios y postoperatorios relacionados con el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal son esenciales para lograr una adecuada cicatrización de estas heridas quirúrgicas.⁶ Los pacientes que desarrollan estenosis anal presentan estreñimiento, sangrado durante la evacuación, dolor, sensación de evacuación incompleta, sensación de dificultad al evacuar.⁷

De acuerdo con la gravedad de la estenosis anal existen diferentes modalidades de tratamiento, que van desde los medicamentos tópicos y dilatación mecánica hasta diversos procedimientos quirúrgicos que se utilizan en los casos de estenosis anal severa.⁸ La selección del procedimiento quirúrgico depende de la ubicación, el tipo, la extensión de la estenosis y la experiencia del cirujano.

Los procedimientos quirúrgicos para la estenosis anal severa van desde la liberación simple de la estenosis, la resección del tejido cicatricial, la esfinterotomía parcial lateral del esfínter interno y la utilización de colgajos; uno de los más utilizados es el colgajo Y-V. Algunos autores han combinado el uso de colgajos con la esfinterotomía con la intención de lograr mejores resultados.⁹

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio ambispectivo, observacional y descriptivo de 12 pacientes consecutivos, con diagnóstico de estenosis anal severa poshemorroidectomía, de acuerdo con la clasificación de Milsom y Mazier. En todos los casos se realizó procedimiento de anoplastia Y-V, sin esfinterotomía (Figura 1). Después de doce meses de seguimiento se solicitó a los pacientes la calificación de los resultados del procedimiento, los cuales fueron catalogados como buenos, regulares o malos.

RESULTADOS

De los doce pacientes, siete correspondieron al sexo masculino y cinco al sexo femenino. La edad de los pacientes varió entre los 38 y 72 años, con un promedio de 54.58 años. Dos pacientes presentaban diabetes mellitus y uno hipertensión arterial sistémica. La media de hospitalización de los pacientes fue de 1.3 días.

La calificación de los resultados de la anoplastia a los 12 meses de seguimiento postoperatorio, por parte de los pacientes, fue: buenos en nueve pacientes (75%), regulares en dos (16.6%) y malos en un caso (8.3%) (Figura 2). Este último paciente presentó reestenosis anal moderada, que cedió mediante el uso de dilatadores anales.



Figura 1. Colgajo Y-V en el tratamiento de estenosis anal anatómica severa.

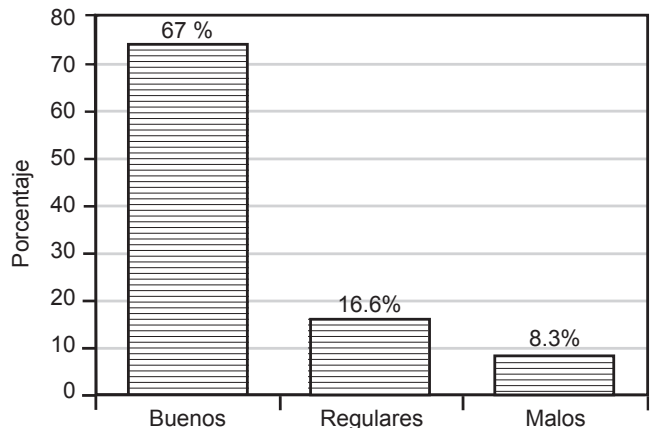


Figura 2. Evaluación de los resultados con la anoplastia Y-V a 12 meses de seguimiento postoperatorio, en una serie de 12 pacientes.

DISCUSIÓN

La estenosis anal anatómica es una situación incapacitante para el paciente, con alteración de la morfología del conducto anal, lo que ocasiona dolor, hemorragia y dificultad durante la evacuación,¹⁰ con el adelgazamiento de las heces. El 90% de las estenosis anales son secundarias a cirugía de hemorroides, sobre todo cuando se realiza resección amplia de tejido del conducto anal,¹¹ por lo que

durante una hemorroidectomía se debe dejar tejido suficiente para lograr una adecuada cicatrización.¹² Es de suma importancia determinar la causa exacta de la estenosis para determinar el tratamiento adecuado; una enfermedad maligna debe tratarse mediante escisión o resección, y la enfermedad de Crohn anal es una contraindicación absoluta para la anoplastia.¹³

La estenosis anal anatómica puede clasificarse según la gravedad de la estenosis, su estructura y el nivel de afectación del canal anal. Con base en la gravedad de la estenosis, Milsom y Mazier¹⁴ clasificaron a la estenosis anal como leve (cuando el canal anal estrecho se puede examinar con el dedo índice bien lubricado o con un retractor de Hill-Ferguson mediano), moderada (si se requiere dilatación forzada para insertar el dedo índice o un retractor mediano de Hill-Ferguson) y una estenosis anal severa (cuando ni el dedo meñique ni un retractor pequeño de Hill-Ferguson pueden insertarse a menos que se emplee una dilatación forzada).

Se han descrito muchas técnicas para el tratamiento de la estenosis anal severa con tasas de curación variables. Resulta muy difícil interpretar los resultados de los diversos procedimientos de anoplastia descritos en la literatura, ya que no se han realizado suficientes ensayos prospectivos ni estudios comparativos. Sin embargo, casi cualquier procedimiento tiende a mejorar los síntomas del paciente.

El objetivo de la anoplastia es restaurar la función normal del conducto anal, ensanchándolo mediante la interposición de un colgajo de tejido sano y sin fibrosis. En el procedimiento quirúrgico se realiza una incisión longitudinal en el área de la estenosis que corresponde a la rama vertical de la Y; la incisión se prolonga sobre la piel perianal en dos direcciones para crear un colgajo en V, se debe incluir tejido graso subcutáneo para garantizar un adecuado riego sanguíneo. El colgajo de avance en V resultante se sutura en la rama vertical de la incisión en Y, con el vértice interno del colgajo triangular a nivel de la línea pectínea. El colgajo se puede realizar en la línea media posterior o en cualquier localización lateral.¹⁵ El procedimiento también se puede realizar de forma bilateral, en caso de ser necesario.⁵ Esta técnica es sencilla y bastante útil; sin embargo, si se requiere cubrir más de 25% de la circunferencia del canal anal debe realizarse otro procedimiento de anoplastia.¹³ Algunos autores han sugerido agregar una esfínterotomía parcial del esfínter anal interno al procedimiento de anoplastia Y-V para mejorar los resultados.¹⁶

En una serie de 14 pacientes con estenosis anal, Angelchik, *et al.*¹⁷ obtuvieron buenos resultados con la utilización de anoplastia Y-V; se agregó esfínterotomía parcial, úni-

camente en los pacientes en quienes se encontró fibrosis asociada al esfínter anal.

Aitola, *et al.*¹⁶ realizaron un estudio retrospectivo en 10 pacientes que se habían sometido a anoplastia Y-V combinada con esfínterotomía parcial interna; después de un periodo de seguimiento medio de 12 meses, todos mejoraron con excepción de un paciente. Seis pacientes tuvieron buenos resultados, tres tuvieron resultados regulares y en uno el resultado fue malo. Este último desarrolló posteriormente una nueva estenosis anal. La tasa de curación total fue de 60%, y la tasa de mejoría de 30%.

En otro estudio de 42 pacientes con estenosis anal¹⁸ se realizó anoplastia Y-V en 29 casos. Después de dos años de seguimiento, 26 pacientes (90%) calificaron sus resultados clínicos como excelentes, en tanto que tres pacientes (10%) requirieron el uso periódico de dilatadores anales. Estos tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias (dos dehiscencias de sutura y una isquemia del colgajo).

En el estudio aquí presentado, de los 12 pacientes a los que se realizó anoplastia Y-V, después de 12 meses de seguimiento, nueve calificaron sus resultados clínicos como buenos (75%), dos pacientes como regulares (16.6%) y en un solo caso el resultado fue malo (8.3%), por lo que estos resultados son similares a los presentados por otros autores.

CONCLUSIONES

La anoplastia Y-V es un buen procedimiento que puede realizarse de manera sencilla y es útil para el tratamiento de la estenosis anal severa, con buenos resultados en 60 a 90% de los pacientes.

Se puede realizar en la línea media posterior o en cualquier localización lateral, también de forma bilateral de ser necesario. Algunos autores señalan que en caso de requerir cubrir más de 25% de la circunferencia del canal anal, es preferible realizar otro tipo de procedimiento de anoplastia. También se ha sugerido agregar esfínterotomía parcial del esfínter anal interno al procedimiento de anoplastia Y-V para mejorar los resultados.

Sin embargo, existen aún pocas series con un adecuado número de pacientes; se requiere de un mayor número de estudios comparativos con los diferentes procedimientos, y trabajos con un mayor tiempo de seguimiento para evaluar los resultados definitivos con este procedimiento.

REFERENCIAS

1. Casadesus D, Villasana LE, Diaz H, Chavez M, Sanchez IM, Martinez PP, et al. Treatment of anal stenosis: a 5-year review. *ANZ J Surg* 2007; 557-9.

