

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen **46**
Volume

Número **5**
Number

Septiembre-Octubre **2003**
September-October

Artículo:

Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2003:
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 Peniche¹, Edgar Díaz García¹

¹Arbitraje Médico, CONAMED.

Motivo de la queja

La paciente refiere que fue hospitalizada por presentar colecistitis crónica litiásica, manifestando que durante su atención existió negligencia médica, lo cual condicionó que acudiera a otro hospital.

Resumen clínico

Femenina de 53 años de edad, con los antecedentes siguientes: Gesta IV; Para III; Aborto 1. Oclusión tubárica bilateral (29 años); apendicectomía (14 años); embarazo ectópico (25 años); cistocele; gastritis; colitis; litiasis vesicular y enfermedad hemorroidal. El 24 de noviembre de 2001, asistió a hospital privado, nota de cirugía general reporta: colecistitis crónica litiásica, infección de vías urinarias, enfermedad hemorroidal e incontinencia urinaria. Plan: valoración preoperatoria.

2 de febrero de 2002: La paciente recibió tratamiento para infección de vías urinarias. Se programó colecistectomía abierta para el día 11 del mismo mes y año, la nota señala: valoración cardiovascular, riesgo tromboembólico bajo, Goldman 1, ASA 2. El 10 de febrero, la paciente ingresó al hospital con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, se reporta: laboratorios preoperatorios en parámetros normales.

11 de febrero de 2002, nota posquirúrgica: Diagnóstico pre y posoperatorio colecistitis crónica litiásica. Hallazgos: vesícula biliar con litiasis. Accidentes: fuga de bilis de la vesícula biliar durante su extracción, aspiración y aseo.

12 de febrero de 2002, nota de alta: Diagnóstico de ingreso y egreso colecistitis crónica litiásica, cirugía realizada colecistectomía abierta, alta por mejoría. Paciente estable, asintomática, tolera vía oral y canaliza gases, por ello es egresada para control subsecuente por consulta externa, con cita abierta a urgencias en caso de datos de alarma, mismos que se explicaron.

El 13 de febrero, la enferma reingresó al hospital, por presentar dolor abdominal tipo punzante en hipocondrio derecho e ictericia. Se diagnosticó ictericia en estudio; coledocolitiasis residual vs lesión de vía biliar, descartar hepatitis. En el expediente aparece reporte de ultrasonido hepático de la misma fecha, el cual señala: Datos en relación a cambios por enfermedad hepática difusa; probable colección.

14 de febrero de 2002, nota de evolución: Paciente en su tercer día de posoperatorio de colecistectomía abierta, lesión de vía biliar. Presión arterial 120/70; frecuencia cardíaca 88 por minuto; frecuencia respiratoria 18 por minuto; afebril. Exploración física abdominal: herida quirúrgica limpia sin evidencia de secreción o complicaciones locales. Dolor a la palpación media y profunda de epigastrio e hipocondrio derechos, sin datos de irritación peritoneal, no abdomen agudo. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la cual muestra amputación del colédoco, a partir de aumento de presión intracoledociana existe fuga de material de contraste. Se ha solicitado colangiografía percutánea; alto riesgo de colangitis, se mantendrá con cobertura antibiótica y vigilancia estrecha. *Reporte de CPRE.* 1) Colédoco engrapado en su tercio proximal; 2) Fístula biliar en tercio proximal del colédoco.

15 de febrero de 2002. Nota de egreso: Se trata de lesión de vías biliares no advertida en transoperatorio. Se identifica sección de colédoco, queda pendiente identificación de muñón proximal mediante colangiografía percutánea, se decidió diferir este estudio para favorecer la dilatación de la vía biliar y acelerar el desarrollo de las condiciones favorables para reparación, mediante derivación biliodigestiva. Se informa a la paciente y familiar los procedimientos a seguir.

En el expediente existen notas de los días 18 y 23 de febrero, las cuales reportan que la paciente no se presentó a consulta. En igual sentido, notas del 1º, 6 y 8 de marzo de 2002, señalan que la enferma no asistió a control.

El estudio histopatológico de vesícula biliar, efectuado el 23 de febrero del 2002 reportó: Colecistitis crónica litiásica. Ganglio cístico con hiperplasia mixta.

El 25 de febrero de 2002, la paciente ingresó a otra unidad hospitalaria con diagnósticos: 1) Colangitis. 2) Lesión de la vía biliar. Nota de ese mismo día, refiere: Antecedentes de colecistectomía, inicia el día 13 con ictericia progresiva, dolor en hipocondrio derecho, fiebre de hasta 38° C. Laboratorio: hemoglobina 13.7, hematocrito 40.2, leucocitos 8.7, glucosa 99, creatinina 0.6, bilirrubina total 24.1, bilirrubina directa 15.7, fostatasa alcalina 1,066; deshidrogenasa láctica 230. Exploración física sin datos de abdomen agudo, se inicia ranitidina y butilioscina. Impresión diagnóstica: colangitis y lesión biliar. Al ingreso se encontró deshidratada con

hipotensión y taquicardia, afebril. Se inició tratamiento con ticarcilina más ácido clavulánico y se repuso el déficit hidroelectrolítico. Actualmente se encuentra estable y se realizó tomografía axial computada para evidenciar abscesos colangíticos o alguna colección intra-abdominal, la cual se reporta negativa. Antibioticoterapia y apoyo por nutriología.

