

## Revista de la Facultad de Medicina

Volumen  
Volume **45**

Número  
Number **4**




Julio-Agosto  
July-August **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](#)



[www.Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

## Responsabilidad profesional

### Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,<sup>1</sup> Edgar Díaz García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CONAMED, Departamento de Arbitraje

#### Motivo de la queja

La paciente manifestó en su queja que presentaba tumoración en ovario, por ello fue atendida en hospital público, donde le efectuaron laparotomía exploradora y exéresis de quiste ovárico. Refirió que en el período postoperatorio inmediato y durante el tiempo que permaneció hospitalizada, tenía dolor intenso en región lumbar, el cual no fue considerado importante por los médicos, pues sólo realizaron ultrasonido y estudios radiográficos, en los cuales no observaron ningún problema. El dolor en región lumbar persistió, motivo por el cual, asistió a consulta en varias ocasiones y tres meses después, se percataron que el problema era de origen renal, solicitándose urografía que mostró proceso obstructivo de uretero, variante anatómica en riñón derecho y por ultrasonografía se observó hidronefrosis de riñón izquierdo, siendo necesaria nefrectomía izquierda. La cirugía se efectuó en hospital privado, pues la paciente ya no confiaba en los médicos institucionales.

#### Resumen clínico

Paciente de 35 años de edad, quien asistió a hospital público en marzo de 2000, siendo atendida en consulta externa del Servicio de Ginecología; la nota reportó: Paciente con estudio de ultrasonografía, que muestra ovario derecho de 7 x 5 cm, izquierdo de 2.7 x 2.6 cm; se efectuó histerectomía total abdominal hace cinco años; probablemente se trate de tumoración quística de 35 centímetros cuadrados, por ello es tributaria de exploración quirúrgica. Exploración física: tumoración móvil, no dolorosa, libre de 7 x 7 cm, central, fondos de saco libres. Probable tumoración ovárica y/o paraovárica quística. Estudios de laboratorio normales. Se programa cirugía, se explica a la paciente su patología y los riesgos quirúrgicos, así como la posibilidad de realizar ooforectomía izquierda.

Ingreso al Servicio de Ginecología: Antecedentes quirúrgicos colecistectomía hace 10 años; salpingoclasia y plastia umbilical hace 7 años; histerectomía y ooforectomía derecha hace 4 años; laparotomía exploradora y colpoperineoplastia hace 1 año 6 meses. La paciente ingresa para resección de tumoración anexial dolorosa. A la exploración física: tranquila, buena coloración de tegumentos, abdomen blando depresible, con cicatrices, no sangrado transvaginal.

Se realizó ooforectomía izquierda bajo bloqueo peridural con incisión suprapúbica transversa; múltiples adherencias a peritoneo parietal, vísceras pélvicas y epiplón; se pinzan, ligan y cortan con seda libre 0. Se localiza quiste de ovario izquierdo de 7 x 5 cm adherido a pared pélvica, se diseca hasta encontrar pedículo, se pinza, liga y corta. Se localiza uretero en su tercio medio y se verifica peristalsis. No se encontró ovario derecho. No accidentes ni incidentes.

El estudio histopatológico reportó: ovario izquierdo de forma semiovoide 5 x 4 x 3 cm, blando, blando violáceo, al corte con líquido seroso. Diagnóstico: ovario con quistes foliculares y cuerpos blancos.

Postoperatorio tercer día: aún no canaliza gases, tolera líquidos vía oral. A la exploración física: abdomen con ligera distensión, blando, depresible, doloroso en herida quirúrgica e hipogastrio, rebote dudoso, peristaltismo disminuido. No plastrones, al tacto vaginal cúpula íntegra, móvil, no dolorosa. El estudio de ultrasonografía no reportó colección líquida ni otras alteraciones. Plan se continuará con vigilancia, líquidos, antibióticos y metoclopramida.

Cuarto día: continúa con dolor en hipogastrio y herida quirúrgica, disuria y tenesmo vesical, tolera vía oral, ocasionalmente canaliza gases. A la exploración física: tranquila, bien hidratada; abdomen blando depresible, ligeramente distendido, poco doloroso a la palpación profunda, peristalsis disminuida, herida quirúrgica sin secreciones. Se solicitó examen general de orina, biometría hemática y urocultivo.

Al día siguiente: Continúa dolor moderado en hipogastrio, tolera vía oral, canaliza gases. Exploración física: Se encuentra tranquila, hidratada; abdomen blando, plano depresible, doloroso en herida quirúrgica, sin secreciones, peristalsis normal.

Séptimo día: La paciente ha presentado evolución tórpida por datos de íleo paralítico los primeros días, presencia de dolor y distensión abdominal, sin canalización de gases. Actualmente en mejores condiciones, canaliza gases, tolera vía oral, disminuyó el dolor abdominal. A la exploración física abdomen blando depresible, dolor en hipogastrio, sin datos de irritación peritoneal, Giordano negativo. Al tacto vaginal, cúpula móvil, no dolorosa. El día de hoy presentó temperatura 38°C, por ello se difiere el alta.

