


Rad. 05615400300320240028800 Contestación a la demanda

Alfredo Azuero Holguín <alfredo.azuero@conava.net>

Mar 14/05/2024 16:57

Para: Oficina Reparto Centro Servicios Judiciales - Antioquia - Rionegro <csarionegro@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: Gerencia Somer <gerencia@clinasomer.com>; calvacheabogados@gmail.com <calvacheabogados@gmail.com>; Carlos Alberto Hernandez Rincon <cahr26051980@gmail.com>

 2 archivos adjuntos (4 MB)

Rad. J3CM 2024 00288 Contestación demanda Carlos Alberto Hernández.pdf; APENDICITIS AGUDA. REVISIÓN..pdf;

No suele recibir correos electrónicos de alfredo.azuero@conava.net. [Por qué esto es importante](#)

Señora doctora

VIVIANA MARCELA SILVA PORRAS**JUEZA TERCERA CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE RIONEGRO**

Vía correo electrónico en la Oficina Reparto Centro Servicios Judiciales - Antioquia – Rionegro

csarionegro@cendoj.ramajudicial.gov.co**PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA****DEMANDANTE: TOM MOLLOY PEDOUSSAUT y otros.****DEMANDADO: SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. y otro****RADICACIÓN: 05615400300320240028800****Asunto: Contestación a la demanda**

Yo, **ALFREDO AZUERO HOLGUÍN**, mayor de edad, vecino de Santiago de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.757.905, quien el Consejo Superior de la Judicatura lo ha provisto de la tarjeta profesional de abogado número 73.328, dirección electrónica para notificaciones: alfredo.azuero@conava.net | alfredoah@azuero.co, en ejercicio del poder que el médico cirujano **CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN** me ha conferido y que él desde su correo electrónico le ha presentado y que le pido bastantear, comedidamente por medio de este escrito, encontrándome dentro del término legal, contesto a la demanda que ha formulado la señora NATHALY PRETELT BETÍN, el señor TOM MOLLOY PEDOUSSAUT y el menor EMILIO CHRISTIAN PEDOUSSAUT PRETELT en los siguientes términos en el memorial adjunto en PDF. Va dictamen perial y soportes.

ALFREDO AZUERO HOLGUÍN

Abogado

Móvil: +57 3116352526

Información confidencial protegida por la reserva profesional de abogado.**ALFREDO AZUERO HOLGUÍN**
AbogadoCEL: +57 311 635 25 26
PBX: +57 - 2 488 09 99
FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"
Código Postal 760044
Santiago de Cali - ColombiaConsorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Apendicitis aguda: revisión de la literatura

Acute appendicitis: literature review

Jorge Hernández-Cortez,* Jorge Luis De León-Rendón,** Martha Silvia Martínez-Luna,*
Jesús David Guzmán-Ortiz,* Antonio Palomeque-López,* Néstor Cruz-López,*
Hernán José-Ramírez*

Palabras clave:

Apendicitis aguda,
epidemiología,
manifestaciones
clínicas,
apendicectomía.

Key words:

Acute appendicitis,
epidemiology, clinical
manifestations,
appendectomy.

RESUMEN

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común en el mundo y representa la principal causa de cirugía abdominal de urgencia; se informa que su mayor frecuencia es en la población de entre 20 y 30 años y no presenta predominio de género. Su presentación clínica es variable en algunas ocasiones, por lo que se deben utilizar estudios imagenológicos para su diagnóstico certero. El tratamiento de la apendicitis aguda es mediante cirugía con abordaje laparoscópico o abierto. El propósito de nuestra revisión es exponer la información actualizada sobre este tema tan común.

ABSTRACT

Acute appendicitis is the most common abdominal pathology in the world and it represents the main cause of emergency abdominal surgery; it is the most frequent cause of surgery in patients between 20 and 30 years of age, and it does not have a gender predominance. Its clinical picture is variable, and this fact should be considered in diagnostic studies for accurate diagnosis. The treatment of acute appendicitis should be laparoscopic or open surgery. The purpose of our review is to present updated information on this common topic.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis se define como la inflamación del apéndice vermiforme y representa la causa más común de abdomen agudo e indicación quirúrgica de urgencia en el mundo.

El estudio del apéndice cecal se remonta a los dibujos anatómicos realizados por Leonardo da Vinci en 1492; fue posteriormente detallado por Berengario da Carpi en 1521 e ilustrado en el trabajo de Andreas Vesalius *De Humani Corporis Fabrica*, publicado en 1543.¹

ANATOMÍA

El apéndice vermiforme es una estructura tubular localizada en la pared posteromedial del ciego a 1.7 cm de la válvula ileocecal, donde las tenias del colon convergen en el ciego; su longitud promedio es de 91.2 y 80.3 mm en hombres y mujeres, respectivamente. Dicho apéndice es un divertículo verdadero, ya que su pared se conforma de mucosa, submucosa, muscular longitudinal y circular y serosa.

Sus relaciones anatómicas son el músculo iliopsoas y el plexo lumbar de forma posterior y la pared abdominal de forma anterior. La irrigación del apéndice cecal es a través de la arteria apendicular; dicha arteria es una rama terminal de la arteria ileocólica, que atraviesa la longitud del mesoapéndice para terminar en la punta del órgano. El mesoapéndice es una estructura de tamaño variable en relación con el apéndice, lo cual le otorga la variabilidad en sus posiciones.²⁻⁴ Por lo anterior, la punta del apéndice puede migrar hacia diferentes localizaciones: retrocecal, subcecal, preileal, postileal y pélvica.^{3,5}

EPIDEMIOLOGÍA

La apendicitis aguda representa la indicación más común de cirugía abdominal no traumática de urgencia en el mundo; es una entidad que ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida. El riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres. Su incidencia anual es de 139.54 por

* División de Cirugía,
Hospital General "Dr.
Aurelio Valdivieso",
Oaxaca, México.
** División de
Coloproctología,
Hospital General de
México "Dr. Eduardo
Liceaga", Ciudad de
México, México.

Recibido: 02/01/2018
Aceptado: 20/12/2018

100,000 habitantes; se asocia con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%.⁶⁻⁸

ETIOPATOGENIA

El evento patogénico central de la apendicitis aguda es la obstrucción de la luz apendicular, la cual puede ser secundaria a fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos y tumores primarios (carcinoide, adenocarcinoma, sarcoma de Kaposi, linfoma, etcétera) o metastásicos (colon y mama); la inflamación de la pared apendicular es el fenómeno inicial, para después presentar congestión vascular, isquemia, perforación y, en ocasiones, desarrollo de abscesos localizados (contenidos) o peritonitis generalizada. Durante estos fenómenos ocurre proliferación bacteriana: en el curso temprano de la enfermedad aparecen microorganismos aeróbicos, para después presentarse formas mixtas (aeróbicas y anaeróbicas).^{9,10} De manera normal, el apéndice cecal funciona como reservorio de la microbiota de *E. coli* y *Bacteroides* spp., que son las más comunes; sin embargo, se han encontrado pacientes con microbiota predominantemente distinta, como *Fusobacterium*; en el contexto de apendicitis aguda, esta última se correlaciona con casos de apendicitis complicadas (perforadas).¹¹ Tales bacterias invaden la pared apendicular y luego producen un exudado neutrofílico; el flujo de neutrófilos ocasiona una reacción fibrinopurulenta sobre la superficie serosa, así como irritación del peritoneo parietal adyacente.¹² Una vez que la inflamación y la necrosis ocurren, el apéndice se encuentra en riesgo de perforación, lo que conduce a la formación de abscesos localizados o peritonitis difusa. El tiempo para la perforación apendicular es variable; de manera general, se correlaciona la perforación con la evolución de los cuadros apendiculares: sin perforación apendicular en menos de 24 horas de evolución y con perforación en más de 48 horas.¹³

No obstante, la etiología de la apendicitis aguda se encuentra incierta y pobremente entendible en la actualidad. Teorías recientes se enfocan en los factores genéticos, influencias ambientales e infecciones; para muestra de ello se reporta que las personas con historia familiar de apendicitis aguda tienen un riesgo tres veces

mayor con respecto a las que no tienen historia familiar de padecer dicha entidad.¹⁰

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente que se presenta en los pacientes, aunque también están descritos otros síntomas como anorexia, náuseas, constipación/diarrea y fiebre.^{9,14} El dolor es típicamente periumbilical y epigástrico, y más tarde migra hacia el cuadrante inferior derecho; no obstante, a pesar de ser considerado un síntoma clásico, el dolor migratorio ocurre sólo en 50 a 60% de los pacientes con apendicitis aguda.⁹ La aparición de náuseas y vómitos ocurre después de la instalación del dolor, y la fiebre suele manifestarse alrededor de seis horas después del cuadro clínico; éste varía en forma considerable de una persona a otra, lo cual, en algunos casos, es atribuible a la localización de la punta del apéndice. Por ejemplo, un apéndice de localización anterior produce dolor marcado y localizado en el cuadrante inferior derecho, mientras que uno retrocecal puede ocasionar dolor abdominal sordo y en la región lumbar baja. Asimismo, por la irritación que produce el apéndice, pueden presentarse otros síntomas como urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea.¹⁴

El examen físico de estos pacientes debe realizarse con la toma de signos vitales; se puede encontrar temperatura corporal mayor de 38 °C, taquicardia y, en algunos casos, taquipnea. Los signos clínicos tempranos de apendicitis son frecuentemente inespecíficos.¹⁴ Sin embargo, conforme la inflamación progresa, el involucramiento del peritoneo parietal ocasiona sensibilidad en el cuadrante inferior derecho y puede detectarse en la exploración física; el dolor puede exacerbarse con los movimientos o el reflejo de tos.¹⁵

El punto máximo de dolor en el abdomen corresponde casi siempre al punto de McBurney, el cual se encuentra localizado a dos tercios del ombligo en una línea trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha. El paciente se encontrará sensible y mostrará signos de irritación peritoneal con defensa muscular localizada (se presenta sólo si hay peritonitis).¹⁵ La exploración rectal y/o vaginal puede suscitar

dolor en los casos de pacientes con apendicitis de localización pélvica, por lo que su presencia o ausencia no descarta la patología apendicular y su empleo de manera rutinaria en la exploración de estos pacientes es controvertido.¹⁵⁻¹⁷

Por lo anterior, se han descrito distintos signos clínicos en la exploración física para facilitar el diagnóstico; cabe mencionar que se encuentran reportados en 40% de los pacientes con apendicitis, por lo que su ausencia no descarta el diagnóstico. Entre ellos se encuentran Blumberg (dolor ante la descompresión brusca en la fosa iliaca derecha), Rovsing (palpación en la fosa iliaca izquierda con dolor referido en la fosa contralateral), psoas (dolor en la fosa iliaca derecha —FID— por la extensión de la cadera derecha), obturador (dolor en la FID tras la flexión y rotación interna de la cadera derecha), etcétera.^{18,19}

LABORATORIO Y GABINETE

El conteo leucocitario mayor de 10,000 células/mm³ y desviación a la izquierda con proteína C reactiva mayor de 1.5 mg/l son indicadores diagnósticos para apendicitis aguda. La leucocitosis mayor de 20,000/μl se asocia con perforación apendicular; sin embargo, la perforación apendicular se reporta hasta en 10% de los pacientes con valores normales de leucocitos y proteína C reactiva, por lo que la ausencia de estos valores alterados no descarta la perforación.^{20,21} La sensibilidad y especificidad de estas pruebas de laboratorio para el diagnóstico de apendicitis aguda se encuentran reportadas de 57 a 87% para la proteína C reactiva y de 62 a 75% para la leucocitosis. Por lo anterior, se han intentado utilizar otros estudios para el diagnóstico oportuno; tal es el caso de la procalcitonina y bilirrubina; se ha demostrado que la utilidad de ambas es para el diagnóstico de casos complicados de apendicitis.^{22,23}

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Representa uno de los estudios de imagen que nos permite un diagnóstico más preciso y, asimismo, diferenciar entre apendicitis aguda perforada y no perforada.²⁴ Los signos radiológicos descritos para el diagnóstico de apendicitis aguda son los siguientes: aumento

del diámetro apendicular mayor de 6mm (sensibilidad 93%, especificidad 92%), espesor de la pared apendicular mayor de dos milímetros (sensibilidad 66%, especificidad 96%), grasa periapendicular encallada (sensibilidad 87%, especificidad 74%), reforzamiento de la pared apendicular (sensibilidad 75%, especificidad 85%).²⁵⁻²⁷

ULTRASONIDO ABDOMINAL

Es un método de estudio operador dependiente; no obstante, es barato e idóneo para el diagnóstico. El hallazgo reportado por ultrasonido es un diámetro apendicular mayor de 6mm, con sensibilidad de 88%, especificidad de 92% y valores predictivos positivo de 94% y negativo de 86%.^{28,29}

PROYECCIONES RADIOGRÁFICAS

Las proyecciones radiográficas son poco útiles para establecer el diagnóstico de apendicitis; sin embargo, los siguientes hallazgos radiográficos han sido asociados con apendicitis aguda:

1. Apendicolito en el cuadrante inferior derecho.
2. Íleo localizado en la fosa iliaca derecha.
3. Borramiento del psoas.
4. Aire libre (ocasionalmente).
5. Aumento de la densidad en el cuadrante inferior derecho.

A pesar de lo anterior, algunos recomiendan que la evaluación de los pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda debe ampliarse a otros estudios por su elevado número de falsos negativos.^{30,31}

RESONANCIA MAGNÉTICA

Es considerado el estudio radiográfico de elección en mujeres embarazadas con sospecha clínica de apendicitis aguda. El parámetro utilizado para el diagnóstico mediante resonancia magnética es el diámetro apendicular; se reporta un apéndice con un diámetro mayor de 7mm (lleno de líquido) como diagnóstico de apendicitis aguda, y aquellos entre 6-7 mm como un hallazgo inconcluso.³²⁻³⁴

DIAGNÓSTICO

En relación con lo anteriormente citado, el diagnóstico de esta patología se realiza de acuerdo con los hallazgos del interrogatorio, la exploración física y los resultados de laboratorio y/o imagen; por esta razón, se han estudiado y comparado las distintas modalidades de diagnóstico y se ha encontrado que la utilización de los valores de laboratorio de manera aislada es ineficaz para el diagnóstico de apendicitis aguda. Sin embargo, cuando se emplean en conjunto, aumenta la posibilidad diagnóstica de apendicitis aguda.³⁵ La eficacia diagnóstica mediante la exploración física como único método de estudio se encuentra entre 75 y 90%; dicha eficacia depende de la experiencia del examinador.³⁶ Por lo anterior, se han diseñado distintos sistemas de diagnóstico, con la finalidad de conjuntar la clínica con los hallazgos de laboratorio para determinar la conducta terapéutica en este tipo de pacientes.

SISTEMAS DE PUNTUACIÓN DIAGNÓSTICOS

Existen distintos sistemas para el diagnóstico de apendicitis aguda; la escala de Alvarado es la más utilizada para su diagnóstico y ha sido modificada desde su introducción. Existen revisiones en donde se compara dicha escala con el juicio clínico y se ha encontrado que la escala tiene menor sensibilidad (72 versus 93%) para descartar cuadros apendiculares, ya que algunos casos que se descartan por puntaje de Alvarado cursan con cuadros apendiculares.³⁷ Asimismo, cuando se compara dicha escala con estudios radiográficos, se encuentra comparativamente menos sensible y específica en relación con imágenes de tomografía axial computarizada.³⁸

La escala de Alvarado modificada asigna un puntaje de acuerdo con los siguientes criterios:³⁹⁻⁴¹ dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor ante la palpación en la fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo en la fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37.5 (1 punto) y leucocitosis (2 puntos).

De acuerdo con la suma de puntos será el manejo:³⁹⁻⁴¹

- Puntaje 0-3: bajo riesgo para apendicitis y podría egresarse con la consejería de regresar si no presenta mejoría sintomática.
- Puntaje 4-6: hospitalización; si el puntaje se mantiene igual después de 12 horas, se recomienda la intervención quirúrgica.
- Hombre con puntaje de 7-9: apendicectomía.
- Mujeres no embarazadas con puntaje de 7-9: laparoscopia diagnóstica y apendicectomía si se encuentra indicada por los hallazgos transoperatorios.

Existen otros sistemas para el diagnóstico de apendicitis aguda: RIPASA (por sus siglas en inglés), respuesta inflamatoria apendicular (AIR), puntaje pediátrico en apendicitis (PAS), puntaje en adultos para apendicitis (AAS). Comparando las escalas, el sistema AIR (en contraparte con Alvarado) reduce el número de admisiones hospitalarias innecesarias, optimiza la utilidad de los estudios radiográficos y previene las exploraciones abdominales negativas, lo cual se corrobora por la mejor discriminación observada en la curva de ROC (característica operativa del receptor), de 0.97 versus 0.92, respectivamente.⁴²

TRATAMIENTO

El tratamiento actual para apendicitis aguda va desde modalidades quirúrgicas hasta un manejo conservador. Por lo anterior y para su entendimiento es necesario conocer una clasificación de apendicitis aguda como la descrita por la Asociación Mexicana de Cirugía General; a saber:⁴³

- Apendicitis aguda: infiltración de leucocitos a la membrana basal en el apéndice cecal.
- Apendicitis no complicada: apendicitis aguda sin datos de perforación.
- Apendicitis complicada: apendicitis aguda perforada con y sin absceso localizado y/o peritonitis purulenta.

Con anterioridad se consideraba una alternativa el manejo de las apendicitis no compli-

cadáveres mediante tratamiento conservador con antibióticos; sin embargo, los últimos resultados de metaanálisis en donde comparan el manejo conservador versus el quirúrgico han encontrado el manejo quirúrgico como la modalidad de tratamiento de elección en este tipo de pacientes.⁴⁴⁻⁴⁶ Es importante reconocer que si el enfermo desea el tratamiento conservador y acepta el riesgo de recurrencia de 38%, puede ofrecerse este tipo de enfoque.⁴²

El manejo es quirúrgico mediante abordaje laparoscópico idealmente; sin embargo, la modalidad abierta siempre será una elección cuando no se tengan las condiciones y medios para realizar abordajes laparoscópicos.^{47,48}

REFERENCIAS

- Williams GR. Presidential address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg.* 1983; 197: 495-506.
- Cilindro de Souza S, Matos Rodrigues da Costa SR, Silva de Souza IG. Vermiform appendix: positions and length—a study of 377 cases and literature review. *J Coloproctol (Rio J).* 2015; 35: 212-216.
- Barlow A, Muhleman M, Gielecki J, Matusz P, Tubbs RS, Loukas M. The vermiform appendix: a review. *Clin Anat.* 2013; 26: 833-842.
- Ghorbani A, Forouzes M, Kazemifar AM. Variation in anatomical position of vermiform appendix among Iranian population: an old issue which has not lost its importance. *Anat Res Int.* 2014; 2014: 313575.
- Mohammadi S, Hedjazi A, Sajjadian M, Rahmani M, Mohammadi M, Moghadam MD. Morphological variations of the vermiform appendix in Iranian cadavers: a study from developing countries. *Folia Morphol (Warsz).* 2017 Mar 29. doi: 10.5603/FM.a2017.0032. [Epub ahead of print]
- Sotelo-Anaya E, Sánchez-Muñoz MP, Ploneda-Valencia CF, de la Cerda-Trujillo LF, Varela-Muñoz O, Gutiérrez-Chávez C, et al. Acute appendicitis in an overweight and obese Mexican population: A retrospective cohort study. *Int J Surg.* 2016; 32: 6-9.
- Lee JH, Park YS, Choi JS. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in South Korea: national registry data. *J Epidemiol.* 2010; 20: 97-105.
- Lin KB, Chan CL, Yang NP, Lai RK, Liu YH, Zhu SZ, et al. Epidemiology of appendicitis and appendectomy for the low-income population in Taiwan, 2003-2011. *BMC Gastroenterol.* 2015; 15: 18.
- Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology.* 2000; 215: 337-348.
- Lau WY, Teoh-Chan CH, Fan ST, Yam WC, Lau KF, Wong SH. The bacteriology and septic complication of patients with appendicitis. *Ann Surg.* 1984; 200: 576-581.
- Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet.* 2015; 386: 1278-1287.
- Jeon HG, Ju HU, Kim GY, Jeong J, Kim MH, Jun JB. Bacteriology and changes in antibiotic susceptibility in adults with community-acquired perforated appendicitis. *PLoS One.* 2014; 9: e111144.
- Temple CL, Huchcroft SA, Temple WJ. The natural history of appendicitis in adults. A prospective study. *Ann Surg.* 1995; 221: 278-281.
- Chandrasekaran TV, Johnson N. Acute appendicitis. *Surgery (Oxford).* 2014; 32: 413-417.
- Humes DJ, Simpson J. Clinical presentation of acute appendicitis: clinical signs laboratory findings clinical scores, Alvarado score and derivate scores. En: Keyzer C, Gevenois PA (Eds.). *Imaging of acute appendicitis in adults and children.* Berlin: Springer Science & Business Media; 2011.
- Takada T, Nishiwaki H, Yamamoto Y, Noguchi Y, Fukuma S, Yamazaki S, et al. The role of digital rectal examination for diagnosis of acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10: e0136996.
- Werner JC, Zock M, Khalil PN, Hoffmann J, Kanz KG, Jauch KW. Evidence for the digital rectal examination in the emergency assessment of acute abdominal pain. *Zentralbl Chir.* 2013; 138: 669-676.
- Petroianu A. Diagnosis of acute appendicitis. *Int J Surg.* 2012; 10: 115-119.
- Prosenz J, Hirtler L. Rovsing sign revisited—effects of an erroneous translation on medical teaching and research. *J Surg Educ.* 2014; 71: 738-742.
- Dayawansa NH, Segan JDS, Yao HHI, Chong HI, Sitzler PJ. Incidence of normal white cell count and C-reactive protein in adults with acute appendicitis. *ANZ J Surg.* 2018; 88: E539-E543.
- Brunicaudi F. Schwartz: Principios de cirugía. Capítulo 30: El Apéndice. 10.a edición. McGraw-Hill; 2015. pp. 1241-1259.
- Yu CW, Juan LI, Wu MH, Shen CJ, Wu JY, Lee CC. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of procalcitonin, C-reactive protein and white blood cell count for suspected acute appendicitis. *Br J Surg.* 2013; 100: 322-329.
- Sand M, Bechara FG, Holland-Letz T, Sand D, Mehnert G, Mann B. Diagnostic value of hyperbilirubinemia as a predictive factor for appendiceal perforation in acute appendicitis. *Am J Surg.* 2009; 198: 193-198.
- Foley TA, Earnest F 4th, Nathan MA, Hough DM, Schiller HJ, Hoskin TL. Differentiation of nonperforated from perforated appendicitis: accuracy of CT diagnosis and relationship of CT findings to length of hospital stay. *Radiology.* 2005; 235: 89-96.
- Viradia NK, Gaing B, Kang SK, Rosenkrantz AB. Acute appendicitis: use of clinical and CT findings for modeling hospital resource utilization. *AJR Am J Roentgenol.* 2015; 205: W275-W282.
- Whitley S, Sookur P, McLean A, Power N. The appendix on CT. *Clin Radiol.* 2009; 64: 190-199.
- Choi D, Park H, Lee YR, Kook SH, Kim SK, Kwag HJ, et al. The most useful findings for diagnosing acute appendicitis on contrast-enhanced helical CT. *Acta Radiol.* 2003; 44: 574-582.
- Kessler N, Cyteval C, Gallix B, Lesnik A, Blayac PM, Pujol J, et al. Appendicitis: evaluation of sensitivity,

- specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. *Radiology*. 2004; 230: 472-478.
29. Hussain S, Rahman A, Abbasi T, Aziz T. Diagnostic accuracy of ultrasonography in acute appendicitis. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2014; 26: 12-17.
 30. Thorpe JA. The plain abdominal radiograph in acute appendicitis. *Ann R Coll Surg Engl*. 1979; 61: 45-47.
 31. Ekere C, Lillie A, Mehta C, Clarke A. A plain abdominal radiograph diagnosis of appendicitis. *Int J Surg Case Rep*. 2013; 4: 1091-1092.
 32. Dewhurst C, Beddy P, Pedrosa I. MRI evaluation of acute appendicitis in pregnancy. *J Magn Reson Imaging*. 2013; 37: 566-575.
 33. Spalluto LB, Woodfield CA, DeBenedictis CM, Lazarus E. MR imaging evaluation of abdominal pain during pregnancy: appendicitis and other non obstetric causes. *Radiographics*. 2012; 32: 317-334.
 34. Oto A, Ernst RD, Ghulmiyyah LM, Nishino TK, Hughes D, Chaljub G, et al. MR imaging in the triage of pregnant patients with acute abdominal and pelvic pain. *Abdom Imaging*. 2009; 34: 243-250.
 35. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg*. 2004; 91: 28-37.
 36. Park JS, Jeong JH, Lee JI, Lee JH, Park JK, Moon HJ. Accuracies of diagnostic methods for acute appendicitis. *Am Surg*. 2013; 79: 101-106.
 37. Meltzer AC, Baumann BM, Chen EH, Shofer FS, Mills AM. Poor sensitivity of a modified Alvarado score in adults with suspected appendicitis. *Ann Emerg Med*. 2013; 62: 126-131.
 38. Ozkan S, Duman A, Durukan P, Yildirim A, Ozbakan O. The accuracy rate of Alvarado score, ultrasonography, and computerized tomography scan in the diagnosis of acute appendicitis in our center. *Niger J Clin Pract*. 2014; 17: 413-418.
 39. Mán E, Simonka Z, Varga A, Ráosi F, Lázár G. Impact of the Alvarado score on the diagnosis of acute appendicitis: comparing clinical judgment, Alvarado score, and a new modified score in suspected appendicitis: a prospective, randomized clinical trial. *Surg Endosc*. 2014; 28: 2398-2405.
 40. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med*. 2011; 9: 139.
 41. Tan WJ, Acharyya S, Goh YC, Chan WH, Wong WK, Ooi LL, et al. Prospective comparison of the Alvarado score and CT scan in the evaluation of suspected appendicitis: a proposed algorithm to guide CT use. *J Am Coll Surg*. 2015; 220: 218-224.
 42. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, Catena F, Weber DG, Sartelli M, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World J Emerg Surg*. 2016; 11: 34.
 43. Asociación Mexicana de Cirugía General, AC. Guía de Práctica Clínica. *Apendicitis aguda*. México: 2014. p. 6.
 44. Podda M, Cillara N, Di Saverio S, Lai A, Feroci F, Luridiana G, et al. Antibiotics-first strategy for uncomplicated acute appendicitis in adults is associated with increased rates of peritonitis at surgery. A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials comparing appendectomy and non-operative management with antibiotics. *Surgeon*. 2017; 15: 303-314.
 45. Harnoss JC, Zelenka I, Probst P, Grummich K, Müller-Lantzsch C, Harnoss JM, et al. Antibiotics versus surgical therapy for uncomplicated appendicitis: systematic review and meta-analysis of controlled trials (PROSPERO 2015: CRD42015016882). *Ann Surg*. 2017; 265: 889-900.
 46. Sakran JV, Mylonas KS, Gryparis A, Stawicki SP, Burns CJ, Matar MM, et al. Operation versus antibiotics—The “appendicitis conundrum” continues: A meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017; 82: 1129-1137.
 47. Dai L, Shuai J. Laparoscopic versus open appendectomy in adults and children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *United European Gastroenterol J*. 2017; 5: 542-553.
 48. Yu MC, Feng YJ, Wang W, Fan W, Cheng HT, Xu J. Is laparoscopic appendectomy feasible for complicated appendicitis? A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2017; 40: 187-197.

Correspondencia:

Dr. Jorge Hernández Cortez

Porfirio Díaz Núm. 400,

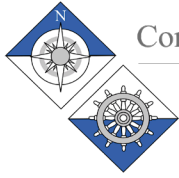
Col. Reforma, 68050,

Oaxaca de Juárez,

Oaxaca, México.

Tel: 951 5151300

E-mail: dr.jorge_hdz@outlook.com



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

Señora doctora

VIVIANA MARCELA SILVA PORRAS

JUEZA TERCERA CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE RIONEGRO

Vía correo electrónico en la Oficina Reparto Centro Servicios Judiciales - Antioquia - Rionegro

csarionegro@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

DEMANDANTE: TOM MOLLOY PEDOUSSAUT y otros.

DEMANDADO: SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. y otro

RADICACIÓN: 05615400300320240028800

Asunto: Contestación a la demanda

Yo, **ALFREDO AZUERO HOLGUÍN**, mayor de edad, vecino de Santiago de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.757.905, quien el Consejo Superior de la Judicatura lo ha provisto de la tarjeta profesional de abogado número 73.328, dirección electrónica para notificaciones: alfredo.azuero@conava.net | alfredoah@azuero.co, en ejercicio del poder que el médico cirujano **CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN** me ha conferido y que él desde su correo electrónico le ha presentado y que le pido bastantear, comedidamente por medio de este escrito, encontrándome dentro del término legal, contesto a la demanda que ha formulado la señora NATHALY PRETELT BETÍN, el señor TOM MOLLOY PEDOUSSAUT y el menor EMILIO CHRISTIAN PEDOUSSAUT PRETELT en los siguientes términos:

RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

1. Mi poderdante, el señor **TOM MOLLOY PEDOUSSAUT**, acude a urgencias de la **CLINICA SOMER** en Rionegro Antioquia el día 03 de junio del 2021 por un fuerte dolor abdominal con síntoma de estreñimiento crónico y diarrea, a lo cual es examinado físicamente y le sospechan posible apendicitis aguda.

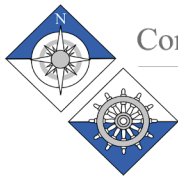
R/ AL #1. NO ES EXACTO COMO LO EXPONE EL APODERADO DE LA PARTE ACTORA. PARA SER MAS PRECISOS EL PACIENTE (ADULTO 33 AÑOS) INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EL DÍA 03 DE JUNIO A LAS 15:36 HORAS VALORADO POR MEDICO GENERAL EN URGENCIAS CON HISTORIA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO, SÍNTOMAS DIGESTIVOS ASOCIADOS DE RECIENTE APARICIÓN, SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS, TAQUICÁRDICO /(FC 96), CON DOLOR DE PREDOMINIO EN CUADRANTE INFERIOR DERECHO Y SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL (McBurney, Rovsing,

Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón

PBX (57) (092) 488 0999 Tel: (57) (092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 8922106

Email: conava@conava.net

Santiago de Cali - Colombia



Dunphy, Talopercusion positivo) POR LO CUAL SE CONSIDERA CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO CON ALTA PROBABILIDAD DE APENDICITIS AGUDA¹.

2. Consecuencia de lo anterior, es valorado por el cirujano **CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN** quien conceptúa que se trata de una apendicitis aguda y ordena cirugía, el mismo día.

R/AL #2. CIERTO. A LOS 20 MINUTOS DE SU INGRESO AL ÁREA DE OBSERVACIÓN ES VALORADO POR EL CIRUJANO DE TURNO ENCONTRANDO PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO , TAQUICÁRDICO (FC 100)Y CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL (McBurney, Rovsing, Dunphy, Talopercusion positivo, BLUMBERG +) SE ESTABLECE DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE APENDICITIS AGUDA POR LO CUAL SU CONDUCTA ES QUIRÚRGICA. INDICADO ESTO, SE EXPLICA Y SE ACLARAN DUDAS AL PACIENTE², LUEGO DE LO CUAL ESTE SUSCRIBE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

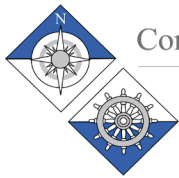
3. La valoración por parte del cirujano **CARLOS ALBERTO HERNANDEZ RINCÓN** no es a elección por parte de mi poderdante sino que es asignada por la CLINICA SOMER sin que pueda pesar o mediar voluntad de mi poderdante.

R/AL #3. NO ES CIERTO, COMO CUALQUIER INSTITUCIÓN DE SALUD, EXISTE UNA ASIGNACIÓN DE TURNOS POR ESPECIALIDADES QUE SON PROGRAMADAS DESDE EL MES ANTERIOR. EN LO PARTICULAR PARA EL CASO , LA ATENCIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS, PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO Y DEMÁS INTERCONSULTAS DURANTE EL TURNO CORRESPONDE AL DR. HERNÁNDEZ COMO PROFESIONAL PROGRAMADO EN ESA FECHA. LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS A DIFERENCIA DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA NO SE PROGRAMAN CON UN PROFESIONAL EN PARTICULAR COMO CUANDO VAN A UNA VALORACIÓN AMBULATORIA. LO CIERTO ES QUE EL DR. HERNÁNDEZ CIRUJANO GENERAL DE TURNO ATENDIÓ LA CONSULTA COMO ESPECIALISTA PARA LA DOLENCIA DEL PACIENTE QUE DEMANDABA TAL ATENCIÓN. ES DE ACLARAR QUE TODO ACTO MEDICO QUE SE PRACTICA CON EL PACIENTE CUENTA SIEMPRE CON LA VOLUNTAD DE ESTE SALVO QUE SE ENCUENTRE CON PÉRDIDA DE CONCIENCIA. POR LO QUE LA CONDUCTA QUIRÚRGICA FUE ADOPTADA CON EL CONSENTIMIENTO NECESARIO E INFORMADO DEL PACIENTE.

