

Síndrome de colon irritable frente a carcinoma de colon y recto

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche^a, María Eugenia Romero Vilchis^b

Los medios alternativos de solución de conflictos (MASC) hacen referencia a una amplia gama de mecanismos y procesos, distintos a la vía judicial, destinados a dirimir controversias.



Foto: archivo

SÍNTESIS DE LA QUEJA

El paciente refirió que en febrero de 2012 le realizaron plastía de pared en el Hospital público demandado. Regresó por persistencia con dolor abdominal y se le informó que se trataba de constipación. Continuó con dolor y pérdida de peso, por lo que efectuaron colonoscopia que reportó neoplasia de colon transverso. Solicitó valoración en el Hospital y, por diferimiento en la atención, acudió a otro nosocomio donde se efectuó resección intestinal con reporte de cáncer de colon, por lo que considera que la atención otorgada fue negligente.

RESUMEN

Hombre de 56 años de edad que ingresó al Hospital demandado el 22 de febrero de 2012 con diagnóstico de hernia incisional en mesogastrio y antecedentes de hernioplastia 3 años antes (recidiva); tabaquismo positivo desde los 17 años (una cajetilla diaria); etilismo de los 18 a los 50 años que llegaba

a la embriaguez semanal; colecistectomía 15 años antes; hemorroidectomía 6 años antes. Peso 97 kg.

En la exploración física: defecto de pared a un lado de la cirugía previa, se palpaba masa de 10 cm, reductible. Los estudios de laboratorio fueron reportados dentro de parámetros normales. El 23 de febrero del mismo año se realizó hernioplastia inguinal, sin complicaciones, y fue egresado al día siguiente con herida quirúrgica afrontada, sin sangrado, peristalsis presente y tolerancia a la vía oral.

En marzo de 2012, Consulta Externa refirió pérdida de peso. La nota médica señaló: tensión arterial, 110/70; frecuencia cardíaca, 78 por minuto; frecuencia respiratoria, 20 por minuto; peso, 92 kg; talla, 1.63 m. El paciente refirió dolor abdominal (hipogástrico) de 4 meses de evolución, ardoroso; evacuaciones mínimas y pérdida de peso no cuantificada. La exploración física no mostró datos patológicos; se solicitó radiografía de abdomen, y fue referido al Servicio de Gastroenterología con diagnóstico de colon irritable, ahí se efectuaron estudios, entre los cuales se realizó un coproparasitológico en serie que mostró *Blastocystis hominis* y *Endolimax nana*, para lo cual se indicó tratamiento y se solicitó colonoscopia para continuar el estudio

^aDirectora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). México, DF.

^bDirectora Jurídica. Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). México, DF.

del paciente, quien no regresó a consulta y optó por atenderse en otro hospital, donde se efectuó una colonoscopia que reportó adenocarcinoma de colon transverso, por lo que ameritó hemicolectomía izquierda.

El resultado del estudio histopatológico fue: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado infiltrante (Borman 3), con infiltración hasta el tejido adiposo pericolónico (menor de 1 mm), metástasis en 1/15 ganglios linfáticos pericolónicos, sin células neoplásicas en bordes quirúrgicos (pT3a, pN1, pMX, L0, V0). Hiperplasia folicular y sinusoidal de 14/15 ganglios linfáticos pericolónicos. Adenomas tubulares (2) en mucosa de colon. Adenoma aserrado en mucosa de colon.

El paciente regresó al Hospital demandado para recibir quimioterapia adyuvante.

ANÁLISIS DEL CASO

Para su estudio, se estiman necesarias las siguientes precisiones:

De acuerdo con la literatura de la especialidad, el síndrome de colon irritable se caracteriza por síntomas gastrointestinales como dolor y distensión abdominal, además de alteraciones en el hábito de defecación, sin que existan alteraciones metabólicas o estructurales que justifiquen los síntomas y que duren al menos 6 semanas.

