



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**  
**MEDICO - ABOGADO**



Doctora  
**ANA LIGIA CAMACHO**  
**Magistrada Ponente**  
**Tribunal Superior de Neiva**  
Neiva

<b>REF: PROCESO:</b>	<b>Ordinario RESPONSABILIDAD CIVIL</b>
<b>DEMANDANTES:</b>	<b>LAURA CASTAÑEDA y OTROS</b>
<b>DEMANDADOS:</b>	<b>SALUDCOOP EPS O.C. Y OTRO</b>
<b>RADICACIÓN:</b>	<b>2012 - 299</b>
<b>ASUNTO:</b>	<b>ALEGATOS DE CONCLUSIÓN</b>

**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No7.696.689 expedida en Neiva, portador de la Tarjeta Profesional de abogado No. 164.441 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en oportunidad procesal, respetuosamente presento los **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN** dentro del proceso de la referencia, lo cual realizo en los siguientes términos:

**I. LA SENTENCIA APELADA:**

Considera el señor Juez que problema jurídico debe versar acerca de si existió un diagnóstico tardío del cáncer que comprometía a la paciente.

En su análisis el Honorable Juez considera que no existió un Diagnostico Tardío y que por el contrario se le brindo a la paciente un diagnostico prematuro y oportuno de su **CÁNCER IN SITU**.

Se refiere además que a la paciente se le realizo la **POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA** la cual se encontraba indicada y no se demostró lo contrario. Se indico que tras el procedimiento de polipectomía no se presentaron complicaciones y se realizaron múltiples controles posteriores a la realización del procedimiento.

Se refiere que la complicación, la presencia del "Nuevo Tumor" se dio luego de un año de realizado el procedimiento de polipectomía.

Que el procedimiento de colonoscopia realizado el día 27 de Noviembre de 2010 fue reportado como normal.

Que los testimonios de quienes realizaron el procedimiento y participaron en la atención de la paciente dan cuenta de que no se presentaron complicaciones y que la atención fue adecuada.



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**  
**MEDICO - ABOGADO**



Se refiere que la paciente no atendió las ordenes del Dr. Pino luego de ser diagnosticado el nuevo tumor y abandono el tratamiento.

Se resalta el dictamen de medicina legal que se fundamenta en el reporte de patología de marzo de 2012 en el que se indica que este “segundo” tumor tiene probable origen extra colónico y se refiere que puede proceder del **TRACTO PANCREATO BILIAR vs ESTOMAGO**.

### **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

De manera respetuosa le manifiesto al Honorable Tribunal Superior de Neiva, que la parte actora se ratifica en todos y cada uno de los argumentos esgrimidos en el escrito de apelación, presentados en la debida oportunidad procesal.

En esta oportunidad se precisa realizar, retomando los argumentos esbozados durante la apelación, unos concisos reparos a las consideraciones del fallo de primera instancia.

Respecto del planteamiento del problema jurídico, el cual el Honorable Despacho lo establece en los términos de: “*si existió un diagnóstico tardío del cáncer que comprometía a la paciente.*” Resulta importante destacar que en el marco de la atención dispensada a la paciente existen dos (2) momentos relacionados con el diagnostico del cáncer que padecía la paciente.

El primer momento esta relacionado con estudio histopatológico realizado al **POLIPO RECTAL** el día 20 de Octubre de 2010 en que se le detecto una lesión cancerígena. El reporte indico: “**1. RECTO, LESIÓN POLIPOIDE. BIOPSIAS MULTIPLES. ADENOCARCINOMA TUBULAR BIEN DIFERENCIADO INFILTRANTE CON EVIDENCIA DE ORIGEN EN ADENOMA VELLOSO CON ALTO GRADO DE DISPLASIA. 2. BASE DE POLIPO. BIOPSIA. POSITIVA PARA COMPROMISO POR ADENOCARCINOMA INFILTRANTE<sup>1</sup> BIEN DIFERENCIADO.**” es de pleno conocimiento que el **CANCER INFILTRANTE** también es conocido como **CANCER INVASIVO** (Negrilla y subraya fuera de texto).

Dicho reporte de histopatología, lo que está indicando es que el pólipo, en su base contenía la presencia de células cancerígenas del tipo adenocarcinoma, que además dichas células estaban infiltrando o invadiendo el tejido adyacente o circundante.

---

<sup>1</sup> *cáncer invasivo*

Cáncer que se diseminó más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que la rodean. También se llama cáncer infiltrante. Tomado de la dirección electrónica <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cancer-invasivo>

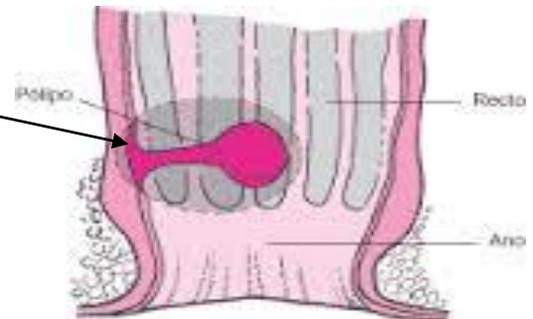


**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**  
**MEDICO - ABOGADO**



Un segundo momento esta relacionado con el 17 de septiembre de 2011 cuando el mismo Dr. Pino, considera que la lesión que ahora se observa, esto es cerca de 11 meses después de la extirpación de la primera, corresponde a lo que él denomino **RECIDIVA**<sup>2</sup>. que es precisamente la reaparición de un tumor previamente existente y que para el caso en concreto no fue debidamente resecado.

Esta base del pólipo se encontraba con presencia de células cancerígenas que invadían la mucosa del recto, es decir, comprometían los tejidos adyacentes a la lesión, los infiltraba.



