

# Revista de la Facultad de Medicina

Volumen  
*Volume* **48**

Número  
*Number* **3**

Mayo-Junio  
*May-June* **2005**

*Artículo:*

## Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
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

Arbitraje Médico, CONAMED

#### Síntesis de la queja

En hospital público se otorgó deficiente atención, pues durante casi un año no atendieron debidamente problema de dolor abdominal, por ello la paciente tuvo que acudir a medio privado donde solucionaron su padecimiento.

#### Resumen clínico

*7 de abril de 2003, Hospital Público, consulta externa, cirugía general:* Femenino de 47 años de edad con colecistitis crónica litiásica. Inició hace dos años con dolor epigástrico y en hipocondrio derecho. Se realizó ultrasonido el cual reporta vesícula escleroatrófica con sombra sónica posterior. *24 de abril de 2003, valoración preoperatoria:* Hipertensión arterial de 15 años de evolución sin control médico. Tabaquismo desde los 25 años; histerectomía por miomas. Gestas IV, Partos I, Cesáreas III. Exploración física: ligera molestia en flanco derecho. Exámenes de laboratorio en parámetros normales; electrocardiograma ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 75 por minuto, radiografía de tórax con infiltrado parahiliar.

*7 de mayo de 2003, urgencias:* Refiere dolor abdominal, eructos y reflujo; dolor en fossa renal izquierda. Exploración física: dolor en epigastrio, peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal. Se aplica antiespasmódico y protector de la mucosa gástrica. Indicaciones: butilhioscina, ranitidina, hidróxido de aluminio y magnesio, no grasas, condimentos, ni irritantes, asistir a su clínica para continuar tratamiento. *19 de mayo de 2003, consulta externa cirugía general:* Se programa cirugía para el 3 de junio. *1º de junio de 2003, valoración preoperatoria:* Riesgo quirúrgico-anestésico ASA E-II-B.

*3 de junio de 2003, ingreso a cirugía general:* Programada para colecistectomía. *4 de junio de 2003, nota de evolución:* Se difirió cirugía por descontrol de presión arterial. Actualmente estable. *5 de junio de 2003, nota posoperatoria:* Se efectuó colecistectomía retrógrada, obteniéndose vesícula con múltiples litos en su interior de aproximadamente 1 cm de diámetro; colédoco dilatado (dos centímetros de diámetro), se palpa sin encontrarse litos en su interior; se realizó inserción de sonda a través de cístico sin encontrar obstrucción, llegando hasta duodeno. Previo a la colocación de grapas, se verificó hemostasia y se cerró por planos en forma convencional.

*27 de junio de 2003, hoja de referencia a otra unidad para realización de CEPRE:* Paciente posoperada de colecistectomía abierta más exploración de vía biliar. Verificar ausencia de litos en vía biliar. No se cuenta con fluoroscopio en esta unidad, por ello se solicita apoyo.

*28 de junio de 2003, Reporte de CEPRE:* Se pasa duodenoscopio hasta segunda porción de duodeno, se localiza ampolla de Vater la cual es de aspecto macroscópico normal, drenaje adecuado de bilis, se canula y se inyecta medio de contraste opacificándose conducto pancreático principal, el cual es de contorno regular en todo su trayecto. Posteriormente se canula la vía biliar, se opacifica, obteniendo imagen con defecto de llenado en colédoco proximal que corresponde a litos medianos, se realiza esfinterotomía amplia saliendo espontáneamente bilis, se introduce canastilla Dormia y se atrapan dos cálculos de aproximadamente 6 mm de diámetro; se corrobora hemostasia, se termina procedimiento sin complicaciones. Coledocolitiasis resuelta; extracción de dos litos en vía biliar; esfinterotomía satisfactoria; páncreas normal.

*28 de junio de 2003, Hospital Público nota de ingreso a urgencias:* Síndrome doloroso abdominal secundario a colangiografía para extracción de lito residual. Inició el día de hoy con dolor cólico en epigastrio, irradiado en hemicinturón hacia dorso, náusea y vómito. Abdomen doloroso sin datos de irritación peritoneal. Impresión diagnóstica: Pancreatitis; probable inflamación de conductos biliares. *Nota de evolución:* Dolor intenso, inquieta, posición antiálgica, angustiada, soporosa. Abdomen con dolor en mesogastrio que aumenta a la palpación profunda, peristaltismo ausente.

