

Responsabilidad profesional

Caso del departamento de arbitraje del CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,¹ Edgar Díaz García¹

¹Departamento de Arbitraje Médico, CONAMED

Motivo de la queja:

El paciente asistió a consulta en hospital público por presentar dolor en región lumbar que se irradiaba hacia la pierna izquierda, impidiendo la deambulacion; con estudios radiográficos y mielografía se estableció el diagnóstico de compresión a nivel de L2. En virtud de que el cuadro clínico se exacerbó, acudió con médico particular quien, después de realizar resonancia magnética de columna, diagnosticó hernia de disco L5-S1 con compromiso radicular. Se realizó laminectomía izquierda, y liberación de raíces L5-S1.

Merced a lo anterior, el paciente solicitó:

Informe detallado de la atención proporcionada

Reembolso de los gastos erogados en la atención médica privada

Resumen clínico. Paciente masculino de 35 años de edad, en sus antecedentes personales caída de un árbol cuatro años antes (no se especificó la altura). Se le diagnosticó aplastamiento de la segunda vértebra lumbar y fue tratado con medicamentos y un corsé.

En la primera consulta del hospital público refirió padecimiento de cuatro meses de evolución, caracterizado por dolor en cadera y glúteo izquierdo, con irradiación hacia el miembro pélvico ipsilateral. Aunque se halló en la exploración física inflamación no dolorosa del testículo izquierdo, el servicio de urología no encontró patología testicular.

Los estudios radiográficos mostraron desviación del cóccix y ligera separación de la articulación sacroiliaca izquierda, estableciéndose el diagnóstico de probable elongación del nervio ciático izquierdo; se indicó carbamacepina, ½ tableta en la noche, durante tres días; al cuarto día, ½ tableta cada 12 horas y cita en dos meses.

Al mes, el paciente acudió nuevamente relatando dolor tipo ardoroso, en región lumbar baja, constante, de un mes de evolución, acompañado de náusea; además, refirió cefalea universal y sensación de entumecimiento, desde el tronco, hasta los pies, al permanecer sentado, parado o caminar por periodos prolongados.

En consulta de neurocirugía, el enfermo mencionó el antecedente traumático y parestesias en el miembro pélvico izquierdo, refiriendo que la sintomatología se había exacerbado, por lo que se solicitó mielografía lumbar, con placa diná-

mica, la cual se reportó dentro de parámetros normales, descartándose compresión de las raíces nerviosas a nivel de su emergencia, sin evidencia de hernia del núcleo pulposo; así mismo, los exámenes neurológicos efectuados al paciente no mostraron datos de neurotensión, ni reflejos patológicos y la fuerza muscular era normal; por ello, se indicó tratamiento conservador.

En ortopedia y traumatología se indicó tratamiento conservador y ejercicios de fortalecimiento, higiene de columna y controles periódicos, encontrándose durante los mismos dolor en fosa iliaca izquierda, motivo por el cual se solicitó interconsulta a gastroenterología, donde después de la valoración clínica y la realización de colon por enema y colonoscopia se diagnosticó diverticulitis, prescribiéndose analgésicos, antiinflamatorios, *Psillium* plántago, dieta con abundante fibra y citas de control.

Un mes después, en gabinete radiológico privado, se practicó resonancia magnética de columna lumbar, reportando que el disco L5-S1 estaba protruido, obliterando la grasa epidural y comprimiendo el saco tecal, en su cara ventral. En las secuencias axiales se menciona que a nivel del espacio L5-S1, la protrusión del disco es central con compresión mínima de la grasa epidural y mínima compresión del saco dural. El resto del estudio se reportó normal. Se diagnosticó hernia de disco L5-S1 sin compromiso radicular.

El informe médico presentado por el neurocirujano del medio privado señala que, en la exploración física, encontró signos de Laségue y Bragard presentes, así como hipoestesia en el dermatoma de L5-S1 izquierdo. El paciente fue intervenido quirúrgicamente, efectuándose hemilaminectomía del nivel L5 del lado izquierdo y liberación de raíces L5-S1 del lado izquierdo.