Retomando lo relacionado con la presencia de pólipo inicialmente diagnosticado en octubre de 2010, tenemos que de conformidad con la literatura científica, el hecho de que el reporte del estudio de histopatología hubiese indicado que la base del pólipo contenía células cancerígenas infiltrantes tiene serias implicaciones en el abordaje del tratamiento de la lesión, puesto que ello indica que el **CANCER** ya no solo se circunscribe a la lesión polipoide o pólipo, sino que por el contrario ha invadido la mucosa del intestino, en este caso de la porción de intestino denominada recto. Lo anterior implica que el enfoque terapéutico que se de le debe dar es completamente diferente.

Un estudio publicado en la Revista de Gastroenterología del Perú reporta que, dado que el estudio de histopatología demostró la presencia de cáncer en la base del pólipo, tal y como ocurre en el caso en estudio; se debió realizar nueva colonoscopia **para tomar nuevas muestras o biopsias** y confirmar con nuevos estudios histopatológicos que no existía células cancerígenas que hubieran invadido la mucosa. “En 17 pacientes se realizó sólo polipectomía; en 5, se practicó polipectomía y después **se repitió la colonoscopia para obtener biopsias múltiples de la zona de resección debido a que el informe anátomo-patológico demostró cáncer en la base de sección**” (negrilla y subraya fuera de texto).

En otro estudio esta vez publicado en la Revista Española de Enfermedades Digestivas, y en consonancia con el estudio peruano, se destaca la necesidad de confirmar que los bordes de la lesión o pólipo resecado, es decir extraído se

<sup>2</sup> *recidiva*

Cáncer que recidivó (volvió), habitualmente después de un período durante el cual el cáncer no se pudo detectar. El cáncer puede volver al mismo lugar del tumor original (primario) o a otra parte del cuerpo.

También se llama cáncer recidivante. Tomado de la dirección electrónica <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/recidiva>

<sup>3</sup> Revista de Gastroenterología del Perú. Vol. 19 No 4. Pólipo Maligno Colorectal: Resultados del tratamiento y del seguimiento a largo plazo.



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO



encuentren libres de células cancerígenas, incluso se hace mención a que debe existir un margen de proximidad libre de la presencia de células cancerígenas, el citado estudio, el cual se aporta, refiere “*la exceresis completa es importante ya que permite el análisis histológico completo del pólipo, **evaluando la presencia o ausencia de malignidad** y, en el caso de pólipos malignos, valorar el grado de afectación vascular o linfática **y la proximidad al borde de resección. El estudio anatomopatológico detallado, incluido el de la base de resección,** junto con la escisión completa endoscópica, permite que la polipeptomía sea suficiente como tratamiento, incluso en la mayoría de los casos de carcinoma in situ.<sup>4</sup>” (Negrilla y subraya fuera de texto).*

En el mismo artículo o estudio de la revista española se explica con suficientes detalle cuales son las razones o la importancia que reviste la identificación de que lo bordes de la lesión reseçada, en este caso el pólipo, se encuentren libres de células cancerígenas, y esto es así, toda vez que el riesgo de que exista un cáncer residual<sup>5</sup>, es decir, que haya persistencia del tumor aun después de realizar el procedimiento quirúrgico de extirpación del mismo, se aumenta de manera significativa a un porcentaje medicamente intolerable. En el estudio en comento se establece la forma de proceder ante la presencia de células cancerígenas en la base del pólipo reseçado, y al respecto refiere: “*si el carcinoma invasor sobre adenoma reseçado presenta alguno de los siguientes criterios de enfermedad residual: **invasión de la base de la resección o cercano a ella (<2mm)**, invasión vascular o linfática, carcinoma pobremente diferenciado, cualquier nivel 4 de Haggitt **o cualquier caso de resección incompleta,** se procederá a la resección quirúrgica del segmento de colon afecto realizándose, si fuera preciso, colonoscopia intraoperatoria o marcado de la lesión con tinta china para facilitar la localización del pólipo durante el acto quirúrgico. **Debe procederse de esta forma ya que el porcentaje de cáncer residual en pólipos que cumplen los criterios mencionados se situa en el 8,5% en pólipos pediculados** y hasta el 14,5% en adenomas sésiles<sup>6</sup>.” (Negrilla y subraya fuera de texto).*

Tal y como puede observarse, sin asomo a dudas, es que la conducta recomendada para el caso que nos ocupa, en consonancia con lo estipulado por la ciencia médica era realizar la resección quirúrgica del segmento del colon afectado o por lo menos haber realizado estudios histopatológicos de la mucosa contigua al sitio de donde se

<sup>4</sup> Revista Española de Enfermedades Digestivas. Actitud a seguir ante un pólipo colorectal. Tomado de la dirección electrónica

<file:///C:/Users/Carlos/Downloads/06.%20GUIA%20MU%C3%91OZ%20GOMEZ.pdf>

<sup>5</sup> Tumor residual: hace referencia a la presencia o ausencia de persistencia tumoral tras una operación quirúrgica, así como a su tamaño (R0 = no hay tumor residual, R1 o R2 = tumor residual microscópico o macroscópico respectivamente, RX = no es posible evaluar la existencia de tumor residual). Tomado de la dirección electrónica <http://www.onmeda.es/enfermedades/cancer-definicion-estadios-del-cancer-1416-3.html>

<sup>6</sup> Revista Española de Enfermedades Digestivas. Actitud a seguir ante un pólipo colorectal. Tomado de la dirección electrónica

<file:///C:/Users/Carlos/Downloads/06.%20GUIA%20MU%C3%91OZ%20GOMEZ.pdf>



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO



reseco el pólipo, con el fin de establecer que se encontraba libre de la presencia de células cancerígenas, actividad esta que nunca se realizó.