*29 de junio de 2003, cirugía general:* Dolor abdominal epigástrico que irradia en hemicinturón, acompañado de vómito, el cual refiere haber iniciado el día de hoy posterior a CEPRE y de haber ingerido alimento. Peristalsis disminuida, dolor a la palpación media y profunda en epigastrio, sin datos de abdomen agudo. Presenta pancreatitis edematosa secundaria a CEPRE; se solicita ultrasonido. Requiere valoración y manejo en unidad de cuidados intensivos.

*2:15 horas, unidad de cuidados intensivos:* Ingresa para vigilancia estrecha, apoyo hemodinámico y metabólico. Exploración física: deshidratada, frecuencia cardíaca 107 por minuto, ruidos cardiacos rítmicos sin fenómenos agregados; discreta hipoventilación basal bilateral; abdomen blando, despresible, peristalsis disminuida, dolor a la palpación profun-

da en flanco derecho; sonda nasogástrica y Foley. Impresión diagnóstica: pancreatitis edematosas posCEPRE; acidosis metabólica compensada.

Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos fue manejada mediante: ayuno, oxígeno por puntas nasales, dextrostix con esquema, soluciones parenterales, ranitidina, metoclopramida, butilioscina, metamizol, metronidazol, cefotaxima y ocreótido, evolucionando hemodinámicamente estable, sin fiebre ni datos de irritación peritoneal.

*4 de julio de 2003, nota de egreso a piso:* Glasgow 15, cardiopulmonar sin compromiso, sin dolor abdominal, glucosa en valores normales, transaminasa con reducción progresiva, amilasa y bilirrubina en valores normales. Evolución satisfactoria. *6 de julio de 2003, nota de egreso hospitalario:* Remitió cuadro pancreático; evolución satisfactoria, sin dolor abdominal, tolera vía oral, evacuaciones presentes. Se egrresa para continuar manejo por consulta externa.

*9 de julio de 2003, consulta externa cirugía general:* Posoperada de colecistectomía con evento de pancreatitis aguda. Actualmente en buenas condiciones, refiere dolor en fossa lumbar de predominio izquierdo. *23 de julio de 2003, consulta externa cirugía general:* Refiere constipación, tolera vía oral, tranquila, cardiopulmonar y abdomen sin datos relevantes. Cita de control.

*16 de agosto de 2003, Hospital Privado, reporte de tomografía computada de abdomen:* Dilatación de vía biliar extrahepática; antecedente de colelitiasis. Investigar colelitiasis residual o lodo biliar.

*10 de septiembre de 2003, Hospital Público, consulta externa, cirugía general:* Evolución satisfactoria, tolera vía oral, sin inicio de colecistoquinéticos. Continúa manejo médico; se solicita ultrasonido de control. *10 de octubre de 2003, reporte de ultrasonido abdominal:* Páncreas de bordes regulares y definidos, sin colecciones, parénquima con estructura homogénea. Impresión diagnóstica: páncreas de morfología ecográfica normal. *26 de marzo de 2004, urgencias:* Inició ayer dolor en epigastrio irradiado a marco cólico derecho, náusea y vómito, escalofríos. Temperatura 37.5°C, consciente, hidratada, peristalsis disminuida, marco cólico izquierdo doloroso a la digito-presión, punto ureteral izquierdo (+). Impresión diagnóstica: colon irritable, infección de vías urinarias. Indicaciones: trimetoprim con sulfametoazol; butilioscina; senosídos; fenazopiridina; abundantes líquidos; evitar irritantes, control en su clínica; cita abierta a urgencias.

*16 de abril de 2004, hoja de referencia de la Unidad de Medicina Familiar al Hospital Público:* Se envía para valoración, estudio y tratamiento especializado. Impresión diagnóstica: Síndrome icterico obstructivo, datos de colangitis, probable: fistula biliobiliar, litiasis residual de colédoco, estenosis distal de colédoco. *Reporte de ultrasonido:* Impresión diagnóstica: síndrome icterico obstructivo, datos de colangitis, probable fistula bilio-digestiva, litiasis residual de

colédoco y estenosis distal de colédoco. *29 de abril de 2004, Hospital Público, cirugía general:* Dolor epigástrico, náusea y vómito. Se solicita endoscopia. Plan: omeprazol 1x1, cisaprida 1x3, psyllium plántago 1x2.

*29 de abril de 2004, médico privado:* Se solicitan estudios de laboratorio clínico. *30 de abril de 2002, reporte de laboratorio:* Transaminasa glutámico oxalacética 175, transammina glutámico pirúvica 313, fosfatasa alcalina 299, amilasa 52, gamma glutamil transferasa 350.