2. Khubchandani IT. Anal stenosis. *Surg Clin N Am* 1994; 1353-60.
3. Brisinda G. How to treat haemorrhoids. Prevention is best; haemorrhoidectomy needs skilled operators. *BMJ* 2000; 582-3.
4. Caplin DA, Kodner IJ. Repair of anal stricture and mucosal ectropion by simple flap procedures. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 92-4.
5. Brisinda G, Vanella S, Cadeddu F, Marniga G, Mazzeo P, Brandara F, Maria G. Surgical treatment of anal stenosis. *World J Gastroenterol* 2009; 15(16): 1921-8.
6. Rodríguez-Wong U, Santamaría-Aguirre JR. Hemorroidectomía y otras alternativas quirúrgicas en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. *Rev Hosp Jua Mex* 2007; 74(4): 259-63.
7. Katdare MV, Ricciardi R. Anal stenosis. *Surg Clin North Am* 2010; 90(1): 137-45.
8. Tahamtan M, Ghahramani L, Khazraei H, Tabar YT, Bananzadeh A, Hosseini SV, et al. Surgical management of anal stenosis: anoplasty with or without sphincterotomy. *J Coloproctol (Rio J)* 2017; 37(1): 13-7.
9. Carditello A, Milone A, Stilo F, Mollo F, Basile M. Surgical treatment of anal stenosis following hemorrhoid surgery. Results of 150 combined mucosal advancement and internal sphincterotomy. *Chir Ital* 2002; 54(6): 841-4.
10. Owen HA, Edwards DP, Khosraviani K, Phillips RK. The house advancement anoplasty for treatment of anal disorders. *JR Army Med Corps* 2006; 152: 87-8.
11. Charúa-Guindic L. Complicaciones de la cirugía anorrectal. *Rev Mex Coloproctología* 2006; 12(1): 15-8.
12. Rodríguez-Wong U. Enfermedades ano-rectales. En: Tapia-Jurado J y Ruiz-Lizárraga J. *Terapéutica en Cirugía General*. México: UNAM. Ed. Mc Graw-Hill; 2020, pp. 233-45.
13. Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. *Am J Surg* 2000; 179: 325-9.
14. Milsom JW, Mazier WP. Classification and management of postsurgical anal stenosis. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 60-4.
15. Ramanujam P, Venkatesh KS, Cohen M. Y-V anoplasty for severe anal stenosis. *Contemp Surg* 1988; 33: 62-8.
16. Aitola PT, Hiltunen KM, Matikainen MJ. Y-V anoplasty combined with internal sphincterotomy for stenosis of the anal canal. *Eur J Surg* 1997; 163(11): 839-42.
17. Angelchik PD, Harms BA, Starling JR. Repair of anal stricture and mucosal ectropion with Y-V or pedicle flap anoplasty. *Am J Surg* 1993; 166: 55-9.
18. Maria G, Brisinda G, Civello IM. Anoplasty for the treatment of anal stenosis. *Am J Surg* 1998; 175(2): 158-60.

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Hospital Ángeles Lindavista
Río Bamba, Núm. 639-330. Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, Alcaldía Gustavo A. Madero,
Ciudad de México, México
Tel. 55 5754-8504
Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

Prolapso rectal. Revisión de la literatura

Rectal prolapse. Literature review

Manuel Cervantes-Guadarrama*

* Jefe del Servicio de Cirugía, Colon y Recto. Secretaría de Marina. Armada de México. Centro Médico Naval.

RESUMEN

El prolapso rectal es la invaginación de las capas del recto a través del canal anal y su protrusión fuera de este. Su incidencia es de 2.5 por 100,000 habitantes con predominio en mujeres de edad avanzada. Es una afección poco conocida, de curso crónico y benigno. Donde se pretende que el tratamiento quirúrgico restaure la anatomía normal de la región, así como la función anorrectal.

Palabras clave. Prolapso rectal, tratamiento quirúrgico, función anorrectal.

ABSTRACT

Rectal prolapse is the invagination of the layers of the rectum through the anal canal and its protrusion out of it. Its incidence is 2.5 per 100,000 inhabitants, predominantly in older women. It is a little-known condition, with a chronic and benign course. Where surgical treatment is intended to restore the normal anatomy of the region as well as anorectal function.

Key words. Rectal prolapse, surgical treatment, anorectal function.

INTRODUCCIÓN

La palabra prolapso significa deslizarse o caer. El prolapso rectal se define como la protrusión de todas las capas del recto a través del orificio anal. Es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia al adulto mayor, habitualmente después de los 70 años, aunque puede presentarse a cualquier edad; es más frecuente en mujeres con una relación 10:1.

El prolapso rectal completo (*Figura 1*) en la mayor parte de los casos se reduce espontáneamente (*Figura 2*). Es una afección de causa multifactorial que puede ser un proceso aislado o manifestarse junto con otros problemas de piso pélvico (*Figura 3*). En cuanto a su etiología se han propuesto varias teorías, pero el mecanismo exacto del desarrollo de esta enfermedad es aún desconocido; sin embargo, la literatura reconoce algunos factores predisponentes: género femenino, multiparidad y trauma obstétrico, así como debilidad de las fascias del piso pélvico, recto móvil, neuropatía de los nervios pudendos incluso a infecciones, el pujo excesivo asociado a una historia de constipación crónica.¹⁻³

El prolapso puede implicar solo la mucosa (prolapso de la mucosa) o todas las capas del recto (procidencia del

recto). En los países desarrollados la etiología usualmente se relaciona con esfuerzo excesivo, estreñimiento y desórdenes disfuncionales de la defecación, mientras que en países de desarrollo lento, la diarrea, la disentería y/o desnutrición se reconocen como sus causas más frecuentes.⁴ En los Estados Unidos de Norteamérica se atienden menos de 10 casos anuales en hospitales considerados de tercer nivel, lo que representa aproximadamente 2.5 casos por cada 100 mil habitantes.¹

Desafortunadamente en México no hay información suficiente al respecto de esta enfermedad y solo existen informes aislados de series publicadas en diferentes centros hospitalarios del país.^{2,3} El objetivo del tratamiento quirúrgico es corregir el prolapso, pero además restaurar la función anorrectal sin inducir efectos deletéreos. Para ello no existe ninguna técnica universal e infalible, ya que el prolapso rectal es un síndrome que reúne entidades anatómicas de diferentes patologías.⁵

DISCUSIÓN

El prolapso rectal o procidencia, a pesar de ser una enfermedad poco frecuente (2.5 casos por 100,000 ha-

bitantes), aparece referenciado ya en el papiro de Ebers, 1.500 años antes de Cristo.⁴

El prolapso rectal, o procidencia, se define como una protrusión del recto más allá del borde anal. El prolapso rectal tiene una distribución bifásica, común en los pacientes de edad avanzada, con una incidencia de 1% en los mayores a 65 años. Con un predominio en el sexo femenino (80-90%).⁴ Los factores predisponentes incluyen músculos laxos del piso pélvico y del canal anal, un saco de Douglas anormalmente profundo, debilidad de los esfínteres interno y externo, y debilidad de los ligamentos laterales. Por lo tanto, la patogénesis completa del prolapso rectal es muy compleja y su tratamiento es principalmente quirúrgico.⁵⁻⁹ Es importante conocer a fondo este padecimiento para ofrecer un correcto tratamiento quirúrgico, con el debido



Figura 1. A. Se aprecia prolapso rectal completo de aproximadamente 18 cm. **B.** Se aprecia prolapso rectal completo de frente, con mucosa concéntrica, brillante, lisa, sin alteraciones asociadas.

Figura 2. A. Prolapso rectal completo donde se aprecia que comienza a reducirse. **B-C.** Prolapso rectal con reducción espontánea.

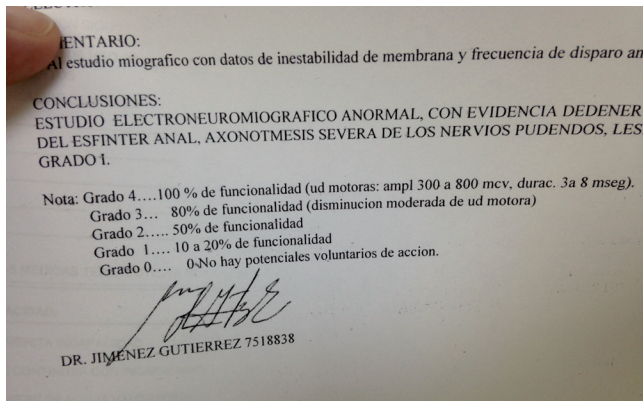


Figura 3. Reporte de electromiografía, estudio electromiográfico anormal que documenta datos de inestabilidad de membrana y frecuencia de disparo con evidencia de denervación de esfínter anal, axonotmesis severa de nervios pudendos con un 10-20 % de funcionalidad.

conocimiento de sus complicaciones y resultados funcionales a largo plazo.^{1,10,11}

El tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo debe ser individualizado considerando una variedad de factores relacionados con la edad del paciente, enfermedades asociadas y condición general y nutricional. En los pacientes de riesgo quirúrgico normal la mayoría se inclina por los procedimientos abdominales debido a sus buenos resultados alejados. Sin embargo, en los pacientes seniles y/o con graves enfermedades concomitantes, los procedimientos perineales son menos invasivos, pueden ser realizados con anestesia regional o local, con un menor tiempo operatorio, una estadía hospitalaria abreviada y un periodo de convalecencia más corto, convirtiéndose en los procedimientos más aconsejables en pacientes con enfermedades concomitantes graves y ancianos no aptos para cirugía mayor.¹²

El prolapso rectal ocurre comúnmente en pacientes de edad avanzada. Estos pacientes son más susceptibles a complicaciones perioperatorias y postoperatorias, particularmente las relacionadas con la anestesia y las que tienen una etiología cardiovascular, respiratoria o infecciosa.¹³

Hasta la fecha hay descritas más de 120 técnicas quirúrgicas para el tratamiento del prolapso rectal y ninguna de ellas cuenta con una amplia aceptación por todos los cirujanos de colon y recto, lo que nos habla de la complejidad en el manejo quirúrgico de esta enfermedad. En general, los procedimientos que podemos utilizar para el manejo del prolapso rectal se dividen en:

- Procedimientos por vía abdominal, bien sea convencional abierta o laparoscópica, tales como la rectopexia

con o sin utilización de material protésico, rectopexia mas resección como el Frykman-Goldberg.

- Procedimientos por vía perineal tales como cerclaje anal (Tierch), recto-sigmoidectomía perineal como el procedimiento de Altemeier, resección de la mucosa rectal (Delorme), suspensión y fijación perineal (Wyatt).¹⁴⁻¹⁶

Ninguna de estas operaciones puede ser considerada ideal para todo paciente. Los abordajes abdominales tienen una tasa de recurrencia más baja, pero se les asocia significativamente con tasas más altas de infecciones y complicaciones, en comparación con los abordajes perineales.¹³ Por eso se prefiere el abordaje abdominal en pacientes con buena condición médica. Los abordajes perineales usualmente se reservan para los pacientes que no pueden tolerar el procedimiento abdominal.

Según la más reciente revisión de Cochrane, la vía de acceso quirúrgica más utilizada para el tratamiento de esta entidad es la vía abdominal, con tasas de recidiva que van de 3 a 10% en diferentes series.¹⁷ Quizá esto se explique por el advenimiento de la cirugía laparoscópica de colon y recto, que en los últimos años ha tomado un auge importante por su utilidad en padecimientos como el prolapso rectal.¹⁸⁻²²

La innovación quirúrgica no se ha detenido en esta frontera y ha avanzado aún más en cuanto a rutas de acceso mínimamente invasivas, tales como la cirugía por puerto único, cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales, cirugía asistida por robot y cirugía endoluminal.