28 de febrero de 2002: La grapa se encuentra en hepático común, por ello será necesario intervenir quirúrgicamente a la paciente. **3 de marzo de 2002, nota operatoria:** laparotomía exploradora, reconstrucción de vía biliar mediante hepático-yeyuno anastomosis con colocación de sonda en "T" al hepático común; la reparación se hizo en forma satisfactoria. **6 de marzo, nota de evolución:** La paciente actualmente se encuentra en buen estado general, los exámenes de laboratorio han mostrado descenso de las bilirrubinas.

10 de marzo de 2002, nota de evolución: La enferma permanece con fiebre vespertina; colangiografía por sonda "T" mostró permeabilidad de la vía biliar con discreta dilatación de los conductos intrahepáticos. Se realizará tomografía computada de pelvis para descartar colecciones intra-abdominales. **14 de marzo, nota de evolución:** El día de ayer fueron retirados antibióticos y soluciones parenterales.

17 de marzo de 2002, nota de alta: Evolución posoperatoria satisfactoria, sólo presentó durante los primeros días fiebre que ha cedido por completo. Las pruebas de función hepática tienden a la mejoría, la cifra de leucocitos está dentro de límites normales. Se decide su egreso con control por consulta externa, tratamiento mediante analgésicos y omeprazol.

En términos de lo anterior, el asunto estriba en establecer si:

- En el diagnóstico y tratamiento otorgados a la paciente por el personal médico del primer hospital existió negligencia, impericia o dolo.
- La colecistectomía realizada a la enferma, estuvo bien indicada.
- El manejo posoperatorio de la misma, fue establecido conforme a la *lex artis* médica.

Análisis

Con el objeto de caracterizar la patología del caso, es necesario hacer las siguientes precisiones:

Reporta la bibliografía especializada, que la mortalidad por colecistectomía es del 1.2%, así mismo, la morbilidad es hasta del 15%. De igual forma reporta que la lesión de la vía biliar es una complicación que puede presentarse en este tipo de cirugía, siendo su incidencia posterior a colecistectomía de 0.2 a 0.3%.

El tipo de lesión puede ser por laceración u obstrucción de la vía biliar. La obstrucción de la luz de la vía biliar, se debe a causas diversas: accidente quirúrgico, infección, desvascularización, electrocauterio, compresión por biloma, entre otras.

Así mismo, entre los factores de riesgo para lesionar al colédoco descritos por la Clínica Lahey están: fibrosis del triángulo de Calot, colecistitis aguda, obesidad, hemorragia local, variantes anatómicas y hepatitis; además se menciona la anatomía peligrosa, la cual incluye variantes anatómicas (inserción baja del hepático derecho, situación y localización paralela del cístico con el colédoco o hepático común, y variantes de irrigación arterial, entre otras). En igual sentido, las condiciones patológicas como colecistitis aguda o gangrenosa, cirrosis hepática, úlcera duodenal y enfermedad pancreática, también predisponen la lesión del colédoco.

Por cuanto hace al plan de tratamiento para las lesiones de vía biliar, la literatura señala que el manejo debe individualizarse en cada paciente, atendiendo al tipo, nivel y extensión de la lesión. Cuando la lesión de la vía biliar es advertida durante el tiempo quirúrgico, debe resolverse en ese acto. Por otra parte, si la lesión es inadvertida en la colecistectomía, se diagnostica posteriormente y el paciente requiere tratamiento quirúrgico, existen dos conductas: 1. Realizar corrección quirúrgica al momento del diagnóstico. 2. Monitorizar al paciente y dar tratamiento médico a fin de mejorar las condiciones de la zona quirúrgica, para aumentar las posibilidades de éxito de la segunda cirugía. Ahora bien, la técnica de reparación empleada con mayor frecuencia, es la anastomosis de la vía biliar con el yeyuno (hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux).

En el presente caso, la paciente con colecistitis crónica litiásica, fue intervenida quirúrgicamente el 11 de febrero del 2002, en hospital privado, realizándose colecistectomía abierta. Al respecto es menester señalar que el procedimiento realizado en el citado hospital estaba indicado, atendiendo a la patología vesicular que presentaba la paciente.