*8 de mayo de 2004, Hospital Privado, colangiografía endoscópica:* Papila de Vater abierta por esfinterotomía biliar previa; se introdujo canastilla Dormia observándose imagen de lito que se capturó y se extrajo. Se revisó la vía biliar no encontrándose evidencia de nuevo lito. Impresión diagnóstica: Coledocolitiasis residual resuelta. Extracción de lito sin complicaciones inmediatas. Cístico remanente. *Reporte de colangiografía endoscópica:* Placa simple preliminar con grapas en lecho quirúrgico, resto de material de contraste probable en ángulo hepático de colon; dos radiografías muestran aumento de diámetro del árbol biliar, llegando a medir hepático común 15 mm y colédoco intrapancreático 12 mm, en ambas imágenes se observa paso de canastilla Dormia y en una de ellas maniobras de arrastre para cálculo radioopaco que se encontraba en su interior.

*21 de mayo de 2004, médico privado:* Presentó litiasis residual de colédoco, la cual se extrajo con Dormia. Asintomática desde entonces, sin datos de obstrucción de vías biliares.

## Análisis del caso

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

El síntoma principal de la litiasis generalmente es dolor o cólico biliar de inicio agudo, el cual puede tener duración de pocos minutos a varias horas, habitualmente posprandial, localizado en cuadrante superior derecho (el dolor epigástrico también es común), ocasionalmente referido a escápula, en la mitad de los casos se presenta náusea y vómito, el signo Murphy positivo, ello indica inflamación vesicular. El primer estudio para detectar litiasis vesicular en 95% de casos es el ultrasonido.

El procedimiento de primera elección en el manejo de colecistitis es la colecistectomía. Según reporta la literatura especializada, este procedimiento tiene morbilidad global de 4% a 6% y mortalidad operatoria menor de 1%. En presencia de hidrocoleco, piocoloco, gangrena y perforación vesicular, la indicación quirúrgica es indiscutible. Así mismo, si existe antecedente de ictericia, pueden existir cálculos pequeños y múltiples, o bien, dilatación de cístico y colédoco, en estos casos debe indicarse colangiografía transoperatoria.

Cerca del 20% de los pacientes, no presentan obstrucción del conducto, especialmente los que tienen cálculos pequeños

(menores de 2 a 3 mm), pues éstos pasan espontáneamente sin generar obstrucción. El cuadro clínico puede incluir: cólico biliar, colangitis, ictericia y pancreatitis. El dolor se presenta en región subcostal derecha, epigastrio o en región subesternal, pudiendo irradiarse hacia escápula derecha; el paciente puede estar icterico, tóxico, con fiebre y escalofríos. Cuando existe colangitis, se presenta leucocitosis (15 a 20 mil), elevación de fosfatasa alcalina, bilirrubina directa y la amilasa.

Después de realizada la colecistectomía, para detectar litos en conductos biliares o cuando se sospecha patología del ámpula de Vater, el estudio primario debe ser colangiografía retrógrada endoscópica transduodenal (CEPRE) a través de endoscopio de visión lateral, bajo visión directa con canulación del esfínter de Oddi; este procedimiento, además de ser diagnóstico, es terapéutico cuando se utiliza canastilla de Dormia para captura y extracción de cálculos, o bien, al realizar esfinterotomía, ello permite el paso de cálculos hacia duodeno. Cabe mencionar, que el ultrasonido y la tomografía axial computada, en estos casos, no tienen la misma sensibilidad que la CEPRE.

Atendiendo a la literatura especializada, las indicaciones para esfinterotomía son: cálculos impactados en el ámpula, cálculos múltiples, lodo biliar en colédoco dilatado, cálculos recurrentes, estenosis del ámpula de Vater y algunos casos de pancreatitis. La esfinterotomía se realiza satisfactoriamente en cerca del 95% de pacientes. La tasa global de complicaciones varía entre 6.5% y 8.8%, éstas son: hemorragia, perforación, pancreatitis aguda y septicemia, siendo más frecuente la pancreatitis, la cual requiere manejo intrahospitalario. La mayoría de los episodios de pancreatitis son leves, autolimitados y requieren corta estancia hospitalaria, durante la cual debe dejarse en reposo al intestino y administrarse soluciones intravenosas.

En el presente caso, la paciente fue atendida en el Hospital Público por presentar colecistitis litiásica. Nota de consulta externa de cirugía general del 7 de abril de 2003, señala que presentaba colecistitis crónica litiásica, por ello fue programada para colecistectomía. En esos términos, no se observan irregularidades por cuanto a este rubro se refiere, pues ante la presencia de colecistitis, corroborada mediante ultrasonido estaba indicado el tratamiento quirúrgico propuesto.