La literatura médica es enfática en afirma la necesidad de un tratamiento más agresivo cuando se evidencia que el borde o la base del pólipo se encuentra comprometido por la presencia de células cancerígenas, en este sentido otro artículo publicado recientemente en la revista española Formación Médica Continuada, sostiene lo siguiente:

***“Histología y polipectomía endoscópica***

*Es importante resaltar que todos los pólipos identificados en la endoscopia deben ser resecados y, si es posible, recuperados para su examen histopatológico, permitiendo determinar el grado de displasia y evaluar la presencia de áreas de degeneración maligna.*

*La existencia de áreas de carcinoma confinadas a la muscularis mucosa define el carcinoma in situ (pTis de la clasificación TNM, o la llamada neoplasia mucosa de alto grado), sin capacidad de diseminación locoregional o a distancia, dada la ausencia anatómica de capilares linfáticos en la mucosa colónica. En esta situación, la polipectomía endoscópica en bloque se considera curativa. Si los focos de carcinoma se extienden a la submucosa, se habla de carcinoma invasor (pT1 de la clasificación TNM), con capacidad de diseminación metastásica ganglionar estimada entre un 5-20%, en cuyo caso la polipectomía endoscópica puede no ser curativa<sup>7</sup>.*

*Cuando se realiza la resección en bloque de un pólipo maligno, es posible evaluar la profundidad de la infiltración de las células tumorales, si el margen está afectado, la distancia entre el tumor y el margen de resección, el grado de diferenciación, la afectación vascular y linfática. Todo ello permite identificar lesiones con mal pronóstico, tributarias de tratamientos más agresivos<sup>8</sup>”*

Se puede fácilmente evidenciar que la ciencia médica hace especial énfasis en la necesidad de identificar si el borde de la lesión resecada, o pólipo en este caso, se encontraba libre de cualquier afectación por parte de células cancerígenas, (**si el margen está afectado**) puesto que siendo así, es decir, se encuentre afectado, es lógico asumir que la lesión cancerígena no fue extraída en su totalidad y que las estructuras adyacentes o contiguas a este borde infiltrado, también se encuentran invadidas por las células cancerígenas, las cuales continuaran su crecimiento y podrán dar metástasis a diferentes órganos, tal y como ocurrió en el presente caso.

Ahora bien, además de lo anteriormente referido, es importante tener en cuenta que la ciencia médica resalta la importancia que tiene el hecho de que la lesión (pólipo) cuando sea resecada o extirpada se haga en bloque es decir sin fragmentarla, puesto que la fragmentación de la lesión (pólipo) imposibilita o por lo menos dificulta

---

<sup>7</sup>.Bujanda L, Cosme A, Gil I Arenas-Mirave JI. Malignant colorectal po- lyps. World J Gastroenterol. 2010;16:3103-11.

<sup>8</sup>Tomado de la dirección electrónica

<http://www.fmc.es/es/polipos-colorrectales/articulo/90155086/#.VBjPQpR5MtE>



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO



establecer cuales fragmentos se encontraban en estrecho contacto con el borde o el tejido adyacente de donde fue resecado es por ello que los autores del artículo antes mencionado refieren:

**“Por tanto, hay que destacar de nuevo la importancia de una resección en bloque e idealmente no fragmentada de los adenomas colorrectales. En algunos adenomas no es posible determinar la profundidad de la invasión, dado que es imposible aislar la base de resección (polipectomía fragmentada, fragmentos de pólipos sésiles, etc.) y, por lo tanto, el examen histológico se limita a la valoración de la presencia de invasión de la submucosa, pero el nivel de invasión queda desconocido.”**

Respecto al margen de resección, es decir, la distancia entre las áreas de carcinoma y el borde cauterizado de la escisión se ha observado un riesgo de recidiva que va del 0 al 2% si el margen es  $> 1$  mm. **Cuando hay infiltración del margen de resección o éste es  $< 1$  mm, la tasa de recidiva oscila entre el 21 y el 33%.** La mayoría de los autores coinciden en que un margen de resección  $\geq a 1$  mm es seguro y se asocia a una baja probabilidad de recidiva tumoral o enfermedad residual<sup>9</sup>. (Negrilla y subraya fuera de texto). Acerca del margen libre o borde de la lesión se ha afirmado: **“cabe mencionar que un margen de sección no comprometido es el espacio de 2mm más libre de tumor<sup>10</sup>”**

En el anterior aparte del artículo se insiste nuevamente en la importancia que tiene el hecho de establecer si el **MARGEN DE RESECCION** de la lesión se encuentra libre de infiltración de células cancerígenas, pues este hecho se encuentra ampliamente relacionado con la probabilidad de recidiva ya que en este caso, en estricto sentido el tumor no ha sido completamente resecado, por lo tanto con el paso del tiempo volverá a aparecer e incluso como ocurrió en el presente caso habrá dado metástasis o invadido tejidos ya en mayor distancia.

