

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche

Arbitraje Médico, CONAMED.

Síntesis de la queja

Existió negligencia e impericia por parte de los médicos de hospital público, pues no diagnosticaron oportunamente el padecimiento del enfermo, emitiendo durante nueve meses diversos diagnósticos errados y en consecuencia, no brindaron el tratamiento correcto.

Resumen clínico

30 de enero de 2004, Hospital, Urgencias: Masculino de 41 años de edad. Refiere dolor abdominal, en región subcostal izquierda, de nueve días de evolución, manejado con ampicilina, butilhoscina y metamizol por diagnóstico de gastroenteritis, suspendido dos días antes por el médico familiar. Continuó con dolor constante, sin irradiaciones, mareo y náusea; disminución de peso de dos kilogramos, así como traumatismo contuso en región subcostal (hace 28 días). Exploración física: abdomen blando, depresible, peristalsis presente, dolor irritativo en colon ascendente, transverso y descendente. Sin datos de crepitación costal. Diagnóstico: colitis irritativa. Tratamiento: metoclopramida, clonixinato de lisina, dieta baja en grasas y alimentos irritantes.

31 de enero de 2004, Clínica: Presenta dolor a nivel subcostal izquierdo. Peso 79 kg, temperatura 36°C, tensión arterial 130/90. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con resistencia muscular generalizada, peristalsis de lucha (+), dolor a la palpación profunda en fossa ilíaca izquierda. Impresión diagnóstica: síndrome abdominal agudo de etiología a determinar. Envío a Urgencias para valoración y tratamiento. *1º de febrero de 2004.* Abdomen sin hiperestesia o hiperbaralgia; sin datos de irritación peritoneal. Palpación profunda en fossa ilíaca izquierda sin rebote, peristalsis sin alteraciones. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Radiografía de abdomen: sin alteraciones. Impresión diagnóstica: colitis a descartar proceso de enfermedad diverticular; debe realizarse colonoscopia. Plan: metoclopramida, diclofenaco, acudir a Urgencias en caso necesario.

25 de junio de 2004, Clínica: Dolor punzante a nivel lumbar, irradiado en trayecto ureteral izquierdo hasta región inguinal, es constante y de intensidad variable, hematuria en dos ocasiones; Giordano positivo izquierdo. Se solicita exa-

men general de orina, radiografía simple de abdomen. Impresión diagnóstica: uretritis, probable litiasis renoureteral izquierda. Antibiótico, analgésico y antiespasmódico. *30 de junio de 2004, Hospital, Urgencias:* Disuria de 72 horas de evolución. Abdomen blando, depresible, doloroso en cuadrante inferior izquierdo, Giordano positivo. Radiografía sin datos de litiasis renal, sombras renales normales. *1º de julio de 2004, Clínica:* Probable litiasis renal a descartar radiculopatía. Envío a Urología y Ortopedia, proseguir con butilhoscina.

12 de julio de 2004, Hospital, Cirugía General: Inicia hace 24 horas con dolor en región inguinal izquierda, la cual es dolorosa a la palpación. Impresión diagnóstica: hernia inguinal sin compromiso. *15 de julio de 2004, Cirugía General:* Diagnóstico hernia inguinal izquierda, refiere disminución del dolor en región inguinal izquierda, ruidos peristálticos presentes, no datos de irritación peritoneal, dolor a la palpación en canal inguinal, conducto inguinal engrosado. *16 julio 2004:* Continúa con dolor en región inguinal con irradiación hacia pierna izquierda. *21 de julio de 2004, Cirugía General:* Dolor tipo neurítico en región inguinal y cara posterior de pierna izquierda, el cual se exacerba con los movimientos; abdomen sin datos de irritación peritoneal. *22 de julio de 2004, Cirugía General:* Dolor tipo neurítico, interconsulta a Ortopedia.