CONCLUSIONES

El prolapso rectal es un padecimiento de origen multifactorial; en la actualidad, su mecanismo exacto de desarrollo aún es desconocido; su curso es crónico y benigno; el mayor interés se centra en la mejor técnica quirúrgica que permita la corrección del defecto y que permitiera la reparación del mayor número de trastornos anatómicos.

En la literatura se han descrito innumerables técnicas para el manejo del prolapso rectal, las cuales se basan en la corrección de los desórdenes anatómicos característicos de esta enfermedad. Aunque en términos generales no existe consenso sobre cuál procedimiento es el mejor, la mayoría de los autores se inclinan por procedimientos abdominales en el paciente de riesgo normal. Sin embargo, es importante puntualizar que la elección del procedimiento depende de la edad y estado del paciente. Asimismo, tener presente que el abordaje abdominal ofrece mejores resultados funcionales y menor recidiva de acuerdo con la literatura, sin olvidar que se deben de reservar las técnicas perineales en pacientes seniles de alto riesgo.

REFERENCIAS

1. Karulf RE, Madoff RD, Goldberg SM. Rectal prolapse. *Curr Probl Surg* 2001; 1: 771-832.
2. Cabello RP, Lever RC, Belmonte MC, et al. Prolapso rectal. *Rev Sanid Milit* 2000; 54: 4-9.
3. Martínez HP, Villanueva SE, Sandoval MR. Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo. Experiencia en el servicio de colon y recto. *Rev Gastroenterol Mex* 2003; 68: 185-91.
4. Wu JS. Rectal prolapse: A historical perspective. *Curr Probl Surg* 2009; 46: 602-716.
5. Gourgiotis S, Baratsis S. Rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 231-43.
6. Broden B, Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography. A contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 330-47.
7. Jones OM, Cunningham C, Lindsey I. The assessment and management of rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, and enterocele in adults. *BMJ* 2011; 342: 7099.
8. Eu KW, Seow-Choen F. Functional problems in adult rectal prolapse and controversies in surgical treatment. *Br J Surg* 1997; 84: 904-11.
9. Marderstein EL, Delaney CP. Surgical management of rectal prolapse. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2007; 4: 552-61.
10. Beahrs OH, Theuerkauf FJ Jr, Hill JR. Procidentia: surgical treatment. *Dis Colon* 1972; 15: 337-46.
11. O'Brien DP 4th. Rectal prolapse. *Clin Col Rec Surg* 2007; 20: 125-32.
12. Mansilla JA, Bannura G, Contreras J, Barrera A, Melo C, Soto D. Técnica de Lomas-Cooperman en el paciente senil con prolapso rectal completo. *Rev Chilena Cir* 2006; 58(3): 213-8.
13. Russell MM, Read TE, Roberts PL, et al. Complications after rectal prolapse surgery: Does approach matter? *Dis Colon Rectum* 2012; 55: 450-8.
14. Siproudhis L, Eléouet M, Rousselle A, El Alaoui M, Ropert A, Bretagne JF. Overt rectal prolapse and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 1356-60.
15. Glasgow SC, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW, Dietz DW. Preoperative anal manometry predicts continence after perineal proctectomy for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1052-8.
16. Salkeld G, Bagia M, Solomon M. Economic impact of laparoscopic versus open abdominal rectopexy. *Br J Surg* 2004; 91: 1188-91.
17. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD001758
18. D'Hoore R, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ven-Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapsed. *Br J Surg* 2004; 91: 1500-5.
19. Heemskerk J, de Hoog DE, van Gemert WG, et al. Robot-assisted vs. Conven-Robot-assisted vs. Conven-Robot-assisted vs. Conventional laparoscopic rectopexy for rectal prolapse: A comparative study on costs and time. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1825-30.
20. Solomon MJ, Young CJ, Evers AA, Roberts RA. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapsed. *Br J Surg* 2002; 89: 39-45.
21. Chung CC, Tasang WW, Kwok SY, Li MK. Laparoscopy and its current role in the management of colorectal disease. *Colorectal Dis* 2003; 5: 528-43.
22. Kessler H, Hohenberger W. Laparoscopic resection rectopexy for rectal pro-lapsed. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1800-1.

Correspondencia:

Dr. Manuel Cervantes-Guadarrama
Calle D, Mz. VIII, Núm. 1. Col. Educación. C.P. 04400,
Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, México
Tel.: 55 2265-3875
Correo electrónico: danaima69@yahoo.com.mx

Diverticulitis perforada de ciego, causa inusual de abdomen agudo

Perforated cecum diverticulitis, unusual cause of acute abdomen

Samuel Limón-Suárez,* Alejandro Lastiri-López,** Juan Carlos Ramírez-Núñez,** Ivana Lastiri-Pérez****

* Cirugía General y Laparoscópica Avanzada, Hospital Ángeles Metropolitano. Miembro de AMCG, miembro de AMCE.

** FACS. *** Cirugía General y Laparoscópica avanzada, Hospital General de Cholula, Puebla. SSA.

**** Médico general egresado, Universidad Anáhuac.

RESUMEN

La diverticulosis cecal es una condición benigna, inusual en el mundo occidental, con una incidencia mayor en asiáticos. Fue descrita por primera vez por Potier en 1912 y afecta aproximadamente a 5% de la población, con solo 1.5% de pacientes presentando diverticulitis. Cerca de 75% de pacientes permanece asintomático, 25% de pacientes desarrolla complicaciones inflamatorias agudas. Para su diagnóstico la TAC abdominal con contraste oral ha demostrado una eficacia diagnóstica de 90 a 95%, se puede utilizar en cuadro agudo y permite un seguimiento preciso en pacientes hospitalizados. La eficacia diagnóstica es esencial puesto que la piedra angular en la terapia es manejo médico antes que cirugía. En casos complicados, ya sea con diagnóstico preoperatorio o como hallazgo transquirúrgico, la hemicolectomía derecha debe ser el procedimiento a considerar.

Palabras clave. Diverticulitis cecal, diverticulosis colónica derecha, abdomen agudo, sepsis abdominal.

ABSTRACT

Cecal diverticulosis is a benign condition, unusual in the Western world, with a higher incidence in Asians. It was first described by Potier in 1912 and affects approximately 5% of the population, with only 1.5% of patients presenting with diverticulitis. Approximately 75% of patients remain asymptomatic, the remaining 25% of patients develop acute inflammatory complications. For its diagnosis, abdominal CT with oral contrast has shown a diagnostic efficacy of 90 to 95%, it can be used in acute conditions and allows a precise follow-up in hospitalized patients. Diagnostic efficacy is essential since the cornerstone of therapy is medical management rather than surgery. In complicated cases, either with a preoperative diagnosis or as a transurgical finding, the right hemicolectomy should be the procedure to consider.

Key words. Cecal diverticulitis, right colonic diverticulosis, acute abdomen, abdominal sepsis.

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis cecal es una condición benigna, inusual en el mundo occidental, con una incidencia mayor en asiáticos. Fue descrita por primera vez por Potier en 1912, clasificándola como divertículo solitario o divertículos múltiples, congénitos o adquiridos y finalmente como divertículo real o pseudodivertículo.

En cuanto al origen se cree que el divertículo solitario suele ser congénito, formándose alrededor de la sexta semana de gestación, contiene todas las capas de la pared colónica, son usualmente asintomáticos, por ende, causa

rara de abdomen agudo.¹ A pesar de lo anterior, autopsias recientes han demostrado que la mayoría de los casos son secundarios, tratándose de falsos divertículos muy similares en origen y morfología a la enfermedad diverticular del colon izquierdo.^{2,3}

Estadísticamente hablando, en países occidentales la diverticulosis colónica derecha afecta a aproximadamente 5% de la población, con solo 1.5% de pacientes presentando diverticulitis; en comparación con diverticulitis colónica izquierda, los pacientes con diverticulitis derecha tienen una edad de presentación más temprana con una media de 35 a 45 años y una distribución por géneros similar.⁴

En cuanto a la génesis de la diverticulitis derecha adquirida, la presión intraluminal incrementada y una motilidad anormal del colon ascendente juegan un importante papel en la patogénesis;⁵ asimismo, se ha descrito una fuerte asociación con factores como una dieta baja en fibra, tabaquismo, ingesta de alcohol, uso de corticoesteroides de manera crónica, alteraciones en el metabolismo de la colágena, actividad colinérgica incrementada en el colon y edad avanzada.⁶

En lo que respecta al cuadro clínico, aproximadamente 75% de pacientes permanecen asintomáticos, el 25% restante desarrolla complicaciones en la forma de infección (diverticulitis), sangrado de tubo digestivo, constipación, diarrea, dolor tipo cólico e incluso obstrucción colónica;⁷ aunque la presentación más frecuente suele ser un cuadro inflamatorio agudo que es difícil de distinguir de otras causas de dolor en la fosa iliaca derecha. Preoperatoriamente, el diagnóstico de apendicitis es el común denominador de estos pacientes, con datos observacionales que reportan no más de 70% de certeza diagnóstica cuando se trata de diferenciar ambas entidades;⁸ algunos hallazgos clínicos que pudieran diferenciar ambas entidades es la baja incidencia de náusea, vómito o anorexia y un cambio en la localización del punto de máxima hipersensibilidad al dolor a la exploración física en la DCD.⁹ Un punto no menos importante es que la diverticulitis colónica derecha es responsable de aproximadamente 50% de sangrado diverticular del tubo digestivo.¹⁰

El abordaje terapéutico continúa siendo un reto, se han descrito estudios observacionales con pocos casos donde reportan buenos resultados con terapia médica, evitando la cirugía en la mayoría de pacientes;¹¹ sin embargo, en aquellos con falla al tratamiento, cuadros recurrentes que afecten enormemente su calidad de vida o complicación como presentación inicial, la hemicolectomía derecha es la recomendación actual. En casos de cirugía programada y si la curva de aprendizaje del equipo quirúrgico lo permite, el abordaje laparoscópico es una buena opción.¹²

OBJETIVO

Presentar un caso de una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico diferencial, la apendicitis, es una patología sumamente prevalente en nuestro medio. Realizar una breve revisión del tema haciendo énfasis en el hallazgo transoperatorio y manejo quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 35 años, sano previamente, con historial de dieta alta en carne roja y nitrosaminas, pobre

en fibra, sin ningún otro antecedente de importancia para padecimiento actual. Acudió a Consulta Externa con cuadro de 10 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo visceral, de inicio insidioso, localizado en fosa iliaca derecha, irradiándose hacia mesogastrio y área periumbilical sin caracterizar eventos que detonen el dolor.