4. Por lo tanto, el mismo 03 de junio del 2021 le realizan apendicectomía por laparoscopia sin complicaciones, pero que los hallazgos describe marcada distensión de colon derecho y apéndice a tensión. Es dado de alta al día siguiente con recomendaciones, signos de alarma y medicación.

¹ Véase página: 2/315 de la Historia Clínica aportada por la parte demandante.

² Véase página: 4/315 de la Historia Clínica aportada por la parte demandante.



R/AL #4. CIERTO, SIN EMBARGO ES DE PRECISAR QUE LAS VÍAS DE ABORDAJE PARA MANEJO DE LA PATOLOGÍA DEL APÉNDICE VARÍAN DESDE EL ABORDAJE CONVENCIONAL A CIELO ABIERTO (LOCAL) O POR LAPAROSCOPIA DEPENDIENDO DE LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DEL CIRUJANO Y DISPOSICIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES PARA PROCEDER DE MANERA ASERTIVA. LA VÍA LAPAROSCÓPICA A DIFERENCIA DEL ABORDAJE A CIELO ABIERTO TIENE LA POSIBILIDAD DE EVALUAR DE MANERA MAS AMPLIA LA CAVIDAD ABDOMINAL.

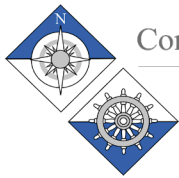
EL HALLAZGO DE APÉNDICE CECAL A TENSIÓN ES UN HALLAZGO QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA APENDICULAR LO CUAL SE CORRELACIONA CON LA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA. LA DISTENSIÓN DEL COLON **NO CONDICIONA NINGUNA MORBILIDAD O PATOLOGÍA ESPECIFICA**, SE CONSIDERÓ RELEVANTE EL HALLAZGO COMO PARTE DE LA DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS PARA SER TENIDO EN CUENTA EN SU **VIGILANCIA POSTQUIRÚRGICA Y POSTERIOR CONTROL AMBULATORIO** EN MIRAS DE DEFINIR O REQUERIR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

LA NOTA REALIZADA POR EL CIRUJANO QUE REALIZA LA EVALUACIÓN POSTQUIRÚRGICA AL DÍA SIGUIENTE (DR. SEBASTIAN GRISALES) ENCUENTRA UN PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, TOLERANDO LA VIA ORAL Y SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS AL EXAMEN CLÍNICO CONSIDERA DAR EGRESO DEL SERVICIO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA³.

5. El día 06 de junio del 2021 el señor TOM regresa a consulta de urgencias por presentar distensión abdominal, paro de fecales de 5 días y dolor abdominal en aumento; valorado por el cirujano que lo operó solicita TAC de abdomen en el cual informan marcada distensión de colon hasta el sigmoides y sugieren probabilidad de enfermedad inflamatoria y no observan masa neoplásica.

R/AL #5. NO ES EXACTO COMO LO EXPONE EL APODERADO DE LA PARTE ACTORA. ES DE PRECISAR QUE EL PACIENTE ATENDIENDO LAS RECOMENDACIONES AL ALTA REINGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL Y SÍNTOMAS DIGESTIVOS, SIN HALLAZGOS AL EXAMEN CLÍNICO QUE INDIQUE ABDOMEN AGUDO. EN EL CONTEXTO DE UN POSTQUIRÚRGICO TEMPRANO DE CIRUGÍA APENDICULAR POR LO CUAL LA CONDUCTA VA ENCAMINADA A DESCARTAR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y SE INDICA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO IMAGENOLÓGICO TOMOGRÁFICO (TAC) CON ESE FIN. EL RESULTADO DE LA INTERPRETACIÓN DEL MÉDICO RADIOLOGO ESPECIALISTA EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DESCRIBE HALLAZGOS QUE SUGIEREN LA PROBABILIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, SIN DESCRIBIR OBSTRUCCIÓN, PERFORACIÓN, MASAS NI OTRAS LESIONES INTRABDOMINALES.

³ Véase página: 20/315 de la Historia Clínica aportada por la parte demandante.



6. Ante esto cirugía decide manejo médico y valoración por gastroenterología para manejo de probable enfermedad inflamatoria intestinal, conceptúa que no hay abdomen agudo ni megacolon tóxico; sin embargo el señor TOM presenta cada vez más dolor.

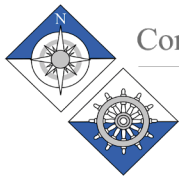
R/AL #6. No es exacto como lo expone el apoderado de la parte actora. es de precisar que la patología inflamatoria intestinal es una enfermedad de baja incidencia y prevalencia, las causas más relevantes son la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn son de curso de manifestaciones clínicas variable, es una patología de manejo subespecializado, y en particular para el caso, el estudio de dicha morbilidad requiere la realización como primera medida de una colonoscopia con biopsias escalonadas, pero en consideración a la cirugía reciente el momento de la realización de dicho estudio complementario para muestreo de biopsias debe ser definido por dicha subespecialidad, además, de determinar la estrategia inicial de tratamiento. los síntomas en curso pueden considerarse superpuestos a una patología inflamatoria intestinal y el evento quirúrgico reciente por lo cual se ajustan medidas terapéuticas específicas.

7. Mi poderdante, TOM, dos días después, es decir el 08 de junio del 2021 relata pérdida de ruidos intestinales, marcada distensión, dolor que no corrige con la terapia, le hacen nuevo TAC de abdomen y encuentran neumatosis intestinal con dilatación crítica de ciego y obstrucción a nivel del sigmoides.

R/AL #7. No es exacto como lo expone el apoderado de la parte actora. Es de precisar que ante la evolución clínica, sin signos de abdomen agudo y con clínica de inactividad en tránsito intestinal (ileo) se indican medidas de manejo ajustadas ya que no existen hallazgos relevantes al examen en las valoraciones médicas realizadas. En nueva valoración durante su estancia ante la persistencia de los síntomas y a pesar de tener un estudio tomográfico en un lapso menor de 48 horas se considera realizar nuevamente un estudio imagenológico de control como herramienta de apoyo diagnóstica. Los hallazgos descritos por el médico radiólogo en la segunda tomografía son claramente diferentes al estudio descrito con anterioridad sobre la primera tomografía.

8. Por lo tanto, con diagnóstico de obstrucción intestinal se lleva a laparotomía exploradora y encuentran gran dilatación del colon con diámetro mayor de 12 cms, signos de sufrimiento intestinal en parches, masa en sigmoides que causa la obstrucción, cierre de muñón apendicular en buen estado, le practican resección de sigmoides con cierre del muñón proximal y distal sutura mecánica y le realizan cecostomía de tubo para descompresión.

R/AL #8. Ciertamente, sin embargo es de precisar que el procedimiento describe el abordaje quirúrgico por laparotomía ante los hallazgos descritos en la tomografía, es de considerar que puede plantearse la opción de abordaje por laparoscopia con la alta probabilidad de lesión intestinal. La conducta médica indica la resección de una lesión estenosante a nivel del colon sigmoides y para descomprimir el colon derecho se utiliza una sonda a este nivel que permite la recuperación del segmento intestinal distendido que tiene zonas de sufrimiento sin perforación por la distensión, sin la evidencia de necrosis ni peritonitis.



planteándose la opción de una restitución intestinal diferida permitiendo unas mejores condiciones clínicas del paciente y la recuperación visceral.

9. El 12 de junio del 2021 es llevado nuevamente a cirugía y le realizan anastomosis colorrectal, cierre de la cecostomía, lavado peritoneal y eventrorrafia sin complicaciones.

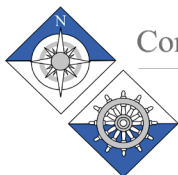
R/AL #9. Ciertamente, sin embargo es de precisar que en este tiempo quirúrgico se realiza la restitución del tracto gastrointestinal dado que los hallazgos intraoperatorios permiten proceder con dicha opción terapéutica. Si las condiciones no fuesen favorables se hubiera podido realizar otro tipo de intervenciones adicionales que incluyen la realización de colostomías (exteriorizar el intestino en la pared del abdomen), nuevas intervenciones quirúrgicas, abdomen abierto, entre otras que pudieran haberse presentado. Pero el procedimiento inicial y la conducta diferida a un segundo tiempo operatorio permite una adecuada recuperación.

10. En el postoperatorio a los 8 días presenta cuadro de inflamación en cara y cuello por lo cual solicitan TAC de Cráneo y cuello y valoración por ORL, el cual lo valora al día siguiente y conceptúa que se trata de parotiditis izquierda bacteriana y que el manejo es adecuado pues está con antibióticos.

R/AL #10. Ciertamente, sin embargo es de precisar que el paciente en su postquirúrgico inicia con síntomas y cuadro sugestivo de parotiditis bacteriana izquierda, por lo cual se inicia tratamiento, es evaluado con tomografía de cara y cuello por especialista en otorrinolaringología y se evidencia aumento de glándula parótida con pequeña colección sin infección otológica, no se considera intervención quirúrgica a este nivel y se continúa cubrimiento antibiótico intravenoso con piperacilina tazobactam, con mejoría según el paciente.

11. El 23 de julio del 2021 es dado de alta con curaciones de herida quirúrgica, manejo por oncología clínica y control por cirugía.

R/AL #11. Ciertamente, sin embargo es de precisar que durante la estancia hospitalaria se recibe reporte histopatológico de la resección intestinal del colon sigmoidees. El resultado del patólogo evidencia enfermedad neoplásica del colon por lo cual se indicó evaluación por la subespecialidad pertinente para ajustar plan dirigido al tratamiento de la enfermedad con indicación de quimioterapia adyuvante al superar etapa de aislamiento y convalecencia del COVID. Evolución clínica favorable. Dehiscencia de la herida quirúrgica sin progresión de cambios inflamatorios bajo seguimiento con orden de manejo por clínica de heridas ambulatorio. Tolerando dieta con tránsito intestinal, completo esquema ab y sin criterio de reintervención. Orden de egreso con recomendaciones.



12. Razón de lo anterior, se realizó dictamen pericial con la UNIVERSIDAD CES, el cual fue entregado el día 29 de mayo del 2023, firmado por el Dr. Juan Ricardo Jaramillo Moreno, identificado con cédula 70.550.783, y quien se encuentra debidamente acreditado como médico especialista en cirugía general, subespecialista en cirugía oncológica y perito.

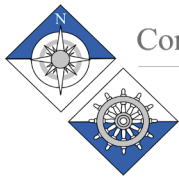
R/AL #12. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo y lugar), evidencia falta de técnica jurídica ya que lo que registra este hecho corresponde a una afirmación de la parte actora que pretende utilizar una opinión médica. Al dictamen de parte que indica en los hechos que solo tiene cabida en la petición de pruebas, se contrapone, como se podrá verificar en curso del juicio, peritaje de par del médico cirujano tratante que represento en este caso. Pues, como se podrá demostrar: ni hubo conducta omisiva alguna reprochable en cabeza de mi patrocinado ni hubo conducta medica insegura, ni las condiciones de salud que ha presentado el paciente tienen relación causa efecto o consecuencia de mala práctica alguna. En todo caso deberá probar lo que alega la parte actora con validez científica.

El perito del área subespecializada oncológica con evaluación retrospectiva del caso.

13. Entre las conclusiones del dictamen pericial, se encuentran varias conclusiones relevantes: 1) “le hacen laparoscopia y apendicectomía, en los hallazgos encuentran colon derecho muy distendido y apéndice a tensión, no describen fenómeno inflamatorio del apéndice ni tampoco una pesquisa laparoscópica que explique la marcada distensión del colon”, 2) “Ninguno de los tres consentimientos médicos de cirugía está firmado por el paciente. Por lo anterior se deduce que en la laparoscopia hubo falta de diligencia en revisar la causa de la distensión marcada de colon derecho que tenía el apéndice a tensión” y 3) “En la TAC de abdomen del 6-06-2021 el cuadro obstructivo es descrito como una posible enfermedad inflamatoria intestinal lo cual causó un manejo médico inadecuado hasta que el paciente por agravamiento de su cuadro le hacen nuevo TAC el cual sí revela la verdadera causa de su dolencia”. Tal como se muestra en el dictamen aportado.

R/AL #13. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo y lugar), evidencia falta de técnica jurídica ya que lo que registra este hecho corresponde a una afirmación de la parte actora que pretende utilizar una opinión médica.

Es de precisar que el *dictamen de parte* (rendido por el médico que acompaña como anexo la demanda) no puede pretender ser utilizado como un hecho de la demanda por no corresponder precisamente a una circunstancia fáctica, sino que su objeto (es para verificar hechos art. 226 CGP.), el objeto de un dictamen, es precisamente someter a juicios de valor las circunstancias, por lo que debemos precisar que: con relación al *dictamen de opinión* pericial no puede afirmarse que exista una verdad incontestable, por lo que el juez debe ser cauteloso para su aceptación, máxime que implica un juicio de valor acerca de su **contenido, idoneidad y conclusión** que propicia en función del tema que rinde. A él se



contrapone, como ya se dijo en la respuesta al hecho anterior, un peritaje de par del médico cirujano tratante que represento en este caso. Pues como se podrá demostrar ni hubo conducta omisiva alguna reprochable en cabeza de mi patrocinado, ni hubo conducta medica insegura, ni las condiciones de salud que ha presentado el paciente tienen relación causa efecto o consecuencia de mala práctica alguna. No obstante, se aclara que:

1 - La descripción de hallazgo de apéndice cecal a tensión es un dato directo de proceso inflamatorio apendicular. Se corrobora con cambios inflamatorios por reporte de patología.

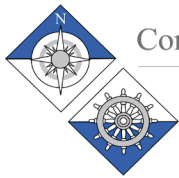
2- Los consentimientos quirúrgicos en la institución son diligenciados en físico (a mano) y no en el sistema, la información que se aporta en la demanda no recopila los documentos diligenciados según el direccionamiento institucional, de esta manera física o a mano, tambien se diligencian otros documentos como consentimientos informados de enfermería, record anestésico y lista de verificación y seguridad del paciente. El sistema de historia clínica de la Clínica es dinámica gerencial y está diseñado para generar los consentimientos de manera secuencial al generar cualquier orden de cirugía para un paciente en la institución. En el sistema, en cualquier nota o registro la firma electrónica del profesional aparece, por eso está firmado por el profesional, en físico firma el paciente.

3- Se describe la distensión segmentaria del intestino a nivel de su primera porción sin evidencia de lesión obstructiva para este segmento y sin evidencia de otras lesiones. Los hallazgos en la nota operatoria de la cirugía del apéndice son claros en describir que no se visualizan otras lesiones.

4- Las valoraciones clínicas, los hallazgos paraclínicos y el examen físico durante su evolución no describen una condición que amerite una intervención emergente, el estudio inicial de la tomografía enfoca a una patología específica (enfermedad inflamatoria intestinal) y las medidas terapéuticas tomadas por el grupo quirúrgico son consecuentes con ese resultado de la patología. pero en un lapso menor de 48 horas sin una lesión relevante o hallazgo patológico al examen se decide dentro de la evaluación sistemática y secuencial del paciente por parte del profesional en salud solicitar nuevamente un control imagenológico, que habitualmente no se hace de rutina, pero que ante sus manifestaciones clínicas hace parte de una buena praxis, y es precisamente ese resultado el que da la información suficiente para tomar una decisión quirúrgica. En todo caso deberá la parte actora probar con validez científica lo que alega.

14. Estas conclusiones muestran que hubo un error médico, el cual derivó en un manejo y procedimiento médico inadecuado y errado, por lo que el señor TOM tuvo que ser sometido de manera urgente a laparotomía exploratoria, las cuales le dejaron grandes cicatrices y derivaron en una posterior pérdida de capacidad laboral.

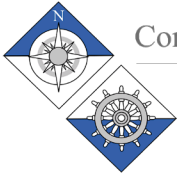
R/AL #14. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo y lugar), evidencia falta de técnica jurídica ya que lo que registra este supuesto hecho corresponde a una afirmación



subjetiva y sesgada de la parte actora que pretende utilizar una opinión médica en la que jamás establece que algún procedimiento fuera errado. Es de precisar que el *dictamen de parte* (rendido por el médico que acompaña como anexo la demanda) no puede pretender ser utilizado como un hecho de la demanda por no corresponder precisamente a una circunstancia fáctica, sino que su objeto (es para verificar hechos art. 226 CGP.), el objeto de un dictamen, es precisamente someter a juicios de valor las circunstancias, por lo que debemos precisar que: con relación al *dictamen de opinión* pericial no puede afirmarse que exista una verdad incontrastable, por lo que el juez debe ser cauteloso para su aceptación, máxime que implica un juicio de valor acerca de su **contenido, idoneidad y conclusión** que propicia en función del tema que rinde. A él se contrapone, como se podrá verificar en curso del juicio, peritaje de par del médico cirujano tratante que represento en este caso. Pues como se podrá demostrar ni hubo conducta omisiva alguna reprochable en cabeza de mi patrocinado ni hubo conducta medica insegura, ni las condiciones de salud que ha presentado el paciente tienen relación causa efecto o consecuencia de mala práctica alguna. No obstante, se aclara que:

La laparotomía no se considera un procedimiento médico inadecuado ni errado (esta última calificación ni siquiera la hace el médico perito), la laparotomía es una conducta quirúrgica consecuente con los hallazgos descritos en la segunda tomografía. El manejo médico que se da a los signos y síntomas son los adecuados para los signos y síntomas e información disponible en cada momento, la realización del procedimiento urgente permite evitar la progresión de una enfermedad de curso agudo obstructivo. Los hallazgos intraoperatorios son los que determinan las directrices y estrategias terapéuticas ante una patología de la cual no existe un diagnóstico posible de establecer en cirugía, ya que, para el momento de la cirugía no hay diagnóstico oncológico. Se procede a realizar una intervención reglada por la resección de un segmento visceral con sus márgenes de resección en consideración a lo mismo de no tener una patología previa oncológica diagnosticada y de existir una muy baja probabilidad de serlo. Es claro que el curso de enfermedad del paciente no es habitual desde todo punto de vista ya que no corresponde al grupo etario, epidemiológica y manifestaciones clínicas más frecuente en la población en general. Una cicatriz en la pared abdominal es consecuencia de un abordaje quirúrgico, todos los seres humanos tiene un proceso cicatricial diferente y depende de muchos factores que incluyen enfermedades de base, genética, ingesta de medicamentos, estado nutricional entre otros. La laparotomía exploratoria no es una cirugía estética, es una cirugía para control de una enfermedad abdominal y cuyo resultado en el paciente es claramente evidente por el control quirúrgico de una lesión tumoral intestinal. Un paciente con enfermedad tumoral no cicatriza bien, la enfermedad altera la función celular y su reparación. **En todo caso deberá probar lo que alega la parte actora con validez científica.**

15.. Cicatrización que podemos observar, y que se aportan en las pruebas:

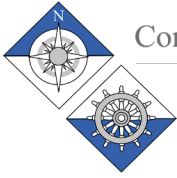


R/AL #15. Es cierto que podemos observar una cicatrización, **debemos precisar que** la cicatrización depende de condiciones previamente expuestas, para el caso, desde un momento previo a su egreso hospitalario se indica un plan de manejo y seguimiento ambulatorio para optimizar este proceso. A pesar de las estrategias, técnicas y opciones actuales las condiciones de cada paciente generan un tipo de cicatriz diferente. La patología abdominal que requiere abordaje quirúrgico siempre genera cicatrices y esto no conlleva una pérdida funcional, genera una incapacidad médica entre tanto el proceso de cicatrización se da de manera natural por el ser humano. Es la enfermedad tumoral la que establece el tiempo definitivo de incapacidad, tanto así, que como aportan los seguimientos ambulatorios el proceso granula (cicatriz) y tiene un tiempo establecido de seguimiento por su EPS.

16. Entonces, tenemos que mi poderdante quedó con cicatrices grandes y visibles en toda su piel, principalmente en toda la línea media abdominal, a lo que cotizó el día 05 de septiembre del 2023 cirugía estética, plástica y reconstructiva, a fin de reducir lo máximo dichas cicatrices, lo cual representa un daño emergente por **VEINTIOCHO MILLONES CUATROSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS (\$ 28'440. 625)** liquidados al momento de la presentación de la demanda.

R/AL #16. Nos consta que debe tener una cicatriz el demandante porque el manejo de un tumor obstructivo de sigmoides adecuado es un manejo quirúrgico, lo demás no nos consta y debemos precisar que la cicatriz secundaria a toda intervención quirúrgica no constituye un daño y mucho menos de carácter indemnizable. La cicatriz del abordaje quirúrgico está dirigida a la línea media del abdomen y la zona de los drenes y corresponde a toda la piel como se menciona. Esto corresponde a menor del 2% del área corporal total. En una condición específica el proceder del cirujano va de la mano de la resolución funcional de una patología tumoral digestiva y la evaluación de un cirujano plástico tiene un objetivo estético y no funcional. La satisfacción personal que busca, como en este caso, al someterse a una cirugía estética son del resorte personal (deseo) que no tienen ninguna relación con la responsabilidad civil profesional. En tanto que la conducta médica de cirujano tratante tenía una finalidad curativa del tratamiento adoptado como utilidad terapéutica y no cosmética, siendo el resultado de la cicatriz necesario de toda cirugía, aleatorio e imponderable en cuanto a su cicatrización, con mayor o menor estética. Lo cierto es que el resultado alcanzado con las cirugías practicadas por el cirujano Hernández se pueden catalogar de exitosas, las incisiones necesarias y en cuanto a la cicatrización: la propia del paciente.

17. Así las cosas, el día 11 de diciembre del 2023, el médico perito Dr. Juan Mauricio Rojas García, identificado con cédula 79625220, debidamente acreditado, realizó dictamen de pérdida de capacidad laboral a mi poderdante TOM, en el que concluyó una pérdida de capacidad laboral del 16,9% por deficiencias por desordenes de color y recto y por alteraciones de la piel, faneras cicatriz extensa abdominal, es decir, causada por los hechos dañosos imputables a médico Carlos y a la Clínica Somer.



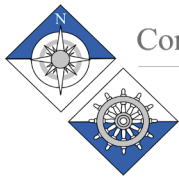
R/AL #17. No es cierto. Como se explicó al contestar el hecho anterior, al cual también nos remitimos para dar respuesta a este hecho. El resultado de la condición clínica del paciente es el tratamiento quirúrgico oncológico óptimo de una patología mortal que es el cáncer de colon. El paciente desiste de su seguimiento clínico, suspende plan de tratamiento oncológico requerido para mejorar su expectativa de vida y no cumple con los seguimientos indicados por parte del especialista. La cicatriz es la consecuencia natural de un abordaje para control de la enfermedad y desde el punto de vista clínico una cicatriz no genera pérdida funcional. Ahora, no tratarse y completar un tratamiento de una enfermedad tumoral si lo puede llevar a un escenario caótico y catastrófico por no seguir las indicaciones médicas. En todo caso deberá probar lo que alega la parte actora con validez científica.

18. Esta pérdida de capacidad laboral, el momento de la presentación de la solicitud de conciliación, generó un daño por lucro cesante a mi poderdante TOM de SESENTA Y DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y UN MIL CUARENTA Y DOS PESOS (\$ 62'191.042) liquidados al momento de la presentación de la demanda.

R/AL #18. No es un hecho. Por las razones expuestas y por proceder de manera consecuente con el curso clínico de la enfermedad, los hallazgos y manifestaciones clínicas que se fueron presentando a lo largo del curso de su enfermedad y hospitalización, y aun más, por el resultado de control quirúrgico no hay daño indemnizable por la atención médica, gracias a ella está trabajando hoy, a pesar de su falta de adherencia a las recomendaciones médicas. Insisto, **ya se precisó que no existe daño con carácter de indemnizable por el resultado alcanzado en la salud del paciente.**

19. Las visibles cicatrices han generado en mi poderdante TOM una profunda tristeza, coga, dolor y desazón a mi poderdante, ya que tiene un hijo que se encuentra en etapa de niñez y desde entonces no ha podido disfrutar de los hechos amenos tales como ir a piscina, o cualesquier acto que requiera quitarse la camisa por el tamaño de las cicatrices, lo cual se representa en un daño moral de 20 SMMMLV.

R/AL #19. No nos consta los efectos en la siquis del paciente que le haya ocasionado la cicatrización que presentó en su evolución de salud. Cada ser humano responde de manera diferente en sus emociones y no puede ser cuestionado por estar afligido o triste por una cicatriz, aunque también podría considerarse ser un hombre muy afortunado y feliz por tener una oportunidad de vida más luego de una cirugía adecuada para atender un adenocarcinoma presente en su intestino, y considerar que todo el esfuerzo profesional logró controlar quirúrgicamente una enfermedad que es mortal y que la cicatriz es la prueba de esa lucha del paciente ante su enfermedad. Pues es claro que de una u otra forma era una condición natural, propia del paciente, aún si se hubiese presentado de otra manera u otras manifestaciones clínicas, el manejo que tiene la enfermedad requiere el tratamiento en etapas y la cirugía es el pilar fundamental del manejo del cáncer de colon. Cabe recalcar que cada paciente puede cicatrizar diferente y hay pacientes que pueden



presentar queloides, independientemente del lugar o sitio operatorio y que aun la cirugía plástica estética no puede garantizar en 100% que estas cicatrices no se presenten.

20. Además de lo anterior, el hecho de no poder disfrutar con tranquilidad las cosas que hacen que la vida sea amena, tales como ir a un día de playa o estar sin camisa en su casa o en cualquier espacio, han representado una afectación a su dignidad humana básica, que se repesneto en un daño en la vida relación tasado en la suma de 15 SMMMLV.

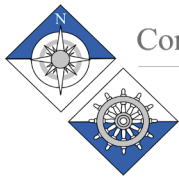
R/AL #20. No es cierto por lo ya explicado. Desde el punto de vista médico, la pared abdominal se encuentra cerrada, no presenta defectos ventrales y no condiciona una limitación funcional para sus actividades cotidianas. La forma como le afecte reiteramos, es una condición que solo cada ser humano va visualizar dependiente de su entorno y de sus apreciaciones. Pero la dignidad humana no se afecta al curar un cáncer, se da una oportunidad de vida.

21. Por último, a su esposa y mamá de su hijo, NATHALY PRETEL BETIN, y a su hijo EMILIO CHRISTIAN PEDOUSSAUT PRETEL, como se encuentra debidamente acreditado en las pruebas, toda esta situación dañosa ha generado profunda tristeza y dolor. Ha causado en ellos mucha desazón el hecho de ver a su esposo y padre pasar por tal situación, y más el hecho de tener que privarse tantos momentos amenos con él. Por lo que se tasa el daño moral en 15 SMMMLV tanto para su esposa y para su hijo.

R/AL #21. No nos conasta. Es de entender que durante el proceso todos nuestros seres queridos nos apoyan y sufren cada adversidad, así como deberían celebrar este triunfo de la vida.

22. La CLINICA SOMER el día 10 de julio del 2023, contestó petición en la que señaló que el cirujano Carlos Alberto Hernandez Rincón se encuentra vinculado contractualmente con la clínica a través de contrato de prestación de servicios, tal como leemos en su literalidad: *“Finalmente, para corroborar lo antes mencionado, en los anexos encontrara el Plan de Manejo y/o Formula Medica emitida por el doctor Carlos Alberto Hernández Rincón, Cirujano General y prestador de servicios de salud de la SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A, SOMER S.A. y médico tratante del Señor Tom Molloy Pedoussaut”*

R/AL #22. El doctor Carlos Alberto Hernandez Rincon es cirujano general egresado de la Universidad Nacional de Colombia con más de doce años de experiencia como especialista en el área, vinculado contractualmente como prestador de servicios con la Clinica Somer de Rionegro desde el 2018 y con la asignación de turnos mensuales. Cabe la pena recalcar que los pacientes son institucionales, los médicos no son tratantes exclusivos, hay un equipo de cirujanos en la institución con asignaciones de turnos similares para cada uno, el hecho de que por asignación lo operase en primera instancia y secuencial fue por su compromiso con el paciente, por su bienestar, por el lazo que se establece en la relación médico paciente y por la asignación correspondiente en cada turno. Como cirujanos realizan seguimiento clínico a cada paciente de manera organizada teniendo en



consideración que el control postoperatorio lo realizara con el especialista que realice la primera cirugía, así este profesional no realice las siguientes.

23. Del vínculo contractual entre la CLINICA SOMER y el cirujano Carlos Hernández se entiende que además del nexo contractual, que hay un provecho económico o beneficio para la CLÍNICA SOMER de la prestación de servicios profesionales del cirujano.

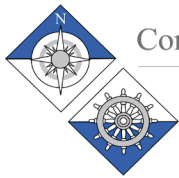
R/AL #23. Es un contrato de prestación de servicios desde el año 2018 vigente a la fecha y cumplió la normativa del mismo. Los provechos económicos derivan de la actividad que oferta la clínica por prestación del servicio de salud como es natural.

24. El día 12 de marzo del 2024 se llevó a cabo audiencia de conciliación prejudicial ante la Procuraduría General de la Nación en el que asistieron todas las partes convocadas, finalizando con constancia de no acuerdo conciliatorio, tal como se aporta en las pruebas.

R/AL #24. No hubo acuerdo conciliatorio por las razones previamente expuestas. Cómo podría haberlo si, en síntesis, el paciente ingresa a urgencias con las manifestaciones clínicas de una patología frecuente abdominal como la apendicitis aguda que requiere manejo quirúrgico. su evolución clínica no es favorable y reconsulta a urgencias con realización de estudios sin evidencia de complicaciones postoperatorias pero se decide vigilancia clínica, posteriormente con síntomas persistentes pero sin hallazgos clínicos relevantes se decide nuevo estudio que evidencia otra morbilidad obstructiva de un curso clínico no habitual que requiere intervención con resección intestinal y de manera diferida restitución intestinal con cierre de cavidad. el resultado final de patología establece una enfermedad tumoral con una muy buena resección quirúrgica y con unas condiciones histológicas que ameritan tratamiento oncológico adicional. el resultado a la fecha es un paciente vivo que supera un cáncer de colon en una edad muy temprana de la vida, que por decisión del paciente no completa seguimiento clínico ni tratamiento oncológico, y aun así, por la realización de dicho procedimiento está vivo y con buena probabilidad de sobrevivir si decide ser juicioso con ello. las cicatrices son el proceso normal de reparación de un requerimiento quirúrgico o abrasión de la piel, pero no conlleva más que una incapacidad médica en espera de completar su proceso de granulación. desde el punto de vista clínico no genera limitación funcional, no hay defectos anatómicos de pared ni otras complicaciones en su postquirúrgico. Lo derivado depende de su proceso de reparación de tejidos que es algo en lo cual cada ser humano es distinto.

TEORÍA DEL CASO

Sobre las consideraciones jurídicas invocadas como fundamento de la acción, y en los que pretenden edificar la Responsabilidad civil por la atención médica dada, se podrá constatar que el desafortunado evento idiosincrático, la cicatrización no estética, no fue consecuencia de una actividad o conducta de contenido culposo, generado por acción u



omisión en la atención médica brindada por el médico cirujano **CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN** ni los profesionales de la salud que le atendieron en la Clínica Somer S.A.

Frente a la afirmación de la parte actora de que ha habido negligencia y manejo inadecuado, basta contrastarla con la evidencia de los hechos consignados en la historia clínica para concluir que lo que se presentó es todo lo contrario, una adecuada atención que le recuperó la salud perdida del paciente. El daño que se presenta como injuria, no puede atribuírsele al acto médico, como a los galenos no se les puede atribuir la presencia de cáncer en el colon. Hacer atribución de responsabilidad por una cicatriz y las secuelas de un cáncer padecido denota temeridad o carencia de conocimientos. Estamos ante un vilipendio de los médicos y de su actividad galénica.

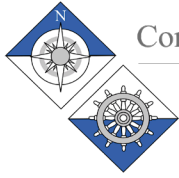
Es de no creer que se quiera atribuir a un médico “negligencia” por sufrir una cicatriz no estética. La doctrina foránea ha expresado: “[...] *es el enfermo quien con su salud quebrantada reclama imperiosa o necesaria asistencia y reclama que se ponga el riesgo médico en acción, riesgo este que por lo demás, es imprescindible para aventajar el estado de salud del paciente o para salvar la vida*”⁴.

Ahora bien, poner en funcionamiento el aparato judicial y buscar atribuir responsabilidad al médico tratante por los padecimientos propios de un cáncer como, solo para dar un ejemplo de lo que reclama el paciente, tener que soportar “obstrucciones del intestino”, es francamente inconcebible dado que la enfermedad y los padecimientos de esta es una circunstancia ajena al médico tratante y por el contrario, es a quien se consulta y se le autoriza el manejo quirúrgico por el propio paciente, tratamiento al que se somete para salvar su vida.

Los tres elementos en los que se debe fundar la responsabilidad medica no existen en este caso: El daño, que en la demanda dicen se encuentra probado, que ni siquiera está, es del tipo que produce la naturaleza, no ha sido producido por persona alguna, es la presencia de una enfermedad, de un cáncer que produce consecuencias “naturales” que el paciente que las padece las ve como una injuria, pero que no puede atribuirse a nadie sino a la naturaleza, la respuesta del cuerpo del paciente a la incisión autorizada que se le practicó es *idiosincrática*, nuevamente obra la naturaleza. Así que no hay daño susceptible de ser atribuido al médico tratante.