El artículo al cual se ha venido haciendo mención continúa resaltando que cuando no se cumplan con los criterios de buen pronóstico, esto es que se puede evidenciar claramente que el margen o borde de resección del pólipo se encuentra libre de la presencia de células tumorales o que la pieza (pólipo) no fue resecada en bloque sino por el contrario en fragmentos, se deberá considerar que la necesidad de realizar un tratamiento quirúrgico complementario. De manera explícita el artículo refiere: **“Asimismo, se puede considerar un tratamiento definitivo en el caso de un carcinoma invasor que haya sido resecado de forma completa y en bloque (la resección en fragmentos requiere un control a los 3-6 meses) y que cumpla todos los criterios de buen pronóstico: margen de resección libre de enfermedad a más de 1 mm, carcinoma bien o moderadamente diferenciado y ausencia de invasión vascular y linfática. Por otro lado, si el**

<sup>9</sup> Formación Médica Continuada. Pólipos Colorrectales. Tomado de la dirección electrónica <http://www.fmc.es/es/polipos-colorrectales/articulo/90155086/#.VBjPQpR5MtE>

<sup>10</sup> Revista de Gastroenterología del Perú. Vol. 19 No 4. Pólipo Maligno Colorectal: Resultados del tratamiento y del seguimiento a largo plazo.



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO



**carcinoma invasor no cumple estos criterios, se deberá valorar un tratamiento quirúrgico complementario,...<sup>11</sup>**

De conformidad con la historia clínica se puede evidenciar que el mencionado borde o margen del pólipo resecado se encontraba comprometido o infiltrado por la presencia de células cancerígenas puesto que el informe de histopatología reporto **(2. BASE DE POLIPO. BIOPSIA. POSITIVA PARA COMPROMISO POR ADENOCARCINOMA INFILTRANTE BIEN DIFERENCIADO)**. Este hecho y de conformidad con la ciencia médica tal y como se ha podido demostrar implicaba que la conducta médica fuese en estricto sentido más precavida, que se adoptaran medidas más cautelosas a la hora de determinar si el tratamiento instaurado (resección del pólipo) iba a ser suficiente para considerar que el mismo había sido exitoso.

No se discute la indicación de la polipectomía endoscópica realizada, pues es evidente que se encuentra suficientemente demostrada su pertinencia, lo que en el presente caso se discute son las acciones posteriores a dicho procedimiento pues las muestras resecadas y el pólipo mismo fueron enviados a estudio de histopatología que reporto **NO SOLO QUE SE ESTABA FRENTE A UN ADENOCARCINOMA SINO ADEMÁS QUE EL MISMO HABIA INFILTRADO LA BASE DEL POLIPO**, constituyéndose este hecho en un indicador de mal pronóstico dada la probabilidad elevada de que existiera una **RECIDIVA** del tumor, puesto que no había sido completamente resecado.

Si bien el procedimiento de resección endoscópica se encontraba indicado, el éxito del tratamiento depende del cumplimiento de ciertos criterios que es evidente no estaban presentes en el caso en estudio. Todo lo contrario, en el caso en estudio nos encontrábamos frente a factores de riesgo que implicaban la elevada probabilidad de recidiva del tumor. Al respecto la literatura a referido:

*“La polipectomía endoscópica ha resultado ser la técnica de tratamiento curativo de los adenomas y de los adenomas que contienen carcinoma no invasivo. También es el procedimiento para la terapia del pólipo maligno y del carcinoma polipoide (1),(3),(9),(10). En los dos últimos casos, **el peligro principal es la posibilidad de la presencia de metástasis ganglionar; por ello, se han tenido presente factores de riesgo para determinar si la polipectomía sola es suficiente para la terapia curativa, o si es necesario complementarla con la resección quirúrgica de colon;** estos factores de riesgo incluyen principalmente uno o la combinación de los siguientes: tamaño, generalmente 20mm o más; la forma, sesil; **la resección incompleta del adenoma; el compromiso del borde de sección,** el grado de*

---

<sup>11</sup> Formación Médica Continuada. Pólipos Colorrectales. Tomado de la dirección electrónica <http://www.fmc.es/es/polipos-colorrectales/articulo/90155086/#.VBjPQpR5MtE>



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**  
**MEDICO - ABOGADO**



*diferenciación, en este caso indiferenciado; la invasión linfático-vascular del pedículo, la invasión del tallo del pólipo (10-13)<sup>12</sup>.*”

Se han establecido criterios claros y precisos de cuando la polipectomía sola puede considerarse como la alternativa de tratamiento definitivo en casos como el presente, pero ante la ausencia de cualesquiera de estos criterios se hace necesario considerar la posibilidad de complementar el tratamiento con la realización de otro procedimiento quirúrgico, sobre este aspecto se ha dicho: “*La experiencia acumulada en los primeros años ha permitido determinar criterios o factores de riesgo que permiten definir el tratamiento por polipectomía sola, polipectomía + cirugía complementaria, o cirugía. Morson y col ratificando estudios previos (14), **propusieron que la polipectomía sola es suficiente cuando:** a) La escisión del pólipo es completa; b) Desde el punto de vista anátomo-patológico la preparación y el examen microscópico es apropiado; c) El carcinoma no es pobremente diferenciado o indiferenciado; y d) **No hay invasión maligna en el borde de sección**<sup>13</sup>”*

Ante la evidencia de la presencia de células cancerígenas que comprometían la base del pólipo y en consecuencia el margen de resección del pólipo se debió optar por la realización de un procedimiento que confirmara o descartara que el sitio de resección se encontraba sin infiltración por parte de células cancerígenas

Si bien es cierto que tal y como lo afirma la demandada el día 27 de Noviembre de 2010 se realizó una nueva colonoscopia para **RESECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCOPICA DE LA LESIÓN** en la cual se reportó: “*se revisa mucosa rectal con detalle sin encontrar cambios en mucosa sugestivos de metaplasia, displasia, la mucosa en el sitio donde se encontraba la lesión polipoide es normal.*” Y en consecuencia no realizó ninguna toma de muestra o biopsia adicional para constatar que en realidad los tejidos en el sitio donde se había resecado el pólipo se encontrarían libres de células cancerígenas, únicamente se limitó a la observación de las características físicas del sitio donde estuvo la lesión. Se reitera, no se tomaron muestras que permitieran confirmar y estar seguros de que la lesión cancerígena había sido totalmente retirada, pues hay que recordar que el estudio de histopatología afirmaba que la base del pólipo resecado se encontraba infiltrado con células cancerígenas “**2. BASE DE POLIPO. BIOPSIA. POSITIVA PARA COMPROMISO POR ADENOCARCINOMA INFILTRANTE BIEN DIFERENCIADO**”