La hernia incisional se refiere a la salida de peritoneo a través de un orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgicamente. Después de la hernia inguinal y umbilical, ocupa el tercer lugar en frecuencia. Se presenta en 10-37% de pacientes después de la laparotomía, y su frecuencia aumenta a 23-40% en caso de haber ocurrido infección de herida quirúrgica. La disrupción de capas músculo-aponeuróticas de la pared abdominal después de un cierre quirúrgico generalmente acontece al final de la primera semana de postoperatorio; por lo general se manifiesta en el primer año posterior al evento quirúrgico, y se ubica parcial o totalmente a lo largo de la herida; habitualmente es grande.

Para el desarrollo de la hernia incisional existen múltiples factores: locales (infección de herida, tipo de sutura empleada, etc.), sistémicos (desnutrición, insuficiencia renal, cirrosis, neoplasias, etc.), defec-



El síndrome de colon irritable se caracteriza por síntomas gastrointestinales como dolor y distensión abdominal y alteraciones en el hábito de defecación, sin que haya alteraciones metabólicas o estructurales que justifiquen los síntomas y que duren al menos 6 semanas.

tos metabólicos (alteración en la relación del colágeno tipo I y III) y aquellos que aumentan la presión intraabdominal (accesos de tos por problemas pulmonares, obesidad, ascitis, etc.), sin embargo, el factor de riesgo más frecuente es la infección de herida quirúrgica. El tratamiento es quirúrgico.

Por su parte, el adenocarcinoma colorrectal es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso (ciego, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto). La localización del cáncer colorrectal se relaciona con la edad del paciente y predomina en segmentos proximales. Los principales síndromes son poliposis adenomatosa familiar (al menos 95% de los cánceres colorrectales surgen de pólipos preexistentes) y cáncer de colon no poliposo hereditario (desarrollo precoz de predominio proximal, en forma sincrónica y metacrónica). Otras situaciones predisponentes

El adenocarcinoma colorrectal es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, se relaciona con la edad del paciente y predomina en segmentos proximales. Los principales síndromes son poliposis adenomatosa familiar y cáncer de colon no poliposo hereditario.

son: colitis ulcerosa de 10 años o más de evolución, enfermedad de Crohn, colitis cistosomal, exposición a radiación, y poliposis adenomatosa no familiar. Cabe mencionar, que los pólipos adenomatosos y hamartomatosos de colon, son afecciones premalignas, el intervalo en el que los citados pólipos generan a cáncer es entre 5 y 25 años.

El 90% del cáncer colorrectal se presenta en personas mayores de 50 años, sin otro factor de riesgo. Los síntomas tempranos generalmente son inespecíficos, no graves, y se manifiestan cuando el cáncer está avanzado. Entre los signos y síntomas se encuentran: dolor abdominal, cambio de hábitos intestinales, pérdida de peso, sangrado rectal (rectorragia, hematoquecia o melena). Las manifestaciones sistémicas como pérdida de peso y fatiga por anemia crónica son signos avanzados de la enfermedad. La obstrucción, perforación o hemorragia son complicaciones del cáncer de colon.

La exploración física puede mostrar tumor abdominal o rectal palpable; la distensión abdominal sugiere un grado avanzado de obstrucción rectal o colónica, también puede presentarse ascitis. El estudio de elección para el diagnóstico de cáncer de colon y pólipos adenomatosos es la colonoscopia con toma de biopsia para confirmación histológica. Este estudio permite visualizar en forma directa la extensión del colon, y está indicado en grupos de alto riesgo.