Noveno día: eutérmica, odinofagia leve, tolera vía oral, emuntorios presentes, mínimo dolor en herida quirúrgica. Explora-

ción física: faringe hiperémica, herida quirúrgica sin secreciones, se retiraron puntos de sutura, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal; Giordano negativo, resto normal. La enferma fue egresada con ampicilina y trimetropin con sulfametoxazol por probable infección de vías urinarias.

Veintitrés días después del egreso, médicos de consulta externa del Servicio de Ginecología refirieron: postoperatorio de laparotomía exploradora con resección de ovario izquierdo. Acudió por presentar náusea ocasional e inflamación; trastornos para evacuar. Exploración física: Abdomen blando, depresible, con distensión e inflamación, Giordano negativo, resto normal. Cita en un mes.

Treinta días después, consulta de control: persiste con disuria, tenesmo vesical y síndrome climatérico, por ello se solicita urografía excretora, examen general de orina y química sanguínea. Cita con resultados. Veinte días después de esta consulta, nota médica refiere: el estudio de urografía excretora muestra obstrucción ureteral izquierda e hidronefrosis leve a moderada renal izquierda (ligadura ureteral). La paciente fue enviada al Servicio de Nefrología de hospital con mayor capacidad resolutoria, para valoración y tratamiento.

La paciente no acudió al hospital público, sino que se presentó a una unidad privada de cuyo expediente se desprende la realización de nefrectomía izquierda. Posteriormente, en el hospital público demandado se realizó ultrasonido de control que reportó falta de riñón izquierdo, mientras que el derecho presentaba dimensiones normales.

### Análisis del caso

El problema se centra en determinar si:

- La atención médica brindada se ajustó a la *lex artis*
- La ligadura del uretero izquierdo fue debida a mala práctica
- Las consecuencias son derivadas de la cirugía y demuestran mala práctica

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones técnicas:

Los quistes funcionales ováricos, indicativos de maduración folicular anormal, corresponden a la transformación quística de un folículo ovárico (quiste folicular) o incluso son el resultado de la persistencia anormal de un cuerpo lúteo (quiste luteínico).

La existencia de tumoración anexial quística, plantea siempre el problema de reconocer su naturaleza funcional, con el fin de evitar un acto quirúrgico inútil, pues este tipo de patología tiene tendencia a la regresión espontánea; así mismo, es importante no ignorar un cáncer de ovario que se manifiesta en forma quística.

La laparotomía con la extirpación del quiste, conservando, en caso de ser posible, el resto del ovario y finalmente su

estudio histológico, es la conducta indicada. Si el tamaño es pequeño con la punción es suficiente, efectuando siempre estudio citológico del contenido; algunos autores estiman que la simple punción se debe evitar debido a que la tasa de recurrencia después de la misma es muy alta.

Los tumores de ovario son de difícil diagnóstico, pues producen cuadro clínico poco específico en la mayoría de los casos (65%); el carcinoma de ovario, con frecuencia se diagnostica en fases avanzadas, siendo la excéresis imposible. Sólo en el 10% de los casos, el carcinoma de ovario se diagnostica en fase precoz, entonces es operable. Cabe señalar que el cáncer de ovario, representa la causa más frecuente de muerte entre los tumores malignos del tracto genital, por ello, cualquier tumoración ovárica, tiene que ser vigilada de manera estrecha. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de malignidad del tumor sólo se hace en el acto quirúrgico e incluso a veces es necesario esperar el estudio histológico.

Los tumores de ovario más frecuentes son los quistes funcionales, los cuales habitualmente presentan regresión o se rompen espontáneamente, por ello, debe hacerse seguimiento clínico y ecográfico mensual de estos quistes, si no desaparecen espontáneamente en dos meses, la extirpación quirúrgica es la indicación, pues en términos de la literatura especializada, se estima que entre 15-25% de los tumores de ovario son malignos; esta cifra se incrementa en mujeres postmenopáusicas.

Finalmente cabe mencionar, que los quistes uniloculares de menos de 5-6 cm de diámetro, con superficie lisa, son habitualmente benignos.

### Las indicaciones para la intervención son:

- Quiste de ovario de más de 5-6 cm de diámetro.
- Tumores anexiales en mujeres postmenopáusicas.
- Tumores anexiales persistentes de cualquier tamaño cuyo diagnóstico de benignidad no puede establecerse con métodos no invasivos.
- Pacientes que tienen dolor o abdomen agudo en relación con el tumor anexial.

En el presente caso, conforme a la sintomatología y estudios realizados, la paciente presentaba tumoración en ovario izquierdo, la cual ocasionaba molestias, por ello, se estimó necesaria su extirpación, esta conducta se ajustó a la *lex artis*.

Durante el postoperatorio, la enferma presentó sintomatología de origen urinario, misma que no fue estudiada apropiada, lo cual hubiera orientado al personal médico a sospechar patología de vías urinarias; particularmente y en base al antecedente de múltiples cirugías, debieron solicitar estudios de laboratorio y gabinete que permitieran descartar algún problema renal.