Acudió con facultativo quien prescribió antiespasmódicos y reguladores del tránsito intestinal por siete días con mejoría parcial, posterior a esto, la sintomatología se incrementó, tornándose dolor tipo somático, intenso (9 de 10 en EVA del dolor), se agregó cuadro febril cuantificado en 38.5°, distensión abdominal severa y rigidez de la pared abdominal, por lo que acudió a valoración.

A la exploración física dirigida se encontró al paciente con taquicardia (99 lpm), saturando al 95% O₂ al aire ambiente, con fascies álgica, posición limitada por el dolor, el abdomen distendido ++, con peristalsis muy disminuida, a la palpación superficial con hiperalgesia e hiperbaralgesia en flanco y FID, resistencia muscular generalizada; plastrón en FID y signos francos de irritación peritoneal.

Ante los hallazgos se indicó USG abdominal con foco en FID y preoperatorios que reportaron plastrón en fosa iliaca derecha con líquido libre pericecal, datos compatibles con apendicitis aguda complicada; serie roja normal, serie blanca con leucocitosis (14,800 con neutrofilia 87% y cuatro bandas) química sanguínea y tiempos de coagulación normales.

Con los resultados anteriores se propuso al paciente apendicectomía mediante abordaje abierto por el riesgo elevado de conversión y se abordó mediante línea media infraumbilical.

Al acceder a cavidad peritoneal la ausencia de exudado purulento o contaminación fecal, había líquido inflamatorio en hueco pélvico y pericecal (30 mL aproximadamente) y al examinar la FID se encontró un plastrón firme de epiplón, ciego e íleon terminal, de características pétreas al tacto; apéndice cecal normal (*Figuras 1 y 2*). Se realizó lisis digital del plastrón abdominal identificando epiplón necrosado adosado a tumor cecal de aproximadamente 6 x 6 cm en la cara anterior con sitio franco de perforación y salida de materia fecal de aproximadamente 1 cm, íleon terminal muy edematizado y con serosa engrosada.

Ante los hallazgos, se amplió el abordaje a LAPE para revisar el resto de la cavidad. No se observaron datos macroscópicos de malignidad (ganglios mesentéricos, implantes peritoneales, metástasis hepáticas, tumor en otro sitio del colon), por lo que se decidió proceder con la hemicolectomía derecha tratando de alcanzar márgenes oncológicos de resección.

Ante la ausencia de contaminación generalizada de la cavidad, buen estado general del paciente (cifras normales de albúmina, hemoglobina) y el bajo sangrado transope-

ratorio (200 mL) se decidió realizar anastomosis íleo-transverso latero-lateral en dos planos (Connell-Mayo y Lembert) con poliglactona 910 no. 2-0 y con seda no. 2-0 (*Figura 3*) dejando un drenaje cerrado Biovac® a corredera

parietocólica derecha y otro al mesocolon transverso por detrás de la anastomosis; se realizó lavado de cavidad abdominal con abundante solución y se cerró celiotomía con polidioxanona no. 0 y nylon no. 3-0.



Figura 1. Apertura de laparotomía en línea media infraumbilical donde se observa tumoración cecal en plastrón con epiplón e íleon.



Figura 3. Apertura de laparotomía mostrando anastomosis íleo-transverso en dos planos.

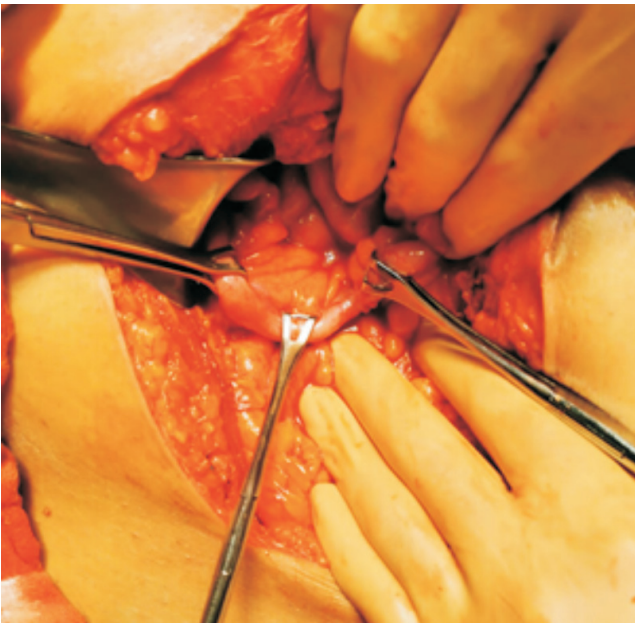


Figura 2. Por debajo de la tumoración / plastrón cecal se localiza el apéndice cecal sano, descartando un cuadro de apendicitis aguda.



Figura 4. Pieza quirúrgica, colon derecho e íleon terminal. Ciego con tumoración pétreo en cara anterior. Pinza de disección señalando el sitio de perforación.

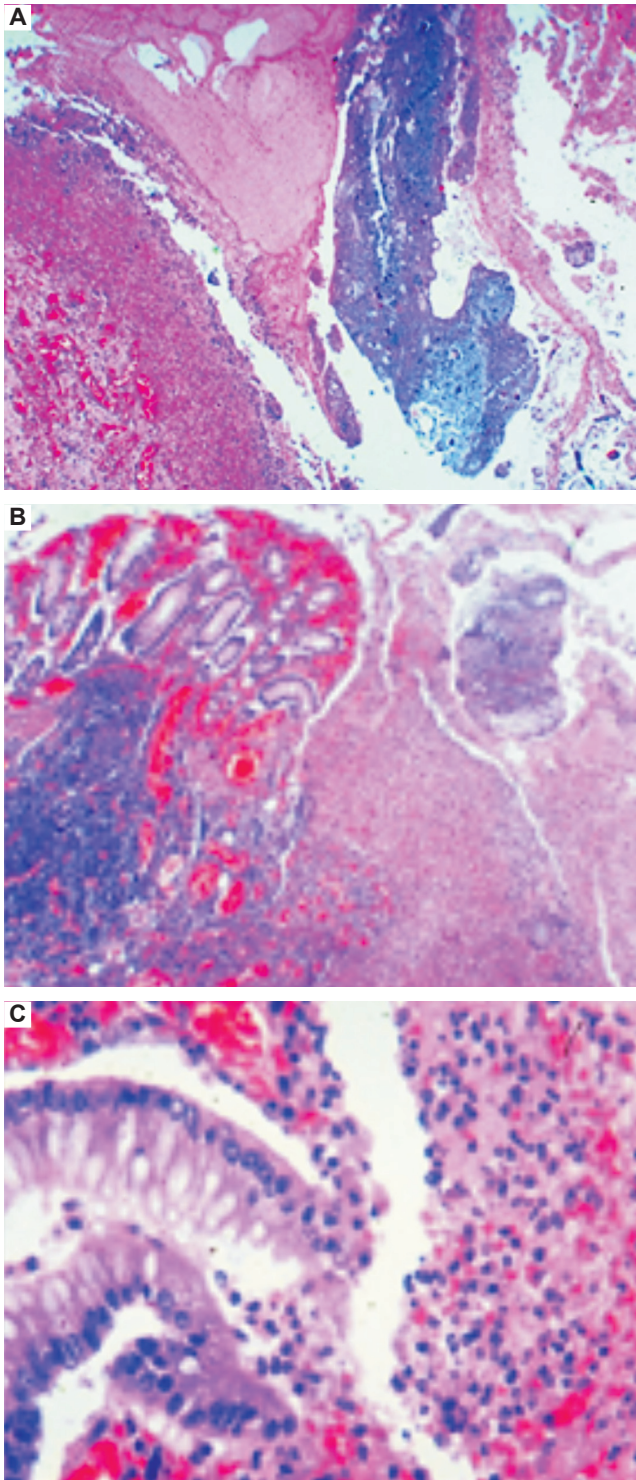


Figura 5. Corte histológico del divertículo cecal perforado, ulceración de la mucosa, inflamación aguda, abscesos y hemorragia con reacción fibroblástica de la serosa. A nivel de la perforación hay salida de materia fecal de la serosa del ciego hacia la cavidad abdominal.

La evolución del paciente fue satisfactoria, canalizando gases al día 3 PO, con inicio de líquidos claros por VO al día 4 PO, dieta blanda al día 5 PO, retiro de drenaje de corredera y alta a domicilio al día 6 PO con SV normales, evacuación presente y tolerando VO.

Se recabó RHP: Íleon terminal, ciego y colon ascendente con enfermedad diverticular con diverticulitis crónica complicada, en ciego abundante reacción fibroplástica con obstrucción y perforación de tres divertículos por fecalitos en cara anterior del ciego, la perforación > 1 cm con adherencia firme al epiplón, el cual se encontraba abscedado con zonas de hemorragia. Sin datos de malignidad (Figuras 4 y 5).

DISCUSIÓN

La historia natural de la diverticulitis colónica derecha continúa siendo poco clara; recopilar recomendaciones precisas para el manejo de la enfermedad es difícil debido a la falta de datos observacionales y a lo infrecuente de esta condición. En este contexto, la eficacia diagnóstica es esencial, puesto que la piedra angular en la terapia para la DCD es manejo médico antes que cirugía.