Como si esto fuera poco, se presentará la evaluación de un médico par que hace un análisis prospectivo según se presentaron los signos y síntomas y evita el análisis retraspectivo. Con lo cual se evidenciará la debida diligencia del médico cirujano y del servicio prestado en la Clínica.

⁴ Responsabilidad civil de los Médicos. Alberto Boures. Buenos Aires 1997.



Quedará por último evidente que no hay nexo causal entre la conducta de mi poderdante y el padecimiento por el cual reclama.

RESPUESTA FRENTE A LAS PRETENSIONES Y DECLARACIONES DE CONDENA

Nos oponemos a la prosperidad de las pretensiones de la parte actora, comenzando por la tendiente a que se declare la responsabilidad civil de mi poderdante, toda vez que las acusaciones contenidas en el escrito de demanda carecen de los fundamentos fácticos, jurídicos y técnico - científicos requeridos para que puedan surtir los efectos normativos que se pretenden con la presentación de la demanda. Por tanto, NO se estructura la responsabilidad atribuida a mi representado. Por lo anterior, solicito que se niegue lo pedido en la demanda y se condene a la parte actora al pago de costas y agencias en derecho. En el presente caso no se presentan los presupuestos esenciales para que surja o se pueda predicar el nacimiento de una obligación resarcitoria a cargo de mi defendido, el médico cirujano CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN, pues no se conformaron los elementos estructurales de la Responsabilidad Civil, siendo estos el daño antijurídico, la culpa, y nexo de causalidad establecida en nuestro régimen jurídico, ya que no hay conducta o culpa alguna atribuible a mi representado, ni tampoco el supuesto daño antijurídico alegado está asociado en forma alguna con una supuesta responsabilidad por parte del médico cirujano. No existiendo relación o nexo de causalidad entre algún actuar a cargo de la parte pasiva que represento y los daños y perjuicios alegados por la parte actora.

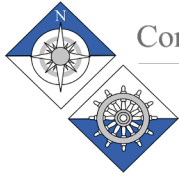
EXCEPCIONES DE FONDO

I RIESGO⁵ INHERENTE⁶ E INCULPABLE. LA PATOLOGIA DE BASE Y SU EVOLUCION.

Corte Suprema de Justicia Luis Armando Tolosa Villabona SC7110-2017 del 24 de mayo. Ante eventos de riesgo inherente el paciente debe soportar sus consecuencias. No hay daño indemnizable. Corte Suprema de Justicia Luis Armando Tolosa Villabona SC3272-2020 2007-00403-02 de septiembre 7 de 2020.

⁵ Riesgo: Proximidad de ocurrencia de un daño, o de un peligro, un accidente o contingencia. Contingencia o proximidad de un daño, peligro o riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal o situación en que aumenta la inminencia del daño. RAE. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

⁶ Inherente: que por su naturaleza esta de tal manera unido a algo que no se puede separar de ello. RAE.



La patología o la agravación del estado de salud como complicación, constituye un resultado desafortunado, entendido como daño anatómico médicamente hablando y este puede ser la muerte del paciente.

En el caso sub judice se tomaron todas las previsiones para que los eventos que pudieran afectar la salud del paciente no tuvieran ocurrencia, y los riesgos que lleguen a sobrevenir como propios se logren superar de manera satisfactoria. Sin que, por el hecho de materializarse, ello se traduzca en culpa médica, como lo sustenta la prueba en el caso sub judice.

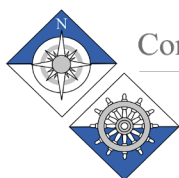
Los procedimientos terapéuticos implementados se cumplieron por parte del equipo médico dentro de las normas o cánones de atención es decir de forma adecuada, en la oportunidad posible y ajustada a los postulados de la *lex artis*.

Es necesario reconocer entonces que en la actividad medica todo tratamiento o terapéutica en mayor o menor grado de incidencia implica riesgo, y tal riesgo podrá ser de gran entidad como lesión o muerte o de mínima entidad. De allí que se pueda catalogar de **actividad de riesgo-beneficio**, calificación absolutamente distinta de actividades peligrosas como la conducción de vehículos en la que de igual manera puede sobrevenir un resultado indeseado como la muerte o lesión de un peatón, sin que por ello tal consecuencia se traduzca en una responsabilidad del conductor amén de que aparezca acreditado que el evento suscitado haya tenido ocurrencia dentro del margen de riesgo permitido, esto es dentro del rango de velocidad autorizada que constituiría la regla mínima de cuidado.

Destaquemos para el objeto de estudio que son las interacciones las riesgosas y no los resultados, con lo que se constata es la falta de situación típica, se tiene es la intención de un menor riesgo; no tiene sentido discutir el problema del resultado. De lo que se trata es de determinar si se está en el ámbito del riesgo permitido; de ser así no hay situación típica, y por consiguiente no tiene sentido entrar en la cuestión del resultado, son atípicos. Su actividad es permitida antes que se haya causado cualquier resultado independientemente de su causación y aquí se hace necesario destacar una sentencia de 12 de Noviembre de 1999, donde se advierte que el juicio de valor de la conducta se debe dar *ex ante* y *no ex post*. Igualmente una decisión del Consejo de Estado con relación a una demanda por falla del servicio médico donde se reconoce como situación de fuerza mayor la complicación sobreviniente.⁷

Por otra parte, se entiende por “*riesgo*” la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Ahondando en el examen del **acto médico propiamente dicho**, se trata de toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras, esto es a procurar curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de

⁷ Sentencia de agosto 24 de 1998 M.P. Jesús María Carrillo. Jurisprudencia y Doctrina pag 1618-19.



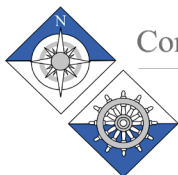
labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenirlo quirúrgicamente.

Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o **aquellas que se derivan del estado del paciente** o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerar del deber resarcitorio.

Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, amen que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencias más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasionen un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere ocurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada "*iatrogenia inculpable*", noción que también involucra el médico terapéutico y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.

Estas reflexiones resultan útiles en la comprensión del caso aquí debatido, ya que el Tratamiento, en un sentido amplio definido como la actividad del médico enderezada a curar, atemperar o mitigar la enfermedad padecida por el paciente (tratamiento terapéutico), o a preservar directa o indirectamente su salud (cuando asume un carácter preventivo o profiláctico), o a mejorar su aspecto estético. En el primero de esos aspectos, que es el que interesa al caso, el tratamiento asume un fin eminentemente curativo, entendido este no solo en el sentido de sanar al paciente, sino, también, dependiendo de las circunstancias del caso, el de impedir el agravamiento del mal, o el de hacerlo más llevadero, o mejorar sus condiciones de vida e, incluso, en el caso de enfermos terminales, mitigar sus padecimientos. Así las cosas, el facultativo se encuentra ante una ponderación de intereses en la que, atendiendo las reglas de la ciencia, debe prevalecer aquella



consideración que le brinde la mayor probabilidad de alcanzar la finalidad propuesta. Aquel goza de cierta discreción.⁸

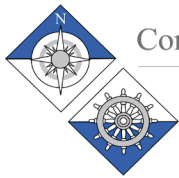
Como corolario se puede concluir que cualquiera sea la óptica con la que se pretenda examinar el caso en particular, no se puede llegar a reprobar jurídicamente la conducta adoptada por el médico cirujano en el tratamiento a su paciente, ya que las condiciones en que ingresa y su desenlace suscitado no puede ser estimado como un resultado dañoso, pues se presentó por las contingencias propias de la actividad desplegada como riesgo inherente de su patología de base y no por la causación voluntaria, siendo en tal condición irrelevante desde el punto de vista de la responsabilidad civil.

En medicina no solo se trata de procurar mejorar o curar, de atender un complejo proceso fisiológico o fisiopatológico, así como lo que encierra ello en la estructura mental o psíquica del paciente que influye en la apreciación del resultado. De ahí la sabiduría jurídica al advertir que la medicina, como ciencia, no es exacta. Y aunque está sometida al método científico, no podrá exigirse el cumplimiento del resultado deseado, pues, aunque un final favorable sea esperado por todos, incluido el galeno, el resultado es producto de una serie de condiciones y variables que no pueden ser totalmente controladas.

En el caso objeto de análisis se tiene que se da un resultado, esto es, la extracción del tejido afectado con cáncer sufrido por el paciente, la cicatriz no estética y las consecuencias del padecimiento del cáncer se presentan pese a que se actuó adecuadamente conforme los cánones médicos, o también llamada la *lex artis* o norma de atención aceptada. Luego, lo acaecido en este caso como riesgo inherente reconocido por la literatura científica, por el hecho de que se presente, pese a su buena práctica médica el resultado acontecido no constituye una responsabilidad civil, mucho menos si son consecuencias de la enfermedad que se padece.

El tratamiento terapéutico implementado se cumplió dentro de las normas o cánones de atención, es decir, de forma adecuada, en la oportunidad posible, y ajustada a los postulados de la *lex artis*. Ahora bien, no obstante, la cicatriz no estética del paciente constituye un resultado desafortunado entendido como daño médicamente hablando, y este puede ser incluso la muerte del paciente, sin embargo, como bien lo señala el connotado profesor E. RAUL ZAFFARONI: ***“Cuando se requiere una intervención quirúrgica terapéutica se presupone que hay un daño en el cuerpo o en la salud, o por lo menos una inminente amenaza de daño que la intervención tiende a neutralizar. Si se logra efectivamente dicha neutralización, aunque no se obtenga un restablecimiento total de la salud o de la integridad física, pero se obtenga su conservación o mejoría, puede considerarse que se trata de un resultado positivo. Igualmente, cuando se hace necesario mutilar un órgano o miembro, es porque se halla dañado, y no es la intervención quirúrgica la que daña, sino la que circunscribe el mal por el único procedimiento técnico que resta. Lo mismo cuando debe***

⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACION CIVIL PEDRO CTAVIO MUNAR CADENA 26 de noviembre de 2010 REF:EXPEDIENTE No. 11001 3103 013 1999 08667 01



quitarse un órgano para que otro funciones adecuadamente, el daño en el cuerpo o la perturbación de la salud ya existen y **la intervención persigue el fin de evitar su mayores consecuencias dañosas.**⁹ Y concluye “la afirmación de la obligación asumida por el médico en la atención al enfermo es de medios y no de resultados, reiterada en nuestra jurisprudencia es certera, pero la mera desatención de los “medios “no es suficiente para configurar una conducta típica culposa al no mediar un “resultado negativo” del que la conducta haya sido determinante”.

II AUSENCIA DE CULPA Y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

El médico cirujano no incurrió en error de conducta ni en omisión profesional. Consecuentemente formulo como excepción la inexistencia de relación de causa a efecto entre los actos de carácter profesional medico brindados durante toda la atención médica y el daño que pretende la parte actora endilgarle al médico sin reparar que la causa es la naturaleza.

Siendo la ciencia médica, un ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.¹⁰

Pues recordemos que la conducta que se implementa al ir precedida de un juicio de valor, no puede hacerle exigible la infalibilidad, dado el grado de discrecionalidad que tienen los profesionales en la elección de los diferentes medios conocidos por la ciencia médica. El medico dado el criterio de **discrecionalidad científica** debe gozar de plena libertad para elegir el tratamiento correcto emprendiendo las iniciativas que estime correctas. Someter tal conducta al posterior control judicial para determinar si cumplió o no, comprobar si hubo o no culpa, expone la actividad medica al riesgo de coartar la libre elección e iniciativa del profesional.

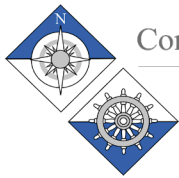
Al respecto la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA ha indicado¹¹: “[...] el facultativo se encuentra ante una ponderación de intereses en la que, atendiendo las reglas de la ciencia, debe prevalecer aquella consideración que le brinde la mayor probabilidad de alcanzar la finalidad propuesta. Aquel goza de cierta discreción”.

No se puede caer en el error de razonar en el sentido de que, si el resultado de la intervención médica es incompatible con las consecuencias que se esperaban llegaran a producirse, ello haya sido porque el medico no haya actuado con una conducta profesional

⁹ Teoría del Delito. Eugenio Raul Zaffaroni pag. 413, 414.

¹⁰ Gonzalez Moran, La responsabilidad civil del médico pag 96

¹¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACION CIVIL PEDRO CTAVIO MUNAR CADENA 26 de noviembre de 2010 REF: EXPEDIENTE No. 11001 3103 013 1999 08667 01



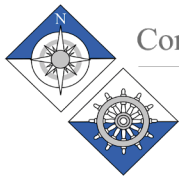
diligente. O dicho de otra manera si el resultado no es el que tenía que haberse producido, no es posible que el médico no haya incurrido en culpa. Razonamiento gráficamente tentador, sin embargo, existe por lo menos el riesgo de que al razonar así se incurra en lo que la jurisprudencia viene considerando, a otros efectos, hacer supuesto de la cuestión, es decir convertir en premisa lo que es una simple hipótesis. Ello sería incurrir en una forma de tautología. Así, quiere decir que el razonamiento basado en el *resultado desproporcionado* tiene el inconveniente de que si quien aplica el adjetivo desproporcionado es un profano en Medicina, es evidente el riesgo de entender que lo (desproporcionado) algo que, acaso, desde el punto de vista de la ciencia médica no lo sea en absoluto. Lo que significa esto es, que afirmar un jurista (y por tanto profano en medicina) que el resultado de una actuación médica es desproporcionado significa realizar un juicio de valor en el que el elemento de comparación (aquello respecto de lo cual se predica la falta de proporción) no es realmente conocido por parte de quien lleva a cabo tal juicio de valor.

Dicho de otro modo, quizá no sea muy cabal que quien valora desde el punto de vista jurídico una actuación médica, se deje llevar por la idea que él tenga (partimos de la hipótesis de que no se trata de un conocedor de Medicina) acerca de lo que es proporcionado; y por ello, desproporcionado.

En cita de derecho comparado del catedrático Ricardo De Ángel Yagüez al prologar al tratadista Carlos I. Jaramillo¹² pone de manifiesto la incongruencia que constituye sustraer la actividad médica a la *teoría del riesgo*, siendo así que este último *el riesgo es una de las características de la práctica de los actos médicos*, y al destacar la jurisprudencia española señala *“la singularidad del objeto de actuación de la Medicina, la persona como organismo vivo sujeto a reacciones y sensibilidades imprevisibles en el estado actual de la ciencia médica”*. Expresión a la que se suele unir la observación de que el resultado, entendido como curación del paciente, es *“de impredecible previsión hasta por el enigma somático o reacción fisiológica del enfermo”*

En el alcance del sustento de la demanda se observa que el actor pretende edificar una culpa y una consecuencia indemnizatoria sin importar su origen, esquema jurídico propio de las responsabilidades objetivas dentro del marco de las actividades peligrosas, circunstancia que no puede ser de recibo en el presente caso, máxime que la actividad medica constituye un concepto tridimensional que entremezcla, **la técnica, la ética y el derecho**. En este sentido la Corte Suprema preciso que *“ ciertamente, el acto médico quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, pero este, al contrario lo que sucede con la mayoría de las conductas que la jurisprudencia ha asignado como actividades peligrosas en consideración al potencial riesgo que generan y al estado de indefensión en que se colocan los asociados, tienen fundamentos éticos, científicos, de solidaridad que lo justifican y lo proponen*

¹² La Culpa y la Carga de la Prueba en el campo de la Responsabilidad Medica. Ed. Ibañez. Javeriana Bogotá. Carlos Ignacio Jaramillo J. pag. 31 ed. 20



ontológica y razonablemente necesaria para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina, no solo por el principio de solidaridad social como deber ciudadano impone la Constitución, sino particularmente “por las implicaciones humanísticas que le son inherentes al ejercicio de la medicina”¹³

El estado de la paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica; así, un marcado deterioro del estado de la salud puede incrementar el riesgo anestésico y quirúrgico, o el suministro de ciertos fármacos puede ocasionar en el enfermo reacciones inesperadas alérgicas, tóxicas, *idiosincrásicas* etc., que en la actualidad no es posible evitar con los recursos que la ciencia y la técnica médica ofrecen, como tampoco paliar algunos de sus efectos.

Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasionen un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere ocurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suele concluir que la llamada “*iatrogenia inculpable*”, noción que también involucra el médico terapéutico y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.

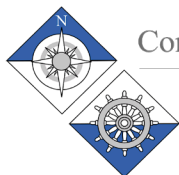
Basta concluir que cuando se habla de riesgo médico o alea terapéutica si se quiere, se hace referencia a “*todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible*”. El alea es también definido como “*ligado a un peligro, medible en general estadísticamente pero no previsible de manera individual, de un acto médico o paramédico susceptible de causar un daño independientemente de todo estado patológico individual*.” Los que en todo caso deben ser soportados por el paciente.¹⁴

Finalmente, continuando con el planteamiento realizado en las excepciones anteriores y fundamentado en los hechos y contestación, no otra cosa se puede predicar como conclusión que NO EXISTE RELACION DE CAUSALIDAD entre la conducta del galeno y el evento de la patología de base y evolución que presentara el paciente, que nos lleve a hacer la imputación Jurídica. Tampoco se puede predicar relación de causalidad entre la labor que cumplió el equipo médico y el desenlace que hoy el paciente le parece injusto soportar por lo que tampoco se puede hacer imputación jurídica en cabeza del médico.

Como ingrediente de la conducta médica no se vislumbra en ningún momento que este haya incurrido en alguna modalidad culposa, por el contrario como lo advertíamos en otro

¹³ Sentencia de Enero 30 de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez

¹⁴ 15Cita de derecho comparado que trae el texto de Mónica Lucía Fernández, La Responsabilidad Médica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pág 383.



aparte de esta contestación ha sido diligente y cuidadoso. No se configura la culpa en ninguna de sus formas. No hubo impericia, ya que al equipo médico, lo respalda una vasta experiencia en el área aplicable al caso, también su idoneidad aparece comprobada por los diversos estudios de carácter médico científico realizados hasta la fecha.

No hubo negligencia de parte del médico cirujano, ya que aplicó los conocimientos médicos científicos indicados y lo hizo en forma adecuada y oportuna, sin que se hubiera dado en ningún momento un descuido u omisión. Y mucho menos se dio Imprudencia, pues dispuso de los medios adecuados para la consecución de su fin. Si por darse un resultado indeseado, no obstante el esfuerzo, la diligencia, el cuidado y la prudencia prestada, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele.

III INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY.

La excepción propuesta se fundamenta en el **artículo 13 del Decreto 3380 de 1981** cuyo contenido es el siguiente:

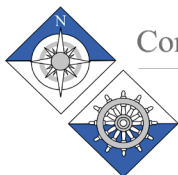
“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.”

En el caso subjudice los actos del médico cirujano, la incisión se realizó según la ley artix y con el consentimiento del paciente, además como lo anota el Consejero de Estado Alier Hernández *“los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda en mayor o menor grado, inciden por si mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos.”* Y la Sala toma para si los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres : *“creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad medica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo”*¹⁵

Los riesgos materializados en el paciente corresponden a lo que la doctrina denomina **alea terapéutica**¹⁶ que corresponde definir como *“la parte de incertidumbre inherente a toda intervención quirúrgica o a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las*

¹⁵ Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, Ob. citada. Pag 340

¹⁶ El alea en el campo medico es sinónimo de riesgo.



reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el procedimiento médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia.”¹⁷

Alea terapéutica también definido como “la parte del riesgo que comporta inevitablemente un tratamiento médico o farmacéutico legítimo y correctamente llevado a cabo y cuya realización entraña la no cura o efectos indeseables, o como “la constatación de la impotencia de la intervención médica de cara a un riesgo no controlable en el estado actual de la ciencia a la época de la asistencia. Se trata incluso de un cierto modo, del sobrevenir de un caso fortuito que normalmente exonera de responsabilidad.”¹⁸.

IV LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO EL MÉDICO CIRUJANO.

Es criterio definido tanto por la doctrina, la jurisprudencia como la ley que las obligaciones de la actividad medica son obligaciones de medio. La ley 1438 del 19 de enero 2011, en su artículo 104, modificadorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.¹⁹

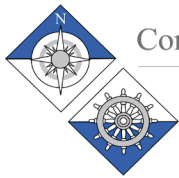
En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por el equipo de salud son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado al practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la

¹⁷ Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 380. La definición corresponde a aquella adoptada en Francia por la Sociedad Hospitalaria.

¹⁸ Esta definición como fruto de la manifestación que hiciera la Casación en el fallo Tourneur del 8 de noviembre de 2000, en el cual propuso añadir el alea terapéutica como causa exoneratoria de la responsabilidad. Esta alea presenta casi los aspectos de la fuerza mayor (imprevisibilidad en su ocurrencia, irresistibleidad en sus efectos, pero al contrario de ella, no es exterior al demandado) ahora bien, la fuerza mayor constituye un caso de exoneración en materia de responsabilidad sin culpa.

¹⁹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez



ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento. Para el momento que fue tratado el paciente por el equipo médico se procuraba por este precisamente implementar unos medios que le permitieran sortear la enfermedad que se manifestara en ese momento, requiriendo para enfrentarla el practicar los respectivos procedimientos indicados dentro de las expectativas de conducta profesional.

Bástenos traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico:

"... Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad" (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente Il.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros)

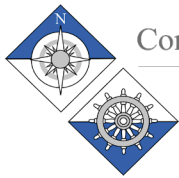
En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.²⁰

V EXONERACIÓN POR ESTAR PROBADO QUE EL EQUIPO MEDICO EMPLEÓ LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO.

Por cuanto el objeto de la obligación del equipo médico en general, se desarrolló dentro de los lineamientos que la técnica médica espera, acepta y recomienda como tratamiento para el cuadro que evidencio en ese instante el paciente, en el estadio y con la evidencia puesta de presente. El paciente fue atendido por profesionales médicos idóneos, calificados y de forma diligente y oportuna.

La labor de los profesionales de la salud se desarrolló dentro de lineamientos esperados. Debemos destacar que la medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas los resultados de éstos procedimientos médicos podrán ser esperables, pero nunca predecibles, ya que ningún cirujano por más experto y hábil que sea puede garantizar previo a la intervención o al tratamiento un resultado ciento por ciento satisfactorio ya que en el mismo tratamiento se pueden presentar situaciones inherentes a las características individuales del paciente ó idiosincrasia, y que pese a haber implementado en su oportunidad el tratamiento reconocido y aceptado y basado en evidencia, no significa que eventualmente se presenten circunstancias de caso fortuito que

²⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.



constituyen un hecho imprevisible, y que aun siendo previsible resulta inevitable e irresistible.

VI CRITERIO JURÍDICO APLICABLE DE CULPA PROBADA Y CARGA DE LA PRUEBA A CARGO DEL ACTOR

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*²¹, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos de la CLINICA como en este caso por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar al paciente.

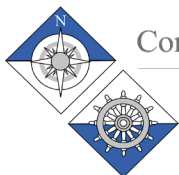
Si bien es cierto, la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio medico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien lo señalo la Corte²² que *“el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado”*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga, recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa del galeno; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo

²¹ Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica: Mario Fernando Parra Guzmán. Ed. doctrina y ley. 2004

“es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad.” pag. 45

²² Sentencia de Casación exp. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.



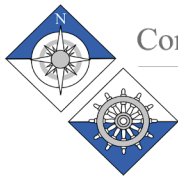
pasado²³ se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la *lex artis*, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en caso de cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido el tratadista y exmagistrado de la Corte Javier Tamayo Jaramillo expreso *“tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en si mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el aleas de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado”*.²⁴ En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general, propugna la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

Las ciencias sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa al médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Podemos afirmar que las presunciones de culpa o las facilitaciones de prueba de nexo de causalidad, a la postre, como lo pudo evidenciar el propio Consejo de Estado, y de ahí los cambios jurisprudenciales, son aplicación de *responsabilidad objetiva*. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

²³ Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad medica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 exp. 5507 Jose Fernando Ramírez Gómez. Pag. 25.

²⁴ Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.



VII INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONOMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamento factico, jurídico que establezcan la existencia de un daño antijuridico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a quien represento.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia colombiana invocando el tenor literal del artículo 167 del Código General del Proceso es directa en afirmar que : **el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.** Cual reflejo de lo acontecido en el derecho francés de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando se cumple con la carga que impone dicho artículo.

De tal suerte que sea cual sea la naturaleza de los perjuicios reclamados, estos deberán ser acreditados al despacho dentro del proceso, mediante los medios probatorios que se recauden a través de la actuación, a propósito de lo cual debe señalar el suscrito apoderado, que **la sustentación de los perjuicios materiales contiene error** dado que parten de supuestos daños indemnizables que se probarán no pueden ser atribuidos a mi poderdante.

VIII LA INNOMINADA

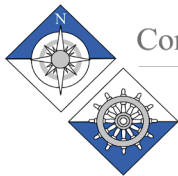
Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho en favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

PRUEBAS

Solicitamos al Señor Juez que sean decretadas y tenidas como tales y/o practicadas las siguientes pruebas:

I DOCUMENTALES

1. El Poder para actuar, que obra en el expediente por presentación de mi poderdante al despacho desde su dirección de correo electrónico
2. Historia clínica de la Clínica Somer S.A. de la atención brindada, obrante en el proceso.



II INTERROGATORIO DE PARTE

A efecto de controvertir los hechos de la demanda y de contestación, y para que declaren acerca de lo que les conste acerca de los mismos, e igualmente ilustren al Despacho acerca del tema objeto de prueba, solicito se sirva citar a: **Los demandantes y los codemandados** (CONFORME LO PERMITE EL ARTICULO 191 DEL CGP)

Objeto de la Prueba: interrogatorio a los demandantes para que en audiencia confiesen respecto de las excepciones de mérito presentadas como medios de defensa a los hechos narrados en la demanda y a los codemandados para que con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en el servicio médico depongan sobre lo que conozcan acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de esta.

III RESPECTO A LOS DICTÁMENES PERICIALES APORTADOS CON LA DEMANDA.

1. Con el fin de dar contradicción a la prueba pericial, “dictamen de determinación de origen y pérdida de capacidad laboral y ocupacional” solicito conforme el artículo 228 del CGP, se cite al Dr. **JUAN MAURICIO ROJAS GARCÍA**, para que, en audiencia, la parte que represento proceda a ejercer la contradicción de dicho dictamen.
2. Con el fin de dar contradicción a la prueba pericial de CENDES (Universidad CES), “dictamen médico pericial / Caso Tom Molloy Pedoussaut” solicito conforme el artículo 228 del CGP, se reciba el dictamen médico de contradicción que presento, realizado por el doctor Dr. **JUSTY ROMERO ORTIZ, PERITO MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**, el doctor Justy Romero Ortiz está listo a comparecer para sustentarlo.

PETICIONES

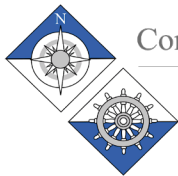
Respetuosamente solicito al señor juez, acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA. Tenga por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de **CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN**.

SEGUNDA. Acceda al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA. Declare probadas las EXCEPCIONES DE MÉRITO presentadas.

CUARTA. Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, y en consecuencia a ellas profiera sentencia de fondo, inobjetable en su sentido de justicia, en la que se Nieguen la totalidad de las pretensiones presentadas por la parte demandante y se le condene en costas.



NOTIFICACIONES

El Dr. **CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN**, en el correo electrónico cahr26051980@gmail.com y en el celular Tel 3016941738

El suscrito apoderado **ALFREDO AZUERO HOLGUÍN** en el correo electrónico alfredo.azuero@conava.net y en el celular Tel 311 6352526


Alfredo Azuero Holguín

T.P.: 73.328 del C.S. de la J.

Correo electrónico: alfredo.azuero@conava.net | alfredoah@azuero.co



SR:

JUEZ/A CIVIL MUNICIPAL DE RIONEGRO (REPARTO ESD.

REFERENCIA: DEMANDA VERBAL DECLARATIVA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEMANDANTES: TOM MOLLOY PEDOUSSAUT, NATHALY PRETELT BETIN, Y, EMILIO CHRISTIAN PEDOUSSAUT PRETELT. DEMANDADOS: CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ RINCÓN Y CLÍNICA SOMER.

Asunto: **DICTAMEN MÉDICO CIENTÍFICO CIRUGÍA GENERAL** De: MD. Dr. JUSTY ROMERO ORTIZ PERITO MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

Respetado señor Juez:

Remito para su conocimiento opinión pericial solicitada por el abogado del demandado doctor Carlos Alberto Hernández Rincón. Ante su Despacho presento respuesta al cuestionario que se me ha puesto de presente en calidad de perito especialista, con soporte en mis conocimientos, experticia y basado en la revisión de la historia clínica del paciente TOM MOLLOY PEDOUSSAUT, identificado con Cédula de extranjería No 769443, de manera académica e independiente, explico con base en las razones técnicas, de idoneidad y experiencia que sustentan cada una de las afirmaciones. Presento concepto según las siguientes metodologías, materiales y calidades:

DATOS DEL PERITO

Tal como está consignado en mi *curriculum vitae*, que se anexa al presente escrito, mi nombre es Justy Romero Ortiz, nacido en Barranquilla, Atlántico, el 07 de Abril de 1962, de estado civil casado, identificado con la cédula de ciudadanía número 8633520 expedida en Sabanalarga (Atlántico), médico con especialidad en *Cirugía General* 1998 UNICAUCA, con registro médico 18530 y Tarjeta profesional 8633520 del Ministerio de salud Nacional de Colombia con registro acreditado en la Red de Talento Humano en Salud como Médico especialista CIRUGÍA GENERAL, Miembro de la Asociación Colombiana de Cirugía. Docente universitario desde hace más de 25 años en el área de medicina, como coordinador de la cátedra de cirugía para las universidades Santiago de Cali y San Martín. Localizable en la Calle 10 # 22 A 700 Yumbo- Valle del Cauca, en el celular: 3166256437 y en el correo electrónico: romerojusty@hotmail.com.

ACREDITACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

Como ya lo manifesté, soy médico de la Universidad del Cauca, especialista en *Cirugía General*, con experiencia de más de 24 años, por lo que tengo la capacidad técnica suficiente para rendir el dictamen solicitado, para lo cual adjunto mi hoja de vida con sus respectivos soportes acreditan idoneidad (títulos académicos) y los documentos que certifican la respectiva experiencia profesional. No estoy incurso en ninguna investigación por faltas contra la ética médica.

METODOLOGÍA

Con soporte en historia clínica, y basado en mi experiencia, en la Lex Artis, protocolos de manejo de las condiciones propias del caso particular y conceptos avalados por la literatura científica, resolveré el siguiente cuestionario.

Los fundamentos del dictamen son verificables con base en la historia clínica del paciente TOM MOLLOY PEDOUSSAUT. Los exámenes, métodos, e investigaciones efectuadas para este dictamen no son diferentes respecto de los utilizados en peritajes o conceptos rendidos con anterioridad y que versan sobre la misma materia y que utilizo en mi ejercicio profesional.

OBJETO DEL PRESENTE DICTAMEN

El presente dictamen pericial es único en tanto se refiere por primera vez a los hechos registrados en la historia clínica puesta de presente para la demanda, parto desde el conocimiento científico y la experiencia para responder preguntas de la atención médica asistencial, de diagnóstico y tratamiento realizado a la paciente TOM MOLLOY PEDOUSSAUT

MATERIAL DOCUMENTAL PUESTO A DISPOSICIÓN DEL PERITO

- 1.Traslado de la Demanda y anexos
- 2.Historia clínica
- 3.Cuestionario pericial.

FORMA

Respondo por escrito, atendiendo los cuestionamientos presentados en el orden dispuesto por la parte solicitante, citando de la bibliografía científica con la que se soportan los argumentos .

JURAMENTO

Expreso bajo juramento que no me encuentro impedido por vínculo con los demandantes, demandados y/o sus representantes; prometo idoneidad, ética e independencia, por contar con los conocimientos necesarios para rendir el presente dictamen, correspondiendo a mi convicción profesional como CIRUJANO GENERAL, Además, no me encuentro incurso en las causales contenidas en el artículo 50 del CGP, en lo pertinente.

DISPONIBILIDAD

Manifiesto disponibilidad para ratificar su contenido ante la autoridad judicial. En caso de requerírsele solicito se considere hacerse preferiblemente de manera virtual, utilizando tecnologías modernas verificables de las comunicaciones.

CALIDADES ANTERIORES

1. Sin publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, realizadas en los últimos diez (10) años.

Casos en los que he sido designado como perito en la elaboración de un dictamen pericial en materia de CIRUGÍA GENERAL en los últimos cinco (5) años:

1.1.Proceso penal por lesiones culposas de José Alberto Ramírez Chavarría contra el Dr. Mauricio Recio González ante el juzgado 3 Penal Municipal de Tuluá. Rad. 76-834-4009-003-2017-00283-00 Peritaje en Cirugía General.

1.2.Acción de Reparación Directa Juez Cuarto Administrativo del Circuito de Pereira.

Demandantes: Blanca Nidia Quintero y otros Demandados: ESE Hospital Santa Mónica y otro más Rad. - 66001-33-33-004-2021-00002-00 .