Del expediente clínico se desprende que la enferma fue valorada preoperatoriamente y el 5 de junio de 2003, se efectuó el procedimiento quirúrgico; la nota posoperatoria señala que se realizó colecistectomía retrógrada, obteniéndose vesícula con múltiples litos en su interior, de aproximadamente un centímetro de diámetro, colédoco de dos centímetros de diámetro, realizándose exploración digital, así como inserción de sonda a través del conducto cístico hasta duodeno, sin datos de obstrucción.

Cabe mencionar, que durante la colecistectomía se realizó colangiografía transcística por colédoco dilatado, empero debido a la imposibilidad para revelar las radiografías, al día siguiente se solicitó realización de CEPRE para verificar au-

sencia de litos en vía biliar, ello se confirma mediante solicitud a otro hospital. Lo anterior, estaba indicado en términos de la *lex artis* especializada, pues debía descartarse coledocolitiasis. Ahora bien, ante la imposibilidad para efectuar el citado procedimiento en el hospital, estaba justificada la referencia de la paciente a otra unidad hospitalaria.

La citada colangiografía retrógrada endoscópica CEPRE, fue realizada en otro hospital, detectándose dos cálculos residuales en colédoco, por ello durante este procedimiento efectuaron esfinterotomía endoscópica y extracción de litos. Al respecto, no se observan elementos de *mal praxis*, pues después de realizada la colecistectomía, el estudio primario para detectar litos residuales es la colangiografía retrógrada endoscópica, procedimiento diagnóstico y terapéutico.

A mayor abundamiento, en el presente caso, mediante el citado procedimiento, se detectaron dos litos en colédoco, mismos que fueron extraídos, efectuándose además esfinterotomía, la cual estaba indicada debido a los hallazgos encontrados. Atendiendo a la literatura especializada, entre las indicaciones para realizar esfinterotomía está la presencia de cálculos o lodo biliar en colédoco dilatado.

Después de la colangiografía efectuada en el hospital al que fue referida la paciente, presentó dolor cólico en epigastrio irradiado en hemicinturón, náusea y vómito, por ello el 28 de junio de 2003, fue valorada en el Hospital Público, siendo necesario su internamiento en la unidad de cuidados intensivos, debido a que presentaba pancreatitis. Sobre el particular, es necesario señalar, que en términos de la *lex artis* esta patología es complicación de la colangiografía retrógrada endoscópica, y no puede atribuirse a mala práctica.

Cabe mencionar, que durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, la paciente fue tratada mediante: ayuno, oxígeno por puntas nasales, soluciones parenterales, insulina mediante esquema por dextrostix, ranitidina, metoclopramida, butilhoscina, metamizol, metronidazol, cefotaxima y ocreótido, evolucionando satisfactoriamente. En esos términos, no se observan elementos de mala práctica atribuibles al personal médico que atendió la complicación de la enferma, pues brindó el tratamiento que el caso ameritaba.

El 23 de julio de 2003, la paciente asistió a consulta externa del Hospital Público, nota de cirugía general señala constipación, cardiopulmonar y abdomen sin datos relevantes. Reporte de tomografía axial computada de abdomen, realizada en el Hospital Privado, establece que la enferma presentaba dilatación de vía biliar extrahepática, sugiriendo investigar colelitiasis residual o lodo biliar. Por su parte, el expediente clínico del Hospital Público, señala que la paciente fue valorada en consulta externa indicándose ultrasonido de control, el cual sólo reportó páncreas en parámetros normales.

En ese sentido, por persistencia del dolor, la enferma nuevamente asistió al Hospital Público, en esta ocasión, la nota fechada el 26 de marzo de 2004, reporta colon irritable e in-

fección de vías urinarias, por ello se indicó trimetoprim con sulfametoxazol, butilhioscina, senósidos, fenazopiridina, abundantes líquidos, evitar irritantes y control en su clínica.

Lo anterior demuestra, que la paciente no fue suficientemente estudiada por el personal médico del Hospital Público, pues después de la pancreatitis que presentó, persistió con sintomatología, según lo demostró el expediente clínico del citado nosocomio. A mayor abundamiento, la hoja de referencia de la Unidad de Medicina Familiar al Hospital Público del 16 de abril de 2004, es concluyente al señalar, que la tomografía axial computada del 16 de agosto de 2003 (realizada en el Hospital Privado), reportaba dilatación de vía biliar extrahepática, así mismo que el ultrasonido del 16 de abril de 2004, reportó: síndrome icterico obstructivo, datos de colangitis, probable fistula biliodigestiva, litiasis residual de colédoco y estenosis distal de colédoco, por ello la paciente fue referida al multicitado Hospital Público para manejo especializado.