Al respecto de la pertinencia de este tipo de procedimientos utilizados para la identificación de lesiones tumorales rectales un estudio en el que se evaluó la colonoscopia con magnificación: correlación de las imágenes endoscópicas con el diagnóstico histopatológico de pólipos y lesiones planas concluyó que: “*La evaluación*

---

<sup>12</sup> Revista de Gastroenterología del Perú. Vol. 19 No 4. Pólipo Maligno Colorectal: Resultados del tratamiento y del seguimiento a largo plazo.

<sup>13</sup> Revista de Gastroenterología del Perú. Vol. 19 No 4. Pólipo Maligno Colorectal: Resultados del tratamiento y del seguimiento a largo plazo.



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO**



*endoscópica dentro de las características metodológicas empleadas, no debe utilizarse como un método para seleccionar qué lesiones no debe ser extirpada, ya que no ofrece la seguridad necesaria para distinguir entre lesiones neoplásicas y no neoplásicas” el escrito se encuentra en portugués, se transcribe la literalidad de las conclusiones del mismo: “a avaliacao endoscopica, dentro das características metodologicas empregadas, ñao deve ser utilizada como metodo para selecionar quais lesoes ñao devem ser excisadas, uma vez que ñao oferece seguranca necessaria para distincao entre as lesoes neoplasicas e ñao neoplasicas<sup>14</sup>”*

Así las cosas, ha quedado suficientemente demostrado desde ya la falla en la prestación del servicio y el daño que han sufrido los demandantes, al punto que tal y como ya se referencio en la audiencia del día 11 de Septiembre de 2014, la señora LAURA CASTAÑEDA ROMERO falleció como consecuencia del compromiso del cáncer que había invadido diversos órganos.

Ahora bien, el argumento de la entidad demandada y acogido por el Honorable Despacho respecto de que el tumor que se identifico el 5 de Octubre de 2011 a través de una resonancia magnética, correspondía a un tumor que tenía **ORIGEN EXTRA COLONICO** o más específicamente que se **HABIA ORIGINADO EN EL HIGADO**, no resulta ser cierto.

Lo anteriormente dicho se demuestra con diferentes y variadas notas de especialistas en las que se refiere que en **NINGUNO** de los estudios realizados se puede evidenciar presencia de **AFECTACIÓN** a nivel **HEPATICO** o por fuera del colón; lo que permite concluir que el tumor **UNICAMENTE** estaba circunscrito al **COLÓN** o más concretamente al **RECTO**.

En nota del día 20 de Octubre de 2011 a las 12:28 horas cuando se tenía programada la realización de una **BIOPSIA HEPATICA**, la misma no fue realizada por cuanto el especialista refirió que en el **TAC DE TÓRAX** (en el cual se mostraba el hígado), el **TAC DE ABDOMEN**, la **ECOGRAFIA ABDOMINAL** y las imágenes de **RESONANCIA MAGNETICA** no mostraban compromiso tumoral alguno.

Por lo tanto, está **DEMOSTRADO** que la paciente no presentaba ningún tumor de origen **HEPATICO** o **EXTRACOLONICO** que hubiese causado metástasis al **RECTO** y hubiese originado la masa evidenciada en Octubre de 2011.

A continuación, se registra un “**IMAGEN**” de la nota médica en comento.

---

<sup>14</sup> Tomado de la dirección electrónica  
[file:///C:/Users/Carlos/Desktop/EsdraCamargoAndradeZanoni%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Carlos/Desktop/EsdraCamargoAndradeZanoni%20(1).pdf)



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**  
**MEDICO - ABOGADO**



Fecha Evolución 2011/10/20 12:28  
Subjetivo: BIOPSIA HEPATICA.  
Objetivo: SE REVISAN TAC DE TORAX CON CONTRASTE DE HACE 2 DIAS QUE MUESTRA HIGADO, TAC SIMPLE DE ABDOMEN SUPERIOR DE HOY, ECOGRAFIA E IMAGENES DE RESONANCIA MAGNETICA APORTADAS POR LA PACIENTE. EN NINGUN ESTUDIO DE LOS NOMBRADOS SE OBSERVA LESION FOCAL HEPATICA, ANOTANDO QUE LAS IMAGENES DE RESONANCIA DE HIGADO NO ESTAN COMPLETAS.  
ANÁLISIS: PLAN:  
- RESTO DE ORDENES MEDICAS.