1.3 Proceso Civil paciente Gildardo Aguirre Rodríguez Vs Dr. Andrés Humberto Vargas. Juzgado Primero Civil del circuito Tuluá. Rad: 2021 00076

1.4. Proceso Civil Nilda Nubia Bejarano. DI 31140748. Demandado Dr. John Jairo Valencia Cirujano General. Palmira Valle. Juzgado 3ro Civil del Circuito Palmira. Valle.

1.5. Proceso Civil 2019-00025 paciente Cesar Humberto Téllez García vs. Javier José Charris Escamilla Cirujano General. Juzgado 4 civil del Circuito de Ibagué.

1.6 Peritaje Proceso de responsabilidad civil Radicado: 760013103005-2022-00054-00 Juzgado 5 civil del circuito Oralidad de Cali. Demandante Familia del paciente Luis Alfonso Lora Pinzón

1.7 Proceso civil 2021- 00068 paciente Martha Mercedes Meneses Molano vs Clínica la Estancia y EPS Sanitas s.a. Juzgado 4 civil circuito Popayán.

1.8. Juzgado Administrativo del Circuito de Barrancabermeja. Proceso: Demanda Administrativa de reparación directa. Demandantes: Arelis Soroca Cordobés, Wilson Arias Lima y otros. Demandados: Hospital Regional del Magdalena Medio NIT 900.136.865-3.

1.9. Juzgado (2) Civil del Circuito de Cali E. S. D. Referencia: Proceso Responsabilidad Médica. Demandante: Sebastiana Esperanza Quiñonez y O. Demandado: Ricardo Montenegro Orozco, Grupo operador clínico hospitalario por outsourcing S.A.S. "G ocho S.A.S." . 900.612.531 y otros. Radicación 202000208.

2.Esta información la complementaré en el momento que se me requiera para sustentación, o aclaración y en tanto se me pongan de presente los nombres de las partes de los cuales anticipo, no reconozco relación, cercanía, interés, contratos o labores.

3.Declaración sobre designación como perito en procesos anteriores.

En consonancia con la declaración anterior, manifiesto que los dictámenes periciales en lo que participé lo fueron a instancias del Dr. Harold Aristizábal Marín, con excepción del caso de la ciudad de Popayán por el Grupo ocho SAS y el caso Nilda Nubia Bejarano solicitud directa del médico demandado Dr. JJ Valencia. No he sido designado en procesos anteriores o en curso por ninguno de los demás apoderados de las partes.

Declaración sobre los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones que se han utilizado en el peritaje.

Declaro que los métodos, exámenes e investigaciones efectuados para rendir el presente peritaje, es el mismo que he utilizado en los casos relacionados, en la medida en que, tomando como punto de partida la historia clínica que me fue remitida, analizo la actuación

médica, contrastándola con las guías y protocolos y con la *lex artis* médica, así como con la experiencia común y la técnica que se emplea en la atención médica de las distintas instituciones prestadoras de salud respecto de situaciones como las que acontecieron con este paciente.

CUESTIONARIO

1. Indique si la atención médica y quirúrgica que le suministro el Dr. Hernandez al señor Tom Molloy el día 03.06.2021 está ajustada a la LEX ARTIX ad hoc y por qué?

El caso en mención se refiere a un ciudadano de nombre TOM MOLLOY PEDOUSSAUT de 33 años de edad, identificado con cedula de extranjería 769443 cuya primera consulta al servicio de urgencias de la clínica SOMER de Rionegro se documenta el día 03.06.21 14:26 (FOLIO 1) por un cuadro clínico de dolor abdominal altamente sospechoso de origen apendicular impresión diagnóstica inicial del médico general de urgencias Dr Francisco Ubina Endo RM 1010190946 y después corroborada por el médico especialista en cirugía general Dr. Carlos Alberto Hernandez Rincón RM 95060303, quien escribe en su análisis: " PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO LOCALIZADO EN FOSA ILIACA DERECHA, TAQUICÁRDICO Y CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE APENDICITIS SE INDICA MANEJO QUIRÚRGICO. SE ACLARAN DUDAS"

Decide llevar a cirugía y practicar apendicectomía laparoscópica la cual practica sin complicaciones. La descripción de la nota operatoria es técnicamente completa y coherente y corresponde a una cirugía practicada por el profesional idóneo en estos procedimientos que es el médico especialista en cirugía general. Teniendo en cuenta que el diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico y ante la presencia de signos francos de irritación peritoneal la decisión de cirugía urgente la considero apropiada.

2. Sirvase indicar si la decisión quirúrgica adoptada el 08.06.2021 por el Dr Carlos Alberto Hernandez Rincón fue pertinente y oportuna frente al paciente?

La decisión de la segunda cirugía sobreviene después de un reingreso del paciente al servicio de urgencias de la misma IPS FOLIO 13. 03:27. Anotación de la Dra. Natalia Cardona López Md general de Urgencias RM 1041326288 registra en su análisis después de examinar a el paciente TOM MOLLOY: "Paciente en su cuarta década de la vida, POP de apendicetomía hace 3 días, reconsulta por cuadro de 5 día de evolución de paro de flatos y fecales asociado a dolor y distensión abdominal, sin mejoría con medicación oral, ahora con exacerbación del dolor, al examen físico abdomen distendido, doloroso a la palpación, heridas limpias sin signos de infección, mc burney no doloroso, Blumberg negativo, dunphy negativo, rovsing negativo, murphy negativo, golpe talon negativo. Sin irritación peritoneal, radiografía de abdomen niveles hidroaereos con ausencia de gas distal. Paciente con obstrucción intestinal secundaria se indica manejo medico con analgesico IV, SNG a libre draneje , NVO, LEV y valoración por cirugía general"

VALORACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL (Folio 16 06.06.21 6:50) Dr. Carlos Alberto Hernandez Rincón: " PACIENTE POSTQUIRURGICO TEMPRANO DE APENDICECTOMIA CON HALLAZGOS DESCRITOS EN NOTA OPERATORIA, ACTUALMENTE CON DOLOR ABDOMINAL, CON CAMBIOS EN EL HABITO INTESTINAL, SINTOMAS REFERIDOS DESDE SU CONSULTA PREVIA, ACTUALMENTE SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EN ESPERA DE REPORTE DE PERFIL BIOQUIMICO. SE SOLICITA ESTUDIO TOMOGRAFICO PARA ENFOQUE DIAGNOSTICO. SE EXPLICA AMPLIAMENTE AL PACIENTE"

Nueva valoración *Dr. Hernandez Rincón* (Folio 21 06.06.21) Revisión con reporte de estudios complementarios TAC contrastada conclusión : "Dilatación del colon descrito predominando en la región cecal con signos de megacolon tóxico sin signos de peritonitis actual o perforación. Cambios inflamatorios de colitis y enteritis con áreas de reemplazo graso de las paredes como se describió que se describe en inflamación crónica a considerar enfermedad inflamatoria intestinal con compromiso de la región anal"

Análisis *Dr. Carlos Alberto Hernandez Rincón* : " PACIENTE POSTQUIRURGICO TEMPRANO DE APENDICECTOMIA NO COMPLICADA, HISTORIA DE LARGA DATA AL REINTORROGATORIO DE SINTOMAS DIGESTIVOS RECURRENTES Y CAMBIOS EN EL HABITO INTESTINAL, NO CURSA CON VARIABLES DE SIRS, NO TIENE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL Y LA TOMOGRAFIA ENFOCA A PATOLOGIA INFLAMATORIA INTESTINAL (ENF. CROHN vs COLITIS ULCERATIVA) EN EL MOMENTO SIN HALLAZGOS QUE SUGIERAN CONTEXTO DEMEGACOLON TOXICO, CURSA CON MARCADA DILATACION PANCOLONICA PERO SIN ABDOMEN AGUDO NI CONTEXTO SEPTICO, DADO LA SOSPECHA DE MORBILIDAD INFLAMATORIA INTESTINAL AMERITA ESQUEMA TERAPEUTICO DIRIGIDO. REQUIERE APOYO NTERDISCIPLINARIO CON GASTROENTEROLOGIA, SE EXPLICA QUE POR CONDICION DESCRITA NO PUEDE REALIZARSE COLONOSCOPIA ANTE RIESGO DE PERFORACION, SE DEBE ESPERAR REPORTE

HISTOPATOLOGICO DE APENDICE CECAL PARA VER SI APORTA DATOS HISTOPATOLOGICOS. POR EL MOMENTO SE INDICA DIETA LIQUIDA, SE MANTIENE ESTANCIA HOSPITALARIA CON VIGILANCIA CLINICA ESTRICTA Y SE ACLARAN DUDAS. MANIFIESTA ENTENDER "

Valoración *Dr. Carlos Alberto Hernandez Rincón* (Folio 33, 08.06.21 10:41) análisis: "PACIENTE POSTQUIRURGICO DE APENDICECTOMIA NO COMPLICADA, CON EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA TÓRPIDA, INADECUADO CONTROL DEL DOLOR Y SIN TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, CON SOSPECHA DE ENFERMEAD INFLAMATORIA INTESTINAL POR HISTORIA CLÍNICA Y HALLAZGOS IMAGINOLÓGICOS DESCRITOS EN ESPERA DE VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA, AHORA ADICIONALMENTE CON HIPOKALEMIA EN REPOSICION Y CON ILEO POSTQUIRÚRGICO EN MANEJO MÉDICO, MAL CONTROL DEL DOLOR, SIN SIGNOS DE TRÁNSITO INTESTINAL, POR LO PRONTO SE INDICA ESTUDIO TOMOGRAFICO CONTROL Y REACTANTES PARA DEFINIR REQUERIMIENTO DE PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO ADICIONAL. CONTINÚA VIGILANCIA INTRAINSTITUCIONAL, EXPLICO AMPLIA Y CLARAMENTE AL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE"

Nueva valoración *Dr. Carlos Alberto Hernandez Rincón* (Folio 36, 08.06.21 13:07): ANALISIS :

" PACIENTE CON HISTORIA ANOTADA, TOMOGRAFÍA DE CONTROL CON EVIDENCIA DE PROGRESIÓN DE LOS CAMBIOS INTESTINALES, CON UNA ZONA ESTENÓTICA CLARAMENTE VISUALIZADA A NIVEL DE COLON SIGMOIDES Y HALLAZGOS DESCRITOS EN REPORTE TOMOGRAFICA, SIN RESPUESTA ALGUNA AL MANEJO MÉDICO YA INSTAURADO POR LO CUAL DECIDO PROGRAMAR PARA CIRUGÍA URGENTE - LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA Y PROCEDER SEGÚN HALLAZGOS, EXPLICO AMPLIA Y CLARAMENTE AL PACIENTE Y A SUS ACOMPAÑANTES, PROCEDIMIENTO Y RIESGOS, REFIEREN ENTENDER Y NO TENER DUDAS POR ESCLARECER"

El paciente es llevado a la segunda cirugía por parte del *Dr. Hernandez Rincón* en donde practica según los hallazgos : proctosigmoidectomía por lesión estenótica en el colon distal , ligadura de muñón proximal y distal del colon y cecostomía de descompresión.

Esta segunda cirugía practicada el día 08.06.21 ,fundamentada en una filosofía de control de daños, pero al mismo tiempo efectiva y transitoria estuvo bien ejecutada y era la que ameritaba el paciente en su debido momento.

3. *Sírvase indicar si la decisión quirúrgica adoptada el 13.06.2021 por el Dr Carlos Alberto Hernandez Rincón fue pertinente y oportuna frente al paciente?*

La tercera cirugía practicada al paciente TOM MOLLOY PEDOUSSAUT por parte del Dr Carlos Alberto Hernandez Rincón, se lleva a cabo el día 13.06.21. (Folio 84). Consiste en cierre de cecostomía, anastomosis colo:colica y eventrorrafia. La intención de esta operación era lograr la reconstrucción definitiva del tránsito gastrointestinal. En mi concepto necesaria , bien planificada y ejecutada. Procedimiento quirúrgico pertinente.

4. *Las descripciones operatorias de las 3 cirugías practicadas al paciente TOM MOLLOY PEDOUSSAUT tienen alguna falencia técnica ?*

Las 3 notas operatorias , examinadas con detalle una a una , tienen contenido, cronología, terminología y descripción precisa de la indicación de cada evento, descripción de hallazgos y técnica quirúrgica depurada. No hay ninguna falencia.

5. *Explique que sugiere el resultado de un examen físico a un paciente que se encuentre con dolor a la palpación generalizada, predominantemente en punto de McBurney. Signos de Rovsing, Dunphy y talopercusión positivos. Con un dolor abdominal inicialmente difuso y posteriormente localizado en fosa iliaca derecha, actualmente con intenso dolor. BLUMBERG+ y taquicárdico. La cirugía para una apendicetomía es la conducta que la lex artis ad hoc establecen para este cuadro. Explique sus respuestas y los términos de los hallazgos encontrados en el paciente.*

Para abordar un diagnóstico de apendicitis aguda es necesario un buen interrogatorio al paciente y un buen examen físico, ante una historia de un paciente joven del género masculino con cuadro clínico de 4 días de evolución de dolor abdominal inferior con mayor Predominio en fosa iliaca derecha, emesis, dolor a la palpación generalizada, predominantemente en el punto de Mc Burney, signos de Rovsing (dolor en esquina inferior derecha del abdomen al comprimir la izquierda), signo de Dunphy (dolor en fosa ilíaca derecha que se exacerba con la tos), Talón positivo (dolor en fosa iliaca derecha al golpear el talón derecho del paciente), signo de Blumberg (dolor localizado o generalizado al descomprimir súbitamente la pared abdominal). Todos son signos clínicos de probable apendicitis aguda, pero el signo de Blumberg positivo ya traduce la posibilidad de complicaciones como perforación y/o peritonitis. Estando taquicárdico el paciente la conducta quirúrgica inmediata es mandatoria.

6. *¿Sírvase indicar que es una laparotomía exploratoria ?*

Una laparotomía exploratoria en un caso de urgencias es un procedimiento quirúrgico practicado por el cirujano para revisar la cavidad abdominal con el fin de diagnosticar una situación apremiante que requiere solución operatoria inmediata, las situaciones que más requieren laparotomías exploratorias urgentes son: Trauma abdominal cerrado o penetrante, abdomen agudo quirúrgico no traumático y obstrucción intestinal. La

laparotomía exploratoria requiere en general una incisión amplia que va por todo el centro de la pared abdominal anterior desde el apéndice xifoides (debajo del tórax) hasta la sínfisis púbica. Esto permite técnicamente una mejor identificación del problema y también una mejor resolución .

7. *¿Con ocasión de los reportes de las tomografías y el cuadro clínico del señor Tom Molloy la laparotomía exploratoria era necesaria? ¿es urgente y necesaria practicar una cirugía en caso de presentarse los hallazgos encontrados en el señor Tom Molloy, una masa estenosante en unión rectosigmoidea? Luego de la cirugía y el reporte de patología de adenocarcinoma de tipo intestinal, indique como considera Ud. el resultado alcanzado con la conducta médica y quirúrgica practicada por el cirujano general Dr. Carlos Alberto Hernandez Rincon. Explique*

Ante un paciente que reingresa con un cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal baja (es decir originada en el intestino grueso), con empeoramiento durante su segundo internamiento y un segundo TAC doble contrastado que reporta lesión estenosante en la unión sigmoideas, liquido libre en cavidad no visualizado en estudio previo. Dilatación pancolónica con diámetro mayor de 14 cms, con todos estos datos imagenológicos aunados a la evolución del paciente, la indicación de cirugía no ofrece ninguna duda.

El resultado de esta cirugía fue la resección del segmento del intestino grueso donde estaba localizada la tumoración estenosante la que posteriormente según transcripción del reporte de patología se trataba de un tumor maligno del colon (adenocarcinoma moderadamente diferenciado) con bordes de resección negativos y 2 de 20 ganglios comprometidos . Transcripción del Dr. Álvaro Turizo Md especialista en Cirugía RM 63012513 (Folio 195) . De acuerdo con esto y posterior valoración por el médico especialista en oncología Dr Víctor Augusto Ramos (Folio 198) RM 13183896 estadifica el caso como T3N1bMx y ordena tratamiento oncológico específico.

Desde el punto de vista oncológico este procedimiento operatorio no admite ninguna discusión dado que se hizo una resección completa con un bloque de drenaje linfático apropiado .Esto permitió un diagnóstico histopatológico adecuado y estudio ganglionar suficiente para estadificar el paciente y planificar lo que requería en adelante.

8. *La vía de abordaje que usted escogería es una laparoscopia o una laparotomía al tener un cuadro clínico como el del señor Tom Molloy presentaba según la historia clínica el 8 de junio de 2021 luego de analizar el resultado del segundo TAC de Abdomen. Explique.*

Tratándose de un paciente con una lesión estenosante del sigmoideas, signos de obstrucción intestinal aguda en progreso con dilatación crítica de todo el colon y riesgo de perforación mi elección de abordaje hubiera sido También laparotomía exploratoria

9. *¿Qué riesgos existen en una laparotomía exploratoria?*

Los riesgos son individuales y depende del evento causal, de la severidad del cuadro clínico y de la condición previa de salud del paciente. Los principales en general son: - Infección del sitio operatorio superficial, profunda o cavitaria (peritonitis) - Sangrado trans o posoperatorio - Perforación intestinal, filtraciones o fistulas - Hernias posoperatorias de la pared abdominal (eventraciones) - Formación de adherencias peritoneales - Cicatrices no estéticas, fibróticas o queloides - Reintervenciones - Internamiento en UCI - Requerimiento de transfusiones - Trombosis pulmonar - Fallecimiento

10. ¿Qué es una cicatriz queloide y por qué se produce?

La cicatrización cutánea es un proceso de regeneración de este tejido que ocurre en forma natural e individual. Pasa por diversas fases que son: a. Coagulación, b. Inflamación, c. Proliferación y d. Maduración o remodelación. La cicatrización tipo queloide consiste en una proliferación exagerada de colágeno que ocurre en las 2 últimas fases. Supera los límites de la herida y suele ser hiperpigmentada por un alto contenido de melanocitos. Su aspecto desde el punto de vista cosmético suele ser desagradable. No tiene una causa única plenamente establecida, se considera multifactorial e idiosincrática y en una misma persona puede afectar unas áreas anatómicas específicas y otras no. Se sabe de su predominio en la raza negra y se han reportado casos hereditarios. No existen reporte de malignización.

11. ¿las Cicatrices no estéticas, fibróticas o queloides las produce el médico cirujano?, ¿constituye un riesgo inherente de todo procedimiento quirúrgico una cicatriz no estética, fibrótica o queloide? ¿Qué factores pueden contribuir a que una cicatriz sea no estética?

Los principales factores son: La idiosincrasia en el paciente, El tamaño de la incisión, la sobreinfección de esta en el proceso posoperatorio, la dehiscencia de suturas, tener que dejar cicatrizar por segunda intención. Considero que en el caso que nos atañe todos los factores han confluído, pero en definitiva es un riesgo inherente al procedimiento y no puede ser atribuido al trabajo que en forma correcta debió hacer el cirujano.

12. Considera Ud. valido afirmar que hubo error médico en algún momento que haya derivado en un manejo y procedimiento medico inadecuado y errado que llevara a practicar de manera urgente e indebida una laparotomía exploratoria y que por ello el paciente se haya visto obligado a soportar la cicatriz supra e infraumbilical y que ello le haya ocasionado al paciente pérdida de capacidad laboral?

De acuerdo con la lectura minuciosa de la historia clínica del paciente TOM MOLLOY PEDOSSAUT la laparotomía exploratoria no solamente fue pertinente sino también conveniente dado que permitió la resección apropiada de un tumor maligno del colon sigmoides. Las consecuencias cosméticas y funcionales de la cicatrización de esta incisión están dentro de los riesgos inherentes del procedimiento, y lo más importante era una resección completa del tumor y posterior restablecimiento del tránsito intestinal tal como lo llevo a cabo el cirujano *Dr. Carlos Alberto Hernández Rincón*. En resumen, prima el resultado quirúrgico resectivo por encima del resultado cosmético máxime en un caso urgente.

13. ¿Sírvasse indicar que es una cecostomía y que objetivo cumplía en este caso?

La cecostomía es un procedimiento operatorio mediante el cual se deja comunicada el área más proximal del intestino grueso (el ciego) con el medio ambiente, esto puede hacerse en forma directa con suturas o con una sonda de drenaje transitoria , generalmente la intención es transitoria y descompresiva ante un intestine que se encuentra sometido a una gran tensión y en grave riesgo de estallamiento y perforación, lo que puede conducir a peritonitis y fallecimiento del paciente. En el caso del paciente TOM MOLLOY PEDOUAUT estaba totalmente indicada.

14. Sírvase manifestar que es un cierre de fistula entérica, y por qué se le realizó al paciente?

Una fistula entérica es una comunicación extraanatómica entre 2 estructuras orgánicas digestivas entre sí, o de una de ellas con el medio ambiente. La cecostomía practicada previamente al paciente también generaba una fistula intencional dado que comunicaba el

ciego con la atmósfera. En la siguiente intervención cuando se restablece el tránsito intestinal ya la cecostomía perdía su sentido de permanencia y se debía cerrar en el mismo acto operatorio. El cierre de la cecostomía también conducía al cierre de la fistula cecal. Estaba indicada.

15. Considera usted que dada la clínica del señor Tom Molloy, en desarrollo de la laparoscopia que se le practicaba, encontrando "MARCADA DISTENSIÓN COLON DERECHO Y CIEGO REDUNDANTE, [...] APÉNDICE CECAL A Tensión [...]" fue una falta de diligencia no revisar la causa de la distensión marcada de colon derecho que tenía el apéndice a tensión, o si por el contrario la conducta del cirujano fue apegada a la *lex artis ad hoc*. Explique su respuesta y presente en que fundamenta su opinión.

Voy a recurrir a la transcripción de la nota operatorial como tal de la primera cirugía practicada al Sr. TOM MOLLOY PEDOUSSAUT el día 03.06.21:

Tipo de anestesia:

GENERAL

Intervencion practicada 07731 Apendicectomía, apéndice no perforado uvr 80

Descripcion de quirurgica y procedimientos.

EN SALAS DE CIRUGÍA, PREVIA REVISION DE HISTORIA CLINICA, ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y EXAMEN FISICO

PROTOCOLO BIOSEGURIDAD EN PANDEMIA

VERIFICACION DE LISTA DE CHEQUEO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION CAMPOS QUIRURGICOS

INSICION INFRAUMBILICAL, DISECCION ROMA HASTA PLANO APONEUROTICO

BAJO VISION DIRECTA ABORDAJE A CAVIDAD PERITONEAL

BAJO VISION DIRECTA INSERCIÓN DE TROCAR DE HASSON E INSUFLACION DE CO2

CREACION DE NEUMOPERITONEO , INSERCIÓN DE LENTE A 30 GRADOS

LAPAROSCOPIA DE REVISION CON VISUALIZACION DE HALLAZGOS DESCRITOS

BAJO VISION DIRECTA INSERCIÓN DE PUERTO ACCESORIO DE 5mm EN HIPOGASTRIO

INSERCIÓN DE TROCAR DE 5 mm EN FOSA ILIACA IZQUIERDA

SECCION SELECTIVA MESOAPENDICULAR CON ENERGIA ELECTRICA

LIGADURA DE LA BASE CON NUDO EXTRACOROPOREO CON PROLENE Y SECCION EN LA BASE

CAUTERIZACION DEL MUÑON Y EXCERESIS DE PIEZA QUIRURGICA PROTEGIDA POR PUERTO UMBILICAL

SE ME INFORMA RECUENTO COMPLETO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y COMPRESAS POR PERSONAL A CARGO DEL CONTEO

EXTRACCION REGULADA DE CO2 PREVIA VERIFICACION SECUNDARIA

EXTRACCION DE LENTE Y PUNTOS , HEMOSTASIA SELECTIVA EN PARED

CORRECCION DEFECTO HERNIARIO UMBILICAL CON VYCRIL TECNICA DE MAYO

REINSERCIÓN DEL ONFALO

LAVADO DE HERIDA QUIRURGICA Y SUTURA DE PIEL CON MATERIAL NO ABSORBIBLE

Tejidos enviados a Anatomia Patologia

APENDICE CECAL VERMIFORME

Hallazgos operatorios

PANICULO ADIPOSO ESCASO, MARCADA DISTENSION COLON DERECHO Y CIEGO REDUNDANTE, DIFICULTAD TECNICA PARA MANIPULACION DEL MESO Y APENDICE CECAL, APENDICE CECAL A TENSION, MESOAPENDICULAR CORTO Y LAXO. NO OTRAS LESIONES EN CAVIDAD

Complicaciones

SIN MENCION DE COMPLICACION INTRAOPERATORIA

Clasificación de la cirugía

Limpia contaminada

Para destacar que en primer lugar la intención de la cirugía fue la resección del apéndice cecal por que el diagnóstico clínico prequirúrgico era **apendicitis aguda**, en segundo lugar se describe en forma ética y honesta un hallazgo adicional que es la distensión del colon derecho y ciego redundante pero también que no hay otras lesiones en cavidad, esto quiere decir que se hizo un paneo laparoscópico de la cavidad abdominal pero no se observó una causa subyacente para este hallazgo y es perfectamente entendible porque desde la laparoscopia los cirujanos solo podemos ver las vísceras intraabdominales sólidas y huecas desde su superficie exterior y no desde su interior que es donde crece un tumor del colon (en su mucosa). Es por eso que la laparoscopia no se utiliza ni se considera como una herramienta de tamizaje, screening o pesquisa para detección del cáncer de colon, como si son aceptadas otras menos invasivas como la colonoscopia o el test de sangre oculta en heces. En tercer lugar, la sospecha desde el principio de un tumor maligno del colon en paciente de 33 años de edad sin antecedentes familiares, no es lo que se tiene en mente dado que no corresponde con el grupo etario de riesgo.

16. Con que estrategias quirúrgicas cuenta un cirujano General para manejo de una obstrucción intestinal primaria de causa no establecida durante el primer acto quirúrgico ?

La obstrucción intestinal se subdivide anatómicamente en 2 grandes grupos: A. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA, la más frecuente, donde el segmento afectado es el intestino delgado y la causa más frecuente son las adherencias peritoneales, generalmente es resuelto por el cirujano en forma operatoria tras un intento fallido de manejo conservador y lo puede hacer por cirugía abierta o por cirugía laparoscópica dependiendo de cada caso. B. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL BAJA, que afecta al intestino grueso y la cirugía, en caso de corresponder a un cuadro de urgencia con riesgo o presencia de perforación colónica debe hacerse preferentemente por técnica abierta, resecando ampliamente el segmento comprometido y haciendo el cierre primario o diferido según el contexto para cada paciente. En este grupo de enfermos se ubica el Sr TOM MOLLOY PEDOUSSAUT.

17. Que sucede si un paciente desiste de un seguimiento clínico y tratamientos complementarios ante una enfermedad maligna o benigna ?

El Sr. TOM MOLLOY PEDOUSSAUT con DI extranjería 769443 recibió durante su atención medica desde el 03.06.21 hasta 23.03.23 (lapso que se tiene en documento remitido para el dictamen) los siguientes servicios sin restricción por parte del recurso humano en salud, su IPS tratante y sin objeciones observables o registradas en la historia clínica por parte de su EPS, sin dejar de lado que los hechos más críticos se presentaron en el transcurso pleno de la pandemia de COVID 19 y los riesgos que esto implicaba para el personal de salud, el mismo paciente resultó afectado en algún momento de dicha virosis universal.

- a. Cirugías 03, 08 y 13 de Junio de 2021 Dr Carlos Alberto Hernandez Rincón las 3 cirugías
- b. Otras especialidades médicas: Medicina general de urgencias, Medicina interna, Anestesiología, Medicina del dolor, Otorrinolaringología, Oncología Nutrición clínica, Fisioterapia, Terapia respiratoria, Terapia de heridas, Psicología, teleconsultas, patología,

imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, consejería espiritual, salud en casa y Quimioterapia,

Hay registros en la historia clínica con respecto a que el paciente rechazó en su comienzo el esquema de quimioterapia más conveniente y debió acudir a un esquema alternativo (FOLIO 223) Dr Víctor Ramos. Oncología. RM 13183896.

También hay registros en historia clínica de abandono voluntario del esquema de quimioterapia alternativo (FOLIO 232), solicita suspender quimioterapia adyuvante y FOLIO 249 13.01.22 Dr Víctor Ramos registra : "Paciente asiste con la decisión de no continuar tratamiento, conoce los riesgos y aun así acepta"

Esta falta de adherencia al tratamiento recomendado a un paciente con un Adenocarcinoma del colon que debuta con un acto obstructivo y clasificado como un estadio III B lo que se considera localmente avanzado y de alto riesgo de recaída local y sistémica incrementa las probabilidades de recurrencia con un mal desenlace.

En mi opinión el Sistema de salud público colombiano a puesto a disposición del paciente TOM MOLLOY PEDOUSSAUT todo lo necesario para el tratamiento quirúrgico y medico *complementario adyuvante* que estos casos ameritan, considerándose además como una patología de alto costo, aun así, ha faltado que el paciente ponga el 100 % que se espera de su parte para lograr un mejor resultado a largo plazo. El esfuerzo que el equipo de salud y las instituciones le han ofrecido puede verse diezmado por estas decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Cortez J y cols. Apendicitis aguda. Cirujano General 2019; 41 (1): 33-38
2. Brito-Rojas IC, Vega-Peña NV. Obstrucción intestinal por adherencias: un lienzo en blanco en el que el cirujano elige los colores. Rev Colomb Cir. 2023;38:154-65. <https://doi.org/10.30944/20117582.2146>.
3. J. de la Peña, A. Terán y M.T. Arias Loste. Obstrucción intestinal baja. Medicine. 2012;11(7):407-12
4. J. Cubiella et al. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.07.012>
5. P. Zaballós et al.—Los queloides y las cicatrices hipertróficas. Departamentos de a Dermatología, b Cirugía y d Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

DATOS DEL PERITO

JUSTY ROMERO ORTIZ EDAD:
62 AÑOS

1. MEDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD DEL NORTE BARRANQUILLA 1985
2. MD ESPECIALISTA CIRUGÍA GENERAL UNIVERSIDAD DEL CAUCA POPAYÁN 1998
3. DOCENTE COORDINADOR CATEDRA DE CIRUGÍA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI SEDE PALMIRA

4. DOCENTE COORDINADOR DE CIRUGÍA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN CALI
5. CIRUJANO DE URGENCIAS HOSPITAL DE PALMIRA. VALLE. COLOMBIA.
6. MIEMBRO DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA.
7. RECONOCIDO COMO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA RED DE TALENTO HUMANO EN SALUD.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA COLOMBIA

8. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA CON TP 8633520
REGISTRO MEDICO MSP 18530





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018



Joaquín Cubiella^{a,*}, Mercè Marzo-Castillejo^b, Juan José Mascort-Roca^c, Francisco Javier Amador-Romero^d, Begoña Bellas-Beceiro^e, Joan Clofent-Vilaplana^f, Sabela Carballal^g, Juan Ferrándiz-Santos^h, Antonio Z. Gimeno-Garcíaⁱ, Rodrigo Jover^j, Carolina Mangas-Sanjuán^j, Leticia Moreira^g, María Pellisè^g, Enrique Quinteroⁱ, Elena Rodríguez-Camacho^k, Pablo Vega-Villaamil^a y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Asociación Española de Gastroenterología

^a Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Ourense, España

^b Unitat de Suport Recerca Metropolitana Sud - IDIAP, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España

^c ABS Florida Sud, ICS, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d CS Los Ángeles, Madrid, España

^e Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria La Laguna-Tenerife Norte, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España

^f Servicio de Gastroenterología, Hospital de Sagunto, Sagunto, Valencia, España

^g Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBEREHD, Barcelona, España

^h Subdirección General de Calidad Asistencial, Dirección General de Humanización, Madrid, España

ⁱ Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, Instituto Universitario de Tecnologías Biomédicas (ITB) & Centro de Investigación Biomédica de Canarias (CIBICAN), Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España

^j Servicio de Medicina Digestiva, Instituto de Investigación Sanitaria ISABIAL, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^k Dirección Xeral de Saúde Pública, Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

Recibido el 6 de julio de 2018; aceptado el 20 de julio de 2018

PALABRAS CLAVE

Cáncer colorrectal;
Prevención;
Diagnóstico;
Guía de práctica
clínica;

Resumen Este documento actualiza las recomendaciones realizadas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Asociación Española de Gastroenterología para el diagnóstico y la prevención del cáncer colorrectal (CCR). Para establecer la calidad de la evidencia y los niveles de recomendación de las intervenciones se ha utilizado la metodología basada en el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Este documento establece intervalos de demora óptimos en función de los síntomas y el test de SOH inmunológico (SOHi) y recomienda reducir las barreras para la confirmación diagnóstica en los pacientes con síntomas. En cuanto al cribado en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.cubiella.fernandez@sergas.es (J. Cubiella).