Análisis

La degeneración del disco lumbar en casi dos tercios de las enfermedades del disco intervertebral, se localiza en el segmento lumbar. Tiene predominio en el sexo masculino, y por lo general se inicia entre los 25 y 30 años de edad, en la etapa más productiva de la vida, llegando su mayor frecuencia a los 40 y 50 años en el hombre y la mujer respectivamente.

Las primeras alteraciones de degeneración discal son desgarras en las porciones centrales del anillo fibroso, que parten de los focos de cambios regresivos. Con la compresión asimétrica del espacio intervertebral, el núcleo pulposos puede penetrar en las fisuras radiales o circulares y distender la porción externa del anillo fibroso y el ligamento vertebral común posterior, esta alteración se denomina protrusión discal. De esta forma se irritan las fibras sensibles del nervio espinal. La citada alteración se limita al espacio intradiscal y origina lumbalgia.

La protrusión posterior puede ser posterolateral y contactar la raíz nerviosa correspondiente, lo que produce además de lumbalgia, dolor neurológico por irritación de la raíz nerviosa. El cuadro clínico no sólo está determinado por la magnitud de la protrusión, sino también por el espacio de reserva y las posibilidades de desplazamiento de la duramadre y de las raíces nerviosas. Así, por ejemplo, en el espacio L5-S1, la distancia entre el borde discal y el saco dural es mayor que en los segmentos superiores, de tal manera que una protrusión discal en este sitio, tiene que ser muy grande para poder producir compresión en el saco dural.

Mientras no se rompan las fibras superficiales del anillo fibroso en el sitio de protrusión, existe la posibilidad de que ésta regrese al centro del disco, excepto en casos de secuestro discal encarcelado. Cuando el tejido discal continúa ejerciendo presión sobre las fibras del anillo fibroso, éste puede romperse dejando escapar el núcleo pulposos. Estado patológico conocido como prolapsos, extrusión o hernia discal, constituyendo la fase decisiva en la degeneración de los discos intervertebrales lumbares.

En un prolapsos lumbar, el tejido del disco intervertebral penetra en espacio epidural del canal vertebral y origina síntomas compresivos. En dichas circunstancias, el prolapsos puede mantener conexión con el resto del núcleo pulposos o ser independiente del mismo, como un secuestro libre en el conducto vertebral. El tejido que penetra al espacio epidural, finalmente se atrofia y establece adherencias con tejidos circundantes, lo que origina, con frecuencia, síntomas irritativos radiculares, crónicos recidivantes.

Según la extensión del prolapsos discal, la sintomatología puede variar desde la lumbalgia, a la ciática unilateral o bilateral. En el síndrome lumbar, el dolor es el síntoma preponderante, y generalmente, es de inicio repentino, de curso cambiante, con dependencia postural y se exagera al toser, estornudar o hacer algún esfuerzo que genere presión en la columna lumbar. Por lo general, los pacientes se quejan de disminución o ausencia de sensibilidad o manifestaciones sensibles de irritación, como "hormigueo" o adormecimiento. La sensación dolorosa generalmente es proporcional a la presión sobre la raíz nerviosa a grado tal, que el área de inervación es anestésica y analgésica. En un principio el dolor de la región lumbosacra irradia hacia la región glútea o hacia la región de

la articulación sacroiliaca; algunas veces se agrega ciatalgia, la cual irradia por el muslo para llegar hasta el pie.

Algunas veces el dolor lumbar desaparece por completo, permaneciendo únicamente los síntomas ciáticos en la extremidad pélvica, se trata de una ciática sin lumbalgia. Puede haber remisiones y reapariciones de la sintomatología dolorosa.

A la exploración sensitiva durante la compresión paraespinal se deben explorar los puntos dolorosos a nivel de la columna y en el trayecto del nervio ciático; sobre todo en la región glútea y en hueso poplíteo (puntos de Valleix), la prueba de tensión del nervio ciático llamada signo de Laségue. En la exploración motora se deben incluir el tono y la fuerza muscular, así como los reflejos tendinosos correspondientes al nivel o niveles afectados.