En términos de la literatura especializada, la lesión de los ureteres es una de las complicaciones más graves de la ciru-

gía ginecológica, principalmente en procedimientos quirúrgicos de pelvis mayor. Este tipo de lesiones, se presenta con frecuencia de 0.1 a 1.5% de todos los casos de cirugía pelviana. Cabe señalar, que algunos padecimientos ginecológicos pueden afectar los ureteros directamente, o bien, pueden hacer que su recorrido se desvíe. De igual suerte, sus relaciones anatómicas pueden variar. La lesión ureteral puede ser casi inevitable en algunas situaciones, aun en cirujanos con habilidad y experiencia; ello no implica mala práctica.

Durante la cirugía abdominal, el uréter puede ser lesionado de manera inadvertida por contusión, laceración, ligadura, sección parcial o total, o bien, resultar seriamente dañado su aporte sanguíneo con desarrollo de necrosis en tiempo posterior. Las consecuencias pueden ser: deterioro asintomático de la función renal, hidronefrosis o pionefrosis séptica.

El riesgo de daño ureteral es mayor si existen anomalías del tracto urinario no diagnosticadas preoperatoriamente. A lo largo del trayecto ureteral, existen cuatro puntos, en los cuales el uréter es más susceptible de ser lesionado:

Al cruce de los vasos ilíacos.

En la fosa ovárica durante la resección de tumores anexiales.

Segmento paracervical o paravaginal en la ligadura de la arteria uterina.

En la proximidad de la vejiga cuando ésta es movilizada.

Está reportado que en caso de patología adherencial, de cualquier origen (endometriosis, cirugías previas, etc), el pedículo lumbo-ovárico, que ha cruzado por delante del uréter a la altura de L3, puede permanecer contra éste (adosado) debido a los cambios locales y el riesgo de ligadura es grande. Cuando estas eventualidades se presentan y son diagnosticadas en forma oportuna, no implica mala práctica.

En el presente caso, la paciente sufrió ligadura de uréter izquierdo, la cual fue favorecida por los procesos adherenciales secundarios a cirugías abdominales previas, ello dificultó la disección e incrementó el riesgo de lesión ureteral. Atendiendo a los antecedentes y la dificultad quirúrgica que el caso presentaba, el personal médico debió estrechar la vigilancia postoperatoria, pues como es conocido, la frecuencia para que existan lesiones en los ureteros durante cirugías ginecológicas es de .1 a 1.5%.

Ahora bien, ante la presencia de sintomatología urinaria después de la cirugía, los facultativos estaban obligados a descartar alguna complicación quirúrgica o postquirúrgica, lo cual no sucedió, siendo la enferma egresada. Adicionalmente, la paciente acudió en diferentes ocasiones, a consulta externa, por presentar síntomas de vías urinarias, y los médi-

cos tratantes, soslayaron la posibilidad de lesión en dicha anatomía. A mayor abundamiento, transcurrieron tres meses para la realización de urografía excretora, la cual puso en evidencia obstrucción ureteral izquierda e hidronefrosis; motivo por el cual, la enferma asistió con médico particular, quien realizó nefrectomía izquierda.

Por lo anterior, se estima que la conducta del personal médico del hospital público, incumplió con sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues su actuación no fue acorde a lo establecido en la *lex artis*.

## Conclusiones

La decisión de intervenir quirúrgicamente a la paciente para extirpación de la tumoración ovárica, por parte del personal médico del hospital demandado se ajustó a la *lex artis*. En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica, por cuanto a este rubro se refiere.

La oclusión ureteral, referida en la literatura médica en pacientes con antecedentes quirúrgicos diversos, es considerada un accidente y no implica mala práctica.

La enferma fue egresada siete días después de la cirugía con diagnóstico de infección de vías urinarias, siendo valorada en consulta externa en diferentes ocasiones, durante las cuales, el personal médico la estudió insuficientemente y soslayó la posibilidad de complicación a nivel renal, existiendo retraso en la integración del diagnóstico. En esos términos, el personal médico del hospital demandado, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, al no haber efectuado los estudios necesarios para detectar la complicación quirúrgica, incurriendo en mala práctica.

## Referencias

1. Hahirsch, OK, Iklé FA. Atlas de Cirugía Ginecológica, 5a. edición. Ed. Marban. Madrid España, 1997.
2. Gonzales MJ. Ginecología 1992, 5a. edición, De Masson/Salvat Barcelona España, 1992.
3. Dubourdiu S, Charbonnel B. Ovarios poliquísticos y quistes funcionales. Enciclopedia Médico Quirúrgica. Elsevier París, 1998.
4. Villet, D Salet-Lizee. Histerectomía por vía abdominal (en las lesiones benignas). Enciclopedia Médico Quirúrgica. Elsevier, Paris, 1998.
5. Botella LJ. El Ovario. Fisiología y Patología. 2a. Ed. Ediciones Díaz Santos Madrid España, 1997.
6. DiSaia PJ, Creasman WT. Oncología Ginecológica Clínica, 5a edición. De Harcourt Brace España, 1999.
7. Rock JA, Thompson JD. Ginecología Quirúrgica Te Linde, 8va Edición. Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1998.