23 de julio de 2004, Hospital, Urología: Dolor lumbar se irradia hacia región inguinal izquierda y muslo ipsilateral, aumenta con la deambulación y al realizar esfuerzo, disuria leve. Abdomen con dolor a la presión en región inguinal izquierda, puntos ureterales negativos, Giordano negativo. Radiografía: no imágenes de litiasis. Examen general de orina normal. Se solicita urografía excretora y ultrasonografía.

24 de julio de 2004, Hospital, reporte ultrasonográfico: Hidronefrosis renal izquierda. Probable litiasis renoureteral. *25 de julio de 2004, Urología:* ultrasonido, dilatación de uréter en tercio proximal izquierdo, pérdida de relación cor-teza-médula, aún no se realiza urografía excretora, se realiza pielografía ascendente para determinar la causa de la obstrucción; se decide colocación de catéter doble «J» para descomprimir el riñón. Cita a consulta externa.

18 de agosto de 2004, Hospital, Urgencias: Dolor inguinal izquierdo en estudio. Urología: Giordano (+), puntos ureteral

les negativos, se solicita gammagrafía renal. *Medicina nuclear:* Se realiza ultrasonografía y se evidencia ausencia congénita de riñón izquierdo. Se envía para gammagrama renal. *21 de agosto de 2004, Urgencias:* Ayer presentó hematuria, fiebre, ataque al estado general. Cardiopulmonar sin compromiso; abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en flanco izquierdo, punto ureteral positivo, no se observa hernia inguinal, peristalsis presente, no visceromegalias. Multistix: leucocitos (+++), sangre (+++). Diagnóstico: infección de vías urinarias. Tratamiento: ciprofloxacino, metamizol.

26 de agosto de 2004, Receta médica, facultativo particular: Favor de realizar tomografía axial computarizada. Diagnóstico: tumor renal izquierdo.

28 de agosto de 2004, Hospital, Urgencias: Dolor abdominal tipo urente, localizado en epigastrio, vómito de contenido gástrico en una ocasión. Sin antecedentes de interés. Tumoración en base de cuello de 5 centímetros de diámetro, desplazable, no dolorosa a la palpación. Tumoración de 2 centímetros en axila izquierda.

29 de agosto de 2004, Hospital, Urgencias: Se realizó tomografía axial computarizada de abdomen, en espera de reporte. *30 de agosto de 2004, ingreso, Medicina Interna:* Dolor punzante y urente en región inguinal izquierda, irradiado hacia región escrotal y muslo. Posteriormente se agrega aumento de volumen y diaforesis nocturna moderada. Acudió a consulta con urólogo particular quien diagnostica tumor perirrenal. Presenta adenomegalias supraclaviculares izquierdas, axilar e inguinal del mismo lado, ataque al estado general, astenia, hipodinamia, picos febriles, ingresa para el estudio. Abdomen doloroso a la palpación media y profunda en cuadrantes izquierdos, peristalsis normal, hepatomegalia no dolorosa 8-8-7, esplenomegalia no dolorosa grado IV, sin ascitis. Adenomegalias dolorosas en canal inguinal izquierdo, no adheribles a planos profundos de 4 cm de diámetro. Impresión diagnóstica: Adenopatías múltiples; descartar linfoma; síndrome de desgaste.

1º de septiembre de 2004, Hospital, Medicina Interna: Tomografía abdominal con evidencia de masa probablemente dependiente de riñón izquierdo, ganglios periaórticos, desplazamiento de la vena cava y aorta; trombosis de la vena renal. Hemoglobina 14, leucocitos 12,900, plaquetas normales. El examen general de orina con hemoglobina positiva. Se solicita biopsia de ganglios. *2 de septiembre de 2004.* Toma de biopsia axilar. Diagnóstico. Conglomerado ganglionar con linfoma de células grandes y pequeñas de grado intermedio de malignidad. *6 de septiembre de 2004.* Diagnóstico de linfoma no Hodgkin de células grandes y pequeñas, dolor a nivel inguinal izquierdo; aspirado de médula ósea. Se inicia quimioterapia con vincristina, epirubicina, rituximab, ciclosporina. Pronóstico reservado.