El colon por enema con doble contraste y el enema de bario fluoroscopio son estudios radiológicos, toman imágenes del colon y permiten detectar cáncer colorrectal y pólipos. La sensibilidad es de 48% para pólipos mayores de un centímetro y de

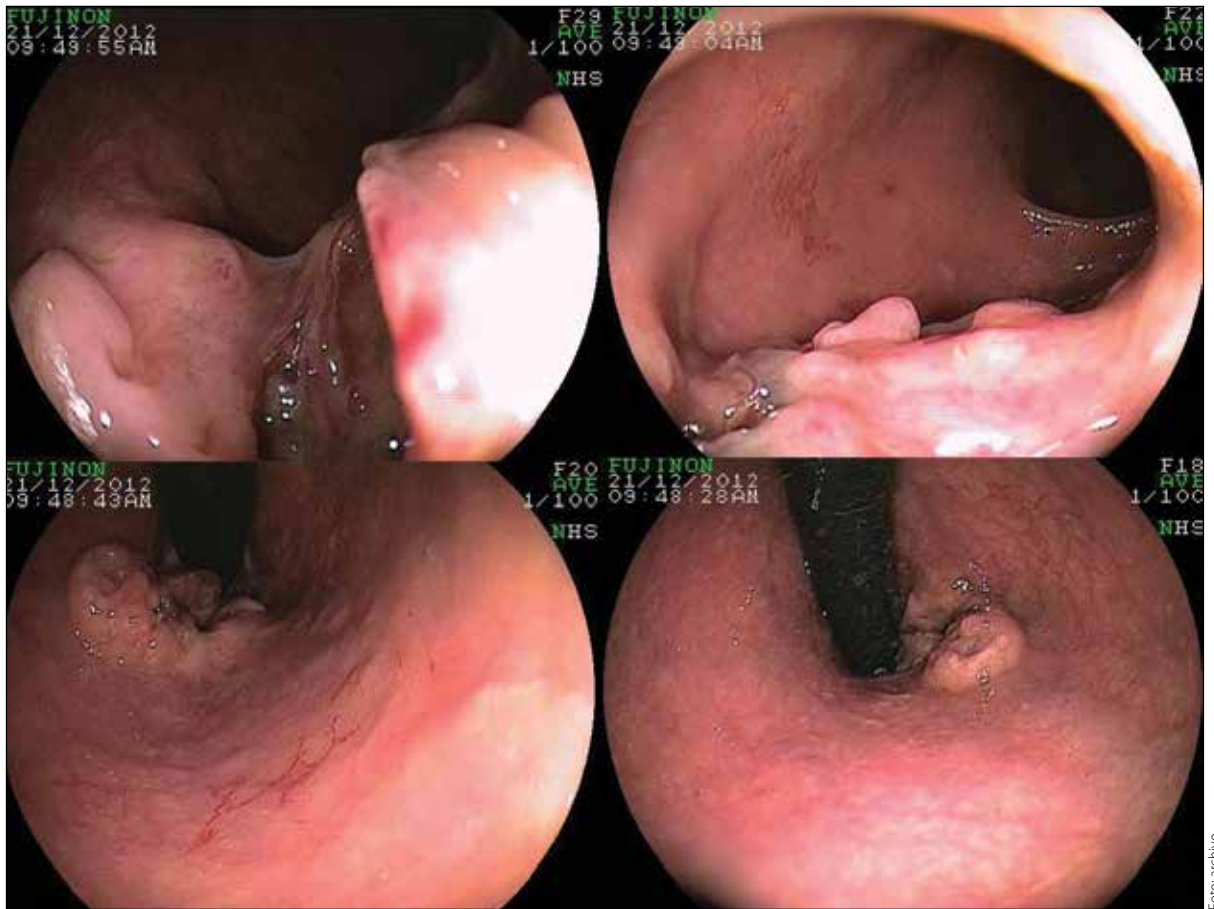
85 a 94% para neoplasias. Está indicado cuando no es posible realizar la colonoscopia. Las radiografías de tórax permiten identificar metástasis.

El antígeno carcinoembrionario en estadios tempranos no es una prueba diagnóstica de certeza para cáncer colorrectal, es útil para detectar recurrencias después de la resección quirúrgica. La ecografía, tomografía computarizada de abdomen y la resonancia magnética de abdomen, puede identificar metástasis hepáticas, y permiten estadificar el tumor y descartar diseminaciones más allá de los límites estándar de resección.