Ubicación al momento de la Evolución: 312-CamaA

---

**Diagnósticos**  
Nombre Diagnóstico: Tumor maligno del recto  
Observaciones Diagnóstico:  
Especialista: German Morales Muñoz  
Especialidad: Médico  
Firma: 

---

Fecha Evolución 2011/10/20 18:55  
Objetivo: EVOLUCION MEDICO HOSPITALARIO 3 PISO NORTE REVISTA DR LOPEZ  
PACIENTE DE 36 AÑOS CON DIAGNOSTICOS

FOLIO 160

En una nota posterior, del 31 de Octubre de 2011, se considera que habiéndose descartado el compromiso de **CANCER DE RECTO A DISTANCIA** es decir, no había presencia de **CANCER** en otras partes del cuerpo, se plantea iniciar tratamiento con quimio y radio terapia. La imagen de la nota es la que sigue:

Fecha Evolución 2011/10/31 13:11  
Objetivo: AL DESCARTARSE COMPROMISO A DISTANCIA POR CA DE RECTO SE PLANTEA INICIO DE QUIMIO-RADIOTERAPIA.  
QUIMIOTERAPIA PLANTEADA ASI:  
FOLINATO DE CALCIO 32 MG IV 30 MIN DIA 1-5  
FLUORACILO 680 MG IV 1H DIA 1-5  
SS VALORACION POR RADIOTERAPIA PARA INICIO CONCOMITANTE  
J.RIVERA D.  
Firma: X  
Firma: X

FOLIO 173

Para la fecha 28 de Marzo de 2012 en una nota médica que describía los hallazgos de una ecografía abdominal ser refirió que no existía presencia de alteraciones a nivel de **HIGADO** ni **PACREAS**, lo cual refuerza lo antes dicho, respecto de que **NO RESULTA CIERTO** que el origen del tumor identificado en 2011 fuese extracolónico y se hubiese formado en **HIGADO O PANCREAS**, pues las ayudas diagnósticas describen estos órganos como normales, libre de cualquier infiltración carcinomatosa.



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**  
**MEDICO - ABOGADO**



Fecha Evolución 2012/03/28 17:29  
Subjetivo : ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL  
.....

HIGADO TAMAÑO CONTORNOS Y ECOGENICIDAD NORMALES  
VESICULA NORMALMENTE DISTENDIDA POR EL AYUNO CON PAREDES DELGADAS SIN CALCULOS EN SU INTERIOR  
VIA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPATICA CALIBRE NORMAL  
PANCREAS RIÑONES VEJIGA NORMALES  
NO HAY ASCITIS NI COLECCIONES  
NO HAY LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD

Objetivo : ...  
Análisis : ...

Ubicación al momento de la Evolución: 504-CamaA

---

**Diagnósticos**  
Nombre Diagnostico: Tumor maligno del recto CIE10: C20X  
Observaciones Diagnostico:  
Especialista : María Isabel Florian Rodríguez Especialidad : Médico  
Firma :

FOLIO 200

A continuación, se presentan "imágenes" de los reportes de ayudas diagnosticas referidas como normales a nivel **HEPATICO y PANCREATICO**



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO



**idime**

Fecha: Martes, Octubre 25 2011 08:48:34 pm  
Estudio: 27823514 1652818  
Paciente: LAURA CASTANEDA ROMERO  
Edad: 36 a 9 m 10 d  
Examen: RM ABDOMEN  
Empresa: SALUDCOOP E.P.S

Sede: LAGO  
Documento: 26560036

RM DE ABDOMEN CON CONTRASTE:

Se realiza estudio mediante adquisiciones en secuencias de pulso eco de gradiente ponderado en T1 con desplazamiento químico en planos axial y coronal, secuencias de pulso eco de gradiente ponderado en T2 con supresión grasa en los planos axial y coronal. Posterior a la administración de medio de contraste paramagnético se realizan adquisiciones en eco de gradiente con supresión grasa en T1 en planos axial y coronal, con los siguientes hallazgos:

- Hígado y bazo de morfología e intensidad de señal usual, sin evidencia de lesiones focales del parénquima.
- Vía biliar intra y extrahepática de características normales, vesícula biliar sin alteraciones.
- Bazo, páncreas y glándulas suprarrenales de aspecto normal.
- Aorta abdominal y ramas principales de morfología y opacificación usual, no se definen masas o adenomegalias en retroperitoneo o raíz del mesenterio.
- Vena renal izquierda de curso retroaórtico como variante anatómica.
- Adecuada opacificación de la aorta torácica, vena cava inferior, tronco celíaco, arterias mesentéricas y renales.
- Parénquimas renales de morfología normal, adecuada diferenciación corticomedular sin lesiones focales.
- Sistema pielocalicial y trayecto superior de los ureteres de morfología normal.
- Raíz del mesenterio, estructuras óseas y tejidos blandos de aspecto usual.

OPINION:

Estudio dentro de límites normales, en particular no se identifican lesiones focales hepáticas.

*[Signature]*

LAGO ALEJANDRO BERNAL HERNANDEZ  
R.D. RADIOLOGO  
TEL. 79629577  
CC. 79629577  
FORMAR

C. C. Metropolitano, Torre B, Oficina 500 Neiva  
Telefax 8714193 Cel. 311 487 61 88  
Email. [cellanosc@yahoo.es](mailto:cellanosc@yahoo.es)



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO



Bogotá D.C., 9 de febrero de 2012

Nombre: LAURA CASTAÑEDA ROMERO  
Identificación: 26560036  
Registro: 39130  
Entidad: SALUDCOOP  
Estudio: RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR CONTRASTADO

Datos clínicos: carcinoma de colon, sospecha de metástasis hepática.

249  
628

SECCIONES ESPECIALIZADAS

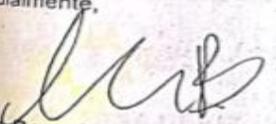
**INFORME**

Se realiza estudio mediante adquisiciones de secuencias de pulso eco de gradiente ponderado en T1 con desplazamiento químico en planos axial y coronal, secuencias de pulso eco de espín rápido de toma única ponderado en T2 y T2 con saturación grasa en los planos axial y coronal. Posterior a la administración de medio de contraste (ácido gadotérico) paramagnético se realizan adquisiciones en eco de gradiente con supresión grasa en T1 en planos axial y coronal, con los siguientes hallazgos:

Higado de morfología e intensidad de señal usual, sin evidencia de lesiones focales del parénquima.  
Vía biliar intra y extrahepática de características normales, vesícula biliar sin alteraciones.  
Páncreas y glándulas suprarrenales de aspecto normal, no se identifican masas o adenomegalias retroperitoneales.  
Sistema pielocalicial y trayecto superior de los uréteres de morfología normal.  
Aorta abdominal y ramas principales de morfología normal, vena porta, confluente esplenoportal, vena cava inferior y venas suprahepáticas de características usuales.  
Raíz del mesenterio, estructuras óseas y tejidos blandos de aspecto usual.