8 de septiembre de 2004, estudio histopatológico, Laboratorio particular: Ganglios linfáticos y tejidos blandos de región axilar: carcinoma poco diferenciado.

11 de septiembre de 2004, Informe adicional, Laboratorio particular: Espécimen: conglomerado ganglionar axilar. Diagnóstico: Se amplió el panel de inmuno-histoquímica y las células neoplásicas resultaron positivas para PLAP y CKWS. Con estos hallazgos se corrobora el diagnóstico: Germinoma metastásico a tejidos blandos y ganglios linfáticos axilares.

1º de octubre de 2004, Hospital, Oncología Médica: Ultrasonido testicular: Imagen sonográfica que puede corresponder a proceso infiltrativo de testículo izquierdo. *Nota de evolución:* Clínicamente con dolor dorso-lumbar, de moderada a fuerte intensidad, se dio tratamiento de quimioterapia esquema CHOP + Rituximab, hubo remisión parcial del conglomerado ganglionar axilar, así como supraclavicular y remisión del dolor. Sin embargo, hay reporte de patología externo con carcinoma germinal, y por inmuno-histopatología en forma verbal. El paciente se ingresa al servicio nuevamente, por agudización del dolor y progresión del conglomerado ganglionar supraclavicular. Se solicita ultrasonografía testicular hoy, en donde se encuentra proceso linfoproliferativo de testículo izquierdo. Se solicita para mañana alfa feto proteína, hormona gonadotropina coriónica beta y pruebas de función hepática. Se recabarán por parte del familiar reporte de patología privado.

4 de Octubre de 2004. Operación. Orquiectomía izquierda. No incidentes ni accidentes. *8 de octubre de 2004, nota de evolución, Oncología:* Estable, disminuyó el dolor a nivel dorsolumbar, pero persiste dolor supraclavicular: sigue con quimioterapia. *9 de octubre de 2004:* El reporte privado de carcinoma poco diferenciado, llama la atención la diferencia del reporte histopatológico, se comenta con la familia del paciente, solicitaremos revisión de laminillas, panendoscopia y otros estudios para documentar si hay primario desconocido que haya dado metástasis ganglionares. Se realiza hormona gonadotropina coriónica beta, así como alfafetoproteína, se encuentra la primera con 133 y la segunda normal; deshidrogenasa láctica 1,995 unidades. Se inicia tratamiento de quimioterapia esquema Cisplatino-Etopósido-Bleomicina, tolerado en forma regular por presencia de náusea y vómito grado II-III. Actualmente estable. Diagnóstico definitivo principal: carcinoma germinal extragonadal.

Ingreso. el 9 de noviembre de 2004. Para administración de dos ciclos de quimioterapia. Actualmente estable, egresa del servicio el 13 de noviembre de 2004.

14 de diciembre de 2004, Hospital, Oncología Médica: Ingresa para cuarto ciclo de quimioterapia. *12 de enero de 2005, Oncología Médica:* Ingresa para quinto ciclo de quimioterapia. *9 de marzo de 2005, nota de ingreso a piso, Cirugía General:* *10 de marzo de 2005, Cirugía General:* Diagnóstico. Carcinoma de testículo y tumoración retroperitoneal. Se prepara para cirugía.

12 de marzo de 2005, Hoja de operaciones: Diagnóstico posoperatorio. Implantes de tumor y necrosis en riñón iz-

quierdo y psoas. Cirugía realizada. nefrectomía radical y de músculo psoas izquierdo.

Diagnóstico histopatológico. Neoplasia poco diferenciada compatible con tumor germinal que infiltra polo superior, ruptura de cápsula, diseminación a nivel de grasa perirrenal, alteraciones inflamatorias específicas, necrosis del 40%, permeación vascular. Nota. Se buscó intencionadamente el resultado de lesión germinal a nivel testicular, sin encontrar resultado en expediente. *15 de marzo egreso hospitalario.*

20 de abril de 2005. Se propone quimioterapia de consolidación, se explica riesgo beneficio. *4 de mayo de 2005.* Finaliza primer ciclo de quimioterapia, egresa en buenas condiciones a consulta externa.