Cribado poblacional;
Test de sangre oculta
en heces;
Colonoscopia;
Síndrome de Lynch;
Poliposis;
Enfermedad
inflamatoria
intestinal

KEYWORDS

Colorectal cancer;
Prevention;
Diagnosis;
Clinical Practice
Guideline;
Population screening;
Faecal occult blood
test;
Colonoscopy;
Lynch syndrome;
Polyposis;
Inflammatory bowel
disease

población de riesgo medio, se proponen estrategias para conseguir la implantación universal del cribado poblacional basado en SOHi bienal e incrementar la participación de la población diana, incluyendo la implicación de atención primaria. Esta guía de práctica clínica recomienda el cribado universal del síndrome de Lynch mediante la inmunohistoquímica de las proteínas reparadoras o la inestabilidad de microsatélites en los CCR incidentes y el uso de paneles de genes en los pacientes con poliposis adenomatosas. También actualiza las estrategias para reducir la incidencia y la mortalidad tanto de CCR como de otros tumores asociados a los síndromes hereditarios. En cuanto al CCR familiar no hereditario y la vigilancia tras resección de CCR, adenomas y lesiones serradas, se establecen recomendaciones en función del riesgo atribuible y la reducción del riesgo de la intervención propuesta. Finalmente, en el documento se incluyen recomendaciones respecto a los intervalos de vigilancia en la enfermedad inflamatoria intestinal y la actitud ante la displasia.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clinical practice guideline. Diagnosis and prevention of colorectal cancer. 2018 Update

Abstract This document updates the recommendations made by the Spanish Society of Family and Community Medicine and the Spanish Association of Gastroenterology for the diagnosis and prevention of colorectal cancer (CRC). In order to evaluate the quality of the evidence and determine the recommendation levels of the interventions, we used the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) methodology. This document establishes optimal delay intervals based on symptoms and the faecal immunochemical test (FIT) and recommends reducing the barriers for diagnostic confirmation in symptomatic subjects. With regard to CRC screening in the average-risk population, we propose strategies to achieve the universal implementation of organised CRC screening programmes based on biennial FIT and to increase the participation of the target population, including the involvement of Primary Healthcare. This Clinical Practice Guideline recommends universal screening for Lynch syndrome with mismatch repair proteins immunohistochemistry or microsatellite instability in incident CRCs and the use of gene panels in patients with adenomatous polyposis. It also updates the strategies to reduce the incidence and mortality of both CRC and other tumours associated with hereditary syndromes. Regarding non-hereditary familial CRC and surveillance after resection of adenomas, serrated lesions or CRC, we established the recommendations based on the attributable risk and the risk reduction of the proposed intervention. Finally, the document includes recommendations regarding surveillance intervals in inflammatory bowel disease and the attitude towards dysplasia.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales. En España es la segunda causa de cáncer, en hombres por detrás del cáncer de próstata, y en mujeres tras el cáncer de mama. Se estima que cada año en nuestro país se diagnostican alrededor de 40.000 nuevos casos de CCR y el 39% de los afectados fallecen debido a esta enfermedad¹⁻³.

La guía de práctica clínica (GPC) de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC) fue presentada en su primera edición en el año 2004⁴ y en su primera actualización en el año 2009⁵. La elaboración y posterior actualización se justifican fundamentalmente por la elevada incidencia y morbimortalidad del CCR en nuestro medio, con un impacto notable en los distintos niveles asistenciales del

sistema sanitario español, además de tratarse de una enfermedad que reúne todas las condiciones para considerarla susceptible de prevención, sea primaria, secundaria o terciaria, tanto en la población de riesgo medio como en la de riesgo incrementado, y por el impacto en los distintos niveles asistenciales del sistema sanitario español.

En esta actualización de la GPC se han ampliado las preguntas clínicas formuladas explícitamente siguiendo el modelo PICO (paciente, intervención, comparación y resultado [outcome])⁶. Además, se ha revisado la bibliografía científica disponible desde el año 2008 hasta enero de 2017. A diferencia de la versión previa de esta GPC, para establecer la calidad de la evidencia y los niveles de recomendación de las diferentes intervenciones evaluadas en esta GPC se ha utilizado la metodología basada en el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)⁷, que además de la calidad de la evidencia,

considera el balance entre beneficios y riesgos, los costes y los valores y las preferencias de las personas. Asimismo, no se han formulado recomendaciones en los apartados donde no era necesario (p.ej., en la etiología); en estos casos únicamente se describe la calidad de la evidencia.

Aunque se ha mantenido la estructura original de la guía, se incluyen algunos temas no tratados previamente. Por ejemplo, se incorporan nuevos apartados referentes a las lesiones serradas (síndrome de poliposis serrada, lesiones serradas) y se actualizan las estrategias de identificación del síndrome de Lynch y de vigilancia de los síndromes hereditarios. En el capítulo de vigilancia tras la resección de adenomas se incluyen las estrategias dirigidas a reducir el riesgo de desarrollo de CCR metacrónicos tras la resección con intención curativa de un CCR. En el apartado referido al cribado en la población de riesgo medio se incluyen las estrategias que pueden incrementar la participación en los programas poblacionales. Por otra parte, se ha ampliado el capítulo dirigido a la valoración de los síntomas y signos que deben alertar sobre la eventual presencia de un CCR para incluir los criterios de priorización, los modelos predictivos y el uso de biomarcadores en el diagnóstico de CCR. Esta GPC no aborda, en cambio, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con CCR. En este artículo se incluyen únicamente las recomendaciones propuestas por los autores a partir de la revisión de la evidencia. El texto completo está accesible online en <https://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/guias-de-practica-clinica/actualizacion-2018-guia-practica-clinica-sobre-el-diagnostico-y-prevencion-del-cancer-colorrectal>. La GPC se revisará en el año 2024, o con anterioridad si fuera necesario debido a la aparición de información importante. Cualquier modificación relevante durante este período de tiempo quedará reflejada en el formato electrónico.

Resumen de las evidencias y recomendaciones

Epidemiología del cáncer colorrectal

- En España, globalmente el CCR es el cáncer más frecuente, con un total estimado de 39.553 nuevos casos en el año 2014. Las tasas se incrementan de forma notoria a partir de los 50 años. La incidencia de CCR presenta una tendencia al aumento.
- En España, en el año 2014 ocurrieron 9.244 muertes por CCR en varones y 6.205 en mujeres. La mortalidad por CCR presenta una tendencia a la disminución.
- El estudio EURO CARE-5 sitúa la supervivencia media a 5 años del cáncer de colon en el 57,1% (Europa 57,0%) y la del cáncer de recto en el 56,4% (Europa 55,8%).

Factores de riesgo y prevención del cáncer colorrectal

Consumo de grasas, carne, fibra, fruta, vegetales, pescado y leche para la prevención del cáncer colorrectal

- Se sugiere moderar el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo

con el fuego para la prevención del CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).

- Se sugiere promover una dieta rica en fibra (productos de grano entero, integral), fruta y vegetales para reducir el riesgo de CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se sugiere promover una dieta rica en pescado y aves de corral para reducir el riesgo de CCR (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se sugiere consumir una dieta rica en leche y otros productos lácteos para reducir el riesgo de CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se sugiere consumir una dieta pobre en grasas para evitar la obesidad y reducir el riesgo de CCR (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Micronutrientes para la prevención del cáncer colorrectal

- Se debe garantizar una ingesta adecuada de folato, vitamina B, calcio y vitamina D en la dieta, pero estos micronutrientes no se deben administrar en forma de suplementos para la prevención del CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte en contra*).
- En las personas con antecedentes de pólipos se sugiere administrar suplementos de calcio para la prevención de la recurrencia de adenomas (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se debe garantizar una ingesta adecuada de alimentos ricos en betacarotenos, vitaminas y minerales, pero estos antioxidantes no se deben administrar en forma de suplementos para la prevención del CCR (*Calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte en contra*).

Estilos de vida para la prevención del cáncer colorrectal

- Se debe mantener un índice de masa corporal saludable y controlar los factores de riesgo relacionados con el síndrome metabólico (obesidad abdominal, hiperinsulinemia) para la prevención del desarrollo de CCR y otras enfermedades (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se debe practicar actividad física de forma habitual para la prevención del desarrollo de CCR y otras enfermedades (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se debe evitar y abandonar el consumo de tabaco para prevenir el CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se debería moderar el consumo de alcohol para prevenir el CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Quimioprevención del cáncer colorrectal

- Se sugiere no administrar antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (incluido el ácido acetilsalicílico [AAS]) de manera sistemática para la prevención primaria del CCR (*Calidad*

de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil en contra).

- En la población general, la prevención primaria de los factores de riesgo asociados al CCR es una alternativa con mayor balance beneficio riesgo que la administración de AINE (incluido el AAS).
- En la población de riesgo medio la prevención primaria de los factores de riesgo asociados al CCR y el cribado son alternativas con mayor balance beneficio riesgo que la administración de AINE (incluido el AAS).
- En personas con enfermedad cardiovascular y edad comprendida entre 50 y 59 años, los beneficios del AAS a dosis bajas para la prevención primaria del CCR y la enfermedad cardiovascular podrían ser superiores a los riesgos.

Diagnóstico del cáncer colorrectal en pacientes sintomáticos

Síntomas para el diagnóstico de cáncer colorrectal

- La evaluación diagnóstica de los pacientes con síntomas digestivos bajos requiere una buena anamnesis y un examen físico detallado, incluyendo la exploración anorrectal.
- Los pacientes con una masa rectal o abdominal sospechosa de CCR, palpable y/o visible por imagen radiológica, deben derivarse sin demora al nivel especializado para confirmar el diagnóstico (*Calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- A los pacientes con rectorragia sospechosa de CCR (sangre oscura y/o mezclada con las heces y/o pérdida de peso y/o cambio del ritmo intestinal y/o ausencia de síntomas perianales) se les debe solicitar una colonoscopia urgente y/o derivar sin demora al nivel especializado para su realización y confirmación diagnóstica (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- A los pacientes con anemia ferropénica (hemoglobina ≤ 10 g/dl en mujeres y < 11 g/dl en hombres) sin causa justificada se les debe solicitar una colonoscopia urgente y/o derivar sin demora al nivel especializado para descartar un posible origen digestivo (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Test de SOHi en pacientes con síntomas digestivos bajos

- A los pacientes con síntomas digestivos bajos de reciente aparición que no cumplen criterios de derivación sin demora a nivel especializado por elevada sospecha de CCR (masa rectal o abdominal, rectorragia u anemia ferropénica) se les debe realizar un test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi) (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- A los pacientes con un resultado del test de SOHi positivo ($\geq 10 \mu\text{g/g}$ de heces) se les debe solicitar una colonoscopia preferente y/o derivar sin demora al nivel especializado para su realización y confirmación diagnóstica (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- Establecer el punto de corte positivo en $10 \mu\text{g}$ de Hb/g de heces garantiza un balance óptimo entre sensibilidad y especificidad del test de SOHi. Un punto de corte más bajo aumentaría el número de colonoscopias. Un punto de corte más alto podría retrasar el diagnóstico de algunos pacientes con CCR.
- A los pacientes con un resultado del test de SOHi negativo ($< 10 \mu\text{g/g}$ de heces) y persistencia de los síntomas de reciente aparición (2-4 semanas) se les debe solicitar una colonoscopia y/o derivar a nivel especializado para su realización y confirmación diagnóstica (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Modelos predictivos y pruebas diagnósticas en pacientes sintomáticos

- La construcción y validación de modelos predictivos a partir de las variables demográficas y clínicas de los pacientes con síntomas de CCR puede facilitar la identificación del riesgo individual de CCR.
- La colonoscopia óptica es la prueba de elección en el diagnóstico del CCR.
- En aquellos pacientes en los que la colonoscopia óptica presente dificultades para su realización (edad avanzada, preparación deficiente, dificultades técnicas, comorbilidades) se sugiere realizar una colonografía por tomografía computarizada (TC) (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).

Demora diagnóstica en el cáncer colorrectal

- El estadio en el momento del diagnóstico es un importante factor pronóstico del CCR.
- La demora que pueda afectar los procesos diagnóstico y terapéutico del CCR es atribuible al paciente (tiempo que transcurre desde que presenta síntomas hasta que consulta al médico por primera vez por este motivo), al médico de familia (tiempo que transcurre desde el primer contacto con el mismo hasta su remisión a la atención especializada) y al sistema (desde su remisión a la atención especializada hasta el diagnóstico definitivo).
- Es necesario realizar campañas de concienciación de la población general para que ante la aparición de síntomas digestivos sugestivos de posible CCR consulte a su médico de familia sin demora.
- Disponer de criterios y circuitos de derivación para confirmación diagnóstica del CCR mejora la coordinación entre niveles asistenciales y permite reducir las demoras atribuidas al conjunto del sistema sanitario (atención primaria y especializada).

Sistemas de priorización y rutas de diagnóstico rápido para facilitar el diagnóstico del cáncer colorrectal a en pacientes sintomáticos

- El diagnóstico rápido del CCR en individuos sintomáticos debe garantizarse a través de los recursos asistenciales que faciliten la reducción de los tiempos de espera: circuitos de diagnóstico rápido, rutas asistenciales, consultas de alta resolución y/o unidades de endoscopia de acceso abierto desde atención primaria a la atención

especializada (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- En los pacientes con alta sospecha de CCR (masa rectal o abdominal, rectorragia u anemia ferropénica significativa y sospecha de sangrado intestinal crónico, y/o síntomas digestivos bajos con un test de SOHi positivo) el intervalo de tiempo entre la derivación desde atención primaria y la realización de la colonoscopia y/o confirmación diagnóstica en atención especializada debe ser inferior a 2 semanas (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En los pacientes con síntomas digestivos bajos de reciente aparición y persistentes y SOHi negativo, el intervalo de tiempo entre la derivación desde atención primaria y la realización de la colonoscopia y/o confirmación diagnóstica en atención especializada se recomienda lo más corto posible.

Cribado del cáncer colorrectal en la población de riesgo medio

Pruebas de cribado en la población de riesgo medio

- En población de riesgo medio se recomienda el cribado con una sola determinación de SOHi cada dos años entre los 50 y los 75 años de edad (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se aconseja utilizar estrategias para minimizar los falsos negativos asociados a temperaturas superiores a 30 °C del test de SOHi.
- En población de riesgo medio no se recomienda el cribado mediante la detección de ADN en heces (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte en contra*).
- En la población de riesgo medio no se recomienda el cribado poblacional con colonoscopia (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil en contra*).
- La colonoscopia de cribado (directa o para evaluación de una prueba positiva) se debe realizar bajo sedación, en condiciones de limpieza adecuada, con intubación cecal y con un tiempo de retirada no inferior a los 6-8 min.
- Ante una colonoscopia previa completa y de buena calidad sin hallazgos significativos, se sugiere la vuelta al programa de cribado a los 10 años.
- En la población de riesgo medio se recomienda la sigmoidoscopia flexible como prueba de cribado de CCR, si está disponible (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se aconseja un intervalo entre sigmoidoscopias de cribado de 10 años.
- Tras la detección por sigmoidoscopia de un pólipo adenomatoso o de un pólipo serrado distal de tamaño superior a 10 mm o con displasia de alto grado se requiere la realización de una colonoscopia completa.

- No se recomienda la realización de una colonoscopia completa tras la detección por sigmoidoscopia de pólipos hiperplásicos distales.
- En la población de riesgo medio no se recomienda ofrecer la colonografía TC como estrategia de cribado del CCR (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte en contra*).
- Se aconseja la colonografía por TC para la evaluación de una prueba de SOH positiva en individuos en los que está contraindicada la colonoscopia o con una colonoscopia incompleta por causa diferente a una mala limpieza colónica.
- En población de riesgo medio no se recomienda ofrecer la cápsula de colon como estrategia de cribado del CCR (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte en contra*).
- Se sugiere ofrecer la cápsula endoscópica para la evaluación de una prueba de SOHi positiva en individuos en los que está contraindicada la colonoscopia o con colonoscopia incompleta por causa diferente a una mala limpieza colónica.
- No se recomienda el uso de biomarcadores en sangre periférica como prueba de cribado de CCR (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte en contra*).

Programas de cribado poblacionales de cáncer colorrectal

- El cribado de CCR se debe organizar desde una perspectiva poblacional cumpliendo los estándares de calidad (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En los programas de cribado poblacional del CCR se recomienda implicar a los profesionales de atención primaria para promover la participación y la adherencia de la población (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En nuestro medio, y en consonancia con las directrices establecidas, se recomienda realizar cribado poblacional del CCR con el test de SOHi cuantitativo bienal a la población sin factores de riesgo entre los 50 y los 75 años de edad.
- Se aconseja obtener una cobertura universal de la población de riesgo medio con los programas poblacionales en el tiempo más corto posible.
- Se aconseja utilizar métodos estandarizados de modelización de los programas poblacionales de cribado de CCR para acelerar su implantación y monitorizar su seguimiento.
- Se sugiere aumentar el punto de corte de la Hb fecal, alargar los periodos entre rondas (3 años) o incrementar la edad de comienzo del cribado en las mujeres, en función de los resultados de la modelización.

- Se aconseja concienciar a la población, a los profesionales de la salud y a las autoridades sanitarias de la importancia de la prevención del CCR.
- En el contexto de los programas de cribado poblacional se recomienda implementar estrategias que aumenten la participación y adherencia de la población (p.ej., envío del test de SOH a domicilio y/o la entrega del test en el centro de salud o en oficinas de farmacia).
- Se aconseja identificar a los grupos de mayor riesgo para ofertarles estrategias de cribado ajustadas a su riesgo de desarrollo de CCR.
- El cribado de las personas de mayor riesgo deberá cumplir estándares similares de calidad a los establecidos en los programas poblacionales de cribado de CCR.

Cribado en las poliposis colorrectales

Análisis genético en las poliposis adenomatosas

- Recomendamos remitir a consultas de alto riesgo a aquellos individuos con más de diez adenomas para evaluar el riesgo hereditario y vigilancia.
- Los criterios para realizar análisis genéticos en pacientes con poliposis adenomatosa son:
 - 1 El hallazgo de > 20 adenomas colorrectales en un individuo, independientemente de la edad.
 - 2 El hallazgo de > 10 adenomas colorrectales antes de los 40 años.
 - 3 El hallazgo de > 10 adenomas cuando existe un antecedente personal o familiar de CCR antes de los 60 años, y/o
 - 4 El hallazgo de > 10 adenomas cuando existe un antecedente familiar de poliposis adenomatosa atenuada.
- Se recomienda efectuar el análisis simultáneo de varios genes mediante paneles multigén en los individuos con más de 20 adenomas o con más de 10 adenomas si se detectan antes de los 40 años, si existe un antecedente personal o familiar de CCR antes de los 60 años y/o un antecedente familiar de poliposis adenomatosa atenuada (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Recomendamos ofrecer el análisis mutacional a los familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos) de individuos portadores de una mutación germinal patogénica (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Poliposis adenomatosa familiar (PAF)

- En los individuos portadores de mutación patogénica de PAF clásica o familiares directos de pacientes con PAF sin mutación patogénica conocida se recomienda iniciar el cribado de CCR a los 10-12 años con sigmoidoscopia anual y, tras la detección del fenotipo, con colonoscopia anual (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En los individuos portadores de mutación en APC asociada a una PAF atenuada (PAFa) se recomienda iniciar la vigilancia con colonoscopia a los 18-20 años con una periodicidad

anual o bienal (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- En los individuos con PAFa asociada a APC se sugiere realizar resección endoscópica de los pólipos colorrectales como estrategia para reducir el riesgo de desarrollo de CCR y/o necesidad de colectomía (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- En la PAF clásica, el hallazgo o sospecha de CCR es una indicación absoluta de colectomía. Son indicaciones relativas: un incremento significativo en el número de adenomas o la incapacidad para garantizar un seguimiento adecuado por la presencia de múltiples pólipos diminutos (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda discutir con el paciente la técnica quirúrgica (proctocolectomía total o colectomía total con anastomosis ileorrectal) en función de la edad del diagnóstico, el fenotipo y la historia familiar de la PAF y las preferencias del paciente (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Tras la cirugía, se recomienda la vigilancia endoscópica posquirúrgica, con una periodicidad de 6-12 meses para aquellos con remanente rectal y de 2 años para aquellos con reservorio ileal (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se sugiere la administración de AINE en la PAF como terapia adyuvante a la cirugía en pacientes con pólipos residuales (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se sugiere la vigilancia de las lesiones gástricas y los adenomas duodenales mediante endoscopia digestiva alta, incluyendo duodenoscopia, a partir de los 25-30 años con una frecuencia según la clasificación de Spigelman. Se sugiere la resección endoscópica de los adenomas duodenales estadios I-III. En cambio, se sugiere realizar una duodenopancreatectomía céfálica profiláctica en los pacientes con adenomas duodenales estadio IV (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se sugiere la vigilancia del tumor papilar de tiroides mediante ultrasonografía anual en mujeres de 15 a 35 años y del hepatoblastoma mediante alfa-fetoproteína y ultrasonografía abdominal hasta los 7 años (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Poliposis asociada a MUTYH

- Se sugiere realizar análisis de mutaciones en el gen *MUTYH* en las parejas de los portadores bialélicos para establecer las recomendaciones en la descendencia (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- En los portadores monoalélicos de mutación en *MUTYH* se sugiere realizar la recomendación de cribado de CCR en función de la agregación familiar (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- En los individuos portadores de mutación bialélica en *MUTYH* se recomienda iniciar la vigilancia con colonoscopia a los 18-20 años con una periodicidad anual o bienal

(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor).

- En los individuos con mutación bialélica del gen *MUTYH* se sugiere realizar resección endoscópica de los pólipos colorrectales como estrategia para reducir el riesgo de desarrollo de CCR y/o necesidad de colectomía *(Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor)*.
- El hallazgo o sospecha de CCR es una indicación absoluta de colectomía. Son indicaciones relativas: un incremento significativo en el número de adenomas o la incapacidad para garantizar un seguimiento adecuado por la presencia de múltiples pólipos diminutos *(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor)*.
- Se recomienda discutir con el paciente la técnica quirúrgica en función de la edad del diagnóstico, el fenotipo y la historia familiar y las preferencias del paciente *(Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte a favor)*.
- Tras la cirugía, se recomienda la vigilancia endoscópica posquirúrgica, con una periodicidad de 6-12 meses para aquellos con remanente rectal y de 2 años para aquellos con reservorio ileal *(Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor)*.
- Se sugiere la vigilancia de las lesiones gástricas y los adenomas duodenales mediante endoscopia digestiva alta, incluyendo duodenoscopia, a partir de los 25-30 años con una frecuencia según la clasificación de Spigelman. Se sugiere la resección endoscópica de los adenomas duodenales estadios I-III. En cambio, se sugiere realizar una duodenopancreatectomía cefálica profiláctica en los pacientes con adenomas duodenales estadio IV *(Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte a favor)*.

SAARP y la poliposis asociada a NTHL-1

- En los individuos con mutación monoalélica de los genes *POLE* y *POLD1* o bialélica del gen *NTHL-1* se sugiere realizar la misma estrategia preventiva del CCR que en la PAFa asociada a *APC* *(Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor)*.

Poliposis adenomatosa atenuada sin mutación genética identificada e individuos con múltiples pólipos

- En los individuos con poliposis adenomatosa atenuada sin causa genética o con oligopoliposis se sugiere realizar la vigilancia endoscópica según la calidad de la colonoscopia y el número y características histológicas de los pólipos resecados en la última colonoscopia *(Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor)*.
- En los individuos con poliposis adenomatosa atenuada sin causa genética se sugiere la vigilancia de las lesiones gástricas y de los adenomas duodenales mediante endoscopia digestiva alta, incluyendo duodenoscopia, en el momento del diagnóstico con una frecuencia posterior según la clasificación de Spigelman *(Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor)*.
- En los individuos con poliposis adenomatosa atenuada sin causa genética o con oligopoliposis no se recomienda cribado de las manifestaciones extraintestinales *(Calidad de*

la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte en contra).

- En los familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos) de individuos con poliposis adenomatosa atenuada sin causa genética se sugiere iniciar el cribado mediante colonoscopia completa a los 40 años de edad o 10 años antes del familiar afecto más joven. En las familias con fenotipo más agresivo (p.ej., > 40 pólipos o antecedente de CCR, y/o historia familiar florida, y/o manifestaciones extracolónicas), se sugiere iniciar la vigilancia a los 20-25 años *(Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor)*.

Poliposis hamartomatosas

- En los individuos con pigmentación mucocutánea, > 2 pólipos hamartomatosos tipo Peutz-Jeghers y/o historia familiar se recomienda analizar la presencia de mutaciones en el gen *STK11* *(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor)*.
- Las medidas de cribado en el síndrome de Peutz-Jeghers deberían incluir la exploración de los testículos, del tracto gastrointestinal (mediante endoscopia gastroduodenal, colonoscopia, tránsito intestinal y/o cápsula endoscópica), la mamografía y la ultrasonografía endoscópica pancreática (o resonancia magnética) *(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor)*.
- En los pacientes con diagnóstico clínico de poliposis juvenil (5 o más pólipos juveniles en el colon, múltiples pólipos juveniles en el tracto gastrointestinal y/o cualquier número de pólipos juveniles e historia familiar de síndrome de poliposis juvenil) se recomienda analizar la presencia de mutaciones en los genes implicados, principalmente *SMAD4* y *BMPR1A* *(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor)*.
- Las medidas de cribado en el síndrome de poliposis juvenil deberían incluir la colonoscopia y la gastroscopia desde los 15 años, cada 2-3 años si no se detectan pólipos y con periodicidad anual en caso contrario. Se sugiere la vigilancia de lesiones vasculares en individuos con mutación en *SMAD4* por riesgo de síndrome de hemorragia-telangectasia hereditaria *(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor)*.
- Los individuos con múltiples hamartomas gastrointestinales o ganglioneuromas deben ser evaluados para descartar un síndrome de Cowden, incluyendo el análisis de mutaciones en el gen *hJ* *(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor)*.
- Se sugiere el cribado de colon, estómago, intestino delgado, tiroides, mama, endometrio, riñón y melanoma en los individuos con síndrome de Cowden *(Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor)*.

Síndrome de poliposis serrada

- En los individuos con diagnóstico de SPS (5 o más PS proximales al sigma, al menos 2 de ellos de un tamaño de > 1 cm; cualquier número de pólipos serrados [PS] en un familiar de primer grado de un paciente diagnosticado de SPS; o presencia de más de 20 PS distribuidos a lo largo de todo el colon) se recomienda la realización de una colonoscopia (a valorar técnicas de contraste) cada 1-3 años y

resección endoscópica de las lesiones visualizadas (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

- Se recomienda la realización de una colectomía (total o segmentaria) ante la detección de un CCR o la imposibilidad para controlar endoscópicamente las lesiones serradas (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Tras la cirugía, se recomienda la vigilancia endoscópica posquirúrgica con una periodicidad anual (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- En los familiares de primer grado de individuos con SPS se sugiere iniciar el cribado mediante colonoscopia completa a los 40 años de edad o 10 años antes del familiar afecto más joven (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis

Análisis genético en el síndrome de Lynch

- Recomendamos remitir a unidades de consejo genético o consultas de alto riesgo a los individuos con sospecha o diagnóstico de síndrome de Lynch (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Recomendamos testar los tumores de todos los pacientes con CCR mediante inmunohistoquímica de las proteínas reparadoras o inestabilidad de microsatélites (IMS) para identificar los candidatos al análisis de mutaciones germinales del síndrome de Lynch (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Recomendamos determinar la presencia de mutaciones en BRAF o hipermetilación del promotor de *MLH1* en los tumores con ausencia de expresión de *MLH1* (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda efectuar el análisis germinal de mutaciones de los genes reparadores del ADN cuando se demuestre IMS o pérdida de expresión proteica (en ausencia de hipermetilación de *MLH1*) (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se sugiere efectuar el análisis germinal de mutaciones de los genes reparadores del ADN en los individuos con historia familiar sugestiva de síndrome de Lynch sin acceso a estudio molecular si la probabilidad de detectar una mutación en los genes reparadores en los modelos predictivos es superior al 5% (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Recomendamos ofrecer el análisis mutacional de los genes reparadores del ADN a los familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos) de individuos portadores de una mutación germinal en algunos de estos genes (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Cribado en el síndrome de Lynch

- Se recomienda realizar cribado periódico con colonoscopia en los individuos con síndrome de Lynch (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- Se sugiere iniciar el cribado endoscópico a los 20-25 años con una frecuencia anual o bienal (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se sugiere realizar cribado de neoplasias ginecológicas a las mujeres con síndrome de Lynch mediante ultrasonografía transvaginal y/o aspirado/biopsia endometrial con periodicidad anual a partir de los 30-35 años de edad (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se sugiere la determinación y erradicación de *Helicobacter pylori* si es positivo en individuos con síndrome de Lynch. Se sugiere realizar vigilancia endoscópica cada 1-3 años del cáncer gástrico en familias con alta agregación de cáncer gástrico a partir de los 30-35 años (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se sugiere realizar estrategias de vigilancia más intensivas que las recomendadas a la población general en otros tumores (mama, próstata, urológicos, páncreas) solo si existe una agregación familiar (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Tratamiento quirúrgico en el síndrome de Lynch

- En pacientes pertenecientes a familias con síndrome de Lynch que desarrollan un CCR se recomienda realizar una resección extensa (preferiblemente colectomía con anastomosis ileorrectal) como estrategia preventiva del desarrollo de neoplasias metacrónicas (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En mujeres portadoras de mutaciones en los genes responsables del síndrome de Lynch se debe ofrecer la realización de cirugía reductora del riesgo de cáncer ginecológico mediante histerectomía y ooforectomía bilateral a los 40-45 años una vez completada la historia reproductiva (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Quimioprevención en el síndrome de Lynch

- Se puede considerar la quimioprevención con AAS de forma individual tras la discusión con el paciente de los riesgos, los beneficios y las incertidumbres (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Síndrome de Lynch-like

- Se sugiere realizar el análisis de mutaciones somáticas de los genes reparadores y de paneles multigén para excluir mutaciones germinales en otros genes en los pacientes con síndrome de Lynch-like (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se recomienda individualizar las estrategias de vigilancia en las familias con síndrome de Lynch-like en base a la historia personal y a la agregación familiar (*Calidad de la evidencia muy baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Cáncer colorrectal familiar tipo X

- En los individuos pertenecientes a familias con CCR familiar tipo X se sugiere ofrecer cribado endoscópico cada 3-5 años a partir de los 35 años de edad, o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- No se recomienda realizar cribado de neoplasias extra-colónicas en los individuos pertenecientes a familias con CCR familiar tipo X (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte en contra*).

Cáncer colorrectal familiar

Riesgo de cáncer colorrectal y neoplasia avanzada en el cáncer colorrectal familiar no sindrómico

- Antes de establecer una estrategia preventiva se recomienda determinar si la agregación familiar corresponde a alguno de los síndromes hereditarios asociados al CCR conocidos (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Una vez excluido un síndrome hereditario, los individuos con un solo familiar de primer grado (FPG) con CCR deben ser incorporados a los programas de cribado de base poblacional (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda que en los individuos con dos FPG con CCR se debe mantener la recomendación actual basada en la colonoscopia cada 5 años (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Estrategias de cribado en población con cáncer colorrectal familiar no sindrómico

- Se recomienda el cribado con SOHi como alternativa a la colonoscopia en individuos con un FPG con CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Tras una primera colonoscopia, los intervalos de vigilancia endoscópica se ajustarán a los hallazgos endoscópicos (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).

Vigilancia tras resección de pólipos de colon o cáncer colorrectal

Vigilancia según grupos de riesgo

- Antes de realizar recomendaciones de vigilancia debe comprobarse que la colonoscopia basal se ha realizado en condiciones de alta calidad: exploración completa, limpieza colónica adecuada y extirpación completa de los pólipos.
- Los pacientes con 1-2 lesiones adenomatosas tubulares con displasia de bajo grado y < 10 mm no requieren vigilancia endoscópica. Se les debe reincorporar al programa de cribado poblacional, preferentemente a los 10 años, o indicar una colonoscopia a los 10 años en caso de que no

haya programa poblacional de cribado de CCR (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- Los pacientes con lesiones serradas sin displasia < 10 mm no requieren vigilancia endoscópica, independientemente del número de lesiones. Se les debe reincorporar al programa de cribado poblacional, preferentemente a los 10 años, o indicar una colonoscopia a los 10 años en caso de que no haya programa poblacional de cribado de CCR (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Los pacientes con pólipos hiperplásicos en recto-sigma < 10 mm no requieren vigilancia endoscópica. A los 10 años se les debe reincorporar al programa de cribado poblacional o indicar una colonoscopia en dicho intervalo en caso de que no haya programa poblacional de cribado de CCR (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Los pacientes con 3 o más lesiones adenomatosas tubulares con displasia de bajo grado < 10 mm o al menos una lesión adenomatosa vellosa, con displasia de alto grado (DAG) o ≥ 10 mm, deberían realizar la primera vigilancia endoscópica a los 3 años (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).
- Los pacientes con al menos una lesión neoplásica serrada con displasia o ≥ 10 mm deben realizar la primera vigilancia endoscópica a los 3 años (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En pacientes con 5 o más adenomas o algún adenoma ≥ 20 mm, que constituyen el grupo de alto riesgo de la guía europea³, en el momento actual no hay evidencias ni a favor ni en contra de acortar el intervalo de seguimiento a un año (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Vigilancia en situaciones especiales

- Las recomendaciones de vigilancia se establecen siempre tras la resección completa de lesiones halladas en la colonoscopia basal.
- Cuando la resección es incompleta se debe repetir la colonoscopia hasta conseguir el objetivo de dejar el colon completamente explorado y libre de lesiones neoplásicas (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En las lesiones sésiles o planas de gran tamaño (≥ 20 mm) y reseçadas de forma fragmentada se debe realizar una revisión endoscópica en un plazo de 6 meses desde la colonoscopia basal (*Calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En las lesiones sésiles o planas de gran tamaño (≥ 20 mm) y reseçadas de forma fragmentada se debería realizar una primera vigilancia endoscópica al año de confirmar la resección completa (*Calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda la recuperación de todas las lesiones reseçadas.
- Las lesiones ≥ 10 mm reseçadas y no recuperadas se considerarán como avanzadas y las lesiones de < 10 mm como

no avanzadas. No se tendrán en consideración las lesiones reseca- das no recuperadas < 10 mm en recto sigma.