Del expediente se desprende, que la cirugía se efectuó de manera electiva, durante ella no se detectó la complicación (lesión de la vía biliar), por ello, en la nota quirúrgica, únicamente reportan como accidente fuga de bilis de la vesícula durante su extracción; hecho que se atendió en el acto quirúrgico, al efecto refieren que se efectuó aspiración y aseo. En ese sentido, la no detección *in situ* de la complicación no entraña mala práctica en el caso a estudio, pues no existían manifestaciones de la misma. El hecho de haberse lesionado el colédoco, tampoco entraña mal *praxis*; en efecto, la literatura lo reporta como un riesgo inherente (0.2 a 0.3%); es decir, se trata de un hecho accidental y no iatrogenia.

Ahora bien, en el posoperatorio refieren en el expediente que la paciente se encontraba estable, "asintomática, tolera la vía oral y canaliza gases", por ello fue egresada por mejoría para control subsecuente por consulta externa, con cita abierta a urgencias. Sin embargo, la enferma reingresó al hospital al día siguiente por ictericia; durante este internamiento se identificó lesión de la vía biliar. Así las cosas, y atendiendo a la *lex artis* médica, no se observan elementos de mala prácti-

ca, por parte del personal del hospital, pues como se mencionó, la lesión inadvertida de la vía biliar es un riesgo inherente al tipo de cirugía realizada y las lesiones que son identificadas en el posoperatorio pueden manejarse atendiendo a las dos posibilidades antes descritas: tratamiento conservador y ulteriormente quirúrgico, o quirúrgico de inicio.

A mayor abundamiento, la lesión de la vía biliar, fue identificada en el segundo día de posoperatorio en el hospital demandado, proponiéndose tratamiento conservador a fin de mejorar las condiciones de la zona quirúrgica para la realización de segunda cirugía, en la cual se efectuaría la reparación. Merced a ello, el personal del citado hospital actuó en términos de la *lex artis* médica.

La paciente, posterior a su egreso el 15 de febrero del 2002, no regresó al hospital. En el expediente aparecen diversas notas (18 y 23 de febrero; 1º, 6, 8 y 15 de marzo del 2002), las cuales señalan que la enferma no se presentó a consulta.

En esos términos, está demostrado que la enferma abandonó el tratamiento que se le proporcionaba, por su libre y espontánea voluntad y sin mediar mora o incumplimiento. Por lo anterior, la paciente al abandonar el tratamiento eximió de toda responsabilidad al hospital y en virtud de esa decisión, el personal médico se vio inhibido para seguir conociendo del problema que le aquejaba, sin responsabilidad de su parte. Cabe mencionar que el expediente clínico del segundo hospital, es concluyente para establecer que su padecimiento no era de urgencia, por lo tanto, no está demostrada la mala práctica aducida.

Finalmente, es menester señalar, que la atención proporcionada por el personal del segundo hospital, se ajustó a la *lex artis* médica.

Conclusiones

- El personal médico del primer hospital atendió a sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención de la paciente, sin incurrir en negligencia, impericia o dolo.

- La colecistectomía efectuada a la enferma estaba indicada en términos de la *lex artis* médica, debido a la enfermedad vesicular que presentaba.
- No se observan elementos de mala práctica atribuibles al personal médico del citado hospital, por haber egresado a la paciente el 15 de febrero, pues en la especie la paciente estaba asintomática, toleraba la vía oral y canalizaba gases.
- La complicación que presentó la enferma se trató de riesgo inherente a la cirugía y fue identificada a su reingreso al primer hospital, proponiéndose manejo conservador para mejorar sus condiciones clínicas y posteriormente efectuar el tratamiento quirúrgico.
- Por lo anterior, la atención de la enferma durante el posoperatorio de colecistectomía se ajustó a la *lex artis*, pues identificaron la complicación que presentaba, la cual según se mencionó, correspondía a lesión inadvertida de la vía biliar, para lo cual se propuso tratamiento que está ampliamente descrito en la literatura especializada.

Referencias

1. Munson JL et al. Cholecystectomy. Biliary tract injuries revisited. *The Surgical Clinics of North America* 1994; 74(4): 741-754.
2. Braesch JW. Historical perspectives of biliary tract injuries. *Biliary tract injuries revisited. The Surgical Clinics of North America* 1994; 74(4): 731-740.
3. Martín RF et al. Bile duct injuries. *Biliary tract injuries revisited. The Surgical Clinics of North America* 1994; 74(4): 781-803.
4. Deziel DJ. Complications of cholecystectomy. *Biliary tract injuries revisited. The Surgical Clinics of North America* 1994; 74(4): 809-823.
5. Rossi RL. Biliary reconstruction. *Biliary tract injuries revisited. The Surgical Clinics of North America* 1994 74(4): 825-841.
6. Schirmer WJ et al. Common operative problems in hepatobiliary surgery. *Complications of general surgery. The Surgical Clinics of North America* 1991 71(6): 1363-1389.
7. Henry ML et al. Complications of cholecystectomy. *Complications of common procedures. The Surgical Clinics of North America* 1983; 63(6): 1191-1204.
8. Stain SC. Repair of bile duct injuries. *Bile ducts and bile duct stones, WB. Saunders Company, 1997; 20: 143-153.*