24 de mayo de 2005, Hospital, Oncología Médica: acude a valorar octavo ciclo de tratamiento. Refiere vómito, náusea, fiebre 38°C, por 3 días acompañado de infección de vías respiratorias altas. Laboratorio: leucocitos 5,100, hemoglobina 13.6 gramos, plaquetas 78,000, cita en una semana por trombocitopenia. *2 de junio de 2005.* Séptimo ciclo de 5 días de quimioterapia. *6 de julio de 2005.* Tomografía abdominopélvica negativa. *13 de agosto de 2005, Anestesiología:* Se aplicó bloqueo epidural L2- L3 con catéter cefálico sin incidentes, se aplicó analgésico en bomba de infusión. *15 de agosto de 2005:* Radiografía de tórax proceso neumónico en región basal izquierda. Se agregó antibiótico.

20 de agosto de 2005: búsqueda de actividad ósea metastásica.

Hospital, Clínica del Dolor: Se inicia manejo conservador con parches de Durogesic. *24 de agosto de 2005, Apoyo nutricional:* Por imposibilidad de deglutar sólidos, se inició dieta polimérica.

30 de agosto de 2005, Hospital de referencia, revisión de laminillas: Número de laminillas enviadas 4. Descripción microscópica: corresponde a cuatro cortes histológicos con cambios de mala fijación y pésima técnica histológica. En dos cortes se identifican algunos fragmentos de tejidos blandos (músculo y tejido adiposo), con extensa necrosis y un pequeño foco que corresponde a neoplasia de crecimiento sólido, con células con pleomorfismo leve y citoplasmas claros. El otro fragmento corresponde a un corte de riñón que muestra lesión neoplásica, de crecimiento sólido y difuso, que en algunas áreas presenta escasas células de citoplasmas claros y el resto corresponde a células sin cohesividad, con escaso citoplasma con infiltración predominante a nivel de intersticio, respetando los glomérulos, se identifican extensas áreas de necrosis. El otro corte histológico muestra algunos vasos sanguíneos, sin alteraciones histológicas significativas. **Diagnóstico anatomo-patológico.** Tejidos blandos (músculo y tejido adiposo) de sitio no identificado con neoplasia maligna que orienta a carcinoma de células claras, probablemente metastásico. Corte de riñón con neoplasia maligna que orienta a carcinoma de células claras. Un corte de

vasos sanguíneos sin alteraciones histológicas significativas (probable hilio renal). En el material revisado no se identifica parénquima testicular. Se sugiere se envíen los bloques de parafina, para realizar nuevos cortes histológicos y confirmar el diagnóstico emitido. En el material revisado es imposible valorar el detalle celular, invasión a la cápsula, permeación vascular etc.

30 de agosto de 2005, Hospital de referencia: Gran actividad tumoral retroperitoneal, que no respondería a radioterapia sola, se sugiere quimioterapia de segunda línea, los ciclos necesarios y al terminar enviar para radioterapia paliativa, con nuevos marcadores y nueva tomografía abdominopélvica.

31 de agosto de 2005, Hospital, Oncología: Diagnóstico de tumor germinal con recaída, ha presentado hipertermia 39°C, astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, mal estado general, así como vómito. El estudio histopatológico del hospital de referencia reporta tumor renal de células claras. Es necesaria la realización de nueva biopsia para determinar tipo histológico y en base a ello determinar tratamiento a seguir, ya que el manejo y pronóstico de un tumor renal y de un germinal son totalmente diferentes. Deberán realizarse estudios en búsqueda de algún proceso infeccioso que esté originando la fiebre. Sin fecha, nota de evolución: La revisión de laminillas reporta carcinoma de células claras. Con todos estos datos se solicita revisión del material de patología, biopsia axilar izquierda o supraclavicular y dependiendo del resultado histológico se dará tratamiento con quimioterapia. La semana pasada se intentó poner catéter subclavio, encontrando en radiografía de tórax neumotórax, el paciente asintomático y es menor del 30%, por lo que se dejará que se resuelva, en caso de dificultad respiratoria, colocación de sonda pleural. Se espera resultado para valorar quimioterapia.