Históricamente, el colon por enema ha sido el estudio de elección para el diagnóstico de divertículos en colon derecho, aunque se encuentra limitado a pacientes asintomáticos por el riesgo de perforación en cuadro agudo. La TAC abdominal con contraste oral ha demostrado una eficacia diagnóstica de 90 - 95%, se puede utilizar en cuadro agudo donde los hallazgos son similares a la DCI: pared colónica engrosada, presencia de masa extraluminal, estriación de la grasa pericolónica, engrosamiento de los planos fasciales proximales;¹³ a pesar de esto, los hallazgos pueden ser confundidos con apendicitis con absceso, enfermedad de Crohn, infarto del omento o tumor maligno.¹⁴

En lo que respecta al tratamiento, depende de la severidad de presentación y la modalidad diagnóstica, el hallazgo incidental en estudios de imagen asintomáticos no requieren tratamiento. El diagnóstico preoperatorio de DCD no complicada debe ser manejado con reposo intestinal y antibióticos IV. Komuta, *et al.*, en una serie demostraron que 99% de pacientes fue satisfactoriamente tratado médicamente, en un seguimiento a tres años, 20% presentó cuadros recurrentes controlados con tratamiento médico. De ese 20%, 15% tuvo un tercer cuadro agudo que también respondió a manejo médico.¹⁵

En una serie reciente de 113 pacientes en seguimiento a 10 años, se mantuvo la tasa de 20% de recurrencia; los autores recomiendan que la edad y la frecuencia de los ataques no deben ser factores a considerar para

resección electiva a menos que impacte negativamente en la calidad de vida del paciente o interrumpa sus actividades diarias.¹⁶

Cuando el cuadro inicial es STDB el manejo inicial debe ser soporte hemodinámico puesto que hasta 75% de casos se autolimita; si el sangrado persiste la intervención endoscópica es el paso a seguir; por otro lado, si falla el control endoscópico o en casos de sangrados recurrentes que requieran hospitalización frecuente o transfusiones, la hemicolectomía derecha está indicada.¹⁷ La excepción es el hallazgo transoperatorio de diverticulitis cecal perforada con contaminación fecaloide o tumoración sospechosa de carcinoma; en este caso, la hemicolectomía derecha es el paso a seguir.¹⁸

Algunos autores han propuesto diverticulectomía o cecectomía si la inflamación y contaminación de la cavidad es limitada aunque la mayoría de los cirujanos recomienda una resección más agresiva por la gran tasa de complicaciones y recurrencia.¹⁹ El abordaje laparoscópico ha demostrado ser seguro en procedimiento electivo y en cirugía de urgencia, aunque la tasa de conversión se mantiene en 34% según series recientes, se ha demostrado que las ventajas observadas con el abordaje laparoscópico se mantienen aun si la conversión a cirugía abierta ocurre.²⁰

CONCLUSIÓN

La diverticulitis colónica derecha es una entidad infrecuente en el mundo occidental, aún más raro es su presentación inicial como diverticulitis perforada de ciego condicionando un cuadro de abdomen agudo quirúrgico. Su diagnóstico preoperatorio continúa siendo un reto sobre todo en el contexto de cuadro agudo, donde puede aún ser confundido con algún otro padecimiento inflamatorio de la fosa iliaca derecha en la tomografía abdominal.

El manejo médico es mandatorio y produce buenos resultados en cuadros con inflamación limitada, en el caso de hallazgo transoperatorio abordando otra patología el manejo expectante es la conducta a seguir. El abordaje por un cuadro de abdomen agudo es otro escenario; la recomendación es una resección completa del colon derecho puesto que la diverticulectomía, cecectomía conllevan una alto índice de recurrencia y complicaciones PO; de igual manera, este tipo de abordajes dejan enfermedad en el resto del colon ascendente, ciego e íleon en el caso de diverticulosis extensa, pudiendo ser la causa de futuros cuadros inflamatorios o de STDB, peor aún, si se trata de enfermedad maligna que se confunde con un divertículo perforado.

Realizar anastomosis o dejar una ostomía depende, como en el caso de otras patologías, del grado de contami-

nación de la cavidad abdominal, sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico, situación hemodinámica del paciente durante el acto quirúrgico y de su estado nutricional previo. El abordaje laparoscópico sobre todo en el contexto de cirugía programada ha demostrado ser seguro, disminuir complicaciones y EIH en el caso de que el equipo quirúrgico esté familiarizado con la técnica.

ABREVIATURAS

- **DCD:** diverticulitis colónica derecha.
- **DCI:** diverticulitis colónica izquierda.
- **FID:** fosa iliaca derecha.
- **LAPE:** laparotomía exploradora.
- **PO:** postoperatorio.
- **RHP:** reporte histopatológico.
- **STDB:** sangrado de tubo digestivo bajo.
- **SV:** signos vitales.
- **TAC:** tomografía axial computarizada.
- **USG:** ultrasonografía.
- **VO:** vía oral.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No se declaran conflictos de autor.

REFERENCIAS

1. Shetgiri P, Angel L, Lebenthal A, Divino CM. Cecal diverticulitis: a case report and review of the current literature. *Int Surg* 2001; 86: 191-4.
2. Graham SM, Ballantyne GH. Cecal diverticulitis. A review of the American Experience. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 821-6.
3. Hughes LE. Postmortem survey of diverticular disease of the colon. I. Diverticulosis and diverticulitis. *Gut* 1969; 10: 336-44.
4. Scatarige JC, Fishman EK, Crist DW, Cameron JL, Siegelman SS. Diverticulitis of the right colon: CT observations. *Am J Roentgenol* 1987; 148(4): 737-9.
5. Fischer MG, Farkas AM. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Diseases of the Colon & Rectum* 1984; 27(7): 450-8.
6. Floch MH, White JA. Management of diverticular disease is changing. *World J Gastroenterol* 2006; 12(20): 3225-8.
7. Bordeianou L, Hodin R. Controversies in the surgical management of sigmoid diverticulitis. *J Gastrointest Surg* 2007; 11(4): 542-8.
8. Fortman BJ, Kuszyk BS. Case report: Right-sided diverticulitis misdiagnosed as appendicitis both clinically and on plain film radiography. *J Okla State Med Assoc* 2002; 95: 378-80.

9. Nirula R, Greaney G. Right sided diverticulitis; a difficult diagnosis. *An Surg* 1997; 63(10): 871-3.
10. Strate LL. Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis. *Gastroenterol Clinics of North America* 2005; 34(4): 643-64.
11. Issa N, Paran H, Yasin M, Neufeld D. Conservative treatment of right-sided colonic diverticulitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012; 24: 1254-8.
12. Kwon JW, Kim BS, Park HC, et al. Surgical treatment of complicated right colonic diverticulitis: Laparoscopic versus open surgery. *Surg Endosc* 2012; 26: 2926-30.
13. Oudenhoven LF, Koumans RK, Puylaert JB. Right colonic diverticulitis: US and CT findings—new insights about frequency and natural history. *Radiology* 1998; 208(3): 611-8.
14. Jang HJ, Lim HK, Lee SJ, Choi SH, Lee MH, Choi MH. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon: thin-section helical CT findings. *Am J Roentgenol* 1999; 172(3): 601-4.
15. Komuta K, Yamanaka S, Okada K, et al. Toward therapeutic guidelines for patients with acute right colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2004; 187(2): 233-7.
16. Moon HJ, Park JK, Lee JI, et al. Conservative treatment for patients with acute right colonic diverticulitis. *Am Surg* 2007; 73(12): 1237-41.
17. Strate LL. Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis. *Gastroenterol Clinics of North America* 2005; 34(4): 643-64.
18. Ngoi SS, Chia J, Goh MY, Sim E, Rauff A. Surgical management of right colon diverticulitis. *Dis Colon & Rectum* 1992; 35(8): 799-802.
19. Shetgiri P, Angel L, Lebenthal A, Divino CM. Cecal diverticulitis: a case report and review of the current literature. *Int Surg* 2001; 86(3): 191-4.
20. Keller DS, Khorgami Z, Swendseid B, et al. Laparoscopic and converted approaches to rectal cancer resection have superior long-term outcomes: A comparative study by operative approach. *Surg Endosc* 2014; 28: 1940-8.

Correspondencia:

Dr. Samuel Limón-Suárez
Consultorio 630, Torre Diamante,
Hospital Ángeles Metropolitano
Tlacotalpan, Núm. 59. Col. Roma Sur. C.P. 06760,
Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México
Correo electrónico: limonsamuel@gmail.com

Pólipo fibroepitelial de conducto anal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Squamous cell carcinoma of the rectum: case report and review of the literature

Manuel Cervantes-Guadarrama,* Lizbeth Castro-Páez

* Servicio de Proctología, ** Servicio de Anatomopatología, Hospital General de Zona, UMF 08 "Gilberto González Izquierdo", Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESUMEN

Introducción. El pólipo fibroepitelial, también conocido como acrocordón, fibroma péndulo o fibroma blando, es un tumor benigno que se incluye en la clasificación de tumores epiteliales; de etiología desconocida, se cree que enfermedades crónicas degenerativas, el descontrol hormonal y los niveles elevados de estrógeno y progestágeno durante el embarazo pueden facilitar su desarrollo. Los fibromas blandos son lesiones pedunculadas de variado tamaño que se presentan, principalmente, en la axila y el cuello, pero también en sitios como el abdomen, la espalda y los pliegues cutáneos, y en otros sitios inusuales como las regiones perineal, anal, vulva y vagina, pene y la mucosa oral. La mayoría de los casos ocurre en edad reproductiva.

Caso clínico. Paciente femenina de 40 años, con reporte histopatológico de pólipo fibroepitelial de conducto anal; el interés del caso, por su localización inusual. Estos pólipos requieren de tratamiento quirúrgico cuando adquieren un tamaño importante o por la sintomatología clínica que dan.

Palabras clave. Pólipo fibroepitelial, conducto anal.

ABSTRACT

Introduction. Fibroepithelial polyp, also known as skin tag, pendulum fibroma, or soft fibroma, is a benign tumor that is included in the classification of epithelial tumors. Of unknown etiology, it is believed that chronic degenerative diseases, hormonal lack of control, and high levels of estrogen and progesterone during pregnancy may facilitate its development. Soft fibromas are pedunculated lesions of various sizes that occur mainly in the armpit and neck, but also in sites such as the abdomen, back, and skin folds, and in other unusual sites such as the perineal, anal, vulvar, and perineal regions, vagina, penis and oral mucosa. Most cases occur in reproductive age, as in this case. **Case report.** The case of a 40 years-old female patient is presented, with a histopathological report of a fibroepithelial polyp of the anal canal; the interest of the case due to its unusual location. These polyps require surgical treatment when they acquire a significant size or due to the clinical symptoms, they give.

Key words. Fibroepithelial polyp, anal canal.