- Para establecer la recomendación de vigilancia, las lesiones avanzadas y no avanzadas no recuperadas se sumarán a las recuperadas.
- Tras la resección de lesiones con sospecha de cáncer invasivo o con dificultad para la localización posterior se debe realizar tatuaje de la lesión (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Los individuos con riesgo elevado de CCR (≥ 10 adenomas; ≥ 5 pólipos serrados proximales; ≥ 2 pólipos serrados ≥ 10 mm; > 10 pólipos con $> 50\%$ de pólipos serrados o con criterios de síndrome de poliposis serrada) requieren un estudio individualizado y han de derivarse a una consulta específica de alto riesgo o consulta especializada de gastroenterología.

Vigilancia tras una primera colonoscopia de vigilancia

- Los intervalos de vigilancia endoscópica se establecerán en función de los hallazgos en la última colonoscopia.
- En los pacientes con lesiones avanzadas en la colonoscopia de vigilancia se debería realizar el siguiente control endoscópico a los 3 años (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación débil a favor*).
- En los pacientes sin lesiones avanzadas en la colonoscopia de vigilancia se deberían realizar el siguiente control endoscópico a los 5 años (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Tras dos colonoscopias de vigilancia sin lesiones colorrectales avanzadas se debería reincorporar a los pacientes a los programas poblacionales de cribado de CCR o indicar una colonoscopia en 10 años en caso de que no haya programa poblacional de cribado de CCR (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se aconseja integrar las estrategias de vigilancia dentro de los programas de cribado poblacional del CCR.
- Los pacientes a los que se les han extirpado pólipos del colon y que consultan por síntomas requieren ser evaluados cuidadosamente en el contexto clínico.
- Se debería finalizar la vigilancia endoscópica para el CCR en adultos de más de 75 años o excepcionalmente a los 80 años en pacientes seleccionados sin comorbilidades (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Vigilancia en pacientes con cáncer colorrectal resecado con intención curativa

- Los individuos CCR pT1 resecado endoscópicamente han de derivarse a una consulta específica de alto riesgo o consulta especializada de gastroenterología.
- Los pacientes con adenocarcinoma sobre pólipo con invasión de la submucosa (pT1) no requieren resección quirúrgica si se cumplen todos los criterios de buen

pronóstico (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- Si la colonoscopia basal ha sido incompleta, se recomienda realizar una colonoscopia preoperatoria o postoperatoria completa en un plazo de 3-6 meses tras la intervención quirúrgica. Si la colonografía por TC está disponible, se recomienda su realización antes de la intervención (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda realizar la primera colonoscopia de vigilancia al año de la intervención, 3 años después de esta primera revisión y posteriormente cada 5 años si las colonoscopias son normales o con lesiones no avanzadas (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En el caso de detección de lesiones colorrectales metacronas se seguirán las mismas recomendaciones de vigilancia pospolipectomía expuestas anteriormente (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En los pacientes con cáncer de recto sin escisión total del mesorrecto se sugiere vigilancia los dos primeros años tras la resección, sin evidencias a favor de una estrategia en concreto (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Vigilancia en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

Prevención primaria del cáncer colorrectal en la enfermedad inflamatoria intestinal

- La prevención primaria del CCR en la EII se debe centrar en el control adecuado de la actividad inflamatoria a largo plazo (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda la quimioprevención con mesalazina oral a dosis superiores a 1,2 g/día en todos los pacientes con colitis ulcerosa (CU), con excepción de las proctitis, desde el diagnóstico (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- No se recomienda el uso de las tiopurinas exclusivamente como profilaxis del CCR en la EII (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte en contra*).
- Se recomienda evitar el uso del ácido ursodeoxicólico (UDCA) a dosis $> 28-30$ mg/kg/día en pacientes con colangitis esclerosante primaria (CEP) (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En la EII asociada a CEP se sugiere limitar el uso del UDCA como quimioprofilaxis del CCR solo en pacientes con riesgo elevado (colitis extensa), a dosis no superior a 8-15 mg/kg/día (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- No se recomienda el uso de ácido fólico de forma generalizada para la profilaxis del CCR en pacientes con EII (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte en contra*).
- No se recomienda el uso de estatinas para la profilaxis del CCR en pacientes con EII (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte en contra*).

- No se recomienda el uso de AAS ni de AINE en la profilaxis del CCR en pacientes con EII (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte en contra*).

Vigilancia endoscópica en la enfermedad inflamatoria intestinal

- Se recomienda realizar una colonoscopia de cribado a todos los pacientes con CU, enfermedad de Crohn (EC) de colon y colitis indeterminada a los 8 años del inicio de los síntomas o al cumplir 50 o más años de edad, con independencia de la duración de la EII (*Calidad de la evidencia baja-moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En los pacientes con EII y colangitis esclerosante primaria (CEP) se recomienda iniciar la vigilancia endoscópica al tiempo del diagnóstico de la CEP con independencia de la actividad y de la extensión de la EII (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se sugiere realizar una ileo-colonoscopia cada 5 años a los pacientes con CEP sin evidencia de EII con el fin de diagnosticar una EII subclínica (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

Intervalos de vigilancia endoscópica en la enfermedad inflamatoria intestinal

- La vigilancia endoscópica se efectuará a todos los pacientes con EII, salvo aquellos con proctitis o con EC con afectación de un solo segmento del colon, sin evidencia de inflamación proximal a recto, macroscópica o microscópica, actual o previa (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se consideran pacientes de elevado riesgo aquellos con colitis extensa con actividad grave, o presencia de estenosis o displasia en los últimos 5 años, o historia familiar de CCR < 50 años, y aquellos con CEP concomitante (también después de un trasplante hepático). Se consideran pacientes de riesgo intermedio aquellos con colitis extensa con actividad moderada o leve, o presencia de pseudopólipos, o con historia familiar de CCR a los 50 o más años. Se consideran pacientes de riesgo bajo aquellos sin factores de riesgo alto o intermedio (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda que el intervalo para la siguiente colonoscopia de vigilancia sea de 1-2 años en casos de riesgo alto, de 2-3 años si el riesgo es intermedio y de 5 años si el riesgo es bajo (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- La decisión de realizar vigilancia endoscópica en los pacientes de edad avanzada se considerará teniendo en cuenta su expectativa de vida, las potenciales complicaciones relacionadas con la colonoscopia o la cirugía, las expectativas de manejo de la EII y los deseos del paciente (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se recomienda la vigilancia endoscópica de las estenosis en la EII, incluyendo una inspección completa y cuidadosa de la misma con toma de múltiples biopsias (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- En los pacientes con reservorio y anastomosis ileoanal con antecedente de displasia o CCR se recomienda realizar vigilancia endoscópica con biopsias múltiples que incluyan la zona transicional y del reservorio con una frecuencia entre 1-2 años (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se sugiere no realizar vigilancia endoscópica sin estos factores de riesgo (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil en contra*).
- En los pacientes colectomizados con recto intacto (anastomosis ileorrectal o recto excluido) se recomienda realizar cribado y vigilancia endoscópica con los mismos criterios que en pacientes no colectomizados (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda un seguimiento regular en pacientes con EC y fistulas perianales crónicas persistentes y/o estenosis anales, especialmente ante la aparición de síntomas (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda realizar la exploración bajo anestesia y curetaje de las fístulas con biopsia de cualquier área o lesión sospechosa si no se puede realizar una exploración óptima (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Actitud ante la displasia

- El diagnóstico displasia en la EII se debe realizar siguiendo la clasificación de Ridell en displasia de bajo grado, DAG, e indefinida para displasia. El diagnóstico definitivo de displasia requiere la confirmación por dos patólogos, al menos uno con dedicación habitual a la patología gastrointestinal.
- Se recomienda la cromoendoscopia (CrE) —preferentemente con endoscopios de alta definición— con resección de lesiones visibles sospechosas de displasia y/o toma de biopsias dirigidas como técnica de cribado y vigilancia para los pacientes con EII (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- No se recomienda la realización rutinaria de biopsias aleatorias cuando se realiza la exploración con CrE (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte en contra*).
- Se sugiere realizar biopsias aleatorias cuando no es posible hacer una inspección detallada de la mucosa (importante desestructuración en el contexto de inflamación quiescente crónica, puentes mucosos, pseudopólipos) (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Aunque se recomienda realizar la vigilancia endoscópica con la EII en remisión, la colonoscopia no debe ser pospuesta si no se prevé conseguir una remisión precoz (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda repetir la colonoscopia si la preparación intestinal es inadecuada (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).

- La presente GPC asume el consenso SCENIC respecto a la recomendación de las definiciones, terminología y características del informe endoscópico en el cribado y vigilancia en pacientes con EII.
- Se recomienda el tratamiento endoscópico de las lesiones displásicas resecables (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En las lesiones displásicas, tras asegurar su resección completa, se recomienda vigilancia endoscópica a los 3-6 meses y con posterioridad al año (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En caso de lesiones discretas de pequeño tamaño se puede considerar realizar la siguiente colonoscopia al año (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- El hallazgo de nuevas lesiones visibles en el seguimiento con CrE comportará realizar las mismas pautas de actuación (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En el caso de lesiones grandes o después de una resección fragmentada, el intervalo entre las siguientes colonoscopias de vigilancia se realizará de forma individualizada. Se tendrán en cuenta el conjunto de variables que afectan al pronóstico: factores de riesgo y progresión neoplásica concomitantes, las dificultades de seguimiento endoscópico y la opinión del paciente (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Se recomienda la realización de colectomía de las lesiones visibles displásicas no resecables o que no se haya asegurado su resección completa mediante la comprobación de la ausencia de displasia en la base de resección y/o alrededor de la misma (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Ante el diagnóstico confirmado de displasia invisible de cualquier grado realizada en una exploración sin CrE se recomienda la repetición de la colonoscopia con CrE y alta definición con toma adicional de biopsias múltiples, en un plazo no superior a 3 meses (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- En el caso de enfermedad activa, se aconseja previamente la intensificación del tratamiento médico, en especial ante el diagnóstico de «indefinido para displasia» (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).
- Se recomienda colectomía en la displasia invisible de alto grado realizada en una exploración de calidad con CrE (*Calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte a favor*).
- Ante la confirmación del diagnóstico de displasia invisible de bajo grado unifocal o multifocal y de «indefinido para displasia» por CrE se sugiere realizar una actuación individualizada. La actuación individualizada se refiere al conjunto de datos actualizados respecto a factores de riesgo y de progresión neoplásica concomitantes, factores asociados a una adecuada calidad y posibilidad de seguimiento endoscópico, edad y comorbilidad, y la

opinión del paciente (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil a favor*).

- En el cribado y vigilancia endoscópica de los pacientes con EII se recomienda realizar colonoscopias de máxima calidad con tiempos de exploración adecuados y la monitorización de resultados para revisar tasas de cáncer de intervalo.

Colectomía por displasia/cáncer colorrectal

- En los pacientes con CU que requieren colectomía por displasia/CCR se recomienda la realización de proctocolectomía con anastomosis ileoanal. Se puede considerar la colectomía total con anastomosis ileorrectal en casos seleccionados (*Calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte a favor*).

Financiación

Esta guía de práctica clínica ha contado con la financiación externa de Norgine. Los patrocinadores no han influido en ninguna etapa de su elaboración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jaume Galceran A, Galcerán J, Ameijide A, Carulla M, Bonet RP. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Redecan 2014. Disponible en: <http://redecan.org/es/page.cfm?id=13&title=redecan>
2. Holleczer B, Rossi S, Domenic A, Innos K, Minicozzi P, Francisci S, et al., EURO CARE-5 Working Group. On-going improvement and persistent differences in the survival for patients with colon and rectum cancer across Europe 1999-2007 — Results from the EURO CARE-5 study. Eur J Cancer. 2015;51:2158-68.
3. Atkin WS, Valori R, Kuipers EJ, Hoff G, Senore C, Segnan NR, et al., International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition — Colonoscopic surveillance following adenoma removal. Endoscopy. 2012;44:SE151-63.
4. Castells A, Marzo M, Bellas B, Amador FJ, Lanás A, Mascort JJ, et al. [Clinical guidelines for the prevention of colorectal cancer]. Gastroenterol Hepatol. 2004;27:573-634.
5. Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Amador FJ, Andreu M, Bellas B, et al. [Clinical practice guideline. Prevention of colorectal cancer. 2009 update. Asociación Española de Gastroenterología]. Gastroenterol Hepatol. 2009;32, 717.e1- 758.e1.
6. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. J Clin Epidemiol. 2011;64:395-400.
7. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. J Clin Epidemiol. 2011;64:380-2.



Obstrucción intestinal baja

J. de la Peña, A. Terán y M.T. Arias Loste

Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Palabras Clave:

- Obstrucción intestinal
- Cáncer de colon
- Vólvulo
- Cecostomía
- Cecopexia

Keywords:

- Acute obstruction
- Colorectal neoplasia
- Cecostomy
- Cecopexy

Resumen

La obstrucción aguda del colon se desarrolla en horas con dolor y distensión abdominal. Los signos de afectación peritoneal obligan a una actuación quirúrgica urgente sin demora. La mayoría de las obstrucciones agudas del colon son producidas por tumores del colon y pueden solucionarse con la colocación de una prótesis autoexpandible por métodos endoscópicos o radiológicos con menos morbilidad y coste que la cirugía urgente.

Cuando la causa de la obstrucción es un vólvulo de sigma, la aspiración del aire dentro del vólvulo y la colocación de una sonda por vía endoscópica resuelve el cuadro agudo, pero la recidiva sin más tratamiento es la norma.

En la pseudo-obstrucción aguda del colon (dilatación masiva del colon pero sin causa obstructiva), el tratamiento consiste en la identificación y posible retirada de factores desencadenantes y tratamiento conservador, aunque casi la mitad de los casos precisan de cecostomía o cecopexia.

Abstract

Lower Bowel Obstruction

Acute obstruction of the colon develops in hours with pain and bloating. Signs of peritoneal involvement require urgent surgical action without delay. Most acute bowel obstructions are caused by tumors of the colon and can be solved with self-expandable stenting by endoscopic or radiological methods with less morbidity and cost than emergency surgery. When the cause of obstruction is a sigmoid volvulus, aspiration of air into the volvulus and the placement of an endoscopic probe resolves the acute, but the recurrence without further treatment is the norm. In the pseudo-acute obstruction of the colon (colonic massive dilatation but without cause obstructiva), treatment is the identification and possible triggers withdrawal and conservative management, although nearly half of the cases require cecostomy or cecopexy.

Introducción y etiología

Se define como obstrucción intestinal la detención de la progresión del contenido intestinal a tramos distales. Ésta puede localizarse en el intestino delgado o en el colon y puede ser completa o incompleta, acompañándose o no de signos de estrangulación, necrosis o perforación intestinal. Existen múltiples posibilidades etiológicas; en este artículo trataremos las más frecuentes (tabla 1).

Más de la mitad de los cuadros de obstrucción intestinal baja se producen por adenocarcinoma obstructivo del colon. De los cánce-

res de colon, cerca del 20% presentan síntomas obstructivos como manifestación inicial, de los que la mitad precisarán tratamiento de urgencia. El carácter obstructivo del cáncer empeora el pronóstico del paciente. Se produce en sujetos mayores de 40 años, siendo mayoría los que superan los 65 años. Hay que destacar que una parte importante de los pacientes operados de cáncer de colon presentan estenosis en la anastomosis quirúrgica (18-30%) y que en la mayoría de los pacientes operados de cáncer de colon que tienen síntomas obstructivos posteriores, éstos no se deben a recidiva del cáncer en el colon sino a carcinomatosis peritoneal.

TABLA 1

Causas más frecuentes de la obstrucción intestinal

Obstrucción de intestino delgado	Obstrucción de colon
Adherencias de cirugía previa	Adenocarcinoma obstructivo
Tumores (carcinomatosis peritoneal y primarios)	Vólvulo de sigma o ciego
Hernias incarceradas	Diverticulitis
Enfermedad de Crohn	Hernias estranguladas
Estenosis postradiación	Seudo-obstrucción intestinal
	Enfermedad de Crohn
	Estenosis de anastomosis quirúrgicas
	Estenosis postradiación

El *vólvulo de colon* es la torsión axial del colon sobre su pedículo vascular. Se produce una obstrucción de asa cerrada, con isquemia por la torsión del pedículo vascular y el aumento de la tensión parietal por la distensión. Supone entre el 10-15% de los casos de obstrucción colónica. Típicamente el sigma es el segmento volvulado en las tres cuartas partes de los casos debido a su laxitud. El ciego se volvula en el resto de los casos debido a la falta de fusión del peritoneo parietal al mismo.

La *diverticulitis* rara vez (menos del 10% de las diverticulitis) produce obstrucción completa del colon y de hacerlo es siempre cuando la afectación se produce en sigma o colon descendente.

El resto de las causas de obstrucción del colon representan cuantitativamente una pequeña parte del problema (menos del 10% de las obstrucciones del colon son por causa benigna). El colon puede herniarse a través de los orificios herniarios habituales, provocando masas más voluminosas que cuando se hernia el mesenterio o el intestino delgado.

Manifestaciones clínicas

Los pacientes presentan un cuadro de horas de duración de dolor periumbilical o hipogástrico y distensión abdominal. Con frecuencia, presentan estreñimiento y no expulsan gases intestinales, aunque ocasionalmente pueden presentar diarrea si la obstrucción no es completa o es proximal. Si el dolor es intenso, persistente o en la exploración hay signos de irritación peritoneal se debe sospechar la existencia de una necrosis de la pared intestinal o la perforación intestinal y debe solucionarse el cuadro sin demora. En cuanto a los síntomas en los meses previos que orienten al origen del cuadro, hay que investigar cambios en el ritmo y consistencia de las heces, anemia, presencia de sangre en las heces, astenia, anorexia y pérdida de peso, pero sólo una cuarta parte de los pacientes refieren estos síntomas. Cuando aparecen vómitos suelen ser tardíos y a veces fecaloideos.

Exploración física

El paciente presenta grados variables de deshidratación y abdomen distendido y sin ruidos intestinales o muy escasos y metálicos. Si existe perforación o necrosis el dolor en la pal-

pación es intenso y se agrava o desencadena con maniobras de estimulación peritoneal: soltar rápido la presión sobre el abdomen (rebote positivo) o presiones pequeñas pero sucesivas y rápidas sobre el abdomen. Es poco frecuente la palpación de masa abdominal. El tacto rectal suele ser inespecífico, ya que los tumores rectales raramente provocan cuadros obstructivos. Deben buscarse hernias, eventraciones y cicatrices de cirugía previa. Cuando se encuentra una masa dura en un orificio herniario que es dolorosa y no se reduce con la presión leve-moderada, estamos ante una hernia incarcerada-estrangulada.

Estudios de laboratorio

Puede haber leucocitosis ligera, alteración de los electrolitos y de la función renal. El perfil de sepsis puede ser positivo.

Diagnóstico por la imagen

Radiología simple

Se observará un grado variable de dilatación del colon desde la localización anatómica donde se produce la obstrucción y de forma retrógrada (fig. 1). No existe aire en la ampolla rectal excepto en la pseudo-obstrucción y en la impactación fecal. Si la obstrucción es completa y prolongada, existe aire y líquido en las asas, viéndose éstas como niveles hidroaéreos en la radiografía en bipedestación o en decúbito lateral con



Fig. 1. Intensa dilatación de todo el colon trasverso y parte del descendente.

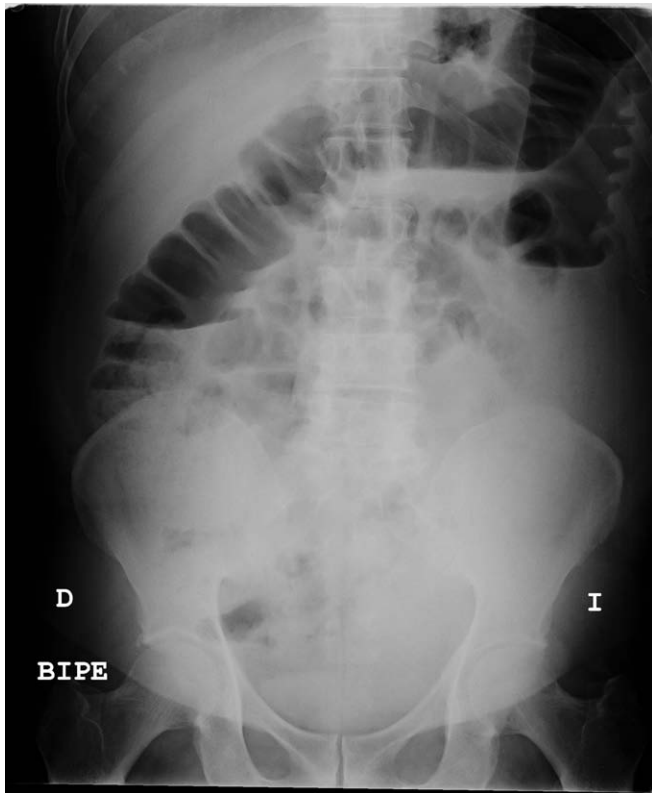


Fig. 2. Dilatación de colon trasverso y descendente con presencia de niveles hidroaéreos.

rayo horizontal (fig. 2). Dependiendo de la competencia de la válvula ileocecal puede haber o no aire en el intestino delgado. Cuando hay un vólvulo de sigma, éste se dilata severamente dando la imagen “en grano de café” (fig. 3).

Tomografía computadorizada

Suele ser útil tanto para localizar el lugar de la obstrucción como su etiología. Puede darse contraste oral hidrosoluble que revela las asas y permite el diagnóstico diferencial de obstrucción de intestino delgado por adherencias y facilita su tratamiento¹. Es posible diagnosticar tumores y aportar datos de sufrimiento vascular que obliguen a actuar deprisa. Raramente es necesario realizar un enema con contraste hidrosoluble, nunca de bario.

Procedimientos endoscópicos

Sólo deben realizarse si tienen una utilidad terapéutica y nunca si existen signos de irritación peritoneal, en cuyo caso no debe demorarse la intervención quirúrgica.

Tratamiento

Debe corregirse, en primer lugar, el déficit de líquidos y las alteraciones electrolíticas con sueros endovenosos. La descompresión con sonda nasogástrica siempre es útil, ya que al



Fig. 3. Vólvulo de sigma con sonda introducida por vía anal.

menos impide la mayor acumulación de gas procedente del estómago en el intestino distendido. Si tras 24 horas de tratamiento con estas medidas la obstrucción no mejora debe realizarse un tratamiento urgente.

Obstrucción por tumoración maligna del colon

En más de las tres cuartas partes de los pacientes con neoformación estenosante del colon, ésta se localiza distalmente con respecto al ángulo esplénico, y en ellos puede colocarse por medio de endoscopia, o con menos frecuencia por radiología intervencionista, una prótesis de malla metálica plegada por el interior de la tumoración estenosante que al desplegarse desobstruye el intestino (figs. 4-6). Cuando la tomografía computadorizada (TC) muestra una obstrucción por neoformación del colon, la desobstrucción con prótesis ofrece varias ventajas respecto a la descompresión quirúrgica²:

1. Consigue descomprimir el colon en el 90% de los casos con menos morbilidad que la cirugía urgente, con ahorro de días de estancia hospitalaria y menos costes.

2. Permite estadificar y preparar al paciente para una resección programada del tumor en condiciones idóneas.

3. Si el paciente tiene un tumor tan avanzado que no permite la resección quirúrgica conseguiremos un tratamiento definitivo para la esperanza de vida del paciente con menos morbilidad que la cirugía urgente. La descompresión endoscópica sólo debe realizarse por equipos que consigan implantar las prótesis en más del 80% de los pacientes, por-



Fig. 4. Obstrucción de colon tras la colocación de prótesis endoscópica. Véase la prótesis sobre el iliaco izquierdo como un cilindro fino de hilos radioopacos (blancos).

que en otras circunstancias la descompresión endoscópica está gravada por una alta tasa de perforaciones^{3,4}. Cuando no existe posibilidad de desobstrucción endoscópica eficaz en tumores estenosantes o ésta no se consigue por un equipo endoscópico hábil, debe realizarse una cirugía urgente con la finalidad de desobstruir el colon y resear el tumor. En los tumores de colon derecho (proximales al ángulo esplénico) la hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica puede realizarse con frecuencia y con éxito en pacientes sin preparación intestinal. Si existe sufrimiento intestinal o en pacientes graves, la ileostomía (abocar el íleon a piel) o la cecostomía, con o sin resección del tumor, pueden resolver el problema. En los tumores de colon izquierdo (distales al ángulo esplénico) que no pueden desobstruirse endoscópicamente, la resección urgente del tumor suele acompañarse de una colostomía de protección (abocar el colon a piel). Esto se realiza porque el sufrimiento del colon obstruido y el colon sucio producen una alta tasa de infecciones y dehiscencias de la anastomosis cuando ésta se realiza de forma inmediata. Como inconveniente, muchos de estos pacientes no pueden someterse posteriormente a reanastomosis colocolica y cierre de la colostomía debido al mal estado general, eventraciones y otras causas médicas que contraindican el cierre de la colostomía y la reanastomosis. De cualquier forma, la solución de la obstrucción del colon por un tumor maligno lleva aparejada una mortalidad cercana al 10% y una morbilidad del 40% en complicaciones, empeorando el pronóstico de estos pacientes respecto al de los que tienen un tumor del colon no estenosante⁵.

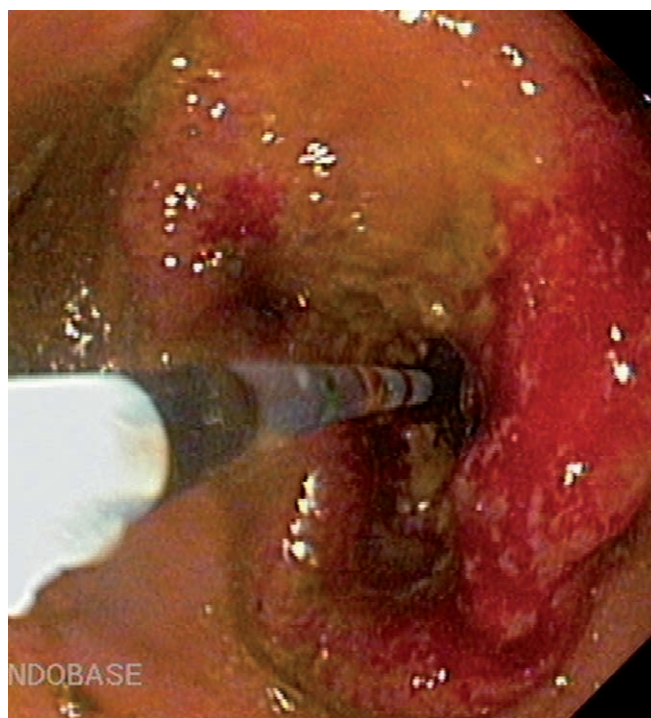


Fig. 5. Neoformación de sigma con el catéter portador de guía introducido a través de la misma.

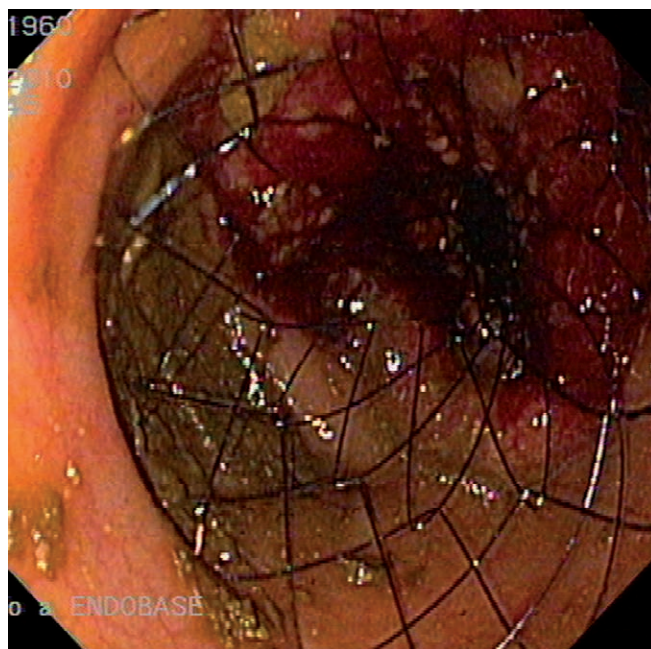


Fig. 6. Prótesis expandida que comienza a dilatar el trayecto estenosado por la neoformación.

Vólvulo

La entrada con endoscopio en el asa volvulada es posible en la mayoría de los pacientes con vólvulo de sigma. Aspirar el gas retenido y la colocación de una sonda rectal cuyo extremo proximal se sitúe por encima del vólvulo resuelve éste en el 75% de los pacientes. Dado que existe una notable tendencia a la recidiva del vólvulo (más de un tercio de los pacientes⁶), tras

la resolución endoscópica se debe limpiar el colon y realizar una resección sigmoidea con colostomía o una fijación del asa del sigma a la pared abdominal (pexia). Para el vólvulo de ciego, su resección e ileocolostomía es el tratamiento ideal. Cuando las condiciones del paciente son muy malas, la cecostomía o la fijación del ciego a la fosa ilíaca derecha resuelven el problema. En conjunto, *la mortalidad del vólvulo de sigma está próxima al 10% y es la gangrena del colon lo que ensombrece el pronóstico.*

Tratamiento de las hernias estranguladas

El peligro de perforación y necrosis del asa estrangulada se eleva a partir de las 4-6 horas, por lo que el tratamiento quirúrgico no debe demorarse. Si existe perforación no debe usarse malla para el cierre del orificio herniario, recomendándose el cierre multiplano del orificio⁷.

Diverticulitis

La mayoría de las veces no es posible diagnosticar como benigna la masa que ocluye el colon, pero la actitud quirúrgica es la resección de sigma o colon izquierdo (donde se encuentra la masa estenosante) con colostomía terminal y cierre del intestino distal. Posteriormente se reconstruirá el tránsito con anastomosis colo-cólica. En una pequeña proporción de casos la obstrucción es debida a *estenosis benignas del colon* secundarias a cirugía previa del colon, enfermedad inflamatoria intestinal, post-radiación o colitis isquémica. En estos casos, siempre que la estenosis sea más corta de 4 cm, la dilatación endoscópica con balón resuelve entre el 50-75% de los casos y, en los rebeldes, la colocación temporal de una prótesis metálica resuelve otro porcentaje similar de forma que los pacientes que precisan cirugía para resolver la obstrucción son una parte muy marginal de los mismos². En algunos casos en que persista sintomática la estenosis tras un tratamiento endoscópico, la obstrucción puede resolverse con prótesis endoscópica en puente hacia una cirugía programada.

Seudo-obstrucción aguda del colon (síndrome de Ogilvie)

Existen casos en los que se produce un cuadro con dilatación aguda severa del colon sin obstrucción mecánica (síndrome de Ogilvie)² cuyo origen es múltiple (tabla 2). Cuando la dilatación es mayor de 10 cm en el ciego, el riesgo de isquemia y perforación se eleva considerablemente, sobre todo tras seis días de evolución desde el inicio de los síntomas. Debe iniciarse un tratamiento conservador a base de dieta absoluta, corrección del equilibrio hidroelectrolítico, aspiración nasogástrica continua, movilización temprana del paciente y colocación de una sonda rectal. Se deben retirar aquellos fármacos que favorecen el síndrome. Si en 48 horas no hay mejoría, el único fármaco que ha demostrado eficacia es la *neostigmina*, en dosis de 2 mg en bolo a lo largo de 5 minutos. Siempre debe tenerse presente la posibilidad de una obstrucción in-

testinal encubierta cuando no responden, y estar alerta frente a signos de perforación o sufrimiento intestinal. De forma paliativa introducir el endoscopio hasta la mitad del colon, aspirar el gas y dejar una sonda mejora el cuadro, aunque las recidivas son superiores al 40%. La resolución definitiva de los casos que no responden es la cecostomía quirúrgica o endoscópica (por medio de una sonda semejante a la de gastrostomía introducida a través de la pared abdominal).

TABLA 2

Factores implicados en la pseudo-obstrucción intestinal (síndrome de Ogilvie)

Cirugía de la columna lumbar o abdominal previa
Trauma retroperitoneal
Lesión medular distal
Edad añosa
Enfermedades neurológicas
Medicamentos: opiáceos, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos

Conclusiones

1. La obstrucción aguda del colon se desarrolla en horas con dolor y distensión abdominal. Los signos de afectación peritoneal obligan a una actuación quirúrgica urgente sin demora.