1º de septiembre de 2005, Oncología Médica: En malas condiciones, fiebre 40°C, vómito, dolor en región torácica y lumbar. Taquicardia, palidez de tegumentos, facies álgica, disminución de ruidos respiratorios bilaterales. Abdomen sin alteraciones, región supraclavicular y axilar izquierda con adenopatías. Radiografía de tórax con neumotórax bilateral. En descontrol metabólico, infección de vías urinarias, neumotórax bilateral. Es indudable que el paciente requiere quimioterapia; sin embargo, tiene tres diagnósticos histológicos diferentes, por lo que se debe realizar revisión del material de patología o bien nueva biopsia para determinar esquema. Se solicitará traslado a hospital de referencia para valoración. Se reporta grave. Fecha de Ingreso: 12 de agosto de 2005. Fecha de Egreso: 5 de septiembre de 2005. Motivo del egreso: defunción. **Diagnóstico de admisión:** tumor germinal de testículo en etapa terminal. Causa de la defunción: Bronconeumonía; tumor germinal de testículo en etapa terminal. El día de hoy presentó broncoespasmo importante,

fiebre, cayendo en paro cardiorrespiratorio sin respuesta a maniobras de reanimación.

Análisis del caso

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

En términos de la literatura especializada, el carcinoma renal se origina de la corteza renal y corresponde del 80% al 85% de todos los tumores malignos del riñón. Es dos veces más común en el hombre. Dentro de los factores causales el tabaquismo. La obesidad también es factor de riesgo, así como la exposición ocupacional a productos del petróleo, metales pesados o asbestos, entre otros. La presentación clásica del carcinoma renal incluye la tríada dolor en flanco, hematuria y masa abdominal palpable. Otras presentaciones no específicas como fatiga, pérdida de peso, anemia, fiebre, sudoración nocturna. El 2% de los pacientes con carcinoma del riñón izquierdo, pueden presentar varicocele izquierdo por obstrucción de la vena espermática. La búsqueda de hematuria es importante, ya que se presenta en 50% a 60% de los pacientes; debe hacerse tomografía axial, evaluación del tracto urinario completa; en pacientes mayores de 40 años, debe realizarse cistoscopia para excluir la posibilidad de cáncer de vejiga.

La presencia de metástasis como manifestación inicial, puede ocurrir en 25% a 30% de los casos. Los sitios frecuentes incluyen parénquima pulmonar, hueso, hígado y cerebro. Las metástasis inusuales que son características del carcinoma renal, pueden involucrar cualquier órgano. Aunque la mayoría de los tumores malignos que involucran el riñón son tumores celulares, el diagnóstico diferencial debe incluir: carcinoma de células transicionales o escamosas (de la pelvis renal), sarcoma, linfoma, tumor de Wilm's, carcinoma metastásico.

Atendiendo a la literatura especializada, la escisión quirúrgica es el tratamiento primario del carcinoma renal; la nefrectomía radical incluye remoción del riñón en bloque con la fascia de Gerota, la glándula adrenal y los ganglios linfáticos regionales (terapia estándar). El abordaje quirúrgico debe estar determinado por el tamaño y localización del tumor. La nefrectomía puede estar justificada en pacientes con enfermedad metastásica, cuando la intención es mejorar la calidad de vida o aliviar síntomas locales. La radioterapia externa es útil en residuo tumoral microscópico o manejo paliativo. La quimioterapia, generalmente es para casos con carcinoma localmente avanzado o con metástasis, sin embargo, su utilidad es limitada. Estos pacientes pueden no responder a la quimioterapia, por ello deben ser manejados en forma intensiva con medidas de apoyo, entre ellas: analgesia (Clínica del dolor) cirugía y radioterapia, cuando ello esté indicado.