El tratamiento quirúrgico está indicado prácticamente en todos los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, a menos que el pronóstico de la cirugía no sea favorable debido a que la enfermedad se encuentre muy avanzada, o bien, que padezca de otra patología. Para prevenir complicaciones como sangrado u obstrucción de la luz intestinal, la resección quirúrgica paliativa del tumor primario, está indicada en la mayoría de los pacientes. La radioterapia y quimioterapia son usadas como terapia adyuvante de la cirugía en los estadios avanzados de la enfermedad.

En el presente caso, es importante señalar, que el paciente en su queja omitió señalar que en agosto de 2011 fue atendido en consulta de Medicina Familiar debido a que presentaba agruras, reflujo, cólico abdominal y sintomatología urinaria de 20 días de evolución; la nota médica señaló signos vitales en parámetros normales, peso 97 kg, abdomen con extenso panículo adiposo, hernia de pared abdominal sin alteraciones, puntos ureterales dolorosos y Giordano positivo, se integró un diagnóstico de gastritis e infección vías urinarias, por lo que se indicó ranitidina, ciprofloxacino y butilioscina.

En septiembre del mismo año fue revalorado y se reportó el mismo peso (97 kg), dolor en abdomen bajo, meteorismo, evacuaciones con rasgos de sangre, así como hernia abdominal. Se diagnosticó eventración abdominal, obesidad y amibiasis intestinal, y se solicitó biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo y Rh, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, coagulación y fibrinógeno. Se indicó metronidazol y metoclopramida orales, y fue referido



al Servicio de Nutrición de la Unidad, así como al Servicio de Cirugía General del Hospital demandado para valoración. Los exámenes de laboratorio se reportaron dentro de parámetros normales.

Las notas médicas acreditaron que ante el cuadro clínico inespecífico que presentaba el paciente y los hallazgos en la exploración física se justificaba el manejo inicial con metronidazol, después del cual ya no refirió evacuaciones con rasgos de sangre, en cuyo caso, el médico estaría obligado a solicitar rectosigmoidoscopia. De igual forma, fue demostrado que el personal médico cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento al solicitar los estudios de laboratorio que el caso requería, así como valoración al Servicio de Nutrición debido a la obesidad del paciente, y referirlo a Cirugía General por la patología herniaria a nivel de pared abdominal.

La nota inicial de Cirugía General del Hospital demandado señaló antecedentes de colecistecto-

mía abierta; cuadro clínico de 3 años de evolución manifestado por hernia incisional en línea media abdominal, defecto herniario de 15-20 cm, por lo que se solicitaron estudios preoperatorios y valoración por Medicina Interna. Esto acredita que el personal médico cumplió los medios de diligencia.

El paciente ingresó al Servicio de Cirugía General el 22 de febrero de 2012 y fue intervenido quirúrgicamente al día siguiente; se reportó que previa incisión supraumbilical en línea media, se disecó un saco herniario de 20 centímetros conteniendo epiploon, se localizó defecto aponeurótico de 10 cm, se liberaron bordes del defecto herniario y se afrontaron; se cerró el tejido celular y la piel. Fue dado de alta por mejoría el 24 de febrero de 2012. El 4 de marzo de 2012, se retiraron los puntos de sutura en Consulta Externa, la herida quirúrgica estaba afrontada, sin datos de infección o inflamación, se indicó cita de control.



Foto: JSC

Los pólipos adenomatosos y hamartomatosos de colon, son afecciones premalignas, el intervalo en el que degeneran a cáncer es de entre 5 y 25 años.

