

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **45**

Número
Number **6**

Noviembre-Diciembre
November-December **2002**

Artículo:

Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,¹ Edgar Díaz García¹

¹ Arbitraje Médico, CONAMED

Motivo de la queja

El paciente manifestó en su queja, que por electrocauterización de verruga plana en raíz ungueal del primer dedo de la mano izquierda, se le ocasionó necrosis de tejidos blando, originando la necesidad de tres cirugías más, así como amputación de la falange distal del citado dedo.

Resumen clínico

Notas del facultativo demandado

23 de junio del 2001, Masculino de 30 años de edad, asiste a consulta por presentar verruga plana en raíz ungueal del primer dedo de la mano izquierda. El paciente no tiene antecedentes patológicos de importancia para el padecimiento; se realiza electrocauterización mediante electrocauterio, utilizando la mínima intensidad, sin haber contratiempos ni dolor durante el evento. Se prescribió ampicilina 500 miligramos cada 6 horas y naproxeno 500 miligramos cada 8 horas, ambos por ocho días; dieta exenta de grasas y cita para revisión el 27 de junio.

Notas segundo médico consultado:

18 de julio, constancia: Hace más de 20 días acudió a servicio médico particular por verruga plana en primer dedo de mano izquierda, realizaron electrocauterización, presentó infección y edema distal de falange con secreción purulenta, rubor, calor y abundante tejido necrótico. El día de hoy, bajo anestesia local se extrajo la uña. Se solicita radiografía que reporta tejidos blando superficiales con irregularidades en el dorso del dedo pulgar, estructuras óseas corticales lisas, densidad y mineralización homogénea; espacios articulares conservados, carpo y metacarpianos dentro de la normalidad, no se encuentran datos de fractura o luxación. Conclusión: Imágenes en relación con afección de los tejidos blandos superficiales del dorso del pulgar. Estructuras óseas de características normales.

Expediente hospital público de tercer nivel de atención

4 de septiembre, historia clínica: El paciente refiere que inició padecimiento actual hace tres meses, siendo atendido por facultativo al presentar "mezquino" a nivel del dedo índi-

ce de mano izquierda, por ello, aplicó electrofulguración: consultó a un segundo facultativo, quien extirpó la uña. Posteriormente presentó deformidad y crecimiento anormal de la uña, además de estructura ósea expuesta, por ello acude a este hospital, donde se decide tratamiento quirúrgico. Exploración física: mano izquierda con dedo pulgar deformado con amputación de punta digital, uña deforme, eritematoso, no doloroso, temperatura normal, llenado capilar inmediato. Diagnóstico: lesión punta digital primer dedo mano izquierda: necesita rotación de colgajo de flujo axial, se da fecha de cirugía, se envía a trabajo social.

12 de septiembre, nota posoperatoria: amputación a nivel de falange distal primer dedo mano izquierda. Se realiza liberación de musculatura de la punta y se reseca falange hasta tercio medio, se moldea con escofina y se cierra posterior a reavivar bordes. Se recomienda mano izquierda elevada, y movilizar resto de los dedos; sin compromiso neurovascular.

División de rehabilitación (sin fecha): Diagnóstico: lesión punta digital primer dedo mano izquierda. Tratamiento el 13 de septiembre de 2001, fin de tratamiento el día 23 del mismo mes, *indicaciones.* Terapia física en casa; movilizaciones libres a hombro, codo, muñeca y dedos del segundo al quinto de mano izquierda; fortalecimiento por ejercicios isotónicos a hombro, codo y muñeca, así como medidas antiedema de miembro torácico izquierdo; cita a rehabilitación de mano el día de retiro de puntos.

Nota médico especialista en cirugía de mano:

28 de mayo del 2002: el 3 de octubre del 2001, acudió a consulta y después de tratamiento mediante antimicóticos (micospor, esporanox) y antibióticos del tipo dicloxacilina, se realizó osteotomía del segmento dañado y dos colgajos bipediculados para cierre de lesión. Al momento actual, la infección ósea y de cubierta cutánea ha desaparecido, razón por la cual se da de alta, permaneciendo en observación durante seis meses.

La nota final del especialista en cirugía plástica y reconstructiva concluyó: A la exploración física de la mano izquierda se observa dedo pulgar deformado por disminución de longitud en la punta del dedo, uña deformada en sentido longitudinal y en su anchura, con irregularidad en su crecimiento,

caracterizada por enrojecimiento en la porción radial y separación del lecho ungueal en el lado cubital, se observan cicatrices en punta del dedo, correspondientes al pulpejo predominante en el lado cubital.

Al comparar los dedos pulgares izquierdo y derecho, se corrobora la deformación antes mencionada en longitud y anchura de uña del dedo pulgar izquierdo, que presenta disminución de tamaño de más del 50% de lo normal en forma longitudinal y 50% menos en su anchura, así mismo se aprecia disminución del 40% de la longitud del dedo pulgar izquierdo distal a la articulación interfalángica. La anchura está disminuida 40% en relación al dedo pulgar derecho.