Por otra parte, la literatura especializada refiere, que los tumores testiculares representan menos del 1% de todos los

cánceres. El cáncer de testículo de células germinales comprende una serie de entidades clínico-patológicas de gran importancia, afecta principalmente a varones jóvenes; sus marcadores tumorales sirven para monitorizar la evolución del tumor y generalmente responden favorablemente a quimioterapia, incluso en estados avanzados y en todas las variedades histológicas. Más de 95% de los tumores testiculares, corresponden a tumores de células germinales y el 80% de los casos, ocurre entre 15 a 34 años de edad.

Desde el punto de vista clínico, los tumores germinales se dividen en: seminomas y no seminomas. Los primeros, se diseminan por vía linfática a ganglios pélvicos, retroperitoneo, mediastino y ganglios cervicales; el tumor puede ser típico, clásico, anaplásico o espermatocítico, en este tumor la mayoría de marcadores son negativos. Por su parte, los segundos se diseminan principalmente a hígado, pulmón y sistema nervioso, por vía hematogena, entre estos tumores se encuentran: embrionario, teratocarcinoma, teratoma y coriocarcinoma, que suelen presentarse en la tercera década de la vida y en su mayoría están compuestos por uno o más tipos celulares.

La literatura reporta tres grandes estadios: I. Enfermedad localizada al testículo. II. Enfermedad extendida a retroperitoneo y III. Afección subdiafragmática o metástasis viscerales. Entre los marcadores tumorales, la alfafetoproteína, la hormona gonadotropina coriónica beta y la deshidrogenasa láctica, son de utilidad para el diagnóstico, pronóstico, respuesta al tratamiento y seguimiento. Clínicamente los tumores testiculares se presentan como una masa firme en los testículos, de 4 a 6 meses de evolución, antes de que el paciente acuda a consulta; sin embargo, en 33% de los casos, la manifestación inicial puede ser secundaria a foco metastásico (dolor lumbar, abdominal o ambos por metástasis retroperitoneales o hepáticas, los por metástasis pulmonares). La aparición de masa testicular indolora, es signo patognomónico de neoplasia testicular; sin embargo, esta situación sólo se presenta en una minoría de pacientes, pues con mayor frecuencia, se refiere dolor testicular difuso, hinchazón, dureza o una combinación de estos signos y síntomas. El estudio de pacientes con tumor testicular, debe incluir biometría hemática, química sanguínea completa, determinación de marcadores tumorales, tomografía axial computarizada abdomino-pélvica y radiografía de tórax.

Atendiendo a la literatura de la especialidad, el tratamiento inicial del cáncer testicular, debe ser mediante orquiectomía radical por vía inguinal con ligadura alta del cordón a nivel del anillo interno. Dependiendo del reporte histopatológico y la etapa clínica, el tratamiento deberá complementarse con disección ganglionar retroperitoneal, quimioterapia o radioterapia. De igual forma, debe valorarse presencia, tamaño y localización de metástasis para el tratamiento.

En el presente caso, el 30 de enero de 2004, el paciente asistió a Urgencias del hospital demandado por presentar dolor subcostal izquierdo, de nueve días de evolución. La nota médica refiere que fue manejado con ampicilina, butilhioscina y metamizol, debido a gastroenteritis infecciosa. De igual forma, la citada nota señala, pérdida de peso de 2 kg, antecedente de traumatismo contuso en la región referida y en la exploración física abdomen blando, depresible, peristalsis presente, dolor irritativo en colon transverso izquierdo y descendente. Radiografía con datos de irritación en ángulo cólico izquierdo, diagnosticándose colitis irritativa, para lo cual se indicó tratamiento mediante metoclopramida, cloxinato de lisina y medidas dietéticas.