Las radiografías simples no son de utilidad para visualizar los discos intervertebrales. Sin embargo, los cambios degenerativos del disco intervertebral pueden ser sospechados y reconocidos por la disminución de la altura del espacio intervertebral y por las reacciones óseas de los cuerpos vertebrales vecinos. En pacientes de edad avanzada se observan, además, cambios osteoescleróticos de las placas cartilaginosas con osteofitos en forma de ganchos, los cuales se unen unos con otros formando puentes. Los estudios radiográficos que deben realizarse son: radiografías simples dinámicas; mielografía; tomografía axial computarizada (simple y contrastada); y resonancia magnética nuclear.

Ahora bien, en el caso a estudio, el paciente tenía dolor de cadera y glútea izquierdo, con irradiación hacia el miembro pélvico ipsilateral; por ello fue atendido en el servicio de neurología del hospital demandado, estableciéndose el diagnóstico de probable elongación del nervio ciático izquierdo, siendo tratado a base de analgésicos y antiinflamatorios.

Pese al tratamiento instaurado, la sintomatología dolorosa persistía, por ello se canalizó al paciente al servicio de neurocirugía, donde se realizó mielografía lumbar, con placas dinámicas, en ellas no se reporta evidencia de hernia discal ni compresión radicular, merced a ello, el paciente continuó siendo tratado en forma conservadora, pues no existía indicación para tratamiento quirúrgico.

La atención en el servicio de ortopedia y traumatología, y el de gastroenterología se ajustaron a la *lex artis médica*.

El tratamiento instaurado por el personal de salud del hospital demandado, no produjo daño físico en el paciente; la sintomatología es innegablemente, atribuible a la historia natural de la enfermedad.

Aún después de la resonancia magnética, puesto que el caso no era de urgencia, el paciente debió haber regresado al hospital demandado, para que el personal médico resolviera el problema. No obstante, el paciente, por voluntad propia, decidió ser atendido por otros facultativos. Al abandonar el tratamiento, el paciente eximió de toda responsabilidad al hospital demandado e incurrió en mora de recibir.

Conclusiones

- El personal de salud del hospital demandado (neurólogo, neurocirujano y ortopedista), actuó en forma adecuada, al ofrecer tratamiento médico necesario, en términos de la *lex artis* médica.
- Ante la sintomatología que presentaba el paciente, el neurólogo lo canalizó al servicio de neurocirugía.
- El servicio de neurocirugía solicitó un estudio de mielografía lumbar, en donde no hay evidencias de hernia de disco, ni de compresión radicular, por ello el paciente fue tratado sintomáticamente de manera justificada.
- El servicio de neurocirugía canalizó al paciente al servicio de ortopedia, pues existía el antecedente de una caída con fractura de la segunda vértebra lumbar.
- La sintomatología que presentó el paciente, es atribuible a la historia natural de la enfermedad; el personal no produjo daño físico.

Referencias

1. Krämer J. Patología del disco intervertebral. Editorial Doyma. Capítulo 11. Barcelona 1989: 121-262.
2. Modic MT et al. Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging. *Radiology* 1988; 168: 193.
3. Modic MT, Masaryk TJ. Lumbar herniated disk disease and canal stenosis: prospective evaluation by surface coil MT, CT, and myelography. *AJR* 1986; 147: 757.
4. Ross JS, Modic MT, Masaryk TJ. Tears of the annulus fibrosus assessment with Gd-DTPA-enhanced MR imaging, *AJNR* 1989; 10: 1251.
5. Stark DD, Bradley WG. *Magnetic Resonance Imaging 2nd edition*. Editorial Mosby Year Bookl. Chapter 42: Lumbar spine. 1992: 1339-1369.
6. Yu S et al. Annulus fibrosus in bulging intervertebral disks. *Radiology* 1988; 169: 761.
7. Yu S, et al. Tears of the annulus fibrosus: correlation between MR and pathologic findings in cadavers. *AJNR* 1988; 9: 367.