2. La radiografía simple de abdomen en decúbito y en pie y la TC nos aportan datos del origen de la obstrucción y su localización.

3. La mayoría de las obstrucciones agudas del colon son producidas por tumores del colon y pueden solucionarse con la colocación de una prótesis autoexpandible por métodos endoscópicos o radiológicos con menos morbilidad y coste que la cirugía urgente.

4. Cuando la causa de la obstrucción es un vólvulo de sigma, la aspiración del aire dentro del vólvulo y la colocación de una sonda por vía endoscópica resuelve el cuadro agudo, pero la recidiva sin más tratamiento es la norma.

5. Cuando no es posible la desobstrucción con prótesis o sonda, el tratamiento quirúrgico urgente persigue la resección de la causa obstructiva, pero conlleva una alta tasa de colostomías que suelen dejarse de forma permanente.

6. Para los casos de pseudo-obstrucción aguda del colon el tratamiento consiste en la identificación y posible retirada de factores desencadenantes y tratamiento conservador, aunque casi la mitad de los casos precisan de cecostomía o cecopexia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

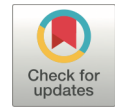
Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

1. Branco BC, Barmparas G, Schnüriger B, Inaba K, Chan LS, Demetriades D. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic and therapeutic role of water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg.* 2010;97:470-8.

2. American Society Gastrointestinal Endoscopy Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2010;71:669-79.
3. Van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B, Marinelli AW, Holzik MF, Grubben MJ, et al. Collaborative Dutch Stent-In study group. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial. *Lancet Oncol.* 2011;12:344-52.
4. Pirllet IA, Slim K, Kwiatkowski F, Michot F, Millat BL. Emergency preoperative stenting versus surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicenter randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2011;25:1814-21.
5. Hosono S, Ohtani H, Arimoto Y, Kanamiya Y. Endoscopic stenting versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastroduodenal obstruction: a meta-analysis. *J Gastroenterol.* 2007;42:283-90.
6. Grossmann EM, Longo WE, Stratton MD, Virgo KS, Johnson FE. Sigmoid volvulus in department of veterans affairs medical centers. *Dis Colon Rectum.* 2000;43:414.
7. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet.* 2003;362:1561.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Obstrucción intestinal por adherencias: un lienzo en blanco en el que el cirujano elige los colores

Intestinal obstruction due to adhesences: a blank canvas on which the surgeon chooses the colors

Isabel Cristina Brito-Rojas¹ , Neil Valentín Vega-Peña²

1 Médica, residente de Cirugía general, Departamento de Cirugía, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia.

2 Médico especialista en Cirugía General, magister en Epidemiología; magister en Educación Médica; Servicio de Cirugía General, Clínica Reina Sofía, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

Introducción. La obstrucción intestinal es una patología de alta prevalencia. Su abordaje diagnóstico y terapéutico ha evolucionado acorde con el avance del conocimiento e implementación de la tecnología. El impacto de sus complicaciones obliga a redoblar esfuerzos en pro de lograr una mayor efectividad. Se hizo una aproximación reflexiva al problema, mediante una identificación de los puntos controversiales de interés para el cirujano general.

Métodos. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en varias bases de datos, utilizando dos ecuaciones de búsqueda que emplearon términos seleccionados a partir de los tesauros “*Medical Subject Heading*” (MeSH) y “*Descriptores en Ciencias de la Salud*” (DeCS).

Resultados. Se recolectaron 43 artículos y a partir de ellos se construyó el texto de revisión. La identificación pronta de los posibles candidatos a cirugía, mediante un esquema diagnóstico y terapéutico, se constituye en una prioridad en el manejo de estos pacientes. De igual manera, se efectúan consideraciones en la toma de decisiones con respecto a la vía quirúrgica, así como recomendaciones técnicas operatorias producto de la experiencia y lo reportado en la literatura. Existen factores propios del cirujano, del contexto y del paciente, que inciden en la resolución del problema.

Conclusión. La obstrucción intestinal y sus implicaciones clínicas obligan a una reevaluación constante de su estado del arte y avances en el manejo, tendiente a una búsqueda de oportunidades para impactar favorablemente en su curso clínico. Hay estrategias por implementar, inclusive el manejo laparoscópico en casos seleccionados.

Palabras clave: obstrucción intestinal; adherencias tisulares; tratamiento conservador; isquemia; laparoscopia; antiinflamatorios.

Fecha de recibido: 17/02/2022 - Fecha de aceptación: 2/06/2022 - Publicación en línea: 10/11/2022

Correspondencia: Isabel Cristina Brito-Rojas, Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía general, Fundación Universitaria Sanitas, Calle 22B No. 66 - 46, Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono: (601) 3905696. Dirección electrónica: ic.britoro@unisanitas.edu.co

Citar como: Brito-Rojas IC, Vega-Peña NV. Obstrucción intestinal por adherencias: un lienzo en blanco en el que el cirujano elige los colores. Rev Colomb Cir. 2023;38:154-65. <https://doi.org/10.30944/20117582.2146>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Intestinal obstruction is a pathology of high prevalence. Its diagnostic and therapeutic approach has evolved according to the progress in knowledge and implementation of technology. The impact of its complications makes it necessary to make the efforts to achieve higher effectiveness. A reflexive approach to the problem is made by identifying the controversial points of interest for the general surgeon.

Methods. A systematic literature search was carried out in several databases, using two search equations from the review performed in the thesaurus "Medical Subject Heading" (MeSH) and "Descriptors in Health Sciences" (DeCS).

Results. A total of 43 articles were collected using the selected methods and the review text was constructed from them. The early identification of possible candidates for surgery, by means of a diagnostic and therapeutic algorithm, is a priority in the management of these patients. Likewise, considerations are made in decision-making regarding the laparoscopic vs. traditional approach, as well as operative technical recommendations based on experience and what has been reported in the literature. There are factors specific to the surgeon, the context and the patient that influence the resolution of the problem.

Conclusion. Intestinal obstruction and its clinical implications require a constant reevaluation of the state of the art and advances in management, tending to search for opportunities to favorably impact its clinical course. There are strategies to be implemented, including laparoscopic management in selected cases.

Keywords: intestinal obstruction; tissue adhesions; conservative treatment; ischemia; laparoscopy; anti-inflammatory agents.

Introducción

Las adherencias intraabdominales son la causa más común de obstrucción intestinal y representan cerca del 65-75 % de los casos. Se estima un riesgo del 1 al 10 % de obstrucción intestinal posterior a una apendicectomía, del 6,4 % después de una colecistectomía vía abierta, del 10-25 % después de una cirugía intestinal y de hasta un 25 % posterior a una proctocolectomía restaurativa ¹. En los Estados Unidos se presentan más de 300.000 hospitalizaciones al año por esta causa, con una estimación de 850.000 días de cuidado intrahospitalario y cerca de 2000 muertes anuales ². Existen antecedentes quirúrgicos en más del 90 % de los pacientes con obstrucción intestinal por adherencias (OIA), principalmente por procesos inflamatorios y se documenta una mayor incidencia en hombres (58 % versus 41 %) ³. Aproximadamente el 7-42 % de las obstrucciones intestinales se complican con isquemia. Un estudio en California registró 32.583 admisiones anuales por obstrucción intestinal, de estas el 24 % fueron llevadas a cirugía y el 24 % requirió resección del intestino delgado ⁴.

Alrededor de un 21 % de los pacientes presentan recurrencia del cuadro obstructivo después de su primer ingreso ⁵, que obliga a una política de detección temprana de casos potencialmente quirúrgicos y, de forma más compleja, a la investigación en medidas profilácticas o que disminuyan la formación postoperatoria de adherencias intestinales.

El objetivo de este escrito fue analizar, desde una perspectiva de los autores y la práctica quirúrgica actual, los posibles focos de intervención a considerar por los cirujanos para impactar favorablemente en el pronóstico de estos pacientes.

Métodos

Para el desarrollo de este artículo se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos relevantes sobre el tema en bases de datos como Medline, Google Scholar y Embase, publicados entre los años 2000 y 2021, utilizando como palabras clave: obstrucción intestinal, adherencias tisulares, tratamiento conservador, laparoscopia, antiinflamatorios e isquemia. Se recolectó un total de 43 artículos de los cuales se extrajeron los aspectos más relevantes sobre la obstrucción intestinal por adherencias.

Obstrucción intestinal: ¿identificar tempranamente es la clave!

El tradicional aforismo de *“nunca dejar que salga el sol sin que esté resuelta una obstrucción intestinal”*⁶ continúa vigente en algunos cirujanos hoy en día. Sin embargo, el impacto de la identificación temprana de los candidatos a cirugía obliga, desde nuestra perspectiva, a su reconfiguración en *“no debe ocultarse el sol sin definirse la necesidad de cirugía en un paciente con obstrucción intestinal”*.

La clínica permite sugerir el diagnóstico de OIA, aun cuando ésta varía según el órgano involucrado. Generalmente se caracteriza por dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal en el caso del intestino delgado y ausencia de deposiciones en el colon⁷. En la tabla 1 se muestran la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de los signos y síntomas más comunes.

Si bien, la radiografía simple de abdomen tiene una mayor sensibilidad diagnóstica, su especificidad disminuye e impacta en las características operativas de la prueba. No obstante, su amplia disponibilidad la posiciona como de utilidad en el abordaje inicial de estos pacientes. La tomografía computarizada (TC) ofrece un mejor patrón

diagnóstico y su utilización representa una buena práctica médica, independiente de la etiología⁹. La imagen por resonancia magnética nuclear (RMN) está limitada por su costo, su baja disponibilidad y la dificultad en su realización en pacientes críticamente enfermos, a pesar de su alto poder diagnóstico. Sin embargo, se prefiere en niños, en embarazadas o en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal conocida^{5,10}. La tabla 2 ilustra las características operativas de los estudios imagenológicos.

La mayoría de los pacientes pueden ser tratados de forma no quirúrgica, con estrategias implementadas desde hace décadas, entre las que se incluyen reposo intestinal, descompresión del estómago y rehidratación con líquidos endovenosos, asociado a una monitorización constante, con un umbral diagnóstico bajo para peritonitis, isquemia o estrangulación intestinal. Con este manejo, se describe un éxito terapéutico que oscila entre 65-81 % en los pacientes con OIA¹².

Por eso, es necesario reconocer oportunamente una obstrucción intestinal en asa cerrada y considerarla una urgencia quirúrgica, debido a las consecuencias derivadas de un eventual retraso en su resolución, pues el riesgo de estrangulación

Tabla 1. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de los signos y síntomas de obstrucción intestinal⁸.

Síntoma	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
Dolor abdominal	75,9 %	47,6 %	92,3 %	19,2 %
Vómito	62,6 %	61,9 %	93,2 %	16,7 %
Constipación	56,3 %	38 %	88,2 %	19,6 %
Cambio en los ruidos intestinales	56,9 %	28,6 %	86,8 %	16,7 %
Distensión	74,1 %	47,6 %	92,8 %	19,6 %

Tabla 2. Sensibilidad y especificidad de los estudios de imagen en el abordaje diagnóstico de obstrucción intestinal por adherencias^{2,6,11}.

Estudio imagenológico	Sensibilidad	Especificidad
Radiografía de abdomen	79-83 %	67-83 %
Tomografía de abdomen	63-100 %	61-96 %
Ecografía de abdomen	90 %	96 %
Resonancia magnética nuclear	95 %	100 %

e infarto es alto, con tasas de mortalidad del 10 al 35 %¹³. La figura 1 ilustra una representación esquemática y radiológica de una obstrucción intestinal en asa cerrada.

El diagnóstico de la obstrucción intestinal se fundamenta en criterios clínicos y radiológicos, que, de forma conjunta, establecen la probabilidad de éxito o fracaso de un manejo conservador y conducen a un diagnóstico precoz del paciente quirúrgico. No obstante, es necesario la integración de los hallazgos por parte del médico y la experiencia del equipo profesional tratante, así como la necesidad de efectuar consensos en casos de incertidumbre o poca claridad diagnóstica. La inestabilidad hemodinámica, la irritación peritoneal, la clínica de hernias encarceladas, un diámetro del ciego mayor a 10 cm, la ausencia de respuesta al manejo conservador después de 36 horas y una acidemia metabólica progresiva, constituyen indicaciones de una intervención quirúrgica^{10,11}.

El dímero D es un marcador de activación tanto de la coagulación como de la fibrinólisis; diversos estudios han demostrado que el dímero D muestra un buen rendimiento diagnóstico en la obstrucción tromboembólica de la arteria

mesentérica superior pero su eficacia se reduce en los casos de isquemia intestinal aguda no vascular. Se ha encontrado que el dímero D tiene una sensibilidad del 60 % y una especificidad del 68 % para el diagnóstico de obstrucción intestinal estrangulada. En un estudio realizado por Block y colaboradores se evidenció que una concentración de dímero D > 0,9 mg/L se asoció con una sensibilidad, especificidad y precisión del 68 %, 82 % y 79 % respectivamente para el diagnóstico de isquemia intestinal¹⁴.

En la figura 2 se muestran algunos ejemplos de los posibles hallazgos en la tomografía abdominal. La identificación en la TC de una zona de transición es de vital importancia como un indicador de manejo quirúrgico, asociado a una ingurgitación de venas mesentéricas, el espesor de la pared intestinal mayor de 3 mm, la presencia de neumatosis intestinal, el edema mesentérico, el líquido libre intraabdominal y el gas en la vena mesentérica o porta, entre otros^{10,11}. Estos signos imagenológicos se resumen en la figura 3.

Es importante identificar los candidatos a un manejo conservador en quienes exista una elevada posibilidad de éxito. El manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal incide en la duración

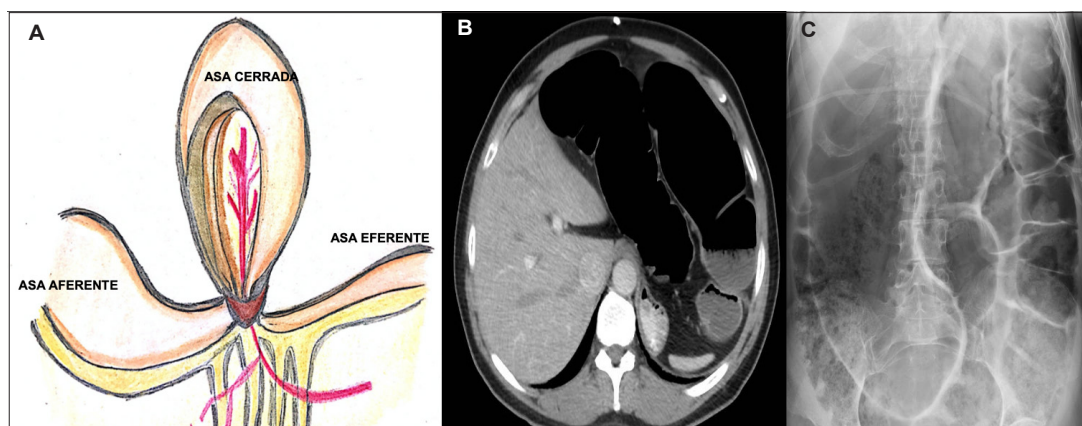


Figura 1. Representación esquemática y radiológica de obstrucción en asa cerrada. A. En la obstrucción en asa cerrada el lumen intestinal es obstruido en dos sitios localizados uno cerca al otro en los puntos de entrada y salida del asa; B. Corte axial de una tomografía de abdomen de un paciente con diagnóstico de vólvulo del sigmoide; C. Radiografía de abdomen de paciente con obstrucción intestinal con relación a vólvulo del sigmoide, se evidencia importante distensión de asas intestinales. Fuente: Elaboración propia de los autores.

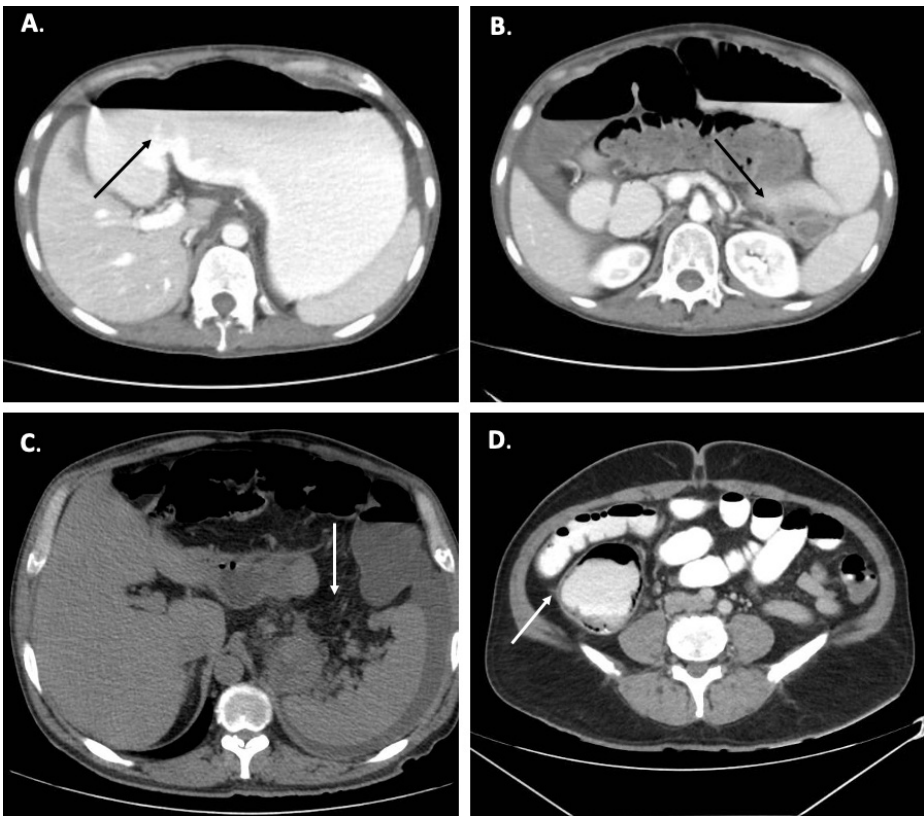


Figura 2. A-B. Dilatación de las asas intestinales delgadas con una zona de transición en el íleon terminal en la pelvis compatible con obstrucción mecánica. C. Distensión del ciego y colon ascendente con neumatosis y edema mesentérico asociado D. Tomografía de abdomen con evidencia de líquido libre.

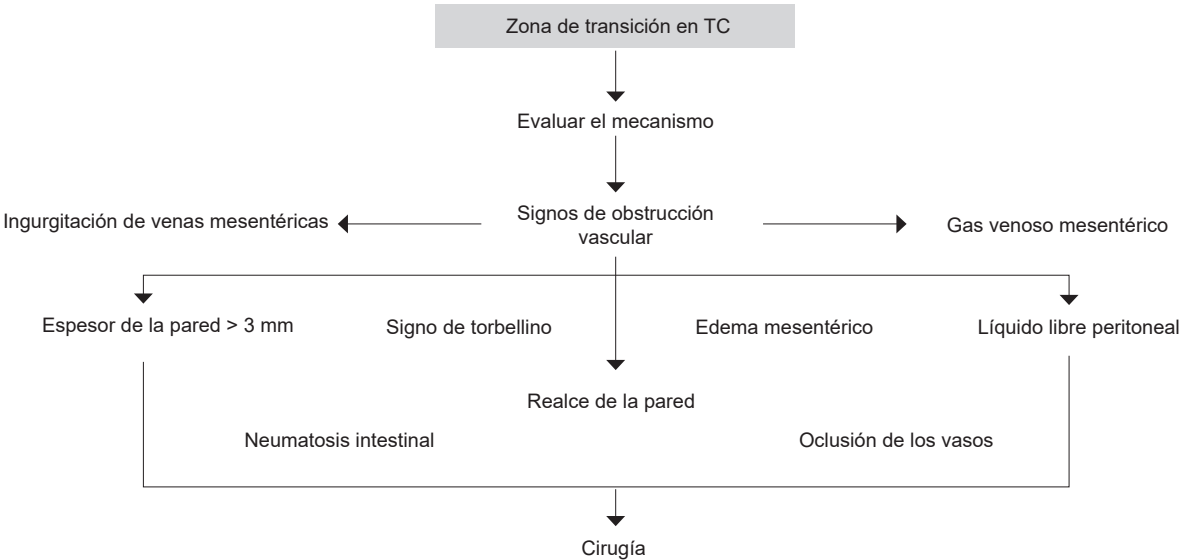


Figura 3. Signos radiológicos que indican la necesidad de manejo quirúrgico.
Fuente: Elaboración propia por los autores con base en referencias ^{10,11,15}

de la estancia hospitalaria y en la morbilidad ⁷. Asimismo, el realizar una intervención quirúrgica de manera temprana disminuye la posibilidad de isquemia y necrosis intestinal ¹⁶.

Una revisión sistemática reportó que el 42 % de los pacientes sometidos a un manejo conservador inicial requirieron manejo quirúrgico ¹⁷. La mayoría de los autores consideran como seguro y apropiado un periodo de hasta 72 horas de manejo expectante en un paciente con una OIA ⁷. A pesar de lo anterior, un tratamiento conservador durante más de 48 horas, asociado a un alto débito por la sonda nasogástrica, aún sin otros signos de deterioro clínico, sigue siendo controversial y representa una zona gris en el manejo de los pacientes ⁷.

Existe evidencia de alta calidad acerca de la utilidad de los medios de contraste hidrosolubles para el diagnóstico de la obstrucción del intestino delgado y la determinación de la resolución de la obstrucción sin cirugía, con una sensibilidad del 92 % y una especificidad del 93 % ^{18,19}. La ausencia de medio de contraste distal en una radiografía simple de abdomen tomada 24 horas después de su administración, es altamente indicativo de fra-

caso del tratamiento conservador ⁷. Su mecanismo de acción se explicita en la figura 4.

Una revisión sistemática de la literatura en el año 2018 evidenció una ventaja en la incorporación del medio de contraste hidrosoluble en el proceso diagnóstico de obstrucción intestinal, en comparación con aquellos pacientes sometidos a la terapia habitual con sonda nasogástrica (RR: 0,66; IC_{95%}: 0,46-0,95; p=0,02); se logró una reducción significativa de la cirugía como tratamiento inicial y se identificó tempranamente a los pacientes quirúrgicos ^{21,22}. Igualmente, en las instituciones que han implementado protocolos con medio de contraste hidrosoluble, su administración se asoció de forma independiente con una estancia hospitalaria menor a 4 días ²³; la reducción en la estancia hospitalaria se atribuyó a una selección oportuna de los pacientes no respondedores a un manejo conservador ²⁴. La evaluación de la progresión del medio de contraste hidrosoluble mediante una radiografía de abdomen efectuada 24 horas posterior a la TC inicial, aumenta su rendimiento diagnóstico y facilita la toma de decisiones en casos complejos ⁷.

En Colombia no está estandarizado el uso de estas sustancias de forma rutinaria en casos de

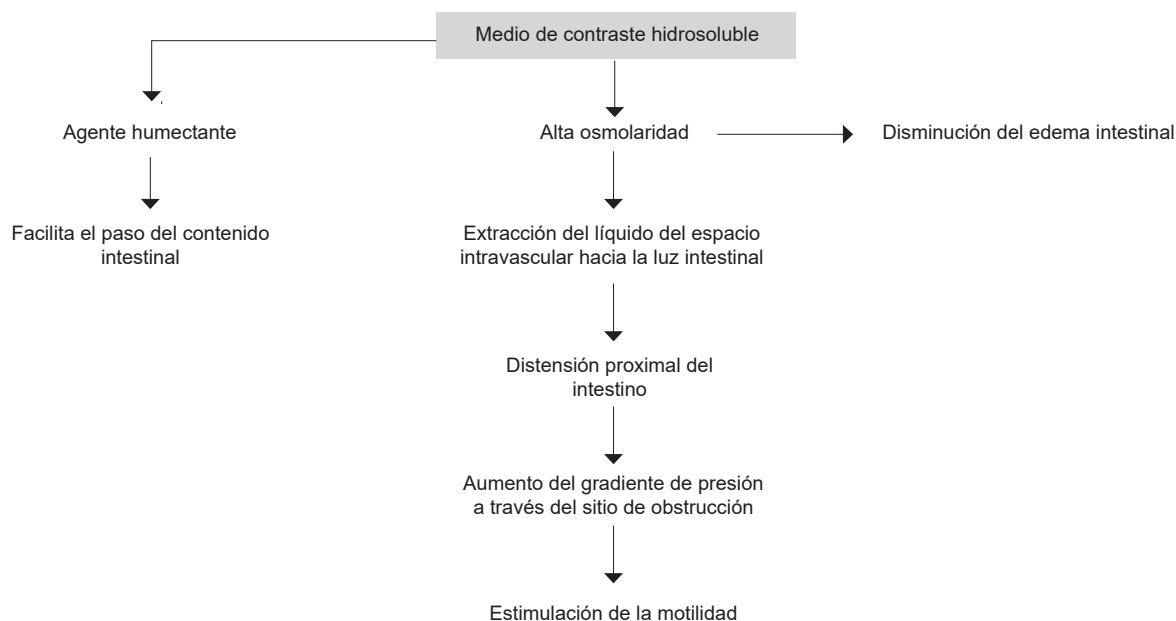


Figura 4. Mecanismo de acción del medio de contraste hidrosoluble. Fuente: Elaboración propia por los autores basados en la referencia ²⁰.

obstrucción intestinal. Sin embargo, teniendo en cuenta sus bondades e impacto descritos, consideramos que este recurso debe ser incorporado dentro del flujograma diagnóstico y terapéutico de los pacientes obstruidos.

Una vez cirugía: ¿laparotomía o laparoscopia?

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo prevenir la progresión hacia la estrangulación intestinal y reducir las tasas de recurrencia. Las acciones dependerán de los hallazgos operatorios. Por lo general, una adherencia única no generará mayores dificultades y su sección no es compleja, bien sea por laparotomía o por laparoscopia. En casos de adherencias múltiples, la dificultad y el riesgo de complicaciones del procedimiento son mayores⁵. Una adhesiolisis extensa posterior a la sección de la adherencia responsable de la obstrucción, aumenta la duración de la intervención y el riesgo de lesión intestinal, sin beneficio real para el paciente^{16,25,26}.

La laparotomía ha sido el tratamiento estándar para la obstrucción intestinal por adherencias. En la actualidad, la cirugía laparoscópica se considera un procedimiento seguro y efectivo, especialmente en presencia de una adherencia aislada o de una enfermedad de un segmento aislado del intestino^{7,27}, con reportes de efectividad hasta un 60 % de los casos²⁰. Los pacientes normales hemodinámicamente, sin peritonitis difusa o choque séptico, sin sospecha de perforación intestinal y con una distensión que permita el ingreso seguro de los trócares por los puertos laparoscópicos son candidatos a este tipo de abordaje²⁸. Factores como el antecedente de una laparotomía, una apendicectomía como cirugía índice o la obstrucción por una sola banda adhesiva son predictores de éxito para el abordaje por laparoscopia²⁸. La confiabilidad del cirujano y el contexto de la ejecución juegan un papel crucial. Las ventajas y desventajas de cada abordaje se presentan en la tabla 3.

La evidencia con respecto a este tema está en construcción y aún se requieren estudios que permitan establecer la verdadera utilidad de la laparoscopia, de acuerdo con la etiología de la

obstrucción, el contexto de ejecución, la naturaleza del paciente, la experiencia del cirujano y el papel en el desarrollo futuro de adherencias en los pacientes sometidos a un abordaje laparoscópico^{30,31}. Las principales contraindicaciones de un abordaje laparoscópico en un paciente con obstrucción intestinal se ilustran en la tabla 4.

Un punto importante es la experiencia del cirujano y los recursos disponibles. Debido a la popularización de la laparoscopia y la curva de aprendizaje de los cirujanos en el manejo de las patologías abdominales, el 50-60 % de los profesionales optan por un abordaje inicial laparoscópico en un paciente obstruido²⁸. Las dificultades técnicas presentadas anteriormente en estos casos demandan niveles superiores de competencia técnica por parte de los cirujanos. Adicionalmente, se ha descrito el papel del contexto temporal de ejecución de las cirugías como determinante en el éxito quirúrgico: el número de complicaciones aumenta cuando los procedimientos se ejecutan en horarios entre las 5 pm y las 7 am²⁸.

Recomendaciones en situaciones quirúrgicas específicas

Un acceso peritoneal seguro en el abordaje laparoscópico implica un análisis de las imágenes y de la pared abdominal. Si se disponen, deben preferirse los trocares ópticos de acceso a la cavidad peritoneal. Es fundamental visualizar la pared anterior del abdomen en la entrada de puertos adicionales y hacer una disección aguda de las adherencias con tijeras en lugar de dispositivos de energía. Debe evitarse un agarre repetitivo y parcial de las asas y procurarse siempre una tracción gentil usando toda la mandíbula de las pinzas³². Las condiciones que indican la necesidad de conversión a una cirugía abierta están descritas en la tabla 5.

En los casos en los que se requiera un abordaje por vía abierta, se prefiere incidir sobre un terreno “virgen”, por eso, se debe optar por usar las incisiones previas como guía y tratar de extender la misma más allá del área cicatrizada. De forma similar que en el abordaje por laparoscopia, se debe evitar el uso excesivo del electrocauterio y realizar la separación del tejido parietal y visceral con tijeras o bisturí²⁷.

Tabla 3. Ventajas y desventajas del abordaje abierto y laparoscópico ^{5,27,29}

	Laparoscopia	Laparotomía
Mortalidad	Posible impacto favorable	Condicionada por variables del paciente y el procedimiento.
Infección del sitio operatorio	Impacto favorable, ante menor lesión de los tejidos – menor alteración de la respuesta inmune – menor exposición de tejidos a contaminantes	Mayor agresión de los tejidos – exposición de los tejidos a contaminantes ambientales – mayor tiempo quirúrgico
Identificación de sitio de obstrucción	Demanda mayor competencia y no siempre es posible	Mejor visualización de las asas intestinales en toda su extensión
Necesidad de resección intestinal	Favorece abordaje	Mayores tasas de resección intestinal
Morbilidad	Menores tasas de complicaciones cardíacas y respiratorias, menores tasas de tromboembolismo venoso	Ventaja en asas dilatadas, favorece manipulación intestinal
Estancia hospitalaria	Reduce la estancia hospitalaria en promedio 1,3 a 2 días	Estancia hospitalaria más prolongada
Costos	Uso de materiales e instrumentos de mayor costo	Favorece abordaje – Menor uso de recursos durante el procedimiento
Retorno a actividades cotidianas	Movilidad más temprana por menor dolor – menor tamaño de las incisiones	Dificultad en la movilización por dolor
Retorno de la función intestinal	Retiro más rápido de la sonda nasogástrica e inicio más rápido de flatos	Mayores tasas de íleo posoperatorio por mayor manipulación de asas intestinales

Tabla 4. Contraindicaciones del abordaje laparoscópico en obstrucción intestinal ³⁰

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
1. Inestabilidad hemodinámica	1. Laparotomía previa en línea media
2. Shock preoperatorio	2. Peritonitis clínica localizada
3. Sepsis severa intraabdominal	3. Hallazgo de líquido libre en tomografía
4. Alta sospecha de gangrena o perforación	4. Distensión intestinal mayor de 4 cm en radiografía o tomografía
5. Alta probabilidad o evidencia intraoperatoria de adherencias difusas o firmes	5. Obstrucción intestinal maligna
6. Vólvulo del sigmoide	

Tabla 5. Escenarios para convertir a cirugía abierta ^{2,18,32}

1. Si no es posible la colocación segura de trocares
2. Si no se logra identificar la zona de obstrucción
3. Si el procedimiento no puede avanzar (exceso de manipulación)
4. Si es necesaria una resección intestinal por isquemia (relativa)
5. Si ha ocurrido una lesión intestinal y requiere reparación (relativa)

Según los hallazgos intraoperatorios, la conducta puede ir desde la liberación de adherencias hasta una cirugía de control de daños, con o sin resección y anastomosis de segmentos intestinales y la realización de ostomías ³². Al documentar una serosa violácea o cianótica, se irrigan las asas con SSN tibbia, se cubren para mantener la temperatura y se efectúa una nueva observación 15 a 20 minutos después con el fin de determinar la viabilidad y perfusión del asa intestinal. Si en este punto la viabilidad es dudosa, caben alternativas como el uso de una sonda de ultrasonido doppler para visualizar el pulso arterial de la pared intestinal, con el fin de definir la necesidad o no de resección. Algunos signos como la alteración en la coloración de la pared del intestino, la ausencia del movimiento de las asas y la ausencia de pulsación visible de los vasos mesentéricos, pueden ser indicativos de insuficiencia vascular irreversible. El uso intraoperatorio del verde de indocianina es una herramienta novedosa y de creciente disponibilidad que mejora la toma de decisiones; se considera una medida segura, reproducible y que provee una determinación en tiempo real del compromiso vascular intestinal ³³.