En esos términos, no se observan elementos de mala práctica en la atención médica brindada, al corroborarse el diagnóstico de hernia incisional, solicitarse los estudios y valoraciones preoperatorias necesarias, y efectuar reparación quirúrgica de la hernia, con apego a los lineamientos establecidos por la literatura especializada. Cabe mencionar que durante esta hospitalización, el paciente no mostró datos clínicos sugestivos de tumoración en colon.

Ahora bien, el 24 de marzo de 2012 en consulta de Medicina Familiar, se refirió peso de 92 kg, dolor en abdomen de 4 meses de evolución, tipo ardoroso, hipogástrico, evacuaciones mínimas y pérdida de peso no cuantificada, y la exploración física no mostró datos relevantes. Con diagnóstico de colitis aguda, se solicitó radiografía de abdomen y el 7 de abril el paciente fue referido al Servicio de Gastroenterología, lo cual fue correcto, pues era necesario continuar el estudio, integrar diagnóstico etiológico y establecer la conducta terapéutica.

La literatura especializada refiere, que los pacientes con síntomas de alarma o diagnóstico incierto en el primer nivel de atención médica deben ser referidos al segundo nivel. Entre los datos de alarma asociados a síntomas colónicos inespecíficos se encuentran: dolor abdominal persistente, alteración en el hábito intestinal, disminución de peso corporal; edad menor a 40 años con antecedentes familiares o personales de cáncer asociado; edad mayor a 50 años con prueba de búsqueda de sangre oculta en heces positiva; anemia microcítica e hipocrómica sin causa aparente; sangre oculta en heces positiva

o sangrado evidente (hemorragia, hematoquecia o melena).

La nota de Gastroenterología del 28 de abril de 2012 refiere que, desde septiembre, el paciente cursó con dolor bilateral en espalda que irradió a marco cólico; cambios en el hábito intestinal (en escíbalos) no mencionados previamente, dolor en flanco derecho, rectorragia roja rutilante en goteo intermitente y pérdida ponderal cuantificada de 12 kg (la disminución de peso acreditada fue de 5 kg, pues atendiendo a lo señalado en la consulta del 14 de agosto de 2011 el paciente pesaba 97 Kg, y en la consulta del 24 de marzo pesaba 92 kg).

Como dato relevante, en la exploración de abdomen se encontró dolor en marco colónico. Se solicitaron química sanguínea y pruebas funcionales hepáticas reportadas en parámetros normales, así como coproparasitoscópico en serie, que mostró *Blastocystis hominis* y *Endolimax nana*. Se indicó dieta fraccionada sin irritantes, rica en fibra, procinético, psyllium plántago y se solicitó colonoscopia. Esto demuestra que la atención del Hospital demandado se ajustó a lo establecido por la *lex artis* médica.

En efecto, atendiendo a lo establecido por la *lex artis*, los síntomas tempranos en pacientes con cáncer de colon suelen ser inespecíficos y generalmente se manifiestan hasta que el cáncer está avanzado, y la colonoscopia con toma de biopsia, es el estudio de elección para establecer el diagnóstico de cáncer de colon y de pólipos adenomatosos.

El expediente clínico, nota del 28 de mayo de 2012, establece que el paciente no se presentó a consulta de Gastroenterología. Esto es, sin demostrarse negligencia a cargo del demandado, el enfermo no regresó a consulta, inhibiéndolo así para continuar su atención.

El reporte de colonoscopia realizada en medio particular el 14 de mayo de 2012 es concluyente para tener por cierto que, de manera voluntaria, el paciente optó por atenderse en otro hospital.

El 20 de mayo de 2012, durante la atención del paciente en hospital distinto al demandado, se reportó colonoscopia: adenocarcinoma de colon transversal infiltrante moderadamente diferenciado, pólipo hiperplásico y otro con adenocarcinoma de

colon. En la exploración abdominal no se palpó tumor ni ascitis, y se reportaron áreas linfoportadoras negativas.