INTRODUCCIÓN

El pólipo fibroepitelial, también conocido como acrocordón, fibroma péndulo o fibroma blando, es un tumor benigno que se incluye en la clasificación de tumores epiteliales. Los fibromas blandos son lesiones pedunculadas de variado tamaño que se presentan, principalmente, en la axila y el cuello, pero también en sitios como el abdomen, la espalda y los pliegues cutáneos y en otros sitios inusuales como las regiones perineal, anal, vulva y vagina, pene y la mucosa oral.¹⁻⁴

Las lesiones fibroepiteliales del canal anal producen tenesmo y sensación anal de cuerpo extraño; cuando crecen se prolapsan y pueden sangrar por el roce mecánico.⁵⁻⁷ Las papilas anales son repliegues de piel que aparecen en la línea dentada a nivel de la base de las columnas de Morgagni; se desarrollan originando papilas hipertróficas en respuesta a la inflamación crónica.⁸

El acúmulo –con el tiempo– de abundante tejido fibroso permite que adopten formas polipoides.^{9,10} En la práctica clínica no es raro el hallazgo de esta lesión.^{5,6} Las lesiones fibroepiteliales del ano generalmente son extirpadas

quirúrgicamente, mediante exéresis con bisturí, electrocauterio o ablación por radiofrecuencia y ligadura con bandas elásticas.^{11,12}

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años, sin antecedentes de importancia, referida de su Unidad Médica Familiar (UMF) a valoración



Figura 1. Lesión de región anal de 5 x 4 cm de diámetro de aspecto verrugoso, brillante, con zonas de hipo e hiperpigmentación, con predominio color café-gris, dura de bordes irregulares, pediculada.

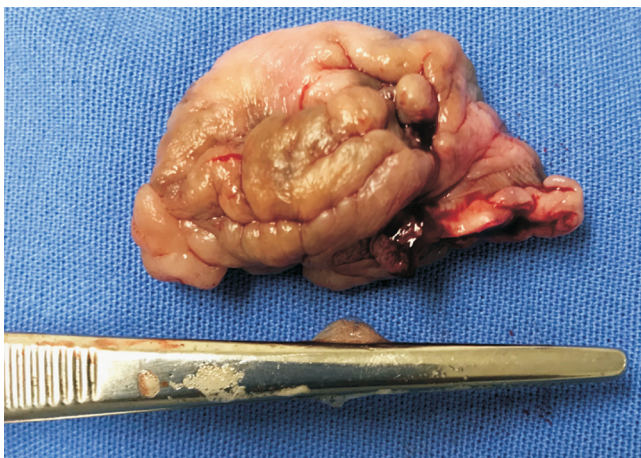


Figura 2. Lesión reseçada de 3.7 x 2.5 x 2 cm polipoide, pediculada, lobulada, revestida de epitelio café gris, de consistencia semifirme de aspecto fibroso, con áreas de aspecto cerebroide.

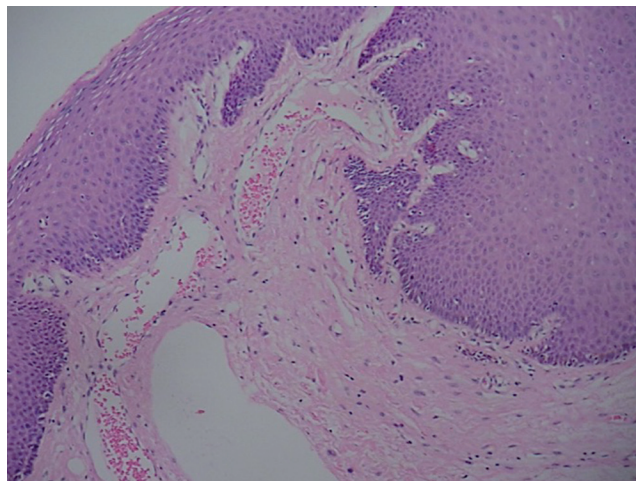


Figura 3. Lesión polipoide, con estroma, que presenta vasos delgados, algunos ectásicos y congestivos. La lesión se encuentra revestida por epitelio escamoso estratificado queratinizado con áreas de acantosis y papilomatosis. Reporte histopatológico: pólipo fibroepitelial, sin datos de malignidad.

con diagnóstico de hemorroides. Como antecedente de importancia, portadora de síndrome de ovario poliquístico. Paciente refirió inicio del padecimiento más de cinco años previos, al sentir sensación de cuerpo extraño con crecimiento paulatino, sin ninguna otra sintomatología asociada.

El motivo por el cual acudió fue sentir una bola que salía y se quedaba afuera al evacuar y, en ocasiones, la presionaba para introducirla. A la exploración anorrectal se apreció tumor de aproximadamente 4 x 3 cm con áreas de hipo e hiperpigmentación, predominaba color café-gris de aspecto verrugoso, fibroso, blando, móvil; se introdujo y se palpó pediculada, en sector de las 5 a 2 - 3 cm del margen anal (*Figura 1*) sin palpase alteraciones asociadas, rectosigmoidoscopia hasta 25 cm del margen anal normal, sin patología hemorroidal o anorrectal asociada.

Se explicó a la paciente el resultado de la exploración y se le propuso resección quirúrgica de la lesión, dada las características de la misma ante la sospecha de malignidad. Se solicitan preoperatorios, los cuales se encontraron dentro de parámetros normales, tele de tórax normal.

Se programó para resección de lesión anal, realizándose resección con bordes amplios (*Figura 2*) se envió a Patología, reportando pólipo fibroepitelial sin datos de malignidad (*Figura 3*). Se revisó a la paciente a la semana y tres semanas del procedimiento, encontrándose asintomática, con evacuaciones sin alteraciones, siendo egresada por curación y mejoría.

DISCUSIÓN

El pólipo fibroepitelial, también conocido como acrocordón, fibroma péndulo o fibroma blando, es un tumor benigno que se incluye en la clasificación de tumores epiteliales; la incidencia del acrocordón se ha reportado hasta en 46% de la población general, afecta por igual a hombres y mujeres, su prevalencia aumenta con la edad.^{3,13,14}

Aunque su etiología aún es desconocida, se cree que la presencia de diabetes, obesidad, dislipidemias, hipertensión, aterosclerosis o alteraciones hormonales, como el embarazo y la terapia hormonal sustitutiva, son factores de riesgo.^{1,3,15}

Los pólipos fibroepiteliales se han asociado con la enfermedad de Crohn y al síndrome de Gardner, raras veces se han relacionado con el síndrome de ovario poliquístico y con el síndrome de Birt-Hogg-Dubé.¹⁴⁻¹⁶ La infección por el virus del papiloma humano (VPH), especialmente los serotipos 6 y 11, se ha considerado como un cofactor en su patogénesis.¹⁷⁻¹⁹

Según su tamaño se clasifica en: acrocordón cuando sus dimensiones son milimétricas, y pólipos fibroepiteliales cuando alcanza un tamaño mayor.¹⁻³ Sin embargo, el pólipo fibroepitelial es el más común.

Los fibromas blandos son lesiones pedunculadas de variado tamaño que suelen localizarse en zonas de fricción de la piel como el cuello, los párpados y las axilas, pero también en sitios como el abdomen, la espalda, y los pliegues cutáneos como el pliegue inframamario y la región inguinal, además de en otros sitios inusuales como las regiones perineal, anal, vulvar y vaginal, pene y la mucosa oral.¹⁻⁴ Generalmente son asintomáticos y son diagnosticados por el mismo paciente.

Macroscópicamente, la apariencia clínica varía; básicamente, se describen tres formas diferentes: pequeñas pápulas surcadas que miden aproximadamente de 1 a 2 mm de diámetro y son las que se encuentran en axila y cuello; lesiones filiformes únicas o múltiples que miden de 2 a 5 mm, y se presentan en otras regiones del cuerpo, y grandes tumoraciones pediculadas, nevoides o en forma de fibromas blandos localizadas principalmente en la parte inferior del cuerpo.

Sitio inusual, como se observó en este caso; un tumor blando suave polipoide del mismo color de la piel y textura arrugada en forma de pasa.²⁰ Las lesiones fibroepiteliales del canal anal producen tenesmo y sensación anal de cuerpo extraño; al finalizar la deposición el paciente tiene la sensación de continuar con las ganas de defecar (tenesmo rectal), escozor o sangrado por el roce cuando crecen y se prolapsan. Cuando adquieren un tamaño importante pueden causar una fisura al rasgar la zona del canal anal por

tracción (intenta salir con las heces, pero al estar adherido a la mucosa anal no puede desprenderse).

Las lesiones fibroepiteliales son benignas y se considera que son de naturaleza hiperplásica reactiva del tejido conectivo subepitelial de la mucosa anal. Estas lesiones están formadas por epitelio escamoso y tejido conectivo, contienen células estromales con propiedades de diferenciación fibroblástica y miofibroblástica.⁸⁻¹⁰ Algunos autores consideran que las células estromales de los pólipos anales fibroepiteliales responden al trauma local con una gran capacidad reparadora y regenerativa. Los estudios de inmunohistoquímica son intensamente positivos para vimentina, lo que demuestra su diferenciación fibroblástica.¹⁰

Histológicamente se observa una lesión polipoide, compuesta por un estroma fibrovascular rico en colágeno con una base bien definida dispuesto en fibras laxas con un contenido de paredes vasculares pequeñas y delgadas que corren paralelamente en todo su trayecto longitudinal de la base y tejido fibroso que en ocasiones presenta una leve reacción inflamatoria crónica evidente en el estroma. Está cubierto por una superficie de epitelio queratinizante que puede ser grueso con acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis.^{2,17}

El estroma consiste en paquetes sueltos de colágeno y contiene pequeñas paredes vasculares delgadas. En algunos casos el estroma es edematoso y puede ser hipocelular. Las células estromales usualmente son relativamente uniformes; sin embargo, puede ocurrir un pleomorfismo nuclear y en raros casos hasta se puede observar atipia.²¹

Aunque el acrocordón se considera una tumoración benigna, se han informado casos aislados raramente con carcinoma de células basales y carcinoma de células escamosas *in situ*, sarcoma y angiomiofibroblastoma.^{1,3,13,22} En un estudio de 1,335 casos con diagnóstico clínico de estos pólipos se encontró asociación en cuatro casos con carcinoma de células basales y un caso con carcinoma escamoso celular *in situ*.²³

Para el diagnóstico clínico diferencial deben considerarse otras lesiones elevadas del canal anal: neurofibromatosis, nevos, tumor fibroepitelial premaligno (tumor de Pinkus), sarcoma botroides, angiofibromas, angiomixomas, queratosis seborreica pediculada, condiloma.^{1,14,22}

Existen otras lesiones como el pólipo fibroide inflamatorio, el pólipo cloacogénico inflamatorio (de la zona anal transicional) y el pólipo inflamatorio mioglandular (lesiones que solo son plenamente identificadas por el estudio histológico).²⁴⁻²⁶

Su manejo por lo general es conservador; sin embargo, es quirúrgico por razones estéticas, por una irritación crónica, por estética o por la sintomatología clínica que ocasiona.

