



**Respuesta a la carta al Editor publicada  
en el número 1 del Vol.11, 2013 en relación al trabajo:**

## **Enfermedad autoinmune como complicación de colectomía total por inercia colónica**

**Dr. Luis Benítez Bribiesca**  
**Editor de Acta Médica Grupo Ángeles**

Estimado editor:

Queremos agradecerle la gran aportación científica que la Revista Acta Médica ha venido realizando, con artículos que cada día generan más interés, por su calidad y por permitirnos conocer las últimas tendencias en medicina.

En relación a la Carta al Editor enviada por el Dr. Eduardo Villanueva Sáenz y colaborador, nos interesó mucho saber su inquietud por un trabajo de nuestro grupo; por ello, le agradecemos el poder hacer las siguientes aclaraciones.

Comentamos que a pesar de tener experiencia de más de 30 años en cirugía de colon, con más de 300 cirugías laparoscópicas de colon, nunca habíamos tenido la experiencia de un caso similar o siquiera parecido al que se comenta.

Como usted sabe, se trató de una paciente joven con una dramática historia de constipación, con periodos de hasta tres semanas sin evacuar, que llegó con dolor abdominal agudo, diagnosticándosele vólvulo de sigmoides, ello automáticamente descartó la posibilidad de hacerle estudios como tránsito y otros, que son electivos y que pueden ser útiles en este tipo de problemas de inercia colónica. Reconocemos que la sensibilidad diagnóstica no siempre es satisfactoria, ya que mucho depende de la habilidad y experiencia del técnico del laboratorio de fisiología digestiva que haga los estudios.

Por ello, con cuadro francamente oclusivo y basados en la historia clínica y los estudios radiológicos de vólvulo de sigmoides llegamos a la conclusión de que se requería de cirugía. Con base en nuestra experiencia y en lo que la literatura médica nos ofrece, decidimos intervenirla seleccionando la vía laparoscópica, ya que es la menos

invasiva. Tomando en cuenta nuestros resultados previos y experiencia indicamos colectomía casi total, efectuándose ésta en forma muy limpia, ya que el sangrado durante el acto quirúrgico fue más bien poco o escaso. Claro que la pieza quirúrgica cuenta, pero el hecho de que la cirugía no fue cruenta cuenta más.

Nuestro anestesiólogo monitoreó las pérdidas sanguíneas con evaluaciones pre, trans y postoperatorias y éstas fueron mínimas, siendo otra ventaja del abordaje laparoscópico.

Dado que se trató de una colectomía casi total (se conservó parte del recto) se decidió dejar doble drenaje cerrado, ya que aunque hay discusión sobre su utilidad, nosotros no nos hemos arrepentido de dejar drenajes, pues permite la vigilancia de un potencial sangrado postquirúrgico y/o dehiscencia de anastomosis (reconociendo que dichas complicaciones han disminuido con la mejora en la técnica quirúrgica gracias al avance en la curva de aprendizaje, que se completó a partir del caso 25 o 30 de las colectomías por laparoscopia que hemos realizado).

En este caso, en el segundo para el tercer día postoperatorio la paciente desarrolló poliseritis impresionante y sorprendente, con salida de ascitis, derrames pleurales y derrame pericárdico, sin elevación de enzimas pancreáticas, sin dolor abdominal, ni alteración de los criterios clínicos de pancreatitis grave (criterios de Ranson) como hipocalcemia, hiperglucemia, elevación de BUN, amilasa, lipasa, etc. Ante la sospecha de enfermedad autoinmune como lupus con poliseritis masiva llamamos a una reumatóloga, lo que representó todo un reto, ya que no es común ver estos cuadros tan agudos en su especialidad, sino más bien cuadros crónicos. Dada la pérdida tan importante de líquidos, se acordó por todos los médicos que participamos en el manejo: intensivistas, internistas,

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

reumatólogos, anestesiólogos y cirujanos, iniciar corticoides a dosis altas, reconociendo el riesgo que ello representaba en una paciente recién operada (sepsis, dehiscencia, pancreatitis, etc.).

A partir de las dosis altas de esteroides notamos una franca disminución de la serositis; se redujo también en forma dramática la pérdida de líquido y mejoraron las condiciones clínicas de la paciente. En toda nuestra experiencia médica quirúrgica no habíamos presenciado un cuadro así. La evolución requirió nutrición parenteral, cobertura con antibióticos y prolongada estancia en Terapia Intensiva, al grado que su convalecencia terminó en un hospital institucional de donde fue dada de alta a los 5 o 6 días.

Finalmente terminó su ciclo hospitalario y la última vez que vimos a la paciente estaba en aceptables condiciones generales evacuando tres veces al día con heces semisólidas, seguía delgada y ante la pregunta intencionada de su calidad de vida, nos refirió que había mejorado. En la actualidad, ignoramos si ya se hizo evidente algún problema autoinmune y estaremos atentos al estado de salud actual de esta paciente.

Concluimos diciendo que el alto grado de complejidad de esta paciente, representó un gran reto para nuestro grupo médico y que debe alertar a aquellos cirujanos que realizan cirugía de colon, en forma laparoscópica o no, considerando como un riesgo potencial el debut de trastornos autoinmunes, de difícil diagnóstico y más difícil tratamiento, en dichos procedimientos y que la respuesta terapéutica, rápida y eficaz, seguramente permitió rescatar a esta paciente de un desenlace fatal.

Agradecemos la publicación de esta réplica y nos permitimos sugerir, en forma respetuosa, que en el futuro las réplicas se publiquen de manera simultánea para beneficio del lector y así poder completar mejor el ejercicio académico e impedir sesgos o malas interpretaciones.

Con nuestro reconocimiento.

Dr. José Luis Ibarrola Calleja

Dr. Mauricio Rodríguez González

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)