**OPINION:**  
ESTUDIO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, EN PARTICULAR NO SE IDENTIFICAN LESIONES FOCALES EN LAS VÍSCERAS SÓLIDAS QUE SUGIERAN ENFERMEDAD METASTÁSICA.

Cordialmente,



Hugo Bernal Hernández  
Médico radiólogo.  
RM 498/97

Adicional a lo anterior se debe tener en cuenta Honorable Magistrados que la masa a la que la entidad demandada se refiere como “segundo tumor” **APARECE CONTIGUA** al sitio de donde se encontraba el **PÓLIPO** extraído en fecha 20 de Octubre de 2010, es decir, en el **RECTO** y según las notas y criterio del mismo profesional Dr. Pino (17 de Septiembre de 2011), considero que se trataba de una **RECIDIVA**<sup>15</sup>, lo que indica que es el mismo tumor resecado en Octubre de 2010 que ahora volvió a reaparecer, esto debido a que no fue o no había sido completamente extirpado.

La entidad demandada afirmó al contestar la demanda que el reporte negativo del ACE implicaba que la paciente no tenía cáncer en ninguna parte del cuerpo:

<sup>15</sup> *recidiva*

Cáncer que recidivó (volvió), habitualmente después de un período durante el cual el cáncer no se pudo detectar. El cáncer puede volver al mismo lugar del tumor original (primario) o a otra parte del cuerpo. También se llama cáncer recidivante. Tomado de la dirección electrónica <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/recidiva>



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO



 AbogadosYA.NET

21/6

**Antígeno Carcinoembrionario -ACE<sup>3</sup> - NORMAL (1,4 ng/mL)**, de fecha 10 de noviembre de 2010. Lo anterior se refleja en los anexos de la demanda, según el reporte que obra a folio 429 con firma de la Dra. Constanza Ofelia Molano Cuéllar, como parte de los reportes de laboratorio de la historia clínica de la paciente en Saludcoop. Se resalta, por la trascendencia y significado que tiene frente a la patología de la paciente, **el resultado NORMAL del Antígeno carcinoembrionario**, toda vez que un reporte de este marcador en esas condiciones, significa para el paciente que en ninguna parte de su organismo bioquímicamente existe actividad cancerígena; luego entonces, a escaso 1 mes de cumplida la resección del pólipo pedunculado, la paciente Laura Castañeda no reporta en su organismo actividad cancerígena<sup>4</sup>.

En el estudio **Detección del cáncer colorrectal recurrente mediante la prueba del antígeno carcinoembrionario (CEA) en sangre**. Se concluyo: **“CEA no es lo suficientemente sensible para ser utilizado solo, incluso con un umbral bajo**. Por lo tanto, es esencial aumentar el monitoreo de CEA con otra modalidad de diagnóstico para evitar casos perdidos. Intentar mejorar la sensibilidad adoptando un umbral bajo es una estrategia deficiente debido a la gran cantidad de falsas alarmas generadas. Por lo tanto, recomendamos el monitoreo de la recurrencia del cáncer colorrectal con más de una modalidad de diagnóstico, pero aplicando el límite de CEA más alto evaluado (10 µg / L)<sup>16</sup>.” (Negrilla y subraya fuera de texto)

Lo anterior desmiente el argumento utilizado por la entidad demandada respecto de que el reporte negativo del ACE era suficiente para descartar la presencia de **RECIDIVAS** de cáncer en la paciente.

Finalmente, Honorable Magistrados es importante resaltar que esta Honorable Corporación en pasadas sentencias ha considerado que ante la **EXISTENCIA DE PROTOCOLOS MEDICOS**, si bien los profesionales de la salud no encuentran obligados forzosamente a su cumplimiento, si deberán justificar cual es la razón por la cual se apartan del PROTOCOLO y el Honorable Tribunal a referido que existen básicamente dos razones por las cuales se podría justificar el no cumplimiento de los protocolos:

1. Porque el paciente no encaja dentro de los protocolos, es decir, el protocolo no le resulta aplicable dada su condición o características clínicas.
2. Porque lo que el Profesional de la salud le va a ofrecer al paciente es mucho mejor para el paciente, esto desde el punto de vista clínico y científico.

<sup>16</sup> Nicholson BD, Shinkins B, Pathiraja I, Roberts NW, James TJ, Mallett S, Perera R, Primrose JN, Mant D. Sangre CEA niveles para detectar el cáncer colorrectal recurrente. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2015, Número 12. Art. No. : CD011134. DOI: 10.1002 / 14651858.CD011134.pub2.



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO**



En el caso en concreto se puede fácilmente evidenciar que ninguna de las dos causales se encuentran presentes, por lo tanto no existía justificación alguna para que se dejase de aplicar los protocolos universalmente aceptados por la ciencia médica.

Asimismo, resulta importante resaltar el valor probatorio que tiene un **PROTOCOLO MÉDICO** y **LOS ESTUDIOS CIENTÍFICOS**, esto dada la forma como son elaborados, la calidad de profesionales que intervienen en su elaboración y el escrutinio a los que son sometidos por las editoriales de las revistas científicas previo a su publicación, además de la aceptación de toda la comunidad científica del gremio médico que a través de la aplicación de lo preceptuado en dichos protocolos le otorgan la validez a los mismos.