El método quirúrgico usado habitualmente en el manejo de pólipos fibroepiteliales consiste en resección con bisturí o electrocauterio hasta su eliminación;¹¹ puede usarse también la ablación por radiofrecuencia y electrocoagulación, métodos que combinan corte y coagulación de tejidos,^{27,28} y ligadura con bandas elásticas.¹² Cuando son muy pequeñas y pediculadas se pueden extirpar con tijeras o cauterio.^{2,3} Cuando se presentan de mayor tamaño, como en este caso, es imprescindible la resección completa de la tumoración, ya que tiende a recidivar; aunque la posibilidad de asociación con tumoraciones malignas es mínima, en todos los casos es importante realizar estudio histopatológico de la lesión.^{1,3,29}

CONCLUSIÓN

El pólipo fibroepitelial es un tumor benigno clínicamente diagnosticado como repliegue cutáneo grisáceo a marrón, de pequeño a gran tamaño; de etiología desconocida, el cual requiere de resección completa y estudio histopatológico para realizar la diferenciación con otros tumores benignos, de los cuales algunos han demostrado asociación con lesiones premalignas.

La presentación inusual de conducto anal despierta el interés de presentarlo para recordar a la comunidad médica sobre las presentaciones atípicas de una patología común, la cual se puede confundir con otras entidades. El manejo de estas tumoraciones suele ser conservador; sin embargo, en ocasiones se recurre a la extirpación quirúrgica más por cuestiones estéticas que por la sintomatología.

REFERENCIAS

- Cernadas SF, Cerviño E, Vázquez MP, González L, Alba LH. Pólipo fibroepitelial vulvar gigante. *Prog Obstet Ginecol* 2014; 57(9): 429-31.
- Bernal S, Olivares CV, Ayala MA, Cerda FJ. Pólipo fibroepitelial de la vulva (Acrocordón): presentación de un caso y revisión de la literatura. *AMATGI* 2011; 4: 5-8.
- Bahce Z, Akbulut S, Sogutcu N, Oztas T. Giant acrochordon arising from the thigh. *J Coll Physicians Surg Pak* 2015; 25(11): 839-40.
- Emir L, Ak H, Karabulut A, Ozer E, Erol D. A huge unusual mass on the penile skin: acrochordon. *Int Urol Nephrol* 2004; 36(4): 563-5.
- Gupta PJ. A study of the symptomatology of hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps. *Bratisl Lek Listy* 2005; 106: 30-3.
- Kusunoki M, Horai T, Sakanoue YY, Yanagi H, Yamamura T, Utsunomiva J. Giant hypertrophied anal papilla, Case report. *Eur J Surg* 1991; 157: 491-2.
- Paikos D, Moschos J, Tzilves D, Koulaouzidis A, Kouklakis G, Patakiouta F, Kontodimou K, et al. Inflammatory fibroid polyp or Vanek's tumour. *Dig Surg* 2007; 24: 231-3.
- Gupta PJ. A study of hypertrophied anal papillae and fibrous polyps associated with chronic anal fissures. *Rom J Gastroenterol* 2004; 13: 103-7.
- Groisman G, Polak-Charcon S. Fibroepithelial Polyps of the Anus: A Histologic, Immunohistochemical, and Ultrastructural Study, Including Comparison With the Normal Anal Subepithelial. *Am J Surg Pathol* 1998; 22(1): 70-6.
- Sakai Y, Matzukuma S. CD34+ stromal cells and hyalinized vascular changes in the anal fibroepithelial polyps. *Histopathology* 2002; 41: 230-5.
- Gupta PJ. Removal of hypertrophied anal papillae and fibrous polyps improves outcome of anal fissure surgery. *Indian J Surg* 2004; 66: 164-8.
- Pérez PJ, Frisancho VO, Ruiz BE, Palomino A. Lesiones fibroepiteliales del canal anal: alternativa terapéutica con ligadura de banda elástica. *Rev Gastroenterol Perú* 2008; 28: 37-42.
- Thomas J, Chuang T, Fabre V, Farmer E, Hood A. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. *Arch Dermatol* 1996; 132: 1459-62.
- Kishan YH, Sujatha C, Ambika H, Seema S. Penile acrochordon: an unusual site of presentation. A case report and review of the literature. *Int J Health Allied Sci* 2012; 1: 122-5.
- Zebitay AG, Kahramanoglu I, Ilhan O, Ferda F. Unusually large skin tag of labium majus. *OJOG* 2014; 4: 699-702.
- Canalizo S, Mercadillo P, Tirado A. Giant skin tags: report of two cases. *Dermatol Online J* 2007; 13(3): 30.
- Gupta S, Aggarwal R, Arora SK. Human papillomavirus and skin tags: is there any association? *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74: 222-5.
- Ahmed S, Khan AK, Hasan M, Jamal AB. A huge acrochordon in labia majora. An unusual presentation. *Bangladesh Med Res Counc Bull* 2011; 37: 110-2.
- Dianzani C, Calvieri S, Pierangeli S, et al. The detection of human papillomavirus DNA in skin tags. *Br J Dermatol* 1998; 138: 649-51.
- Lever WF, Schaumburg-Lever G. Tumors of fibrous tissue. In: *Histopathology of the Skin*. 7th Ed. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott, 1990: 664-5.
- Wilkinson EJ, Stone IK. Atlas of Vulvar Disease. Chapter 7: Vulvar tumors. 2nd Ed. Philadelphia PA, USA: Edit. Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 105-6.
- Schwartz RA, Tarlow MM, Lambert WC. Keratoacanthoma-like squamous cell carcinoma within the fibroepithelial polyp. *Dermatol Surg* 2004; 30: 349-50.
- Eads TL, Chung TY, Fabre VC. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. *Arch Dermatol* 1996; 132: 1459-62.

24. Gómez NE, Del Río MJV, Sarasa CJL, Melero CE. Myoglandular inflammatory polyp located in the distal end of the rectum. *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 85: 45-6.
25. Van GA, Peny M, Zaleman M. Giant fibrous polyp of the anal canal. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 438-41.
26. Lobert PF, Appelman HD. Inflammatory cloacogenic polyp. A unique inflammatory lesion of the anal transicional zone. *Am J Surg Pathol* 1981; 5: 761-6.
27. Otsuji E, Fujiyama J, Takagi T, Ito T, Hagiwara A, Naito K, Iwamoto A, et al. Transanal excision of a large rectal polyp assisted by transsacral manipulation of the rectum. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1420-2.
28. Leung KK, Yusuf TE. External polypectomy of a large anal canal polyp. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 603-4.
29. Aksoy B, Aksoy HM, Civas E, Üstün H. Giant skin tags located in the lower half of the body: report of two cases. *J Med Sci* 2009; 29: 1770-2.

Correspondencia:

Dr. Manuel Cervantes-Guadarrama
Calle D, Mz. VIII, Núm. 1. Col. Educación. C.P. 04400,
Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, México
Tel.: 55 2265-3875
Correo electrónico: danaima69@yahoo.com.mx

Presentación del libro *Coloproctología*

Coloproctology, book presentation

Luis Charúa-Guindic*

* *Coloproctólogo. Hospital Ángeles Lomas. Ex-Jefe de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México. Ex-Presidente del Colegio Mexicano de Coloproctología. Ex-Presidente del Consejo Mexicano de Coloproctología.*

Comprometido con uno de los objetivos de la Academia Mexicana de Cirugía (la difusión y el fomento de los conocimientos médicos en nuestro país) y cumpliendo con uno de los compromisos académicos que propuso al tomar la presidencia de dicha Academia el Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis (continuar con la publicación de clínicas y libros de diferentes especialidades médicas), invito al de la letra, el Acad. Dr. Luis Charúa Guindic y al Acad. Dr. Ulises de Jesús Rodríguez Wong, como editores invitados, a coordinar el libro de *Coloproctología* (Figura 1).

La mayoría de los libros de Cirugía General y de Gastroenterología tienen un capítulo o una sección sobre enfermedades de colon, recto y ano, y describen los conceptos tan brevemente que la información proporcionada es muy escasa, lo que impide su aplicación clínica.

A través de los años, el manejo de los pacientes con enfermedades anorrectales ha progresado a niveles de tal complejidad, que se hace obligatorio abordar estos temas con conocimientos actualizados y bien fundamentados. La publicación de este libro lleva la intención de proporcionar una fuente de consulta rápida, fácil y accesible al Coloproctólogo, Gastroenterólogo, Cirujano General, Médico General y Médicos en formación de la patología de colon, recto y ano más común para su solución. Los temas son tratados con amplitud y detalle suficiente para ser aplicados en la consulta cotidiana.

Permítame poner a consideración de ustedes esta obra, producto del trabajo de un grupo de 56 médicos expertos en distintas ramas de la gastroenterología, cirugía, endoscopia y de la coloproctología de nuestro país, quienes lograron plasmar 39 capítulos en un total de 638 páginas. En esta obra se seleccionaron los temas que representan la patología del colon, recto y ano más comunes, la que día a día enfrenta el médico: anatomía y fisiología anorrectal, endoscopia de colon, ultrasonido e imagenología del colon y recto, enfermedad hemorroidaria, fisura anal, abscesos y fistulas anorrectales, enfermedad pilonidal, dermatología perianal, estreñimiento, incontinencia fecal, cáncer de colon, recto y ano, tumores retrorrectales y del estroma gastrointestinal, enfermedades anorrectales de transmisión sexual, rectocele, prolapso rectal, enfermedad diverticular del colon, enfermedad inflamatoria intestinal, hemorragia de tubo digestivo bajo, vólvulos de colon, síndrome de úlcera rectal solitaria, estomas intestinales, cirugía robótica, y, finalmente, complicaciones de la cirugía del colon, recto y ano.

El temario se seleccionó para abarcar la mayoría de los problemas más comunes en la práctica médica de la coloproctología. En algunos capítulos se incluyen conceptos de orden teórico más que práctico, debido a que su conocimiento es aplicable a la etiología, diagnóstico y tratamiento.