Lo anterior, demuestra la mala práctica, por negligencia, en que incurrió el personal médico que atendió a la paciente en el Hospital Público, en razón al incumplimiento a sus obligaciones de diligencia, al no haber estudiado suficientemente a la enferma, ni otorgado el tratamiento que ameritaba el caso, pues según quedó demostrado, se trataba de coledocolitiasis y pese a que de la Unidad de Medicina Familiar fue referida la enferma, señalando claramente sospecha de complicación, el personal del Hospital Público soslayó tal hecho, limitándose a prescribir tratamiento conservador.

La decisión de la paciente para continuar la atención en medio privado, estaba plenamente justificada, ante la pérdida de confianza y la actitud contemplativa del personal médico del Hospital Público.

### Apreciaciones finales

- En el presente caso no se observan irregularidades, por cuanto hace al diagnóstico de colecistitis litiásica y el tratamiento quirúrgico realizado a la paciente.
- La referencia de la enferma a otra unidad para la realización de CEPRE, estaba justificada, ante la imposibilidad de realizar dicho procedimiento en el Hospital Público.
- El tratamiento brindado por el personal médico del Hospital Público para la pancreatitis que presentó la paciente se ajustó a la *lex artis* especializada.

- Existió mala práctica, por negligencia, por parte del personal médico del Hospital Público, por cuanto hace a la atención de la paciente al haber sido referida por la Unidad de Medicina Familiar, pues no existía justificación para haber soslayado el motivo de referencia al hospital, el cual señalaba presencia de complicaciones que requerían atención médica especializada.

### Referencias bibliográficas

1. Díaz Jiménez O, Gutiérrez Samperio C. Colelitiasis y coledocolitiasis. En: Gutiérrez Samperio y Arrubaberera. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo, Ed. Manual Moderno, 1996. Capítulo 24, 419-425.
2. Way LW, Doherty GM. Biliary tract. Cap. 26: 595-615. En: current surgical diagnosis & treatment. Ed. Lawrence W. Way, 11A Ed. 2003.
3. Hermann RE. Operaciones quirúrgicas para la colecistitis aguda y crónica. Clin Quir Na 1990; 6: 1277-1282.
4. Gadacz TR. Reoperación comparada con otras alternativas en la retención de cálculos biliares. Clin Quir Na 1991; 1: 93-108.
5. Gadacz TR. Tratamiento de los cálculos coledocianos. Cap. 16: 254-262. En: Cirugía del aparato digestivo. Shackelford-Zuidema, 3<sup>a</sup> Ed. Vol III, Ed. Panamericana, 1991.
6. Knol JA, Eckhauser FE. Endoscopia en las afecciones hepatobiliarias y pancreáticas. Cap. 17: 263-271. En: Cirugía del aparato digestivo. Shackelford-Zuidema, 3<sup>a</sup> Ed. Vol. III, Ed. Panamericana, 1991.
7. Gordon RL, Shapiro HA. Tratamiento no operatorio para cálculos de vías biliares. Clin Quir Na 1990; 6: 1329-1345.
8. Aliperti G. Complications related to diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Gastrointest Endoscopy Cl Na 1996; 6: 379-388.
9. Tompkins RK. Tratamiento quirúrgico de los cálculos de vías biliares. Clin Quir Na 1990; 6: 1347-1348.
10. Basso N, Pizzuto G, Surgo D et al. Laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic sphincterotomy in the treatment of cholecysto-choledocholithiasis. Gastrointestinal Endoscopy 1999; 50: 532-5.
11. Ueno N, Ozawa Y. Multiple recurrences of common bile duct stones after extracting using endoscopic sphincter dilation. Gastrointestinal Endoscopy 2001; 53:
12. Torres DE. Colangiopancreatografía endoscópica. Cirujano General 2003; 25: 321-28.
13. Roslyn JJ, Zinner MJ. Gallbladder and extrahepatic biliary system. In: Principles of surgery, Chapter 29, Sixth Edition 1994. Ed. Mc Graw-Hill New York.
14. Franklin M, Balli MJE. Coledocolitiasis en tratado de cirugía general. Capítulo 81, Primera edición, 2003. Editorial el Manual Moderno. México D.F.
15. Mac Mathuna P, White P, Clarke E et al. Endoscopic balloon sphincteroplasty (Papillary dilation) for bile duct stones: Efficacy, safety, and follow up in 100 patients. Gastrointestinal Endoscopy 1995; 42: 467-74.



Y no hay peor forma de mutilación espiritual de un médico que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio, podrá ser un sabio en su ciencia; pero en lo demás no pasará de un bárbaro, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fijan los valores del mundo moral.