Contrario a lo anterior se tiene que dentro del proceso la parte demandada sustenta sus argumentos en los referido por los profesionales que participaron en la atención y sobre los cuales se endilga la presunta falla y que por lo demás en dos de ellos, Dr. Pino y Dr. Vargas, adicionalmente se presenta la particularidad de ser propietarios o socios de la entidad demandada. Circunstancia esta que deberá ser tenida en cuenta a la hora de otorgar el respectivo valor probatorio a sus testimonios.

Respecto al dictamen pericial presentado por la entidad demandada, se puede fácilmente **ADVERTIR** que el mismo hace referencia explícita al **CARCINOMA IN SITU**, cuando ha quedado claro que la paciente no presentaba este tipo de patología y por el contrario el cáncer que padecía era una condición totalmente diferente, es más, era una condición diametralmente opuesta, pues el **CARCINOMA IN SITU**<sup>17</sup> resulta ser todo lo contrario a un **CANCER INFILTRANTE**<sup>18</sup> como el que le fuera diagnosticado a la paciente.

**“2. BASE DE POLIPO. BIOPSIA. POSITIVA PARA COMPROMISO POR ADENOCARCINOMA INFILTRANTE BIEN DIFERENCIADO”**

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el dictamen hace referencia a una condición patológica diferente a la que en realidad presentaba la paciente, las conclusiones a las que se llega en dicho dictamen no podrían aplicarse al caso en concreto, solicito

---

<sup>17</sup> *carcinoma in situ*

Grupo de células anormales que permanecen en el mismo lugar en el que se formaron. No se diseminaron. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta los tejidos vecinos sanos.

También se llama enfermedad en estadio 0. Tomado de la dirección electrónica <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/carcinoma-in-situ>

<sup>18</sup> *cáncer infiltrante*

Cáncer que se diseminó más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que la rodean. También se llama cáncer invasivo.



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR  
MEDICO - ABOGADO**



a los Honorables Magistrados tener en cuenta lo aquí referido frente a esta prueba, para poder ponderar el real valor probatorio que se le ha de dar.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Resulta claro que el problema jurídico no radica en establecer si el diagnóstico fue oportuno, sino que por el contrario lo que se demuestra es que habiéndose diagnosticado de manera oportuna en una primera oportunidad (octubre del 2010) la lesión infiltrante, no se realizó el procedimiento quirúrgico conforme lo establece la ciencia médica, y ello ocasiono que la aparición de una **RECIDIVA**, pero en esta ocasión tras su diagnóstico se evidencio la presencia de metástasis que llevaron al fallecimiento de la paciente.

Respecto a la realización de la **POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA**, nunca llego a afirmarse que la misma no estuviese indicada. Lo que se afirmó y se logró demostrar a través de los diversos estudios es que la sola **POLIPEPCTOMIA NO ERA SUFICIENTE**, que se requerían de procedimientos adicionales a los realizados; todo ello de cara a la particular condición de la lesión inicialmente diagnosticada (octubre de 2010) la cual ya mostraba infiltración de la base del pólipo.

Sobre la afirmación acerca de que la complicación, la presencia del “Nuevo Tumor” se dio luego de un año de realizado el procedimiento de polipectomía. Resulta apenas obvio, pues se esta hablando de una **RECIDIVA** que, por estricta definición médica, se trata de la aparición de una lesión de un tumor que no ha sido adecuadamente resecado y es precisamente lo que se demostró en el presente caso y se insiste tal situación obedeció al inadecuado abordaje la lesión primaria.

Acerca del argumento de que los testimonios de quienes realizaron el procedimiento y participaron en la atención de la paciente dan cuenta de que no se presentaron complicaciones y que la atención fue adecuada. Respetuosamente solicito a los Honorables Magistrados, que dichos testimonios sean debidamente contrastados con los estudios científicos aportados y que claramente están desprovistos de cualquier interés y sesgo en el presente caso.

Finalmente, respecto de que el dictamen de medicina legal que se fundamenta en el reporte de patología de marzo de 2012 en el que se indica que este “segundo” tumor tiene probable origen extra colónico y se refiere que puede proceder del **TRACTO PANCREATO BILIAR vs ESTOMAGO**. La historia clínica y los estudios imagenológicos realizados a la paciente dan cuenta de que dicha situación no es cierta. En **ABSOLUTAMENTE** todos los estudios realizados a la paciente se descarta la presencia de un tumor primario extracolónico. Por lo tanto tal afirmación carece de total evidencia clínica y científica.

### **PRETENSIONES**

C. C. Metropolitano, Torre B, Oficina 500 Neiva  
Telefax 8714193 Cel. 311 487 61 88  
Email. [cellanosc@yahoo.es](mailto:cellanosc@yahoo.es)



**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**  
**MEDICO - ABOGADO**



De conformidad con lo demostrado anteriormente le solicito a los Honorables Magistrados **REVOCAR** la sentencia proferida por el Señor Juez de primera instancia y en consecuencia **DECLARAR** la responsabilidad de la entidad demandada y proceder a la respectiva condena por la reparación integral de los perjuicios causados a los demandantes.

Atentamente,

**CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**

C.C. No. 7.696.689 de Neiva

T.P. No. 164.441 del C. S. de J.

C. C. Metropolitano, Torre B, Oficina 500 Neiva

Telefax 8714193 Cel. 311 487 61 88

Email. [cellanosc@yahoo.es](mailto:cellanosc@yahoo.es)