Para concluir, no me queda más que agradecer a la Academia Mexicana de Cirugía, a los coeditores de esta

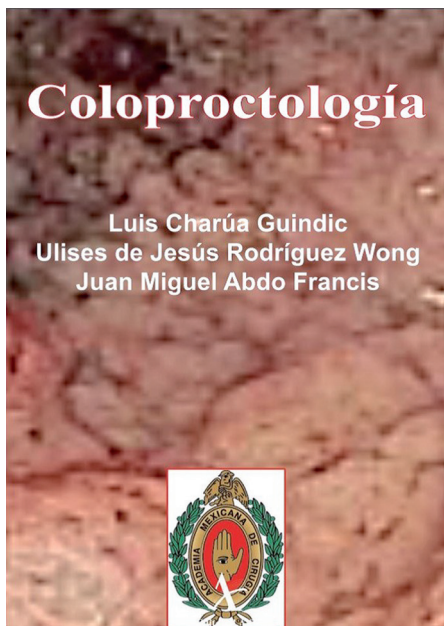


Figura 1. Portada del libro *Coloproctología*.

obra, a los académicos Dr. Abdo y Dr. Rodríguez Wong, y a los 56 profesores que escribieron los diferentes capítulos, por su generosidad en transmitir sus conocimientos, disposición, tiempo y dedicación. Por último, nos sentimos también obligados a expresar la más profunda gratitud a la Editorial Alfil, S.A. de C. V., en especial a su director editorial, José Paiz Tejeda; revisión editorial, Berenice Flores e Irene Paiz; ilustración, Alejandro Rentería y al diseño de portada, Arturo Delgado.

Correspondencia:

Dr. Luis Charúa-Guindic
Hospital Ángeles Lomas.
Av. Vialidad de la Barranca s/n, Cons. 110
Col. Valle de las Palmas. C.P. 52763,
Huixquilucan, Estado de México, México
Tel.: 55 5246-9488, 55 5246-9649
Correo electrónico: luischarua@hotmail.com



NORMAS PARA LOS AUTORES

La *Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal*, Órgano Oficial de Difusión Científica del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología, A.C., publica artículos originales inéditos sobre temas relacionados con medicina y cirugía, previamente aprobados por el Comité Editorial de la Revista, en español o inglés, nacionales o extranjeros.

El texto deberá escribirse en formato Word, a doble espacio y margen de 2.5 cm por lado. Tipo de letra Arial a 12 puntos. El manuscrito deberá entregarse al correo del Colegio (info@cmec.com.mx) acompañado de una carta de presentación y hoja de cesión de derechos.

La extensión máxima de los trabajos será la siguiente:

- Editorial, cinco cuartillas y cinco referencias.
- Artículo original, 20 cuartillas, seis cuadros, seis figuras y 30 referencias.
- Artículo de revisión o monografía, 15 cuartillas, seis cuadros, seis figuras y 30 referencias.
- Caso clínico, 10 cuartillas, seis figuras o cuadros y 20 referencias.
- Artículo de historia, 15 cuartillas, seis figuras y 30 referencias.
- Carta al editor, una cuartilla, un cuadro, una figura y cinco referencias.

El manuscrito comprenderá:

- Hoja frontal con título en español e inglés (máximo 12 palabras, deberá ser preciso y congruente con el contenido del trabajo; título breve, máximo seis palabras con primer apellido e iniciales del primer autor para cornisas), todas las hojas deberán ser numeradas progresivamente.
- Resumen en español e inglés con un máximo de 250 palabras, en donde se señalará la hipótesis de trabajo, material y métodos, análisis estadístico, resultados y conclusiones; un máximo de 12 palabras clave y *key words*.
- Texto, que comprende: introducción o antecedentes, material y métodos (contendrá aspectos éticos y pruebas estadísticas), resultados, discusión y agradecimientos; referencias, cuadros y figuras, los que se enumerarán con números arábigos.

En la primera página se anotará también el nombre de los autores, servicio o departamentos, instituciones a las que pertenecen, evento académico en donde fue presentado el texto; dirección, teléfono, fax y correo electrónico del primer

autor. Cuando se trate de experimentos en animales se indicará si se siguieron las normas de cuidados y uso de animales de laboratorios del National Research Council.

Las tablas y los esquemas deberán ser dibujados profesionalmente; las fotografías clínicas podrán ser en blanco y negro o en color, y deberán ser nítidas para facilitar su impresión. En caso de impresión a color, el autor pagará los gastos de esta impresión. Cada fotografía deberá enviarse por separado en formato JPG o en Power Point, deberá indicarse el número de figura al que corresponde y el título del trabajo resumido en el nombre del archivo; los pies de figura deberán entregarse en cuartilla separada en formato Word.

Para las notas al pie de página se deberán utilizar los símbolos convencionales. Se deberá señalar el lugar dentro del texto en donde se incluirán las figuras.

Las referencias deberán enumerarse progresivamente según aparezcan en el texto, es decir, en orden cronológico (no ponerlas en orden alfabético) se debe omitir “comunicación personal” y puede anotarse “en prensa” cuando un trabajo ya ha sido aceptado para publicación en ésta u otra revista; en caso contrario, anotarlo como “observación no publicada”. Cuando los autores sean seis o menos, deberán anotarse todos, pero cuando sean más, se anotarán los seis primeros seguidos de *et al.* No se permiten más de cuatro autocitas del autor principal del artículo. Las referencias se presentarán de la siguiente manera:

- **De revista:** Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Herat transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary. *Ann Intern Med* 1996; 124: 980-3.
- **Más de seis autores:** Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12.
- **Autor corporativo:** The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.
- **No se indica el nombre del autor:** Cancer in South Africa (editorial). *S Afr Med J* 1994; 84: 15.
- **Artículo en idioma extranjero (No inglés):** Ryder TE, Haukeland BA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar senneruptur hos udligere risk kvinne. *Tidssker Nor Laegeforen* 1996; 116: 41-2.
- **Directores (editors) o compiladores como autores:** Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York; Churchill Livingstone; 1996.

- **Organización como autor y editor:** Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992.
- **Capítulo de libro:** Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.
- **Actas de conferencias:** Kimura J, Shibasaki H, editores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995, Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
- **Artículo presentado en una conferencia:** Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Luc KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.
- **Informe científico o técnico:** Publicación por agencia subvencionadora/patrocinadora: Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Repor No.: HH-SIGOE169200860.
- **Número por agencia patrocinadora:** Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editores. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.
- **Tesis doctoral:** Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.
- **Patente:** Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventores; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5, 529, 067. 1995; June 25.
- **Suplemento de un número:** Payne KD, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(1 Supl. 2): 89-97.
- **Parte de un volumen:** Osben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995; 32(Pt. 3): 303-6.
- **Parte de un número:** Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *NZ Med J* 1994; 107 (986 Pt 1): 377-8.
- **Número sin volumen:** Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995; (320): 110-4.
- **Sin número ni volumen:** Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Cur Opin Gen Surg* 1993; 325-33.
- **Paginación en números romanos:** Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995; 9(2): xi-xii.
- **Indicaciones del tipo de artículo, según corresponda:**
 - Enzensberger W, Fisher PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.
 - Clement J, De Bock R. Hematologic complications of hanta virus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992; 42: 1285.
- **Artículo que contiene una retractación:** Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in El mice [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: *Nat Genet* 1994; 6: 426-31]. *Nat Genet* 1995; 11: 104.
- **Artículo retirado por retractación:** Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retractación en *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35: 3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35: 1083-8.
- **Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas:** Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [fe de erratas publicada en *West J Med* 1995; 162: 278]. *West J Med* 1995; 162: 28-31.

OTROS TRABAJOS PUBLICADOS:

- **Artículos de periódico:** Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).
- **Suplemento de un volumen:** Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Eviron Health Perspect* 1994; 102(Supl. 1): 275-82.

LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS:

- **Individuos como autores:** Ringsve MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

CITAS DE INTERNET:

Deberán realizarse de acuerdo con las normas internacionales actuales vigentes, de tal manera que pueda accederse fácilmente al sitio referido.

- **Material audiovisual:** HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

DOCUMENTOS LEGALES:

- **Derecho público:** Preventive Health Amendments of 1993, Pub. L. No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).
- **Mapas:** North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 (demographic map). Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources. Div. Of Epidemiology; 1991.
- **Libro de la Biblia:** The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3: 1-18.
- **Diccionario y referencias similares:** Stedman's medical dictionary. 26th. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.
- **Obras clásicas:** The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973.
- **En prensa:** Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med* (En prensa) 1997.
- **Artículo de revista en formato electrónico:** Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun

5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

- **Monografía en formato electrónico:** CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.
- **Archivos en computadora: Hemodynamics III:** the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Para información complementaria se recomienda consultar el artículo *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*. *International Committee of Medical Journal Editors* de 1997, publicado en las principales revistas mexicanas incluidas en Artemisa.

Los trabajos no aceptados se devolverán a los autores con un anexo explicando el motivo.

La *Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal* enviará al autor principal cuatro ejemplares del número en el cual se publicó su trabajo.

Los trabajos deberán enviarse a los editores debidamente protegidos:

**Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal
Colegio Mexicano de Especialistas
en Coloproctología, A.C.**

Editores:

**Dr. Ulises Rodríguez Wong
Dr. Rubén Vargas de la Llata**



**REVISTA MEXICANA DE
CIRUGÍA COLORRECTAL**



Academia Mexicana de Cirugía
Asociación Mexicana de Cirugía
del Aparato Digestivo
Invitan al curso

**16 DE JULIO
DE 2021**

**Coordinador
Acad. Dr. Ulises de Jesús
Rodríguez Wong**

**Inscripciones
amec@amc.org.mx**

Cuota de recuperación

\$1,000.00 Médicos especialistas

\$ 500.00 Médicos generales

**\$ 300.00 Residentes y
Enfermeras**

\$ 150.00 Estudiantes

"Enfermedad Hemorroidal: Lo que el médico general debe saber"



Aval y Reconocimiento



**Transmisión en línea
www.amc.org.mx**

Orise™ Gel

**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

Agente de elevación de la submucosa

ORISE Gel está diseñado para usarse en el levantamiento submucoso de pólipos, adenomas, cánceres en etapa temprana u otras lesiones de la mucosa gastrointestinal antes de la resección con asa de polipectomía u otro dispositivo endoscópico.



- Listo para usarse, incluye inyector
Aguja Interjet 23ga

Complementos para el portafolio de polipectomía

**Resolution 360™
Clip**



Captivator™ COLD Snare



Para más Información
www.bostonscientific.com.mx

Contactanos:
+525516774709