Se solicitaron estudios de laboratorio y revisión de laminillas, lo cual concluyó que se trataba de adenocarcinoma moderadamente diferenciado y adenoma tubular avanzado (neoplasia intraepitelial de grado alto). Se propuso hemicolectomía izquierda, que fue realizada el 26 de mayo de 2012, y se identificó tumor en ángulo esplénico de 6 cm (T3) que invadía serosa, y tumor en colon sigmoides a 25 cm de la reflexión peritoneal involucrando serosa. El hígado y el resto de la cavidad no tenían actividad tumoral, múltiples adherencias, asa-asa, asa-pared y material protésico de cirugía previa, cubierto parcialmente con epiplón, y el resto en contacto con asas intestinales.

El 27 de mayo de 2012, el Servicio de Patología confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante (Borman 3), con infiltración hasta tejido adiposo pericolónico (menor de 1 mm), metástasis en 1/15 ganglios linfáticos pericolónicos, sin células neoplásicas en bordes quirúrgicos, tipificado como pT3a, pN1, pMX, L0, V0. El 31 de mayo de 2012 el paciente fue egresado, decidiendo reincorporarse para continuar su manejo, en el hospital demandado.

En efecto, las notas médicas acreditaron que el 20 de julio de 2012, fue atendido en el Servicio de Oncología del Hospital demandado para valorar quimioterapia adyuvante. De igual manera fue acreditado, que se le otorgaron los ciclos de quimioterapia conforme a lo indicado por los principios científicos que orientan la práctica médica. Lo cual demuestra que cuando el paciente solicitó la atención del Hospital demandado el personal médico cumplió sus obligaciones de diligencia, y brindó el tratamiento quimioterapéutico que el caso ameritaba.

APRECIACIONES FINALES

La atención otorgada por los médicos de los diferentes servicios del hospital público demandado, fue en apego a la *lex artis* médica.

Así también, fue demostrado que sin que mediara negligencia, mora o negativa del servicio, el

paciente optó por continuar su atención médica en otro hospital, tal y como se ha razonado en este análisis.

Al no acreditarse negligencia, impericia o dolo, que pudiera atribuirse al personal del demandado; menos aún, daño producido por causa directa e inmediata del incumplimiento de obligaciones, como lo refiere el artículo 2110 del Código Civil Federal, se resolvió improcedente la queja, así como la pretensión de reembolso reclamada.

RECOMENDACIONES

El cáncer colorrectal no suele dar síntomas hasta fases avanzadas, por ello la mayoría de los pacientes presentan tumores que han invadido toda la pared intestinal o han afectado los ganglios regionales.

La dieta rica en carne y baja en frutas, vegetales, aves y pescados, aumenta el riesgo de cáncer colorrectal.

El tabaquismo es otro factor de riesgo importante para padecer la enfermedad.

La colonoscopia permite observar la mucosa de la totalidad del colon, recto, y por lo general, del íleon terminal. Es el método más preciso para detectar pólipos menores de un centímetro de diámetro; también permite tomar biopsias, realizar polipectomías, controlar hemorragias y dilatar estrecheces. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Allison James E. New Screening guidelines of colorectal cancer: A practical guide for the primary care physician. *Prim Care*. 2009;36(3):575-602.
- Cappell Mitchell S. Pathophysiology, Clinical presentation and management of colon cancer. *Gastroent Clin*. 2008;37:1-24.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento del Síndrome de Colon Irritable. México. Secretaría de Salud. 2008.
- Guía de práctica clínica para hernias de la pared abdominal. Asociación Mexicana de Hernia. 2009.
- Guía de referencia rápida. Detección oportuna y diagnóstico de cáncer de colon y recto no hereditario en adulto en primer, segundo y tercer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica. 2008. Consejo de Salubridad Nacional.
- Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto. Generalidades. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Gastroenterol Méx*. 2008;73(2):114-25.
- Schulz SM, Uhrek PF, Mejías GP. Hernia incisional. *Cuad Cir*. 2003;17:103-11.