Entre los mecanismos involucrados en la disminución de adherencias postoperatorias en la cavidad peritoneal se aceptan el abordaje laparoscópico, la manipulación suave de los tejidos y la realización de una buena hemostasia. El uso tópico de medicamentos que influyen en la inflamación, la fibrinólisis o en la coagulación -como la heparina y sus derivados, o los bloqueadores de los receptores del tromboxano A2-, la creación de barreras a base de membranas sólidas o *biofilms* entre otros, está relegada a pacientes ginecológicos y no es completamente aceptada como un estándar de manejo. Se espera una mayor calidad de la evidencia que apoye su uso ³⁴⁻³⁷.

Consideraciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal

Alrededor de un 5 % de los pacientes retorna a urgencias con un nuevo episodio de obstrucción intestinal en el primer mes después del alta y aumenta hasta un 30 % dentro de los primeros 5 años ³⁸. De igual manera, el número de nuevas

admisiones se incrementa en pacientes sometidos a un manejo conservador o en quienes la obstrucción fue secundaria a adherencias múltiples y gruesas ³⁹. En consecuencia, se ha planteado de manera creciente la indicación de una laparoscopia diagnóstica posterior a la resolución de un episodio de obstrucción intestinal recurrente, en un abdomen con ausencia de inflamación y en un intestino no distendido. Con esto se mejora la precisión diagnóstica y se beneficia al paciente de las ventajas propias de la cirugía de mínimo acceso ⁴⁰.

Las señales proinflamatorias persistentes también son factores que pueden inducir la formación de adherencias peritoneales ⁴¹, por lo tanto, la inhibición de las células inflamatorias, la restricción de las secreciones de factores proinflamatorios y la eliminación de las señales de estrés oxidativo son todos métodos que pueden evitar su aparición. El tacrolimus produce una inhibición de la transcripción de genes que codifican sustancias como la interleucina-2, lo que puede expresarse en disminución de los niveles de estrés oxidativo y por ende, la inflamación ⁴². Su aplicabilidad como terapia posoperatoria o posterior a un episodio obstructivo tendría plausibilidad biológica.

Peker y colaboradores llevaron a cabo un estudio en el que incluyeron 98 ratas Wister albino, las cuales fueron sometidas a un procedimiento para favorecer la formación de adherencias y luego fueron aleatorizadas en 7 grupos, un grupo control al cual se le administró solución salina en la cavidad peritoneal y otros seis grupos a los que se les administró tacrolimus, micofenolato y ciclosporina por vía intravenosa e intraperitoneal; este estudio concluyó que los fármacos inmunosupresores parecen reducir significativamente las adherencias intraperitoneales, sin ningún efecto adverso severo y sin comprometer la cicatrización de las heridas al usarlos en rangos de dosis terapéuticas. Estos fármacos pueden prometer una solución eficaz para las adherencias intraperitoneales posoperatorias y sus ominosas complicaciones ⁴³. La utilización de fármacos anti-adherencias peritoneales que actúan sobre la inflamación aún no se considera como conducta rutinaria ^{33,34}.

Las estatinas son inhibidores de la hidroximetil-glutaril-CoA reductasa, que tienen efecto

sobre las citoquinas profibróticas. La rosuvastatina disminuye la liberación de factor de necrosis tumoral alfa y la simvastatina reduce los niveles de inhibidor de plasminógeno en el peritoneo. Un análisis en dos estudios de cohorte retrospectivos realizados en Estados Unidos e Inglaterra ⁴², enfocados en la prevención secundaria de enfermedad cardiovascular, encontró de forma consistente que los pacientes bajo terapia con estatinas tuvieron menores complicaciones postoperatorias relacionadas con adherencias intestinales (HR: 0,85; IC_{95%}: 0,74-0,99) y se asociaron con un riesgo reducido de obstrucción intestinal (Estados Unidos: HR: 0,80; IC_{95%}: 0,70-0,92; Inglaterra: HR: 0,88; IC_{95%}: 0,85-0,91). Los hallazgos de estos estudios observacionales abren la puerta para realizar ensayos clínicos controlados que pueden revelar la eficacia de estos medicamentos y su aplicabilidad en el manejo de las obstrucciones intestinales por adherencias.

Conclusiones

La obstrucción intestinal continúa siendo una patología de alta prevalencia en los servicios de urgencias y su manejo representa un reto para los cirujanos. Se espera un impacto favorable en los desenlaces mediante la identificación temprana de los pacientes quirúrgicos. Igualmente, la adopción de medidas técnicas y de procesos de razonamiento clínico más elaborados por parte de los cirujanos, aunados al empleo cada vez mayor de la cirugía mínimamente invasiva, producto de las competencias laparoscópicas crecientes de los médicos, redundarán en un beneficio para los pacientes y el sistema de salud. Se evidencian en el horizonte, terapias medicamentosas sistémicas y tópicos que ofrecen una alternativa posible en el manejo postoperatorio de los pacientes, para su implementación rutinaria en la prevención de una obstrucción intestinal futura. La construcción de la evidencia continúa en evolución.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Los datos para la creación de este artículo se obtuvieron de una búsqueda exhaustiva de la literatura existente sobre el tema en diversas

bases de datos, se analizó el contenido de cada uno de los artículos por parte de los autores y se construyó el texto a partir de los datos más relevantes, por lo tanto, no se requiere de consentimiento informado.

Conflictos de interés: Los autores declararon que no existe conflicto de intereses para ninguno.

Fuente de financiación: Para la realización de este artículo no se recibió ningún tipo de financiación.

Contribución de los autores

Concepción y diseño del artículo: Isabel Cristina Brito-Rojas, Neil Valentín Vega-Peña.

Adquisición de datos: Isabel Cristina Brito-Rojas.

Análisis interpretativo: Isabel Cristina Brito-Rojas, Neil Valentín Vega-Peña.

Redacción del manuscrito: Isabel Cristina Brito-Rojas, Neil Valentín Vega-Peña

Referencias

1. Attard JAP, Maclean AR. Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention. *Can J Surg*. 2007;50:291-300.
2. Catena F, Di Saverio S, Coccolini F, Ansaloni L, De Simone B, Sartelli M, Van Gorr H. Adhesive small bowel adhesions obstruction: Evolutions in diagnosis, management and prevention. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8:222-31. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i3.222>
3. Ibrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Merchán-Galvis AM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35:447-54. <https://doi.org/10.22516/25007440.517>
4. Cox VL, Tahvildari AM, Johnson B, Wei W, Jeffrey RB. Bowel obstruction complicated by ischemia: analysis of CT findings. *Abdom Radiol*. 2018;43:3227-32. <https://doi.org/10.1007/s00261-018-1651-8>
5. Tong JWV, Lingam P, Shelat VG. Adhesive small bowel obstruction - an update. *Acute Medicine & Surgery*. 2020;7:e587. <https://doi.org/10.1002/ams2.587>
6. Zamarly K, Spain DA. Small bowel obstruction: the sun also rises? *J Gastrointest Surg*. 2020;24:1922-8. <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04351-5>
7. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffi WL, Ansaloni L, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg*. 2018;13:24. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0185-2>

8. Al Salamah SM, Fahim F, Hameed AMA, Addulkarim AA, Al Mogbal ES, Al Shaer A. How predictive are the signs and symptoms of small bowel obstruction. *Oman Medical Journal*. 2012;27:281-4.
<https://doi.org/10.5001/omj.2012.70>
9. Griffiths S, Glancy DG. Intestinal obstruction. *Surgery*. 2017;35:157-64.
<https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2016.12.005>
10. Zins M, Millet I, Taourel P. Adhesive small bowel obstruction: predictive radiology to improve patient management. *Radiology*. 2020;296:480-92.
<https://doi.org/10.1148/radiol.2020192234>
11. Paulson EK, Thompson WM. Review of small-bowel obstruction: The diagnosis and when to worry. *Radiology*. 2015;275:332-42.
<https://doi.org/10.1148/radiol.15131519>
12. Matsushima K, Sabour A, Park C, Strumwasser A, Inaba K, Demetriades D. Management of adhesive small bowel obstruction: A distinct paradigm shift in the United States. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;86:383-91.
<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002150>
13. Pothiwala S, Gogna A. Early diagnosis of bowel obstruction and strangulation by computed tomography in emergency department. *World J Emerg Med*. 2012;3:227-31. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2012.03.012>
14. Montagnna M, Danese E, Lippi G. Biochemical markers of acute intestinal ischemia: possibilities and limitations. *Ann Translational Med*. 2018;6:341.
<https://doi.org/10.21037/atm.2018.07.22>
15. Reddy SRR, Cappell MS. A systematic review of the clinical presentation, diagnosis, and treatment of small bowel obstruction. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19:28.
<https://doi.org/10.1007/s11894-017-0566-9>
16. van Oudheusden TR, Aerts BAC, de Hingh I HJT, Luyer MDP. Challenges in diagnosing adhesive small bowel obstruction. *World J Gastroenterol*. 2013;19:7489-93.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i43.7489>
17. Thornblade LW, Verdial FC, Bartek MA, Flum DR, Davidson GH. The safety of expectant management for adhesive small bowel obstruction: A systematic review. *J Gastrointest Surg*. 2019;23:846-59.
<https://doi.org/10.1007/s11605-018-4017-1>
18. Diaz JJ, Bokhari F, Mowery NT, Acosta JA, Block EFJ, Bromberg WJ, et al. Guidelines for management of small bowel obstruction. *J Trauma*. 2008;64:1651-64.
<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31816f709e>
19. Ceresoli M, Cocolini F, Catena F, Montori G, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction: A systematic review and meta-analysis of diagnostic and therapeutic value. *Am J Surg*. 2016;211:1114-25.
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.06.012>
20. Mori H, Kaneoka Y, Maeda A, Takayama Y, Takahashi T, Onoe S, Fukami Y. Determination of therapeutic strategy for adhesive small bowel obstruction using water-soluble contrast agents: An audit of 776 cases in a single center. *Surgery*. 2017;162:139-46.
<https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.01.023>
21. Ishizuka M, Shibuya N, Takagi K, Iwasaki Y, Hachiya H, Aoki T, Kubota K. Gastrografin reduces the need for additional surgery in postoperative small bowel obstruction patients without long tube insertion: A meta-analysis. *Ann Gastroenterol Surg*. 2019;3:187-94.
<https://doi.org/10.1002/ags3.12223>
22. Trevino CM, van de Water T, Webb TP. Implementation of an adhesive small bowel obstruction protocol using low-osmolar water soluble contrast and the impact on patient outcomes. *Am J Surg*. 2019;217:689-93.
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.08.003>
23. Lyu H, Castillo-Angeles M, Bruno M, Cooper Z, Nehra D, Nitzschke S, et al. Outcomes of low-osmolar water-soluble contrast pathway in small bowel obstruction. *J Trauma Acute Care Surg*. 2019;87:630-5.
<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002401>
24. Koh A, Adiamah A, Chowdhury A, Mohiuddin MK, Bhattachan B. Therapeutic role of water-soluble contrast media in adhesive small bowel obstruction: A systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg*. 2020;24:473-83.
<https://doi.org/10.1007/s11605-019-04341-7>
25. Najah H, Trésallet C. Cirugía de las oclusiones agudas del intestino delgado. EMC - Técnicas quirúrgicas - Aparato digestivo. 2019;35:1-22.
[https://doi.org/10.1016/S1282-9129\(19\)42985-1](https://doi.org/10.1016/S1282-9129(19)42985-1)
26. Baggish MS. Adhesiolysis. In: Baggish MS, Karram MM, editors. *Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery*. 5th ed. Editorial Philadelphia Elsevier; 2021. p. 349-55.
27. Bower KL, Lollar DI, Williams SL, Adkins FC, Luymbazi DT, Bower CE. Small bowel obstruction. *Surg Clin North Am*. 2018;98:945-71.
<https://doi.org/10.1016/j.suc.2018.05.007>
28. Podda M, Khan M, Di Saverio S. Adhesive small bowel obstruction and the six w's: who, how, why, when, what, and where to diagnose and operate? *Scandinavian J Surg*. 2021;110:159-69.
<https://doi.org/10.1177/1457496920982763>
29. Quah GS, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic versus open surgery for adhesional small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Surg Endosc*. 2019;33:3209-17.
<https://doi.org/10.1007/s00464-018-6604-3>
30. Nordin A, Freedman J. Laparoscopic versus open surgical management of small bowel obstruction: an analysis of clinical outcomes. *Surg Endosc*. 2016;30:4454-63.
<https://doi.org/10.1007/s00464-016-4776-2>
31. Sallinen V, Di Saverio S, Haukijärvi E, Juusela R, Wikström H, Koivukangas V, et al. Laparoscopic versus open adhesiolysis for adhesive small bowel obstruction (LASO): an international, multicentre, randomised, open-label trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4:278-86.
[https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30016-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30016-0)

32. Behman R, Nathens AB, Karanicolas PJ. Laparoscopic surgery for small bowel obstruction: Is it safe? *Adv Surg.* 2018;52:15-27.
<https://doi.org/10.1016/j.yasu.2018.03.001>
33. Guerra F, Coletta D, Greco PA, Eugeni E, Patrìti A. The use of indocyanine green fluorescence to define bowel microcirculation during laparoscopic surgery for acute small bowel obstruction. *Colorectal Dis.* 2021;23:2189-94. <https://doi.org/10.1111/codi.15680>
34. Tang J, Xiang Z, Bernardis MT, Chen S. Peritoneal adhesions: Occurrence, prevention and experimental models. *Acta Biomaterialia.* 2020;116:84-104.
<https://doi.org/10.1016/j.actbio.2020.08.036>
35. Correa-Rovelo JM, Villanueva-López GC, Medina-Santillan R, Carillo-Esper R, Díaz-Girón-Gidi A. Obstrucción intestinal secundaria a formación de adherencias postoperatorias en cirugía abdominal. Revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos.* 2015;83:345-51.
<https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.05.024>
36. Krämer B, Neis F, Brucker SY, Kommos S, Andress J, Hoffmann S. Peritoneal adhesions and their prevention - Current trends. *Surg Technol Int.* 2021;38:221-33.
<https://doi.org/10.52198/21.STI.38.HR1385>
37. Ahmad G, Thompson M, Kim K, Agarwal P, Mackie FL, Dias S, Metwally M, Watson A. Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;7:CD001298.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001298.pub5>
38. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg.* 2000;87:1240-7.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.2000.01530.x>
39. Chowbey P, Panse R, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M. Elective laparoscopy in diagnosis and treatment of recurrent small bowel obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16:416-22.
<https://doi.org/10.1097/01.sle.0000213746.92901.b4>
40. Capella-Monsonis H, Kearns S, Kelly J, Zeugolis DI. Battling adhesions: from understanding to prevention. *BMC Biomed Eng.* 2019;1:5.
<https://doi.org/10.1186/s42490-019-0005-0>
41. Tavira B, Diaz-Corte C, Coronel D, Ortega F, Coto E. Farmacogenética del tacrolimus: ¿del laboratorio al paciente? *Nefrología.* 2014;34:11-7.
<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Nov.12267>
42. Scott FI, Vajravelu RK, Mamtani R, Bianchina N, Mahmoud N, Hou JK, et.al. Association between statin use at the time of intra-abdominal surgery and postoperative adhesion-related complications and small-bowel obstruction. *JAMA Network Open.* 2021;4:e2036315.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36315>
43. Peker K, Inal A, Sayar I, Sahin M, Gullu H, Inal DG, Isik A. Prevention of intraabdominal adhesions by local and systemic administration of immunosuppressive drugs. *Iran Red Crescent Med J.* 2013;15:e14148.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.14148>

los queloides y las cicatrices hipertróficas

Las cicatrices hipertróficas y los queloides son respuestas hiperproliferativas del tejido conectivo frente a diferentes estímulos, entre los que se incluyen la inflamación, la infección y los traumatismos cutáneos (sobre todo las quemaduras y las heridas quirúrgicas). Su diagnóstico es clínico y no son raros en los postoperatorios de la cirugía menor cutánea. En el presente artículo trataremos las modalidades terapéuticas actuales y daremos algunos consejos prácticos para su prevención.

P. Zaballos^a, A.L. Morales^a, A.C. Navarro^b, E. Salsench^c, A.M. Garrido^d y J.A. Montañés^d
Departamentos de ^aDermatología, ^bCirugía y ^dMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. ^cMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona.

Los queloides y las cicatrices hipertróficas (CH) representan alteraciones en la reparación de las heridas en individuos predispuestos. Estas alteraciones se caracterizan básicamente por una síntesis desmesurada de tejido conectivo en respuesta al trauma, la cirugía, las quemaduras y las inflamaciones, aunque ocasionalmente pueden producirse de manera espontánea. Los queloides se distinguen de las cicatrices hipertróficas en que se extienden más allá de la herida original y rara vez remiten mientras que las cicatrices hipertróficas se limitan al lugar de la herida y tienden a desaparecer con el tiempo, por lo que en general no requieren tratamiento. En el presente artículo repasaremos las medidas profilácticas que reducirán la posibilidad de su aparición y los tratamientos que han demostrado ser más eficaces.

Etiopatogenia

Nuestro organismo presenta un sistema de reparación cutánea natural como respuesta a lesiones de cualquier tipo, con el objetivo de restaurar la integridad y la firmeza del tejido dañado. Este mecanismo de restauración cutánea se puede dividir en tres fases: *a)* fase inflamatoria, necesaria para la eliminación de restos del tejido dañado y para evitar la infección, al mismo tiempo es el inicio de la cicatrización; *b)* fase proliferativa o fibroblástica, que consiste en la proliferación de fibroblastos que sintetizan gran cantidad de colágeno y sustancia fundamental, y *c)* fase madurativa o de remodelación, en la que el colágeno sufre una serie de transformaciones que le darán mayor fuerza de tensión.

Los queloides y las CH son grados patológicos de un mismo proceso fisiológico y corresponden a tumores fibrosos que proceden de un depósito exagerado de colágeno y sustancia fundamental. Existen estudios que demuestran un aumento en el número de fibroblastos y en su producción de colágeno inmaduro; otros estudios destacan el daño endotelial como causa fundamental, con un aumento en la producción de factores de crecimiento y transformación que estimularán la síntesis del colágeno; finalmente, otras investigaciones han objetivado una alteración funcional de las colagenasas o un aumento de los inhibidores de éstas que favorecerían la acumulación del colágeno.

Además de estos estudios, y aunque la etiopatogenia no está aclarada, se han asociado una serie de factores favorecedores:

- Factor genético. La tendencia a su presentación podría heredarse, incluso algunos autores han descrito patrones de herencia autosómica dominante o recesiva; además, algunas razas, especialmente la negra, tienen mayor susceptibilidad a padecerlos (figs. 1 y 2).
- Factor traumático. Es el factor más determinante (fig. 3). La tensión de la piel o de la herida es el factor crítico para el desarrollo de queloides y CH. Existen regiones cutáneas que soportan grandes tensiones; el área esternal (por la expansión torácica con los movimientos respiratorios y el peso de las mamas) y el área delto-acromio-clavicular (por el peso de la extremidad superior) son regiones que soportan mucha tensión y, por ello, tienen tendencia a desarrollar queloides y CH. Otras áreas conflictivas son: submandibular, braquial, antebraquial, glútea y femoral.
- Factor endocrino. Los queloides y las CH aparecen con mayor frecuencia en la pubertad; además, pueden experimentar un aumento durante el embarazo.
- Existe asociación con otras enfermedades dermatológicas que pueden favorecer su aparición, como la vari-



Fig. 1. Queloides de aparición tardía sobre un injerto cutáneo en el antebrazo de un paciente de raza negra (visión frontal).



Fig. 2. Queloides de aparición tardía sobre un injerto cutáneo en el antebrazo de un paciente de raza negra (visión lateral).



Fig. 3. Queloides sobre una vacunación antigua.

cela, el acné (fig. 4), las foliculitis (fig. 5) y múltiples lesiones inflamatorias.

Clínica

Los queloides se presentan con formas clínicas muy variadas: pequeñas pápulas, placas, nódulos o tumores de gran tamaño, con contornos bien delimitados, superficie lisa, coloración variable (desde roja congestiva a violácea) y muy duros al tacto. Pueden ser pruriginosos y excepcionalmente dolorosos, aunque suelen ser asintomáticos. La mayoría presentan una fase de crecimiento, posteriormente se estabilizan durante largos períodos de tiempo para, por último, aplanarse, ablandarse e hiperpigmentarse. No existen casos de malignización. Las CH se distinguen de los anteriores porque se hallan limitadas al lugar de la herida original (sin traspasar sus límites) y porque remiten, la mayoría de ellas, en un período de 6 a 12 meses. Las diferencias entre ambos se exponen en la tabla 1.

Tratamiento y profilaxis

En el caso de las CH, debido a su natural tendencia a la resolución espontánea, no suele requerirse la intervención terapéutica. En cualquier caso, suelen responder a medidas tópicas del tipo vendajes compresivos, ácido retinoico tópico o corticoides intralesionales, tratamientos que serán abordados con mayor extensión más adelante.

En general, el tratamiento de los queloides es tarea del especialista, por ser éste difícil y decepcionante en muchos casos. Por ello, son importantes las consideraciones preventivas. En aquellos pacientes con predisposición personal a desarrollar queloides es preferible evitar los procedimientos quirúrgicos en la medida de lo posible, sobre todo si la cirugía es requerida por motivos estéticos y en localizaciones con tendencia a la



Fig. 4. Queloides sobre lesiones antiguas de acné.



Fig. 5. Queloides tras el padecimiento de una foliculitis en un paciente de raza negra.

producción de queloides. Si fuera necesaria la intervención quirúrgica, ésta debe realizarse con material adecuado y en estricta asepsia; asimismo, se debe minimizar el trauma, evitar materiales extraños, espacios muertos, hematomas, infección y toda causa de tensión en la herida. La incisión debe seguir siempre las «líneas de tensión» que son aquellas que se manifiestan (p. ej. en la región facial) con las distintas formas de expresión (sonrisas, parpadeo, etc.), siendo perpendiculares a los músculos de la zona. La electro y la quimiocirugía también pueden ser origen de CH y queloides, mientras que la crioterapia no suele ocasionarlas.

En el tratamiento específico de los queloides se han empleado, con diferente éxito, varias modalidades.

Corticoides tópicos

Al principio, puede intentarse una administración tópica con un corticoide potente (furoato de mometasona o acetónida de triamcinolona al 0,1%) o muy potente (propionato de clobetasol), en cura oclusiva o sin ella, asegurándonos de que no lo aplicamos en piel sana; sin embargo, la vía de elección para el tratamiento de queloides es la inyección intralesional, que ha demostrado una tasa de recurrencia muy baja, del 10 al 50% (siendo

la tasa de recurrencia tras escisión quirúrgica aislada del 50 al 80%). En pruebas de laboratorio se ha demostrado una reducción de la síntesis del colágeno por parte de los fibroblastos y un aumento de la degradación del colágeno queloideo.

Por vía intralesional se suele utilizar el acetónido o el diacetato de triamcinolona a diferentes concentraciones (10, 25 o 40 mg/ml) según el tipo y ubicación de la lesión (p. ej., para una cicatriz de menos de 2 cm de longitud bastaría con 0,2-0,3 ml de triamcinolona). Las inyecciones pueden repetirse cada 3 o 4 semanas hasta obtener un resultado cosmético satisfactorio, que suele ser a los 3 o 4 meses. Es mejor errar por defecto que por exceso puesto que mayor cantidad o frecuencia de inoculación puede ocasionar necrosis, ulceración, hipopigmentación (fig. 6), telangiectasias o atrofia, que en algunos casos puede ser irreversible. Suele asociarse un anestésico local, como la lidocaína al 1-2%, para atenuar el dolor asociado a la inyección (habitualmente se introduce un 50% de anestésico tópico y un 50% de corticoide en la jeringuilla). Actualmente, la inyección intralesional del corticoide se considera el tratamiento de elección en los queloides de pequeño y mediano tamaño. Por último, un consejo práctico consiste en utilizar jeringuillas pequeñas con agujas grandes, o será

TABLA 1
Diferencias clínicas entre cicatrices hipertróficas y queloides

	CICATRIZ HIPERTRÓFICA	QUELOIDE
Aparición	Postoperatorio reciente	Puede aparecer meses después del acto quirúrgico
Extensión	Limitada a herida quirúrgica	Más allá de la herida quirúrgica
Tamaño	Relacionada con la agresividad de la herida quirúrgica	Sin relación con la herida quirúrgica (pequeñas lesiones pueden provocar grandes queloides)
Localización espontánea	Frecuente en áreas de pliegues cutáneos (abdomen, axilas, etc.)	Raros en pliegues cutáneos (localizaciones típicas: v. texto)
Remisión espontánea	Frecuente	Muy rara
Respuesta al tratamiento quirúrgico	Muy buena	Mala



Fig. 6. Hipopigmentación residual tras el tratamiento del queloide de las figuras 1 y 2 con un corticoide tópico potente en cura oclusiva.

prácticamente imposible introducir el corticoide dentro de la lesión debido a la presión intraqueloidea.

Cirugía

Como monoterapia, la extirpación quirúrgica del queloide tiene una alta tasa de recurrencia (50-80%), por lo que es muy desaconsejable. Se puede utilizar en aquellos queloides que no responden al tratamiento tópico y debe siempre combinarse con otras modalidades terapéuticas, como la infiltración corticoidea en la herida quirúrgica (repetiendo cada 3-4 semanas a criterio del especialista), la terapia compresiva (que supone la compresión constante de la herida durante un largo período de tiempo mayor o igual a 4-6 meses) y la radioterapia posquirúrgica (en forma de radiación beta o con agujas de iridio).

Crioterapia

Consiste en el tratamiento de lesiones mediante la aplicación de un agente criógeno, en la mayoría de los casos nitrógeno líquido a -196°C . Existen diversos métodos para aplicar el nitrógeno líquido sobre la piel; desde una torunda de algodón hasta modernos pulverizadores. Actualmente, se dispone de instrumentos sofisticados (criosondas, etc.) que permiten regular de manera precisa la profundidad y la velocidad de avance del frente de congelación. La aplicación de nitrógeno líquido ha demostrado ser eficaz en aquellos queloides que son recientes y menores de 5 cm, así se ha demostrado una tasa de respuestas entre moderadas y positivas del 85%. Layton et al, en un estudio a doble ciego, llegan a la conclusión de que la crioterapia es una mejor alternativa terapéutica a los corticoides intralesionales en los queloides residuales recientes del acné. Su aplicación debe repetirse cada 3-4 semanas hasta la cu-

ración (varios meses), sin olvidar que podemos provocar una hipopigmentación residual con bastante frecuencia.

Presoterapia

La terapia compresiva mediante cintas aislantes y vendajes elásticos se ha descrito como método reductor de queloides y CH; sin embargo, para que sean útiles deben ejercer una presión mayor a 25-40 mmHg (con el fin de superar la presión intracapilar) durante largos períodos de tiempo (12-19 h al día durante muchos meses). Algunos estudios han aportado mejoras de un 50% en más de la mitad de los pacientes que recibieron durante 4 años diferentes tipos de compresión. Es una técnica actualmente superada por los procedimientos anteriormente comentados.

Láminas de gel de silicona

Suelen ser apósitos delgados y flexibles que están recubiertos por un gel de silicona. La lámina debe cortarse hasta un tamaño que recubra toda la cicatriz, dejando 1 cm centímetro de más, y debe aplicarse sobre el área limpia y seca. Puede llevarse las 24 h del día, aunque diferentes estudios creen suficiente su aplicación durante 12 h al día. El apósito debe retirarse una vez al día para inspeccionar y limpiar la piel, y puede volver a utilizarse el mismo hasta 3-10 días o hasta que sus propiedades adherentes sean insuficientes. Si aparece maceración o eritema, debe suspenderse su utilización hasta que los síntomas y signos desaparezcan; después puede continuarse el tratamiento aumentando de forma gradual el tiempo de contacto y, si los síntomas persisten

TABLA 2
Modalidades terapéuticas más frecuentemente utilizadas en el tratamiento de los queloides

TRATAMIENTO	CARACTERÍSTICAS
Corticoides (tópicos o intralesionales)	Fácil aplicación Buenos resultados De elección en queloides pequeños y medianos
Tratamiento quirúrgico	Desaconsejable (alta tasa de recidivas) Debe utilizarse en combinación con otros tratamientos
Crioterapia	Requiere experiencia Buenos resultados en queloides pequeños y medianos
Presoterapia	Tratamiento duradero que requiere constancia Resultados variables
Láminas de silicona	Tratamiento duradero que requiere constancia Resultados variables

tieran, debe interrumpirse su utilización. En diversos estudios se ha demostrado su utilidad en CH y queloides de menos de 3 meses de evolución. El modo de acción del gel de silicona es desconocido. No actúa por presión puesto que sólo ejerce de 1 a 12,8 mmHg. Se cree que afecta la hidratación de la cicatriz y en estudios experimentales en animales se ha comprobado su influencia en la remodelación y la maduración del colágeno, aunque no se ha demostrado el paso de la silicona a la dermis o la epidermis. Actualmente, existen láminas de silicona oclusiva (Sil-K) que no se deterioran como el gel y que pueden utilizarse durante un período de 2 a 9 meses, obteniéndose mejorías hasta en el 80% de los casos. Actúa mediante la creación de una electricidad estática por la fricción del material que inhibe el tejido cicatrizal. En varios estudios se ha demostrado que tanto los geles de silicona como las láminas de silicona oclusiva no han sido útiles para prevenir la aparición de queloides y CH. En algún trabajo se han probado láminas con gel de glicerina que han demostrado resultados similares a los geles de silicona, con la salvedad de que son más baratos.

Retinoides tópicos

Los retinoides son fármacos derivados de la vitamina A que han demostrado numerosos efectos beneficiosos en la piel (inducción de la diferenciación de células epidérmicas, disminución en la producción de sebo, modulación de la respuesta inmune, etc.), aunque su mecanismo de acción en las CH y los queloides sigue siendo desconocido. Se suele utilizar el ácido retinoico o la tretinoína a concentraciones del 0,025 hasta el 0,05% durante períodos prolongados de tiempo (no inferiores a 8-12 meses). Existen dos estudios que aplican una vez al día una dosis de ácido retinoico al 0,025% o 0,05%; y obtienen en la mayoría de los casos una disminución de los síntomas y del volumen total del queloide.

Otros tratamientos

Existen otros tratamientos que logran buenos resultados en manos expertas y bien entrenadas:

El láser de CO₂ y el de neodimio: YAG han demostrado resultados favorables en el tratamiento de los queloides, incluso en aquellos recalcitrantes y resistentes a otros tratamientos.

La radioterapia actúa al retardar la formación de colágeno y promover cambios microvasculares que reducen la producción de tejido cicatrizal. Se reserva en adultos

para aquellos queloides muy sintomáticos o resistentes a otras terapias, por la posibilidad de carcinogénesis. Asociada a la cirugía, permite obtener tasas de mejoría del 70-90%. La braquiterapia intraoperatoria (aplicación de una fuente de iridio radiactivo bajo la cicatriz quirúrgica) también ha demostrado ser útil para el tratamiento de los queloides y como prevención de su recurrencia.

La inyección intralesional de bleomicina se ha utilizado con efectividad en pocas sesiones. Bodokh et al encontraron un 86% de respuestas positivas con más del 50% de remisiones completas en queloides y CH tratados con este método.

Otros tratamientos realizados *in vitro* que han demostrado una utilidad teórica en el tratamiento de CH y queloides no cuentan con estudios clínicos suficientes que evidencian su efectividad, aunque se han probado con éxito como terapias coadyuvantes de otras como la cirugía o los corticoides intralesionales: la pentoxifilina inhibe la proliferación de fibroblastos, la colchicina aumenta la actividad de la colagenasa y acelera la degradación del colágeno y la D-penicilamina inhibe la formación de enlaces cruzados de colágeno.

Recientemente, se están realizando estudios clínicos con interferones; Larrabe y Granstein consiguieron tasas de aplanamiento de los queloides de un 50 y un 30%, respectivamente, al inyectar intralesionalmente interferón gamma. Berman consiguió reducir las tasas de recurrencia de los queloides a un 18% con la inyección intralesional de interferón alfa-2b después de la escisión quirúrgica de los mismos. Sin embargo, faltan estudios que justifiquen el alto coste de estos tratamientos frente a otras terapias; además, existen trabajos recientes que destacan la existencia de fallos en el tratamiento con interferones.

Bibliografía general

- Berman B, Bielewicz HC. Keloids. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 117-123.
- Berman B, Flores F. The treatment of hypertrophic scars and keloids. *Eur J Dermatol* 1998; 8: 591-596.
- Burke M. Scars. Can they be minimised? *Aust Fam Physician* 1998; 27: 275-278.
- Darzi MA, Chowdri NA, Kaul SK, Khan M. Evaluation of various methods of treating keloids and hypertrophic scars: a 10-year follow-up study. *BR J Plast Surg* 1992; 45: 374-379.
- English RS, Shenefelt PD. Keloids and hypertrophic scars. *Dermatol Surg* 1999; 25: 631-638.
- Hasson A, Bolte C. Queloides y cicatrices hipertróficas: avances terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr* 1997; 88: 1-6.
- Layton AM, Yip J, Cunliffe WJ. A comparison of intralesional triamcinolone and cryosurgery in the treatment of acne keloids. *Br J Dermatol* 1994; 130: 498-501.