Análisis del caso:

El problema se centra en determinar: Si en el diagnóstico y tratamiento otorgados al paciente por el facultativo demandado existió negligencia, impericia o dolo; si la atención subsiguiente se originó por mala práctica del demandado; si en la atención brindada por el facultativo demandado, se originó daño físico al paciente; si por el contrario, el facultativo demandado actuó correctamente en la atención brindada; para el estudio del caso, se estiman necesarias las siguientes precisiones técnicas:

La literatura especializada refiere que las verrugas virales son tumores epidérmicos, benignos, transmisibles, frecuentes, producidos por el virus del papiloma humano (VPH), que produce proliferación celular, exceso de queratina. Se clasifican en: planas, vulgares, plantares o acumuladas. Así mismo, la literatura especializada las reporta entre las diez dermatosis más frecuentes; afectan todas las razas, ambos sexos, se presentan a cualquier edad, aunque aparecen con mayor frecuencia entre los 10 y 20 años. Su tamaño varía de 3 a 5 milímetros, hasta 1 cm. Si se presentan en el borde de la uña, ocasionan distrofia ungueal y dolor. El tratamiento de las verrugas en las manos, generalmente es solicitado por razones cosméticas, o porque las neoformaciones interfieren con el trabajo del paciente. Antes de decidir el tratamiento, debe ponderarse la historia natural de la enfermedad, pues según se mencionó, la mayoría de las verrugas evolucionan hacia la resolución espontánea sin dejar cicatriz ni marca.

Por otra parte, al tratarse de patología benigna, el médico debe evitar la destrucción de tejido normal. En ese sentido, el tratamiento inicial debe ser conservador y no radical, pues este último provoca daños en la epidermis y por ello debe reservarse a verrugas persistentes a pesar de tratamiento, pues deja cicatriz. En esos términos, es menester abundar acerca de los tipos de tratamiento:

Conservador. *Placebo*, que en muchos casos logra éxito.

Ácido salicílico. Queratolítico que rompe el exceso de queratina en la superficie de las verrugas. Se utiliza en pomada

del 1 al 4%, o bien, incorporado a partes iguales con ácido láctico en cuatro partes de colodión elástico.

Oclusión con cinta adhesiva, que se coloca herméticamente sobre la verruga y debe ser cambiada semanalmente, durante seis a ocho semanas, ello produce maceración de la epidermis y produce destrucción de la verruga.

Radical. *Nitrógeno líquido*. Se aplica sobre la piel, produce ampolla subepidérmica, y la epidermis se deshace. El tiempo de aplicación depende del tamaño y localización de la verruga, generalmente por 10 a 15 segundos, mediante hisopo o, nebulización siendo necesarias 3 a 4 sesiones.

Podofilina. Destruye células epidérmicas, y al igual que la mayoría de los agentes citotóxicos su efecto es más pronunciado en células proliferantes que en las no afectadas. Su utilización depende de la localización de la verruga, no debe utilizarse en zonas amplias por riesgo de absorción sistémica y toxicidad.

Curetaje y electrodesecación. Se realiza bajo anestesia local, el contenido de la verruga es extraído mediante cucharilla o con electrodisección directa de baja intensidad y acompañada de curetaje inicial. Sin embargo, cuando las verrugas son periungueales no está indicada esta técnica, pues el procedimiento puede ocasionar daño permanente al lecho ungueal.

Láser. Los láseres de dióxido de carbono, al ser utilizados para destruir verrugas, causan cicatrices por daños en la dermis.

Miscláneos. En verrugas resistentes puede utilizarse bleomicina o interferones intralesionales y 5-fluoracilo tópico; estos tratamientos únicamente deben ser aplicados por especialistas.

Ácido nítrico y tricloroacético. Son agentes corrosivos, por lo tanto pueden ocasionar quemaduras de magnitud variable en tejidos circundantes.

Es de señalarse que el tratamiento radical tiene por objeto eliminar o destruir la verruga, sin embargo, ninguno de ellos tiene eficacia del 100%, pues ésta depende de ciertos factores, como que el procedimiento sea realizado en términos de la *lex artis*, y el grado de inmunidad del paciente frente al virus de la verruga. Así las cosas, la bibliografía señala que el tratamiento de primera elección para verrugas virales en mano debe ser con placebo, o bien, mediante sustancias tópicas como el ácido salicílico. En caso de persistir la patología, está reportado el empleo de nitrógeno líquido o podofilina; se debe elegir el tratamiento menos agresivo y más seguro.

Las quemaduras por electricidad son lesiones complejas pues no es posible determinar la profundidad de la lesión y el grado de daño tisular, porque también ocasiona desvascularización y necrosis. El daño a los músculos es temprano y la fascia inestensible causa un incremento en la presión tisular e isquemia adicional con lesión nerviosa.

Cuando la lesión ocurre en el primer dedo de la mano, la mayor parte de las habilidades quedan alteradas y bloquea-

das, debido a pérdida parcial o total del dedo, por ello, la preservación, reconstrucción o reemplazo del citado órgano tiene gran importancia.

