



Dr. Luis Benítez Bribesca
Editor de Acta Médica Grupo Ángeles

Señor Editor, con mucho interés leímos el artículo: "Enfermedad autoinmune como complicación de colectomía total por inercia colónica" del Dr. Ibarrola y colaboradores, publicado en el Volumen 10, número 2, abril-junio del 2012, de la revista *Acta Médica del Grupo Ángeles*.

Nos permitimos enviar algunos comentarios respecto al abordaje diagnóstico-terapéutico descrito en el artículo, así como al estilo del mismo.

El caso corresponde a una paciente de sexo femenino de 37 años de edad, a la cual se le diagnosticó inercia colónica por medio de una colonoscopia que "demostró un trastorno funcional del colon severo, dolicocolon y pólipos de 0.3 cm".

Hasta el momento no existe una clasificación de trastornos funcionales del colon por medio de este método diagnóstico. Llama la atención que ante la sospecha de una inercia colónica, la paciente no cuente con estudios del piso pélvico, como una manometría anorrectal, con el fin de buscar el reflejo rectoanal inhibitorio o megarecto, y/o electromiografía intraanal para valorar la integridad neurológica y contracción paradójica del haz puborrectal (anismo), y el más importante, ante la sospecha diagnóstica, es el tránsito colónico con marcadores radioopacos, a fin de clasificar el tipo de constipación y conducta adecuada a seguir.

Al efectuar la colectomía refieren que tuvieron un sangrado mínimo de 150 cm³, lo que traduce que no tomaron en cuenta la sangre que secuestra el órgano al ser extirpado, aproximadamente 500 cm³, lo que implica una hemorragia total de 650 cm³.

No mencionan cómo se realizó la anastomosis y no nos queda clara la indicación para la colocación de dos drenajes.

El reporte del Servicio de Patología descrito (dilatación difusa con adelgazamiento parietal y congestión severa en el colon distal con cambios isquémicos moderados de la mucosa) menciona hallazgos compatibles con la ligadura de los pedículos al momento de realizar la colectomía y no tiene ninguna relación con la inercia colónica, motivo

por el cual se realizó la cirugía. Tampoco hay motivos para pensar en alguna enfermedad autoinmune, ya que no se observó vasculitis del tipo leucocitoclástica.

Con pruebas negativas para enfermedades autoinmunes inician dosis altas de esteroides, asociándolo a elevación de enzimas pancreáticas, no pensando en una pancreatitis postquirúrgica que suele presentarse en pacientes a los cuales se les moviliza el ángulo esplénico y transverso distal, como fue el caso. La pancreatitis postquirúrgica es una complicación bien descrita de la colectomía y, cuando es severa, causa serositis y en consecuencia derrame pericárdico, pleural y ascitis, como lo desarrolló la paciente.

Todo el texto requiere de una amplia corrección de estilo (inglés y español), ya que se expresan con un lenguaje muy coloquial (por ejemplo: suelo pélvico en lugar de piso pélvico, manejada con soluciones constantes, subió a su cuarto, llegó el reporte de patología, etcétera). En las instrucciones para los autores refieren que debe haber un máximo de 10 citas bibliográficas en los casos clínicos, y el artículo tiene 28, las cuales no llevan un orden; la referencia número 2 se menciona posterior a la 8.

Creemos que la asociación de inercia colónica, enfermedad autoinmune y pancreatitis es muy interesante, pues es un evento muy poco frecuente, si no es que único en la literatura; sin embargo, la falta de información en el caso presentado hace cuestionar el abordaje diagnóstico terapéutico.

Atentamente

Acad. Dr. Eduardo Villanueva Sáenz
Cirugía Gastrointestinal Colon y Recto
Dr. Daniel Jorge A. Rojas Rojas
Cirujano General

Hospital Ángeles Pedregal, Camino a Santa Teresa Núm. 1055, Consultorio 676, Colonia Héroes de Padierna, Delegación Magdalena Contreras, C.P. 10700, México, D.F.