En el presente caso, el facultativo demandado incumplió con su deber de cuidado, pues según se mencionó, ante la presencia de verruga viral en mano, el tratamiento de primera elección es conservador, y él procedió inmediatamente a la electrodisección, es decir, no valoró el riesgo beneficio y realizó tratamiento radical. Además la verruga estaba localizada en la matriz ungual y existía contraindicación para la electrodisección, pues la matriz de la uña participa en la generación y migración de la misma.

Es menester señalar que, atendiendo al expediente, el facultativo demandado no tiene adiestramiento para uso de electrocauterio ni recibido capacitación para el manejo de verrugas. Ésta incursó en la mala práctica por impericia, su acción generó quemadura injustificada de tercer grado y produjo en el enfermo las complicaciones y secuelas que presenta.

La evolución del paciente no fue satisfactoria, y ello motivó la consulta con el segundo facultativo, quien reconoció la presencia de infección, edema distal de falange, secreción purulenta, rubor, calor y abundante tejido necrótico; por ello, el citado facultativo se vio en la necesidad de realizar extracción de uña, pues además ésta presentaba desprendimiento del 75%; efectuó desbridación de tejido necrótico y lavado mecánico de la zona; así mismo indicó curaciones diarias de la herida, radiografía de mano y prescribió antibiótico. Esta conducta era necesaria y se ajustó a la *lex artis*, pues después de ocurrida la lesión eléctrica, los microorganismos que contaminan la superficie de la herida persisten y proliferan rápidamente.

La radiografía de mano izquierda reportó afección de tejidos blandos superficiales del dorso del primer dedo y el segundo facultativo, hasta el 1º de septiembre, remitiendo el proceso infeccioso; sin embargo, dicho facultativo estimó necesaria la referencia del paciente a hospital público de tercer nivel de atención, para tratamiento quirúrgico, pues debido a la necrosis del tejido, la porción distal de la falange quedó expuesta. En esos términos, la atención del segundo facultativo consultado por el paciente, se ajustó a la *lex artis* médica.

Merced a lo antes expuesto, el enfermo requería amputación de la porción distal de falange para efectuar remodelación del dedo, pues según se mencionó la falange quedó expuesta. El 12 de septiembre, bajo bloqueo axilar se realizó el citado procedimiento hasta tercio medio y remodelación del muñón, sin complicaciones. Fue enviado a rehabilitación donde se indicó terapia física domiciliaria.

Atendiendo a lo antes expuesto, no se observan elementos de mala práctica por cuanto hace a la atención en el hospital público de tercer nivel de atención, pues era indispensable el tratamiento quirúrgico, mismo que se efectuó conforme a la *lex artis*.

Ahora bien, de éstos se desprende que el paciente a pesar del tratamiento médico quirúrgico brindado en el hospital de tercer nivel de atención, persistió con molestias, por ello el 3 de octubre del 2001, acudió con médico especialista en cirugía de mano, quien encontró micosis y proceso infeccioso en piel de tercio distal, indicando tratamiento mediante antimicóticos y antibióticos. De igual forma, el 27 de noviembre, efectuó osteotomía y plastia de reconstrucción del dedo. Así las cosas, la actuación de este facultativo fue correcta, pues eliminó la infección y efectuó cierre definitivo de la herida. Tampoco existen elementos de mala práctica atribuibles al especialista en cirugía de mano, pues su atención se ajustó a la *lex artis*.

Conclusiones

La atención que recibió el paciente, posterior a la brindada por el demandado, fue para corregir las complicaciones derivadas de su mala práctica, por impericia, es decir, la indebida electrodisección produjo quemadura de tercer grado en el primer dedo de mano izquierda, la cual originó infección y necrosis de tejidos blandos, pérdida de los mismos; por ello fue indispensable tratamiento mediante antibióticos, desbridamiento, control del dolor, tratamiento quirúrgico y rehabilitación, para corrección funcional y estética del dedo. Las complicaciones ocasionadas por la indebida electrodisección de verruga dejaron secuela anatómica y funcional permanente.

La atención subsecuente brindada al paciente por otros facultativos, se ajustó a la *lex artis* médica y no guarda relación con el efecto con las complicaciones y secuelas presentadas por el enfermo.

Referencias

1. Zook EG. The *penonychium*, In: Green DP. Editor. Operative Hand Surgery, 3rd Ed. New York (NY) Churchill Livingstone Inc. 1993: p. 1283-1308.
2. Arenas R. Dermatología. 1ra. Ed. México, D.F., (México) McGraw-Hill de México S.A. de C.V. 1989: p. 609-612.
3. Popkin GL. Tumors of the skin. In: Converse JM. Editor. Reconstructive plastic surgery. 2nd Ed. Philadelphia (PA). W.B. Saunders Company, 1977: p. 2776-27.
4. Fry L. Atlas de dermatología. St Mary's Hospital London UK. The Parthenon Publishing Group. EUA 2001: p. 70-73.
5. Way L. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Manual Moderno 6^a. Edición, México, D.F., 1989: p. 208-218, 1049-1056.