Por no presentar mejoría, el 31 de enero de 2004, el paciente asistió a su Clínica, donde se diagnosticó síndrome abdominal agudo de etiología a determinar y fue referido al Hospital demandado. Esto estaba indicado para que recibiera atención especializada.

La nota de Cirugía General del Hospital, fechada el 1º de febrero de 2004, establece como impresión diagnóstica colitis a descartar enfermedad diverticular, por ello se indicó metoclopramida, diclofenaco y acudir a Urgencias en caso necesario. En esos términos, el personal médico del Hospital demandado, incurrió en mala práctica, por negligencia, al incumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención del paciente, pues ante el cuadro clínico que presentaba, no fue estudiado suficientemente; es decir, no se buscó la etiología del dolor abdominal, estimando que se trataba de colitis y según la valoración realizada por Cirugía General, existía posibilidad de diverticulitis, y pese a ello, no se efectuó el estudio que el caso ameritaba. Al respecto, es necesario señalar, que si bien la nota de Cirugía General del 1º de febrero de 2004, señala la necesidad de completar protocolo con colonoscopia, dicho estudio no fue realizado, lo cual es un elemento más, para tener por cierto que existió mal praxis.

Atendiendo a la nota del 25 de junio de 2004, el paciente fue valorado en su Clínica, debido a persistencia del dolor abdominal, el cual además se asoció con dolor lumbar, irradiado a trayecto ureteral izquierdo hasta región inguinal del mismo lado, así como hematuria y Giordano positivo, por ello se diagnosticó uretrocistitis y probable litiasis renoureteral izquierda, indicándose analgésicos, antiespasmódicos y antibiótico, sin presentar mejoría. En ese sentido, la atención brindada fue deficiente, pues el diagnóstico de uretrocistitis, no es posible apoyarlo con historia de dolor abdominal de varios meses de evolución, dolor lumbar y hematuria macroscópica, en ausencia de datos irritativos de vías urinarias bajas como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Por otro lado, la posibilidad de litiasis renoureteral izquierda, era congruente con las manifestaciones clínicas que presentó el paciente en ese momento, por ello debió ser ingresado para

estudio; sin embargo, fue dado de alta con medicamentos, sin que presentara mejoría.

En efecto, el 30 de junio de 2004, el paciente asistió a Urgencias del Hospital demandado con hematuria y dolor de 72 horas de evolución, concluyéndose que se trataba de infección de vías urinarias. Cabe mencionar, que un proceso infeccioso de vías urinarias, debió mejorar con el tratamiento médico que recibió el paciente; sin embargo, en el presente caso no fue así, pues el enfermo persistía con sintomatología, por ello atendiendo al cuadro clínico, debió ingresar para estudio, lo cual no ocurrió, pues sólo indicaron tratamiento médico conservador. Lo anterior, demuestra incumplimiento a las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, atribuible al personal médico que atendió al paciente en el Hospital demandado.

Una vez más, el enfermo asistió a la Clínica, el 1º de julio de 2004, por persistencia del dolor, así como parestesias en miembro pélvico izquierdo, indicándose antiespasmódicos e interconsulta a Ortopedia y Urología.

El paciente persistió con la sintomatología, por ello el 12 de julio de 2004, asistió a Urgencias del Hospital demandado, siendo valorado por Cirugía General, quien diagnosticó hernia inguinal izquierda y lo egresó con cita abierta. De igual forma, durante los días 15 al 21 de julio del 2004, el enfermo fue atendido por Cirugía General con diagnóstico de hernia inguinal izquierda, no complicada. La nota del citado servicio del 22 de julio de 2004, reporta que presentaba dolor neurítico, por ello se solicitó valoración por Ortopedia; sin embargo, en el expediente no existe evidencia de que se haya efectuado dicha valoración.

El 23 de julio 2004, fue valorado por Urología, solicitándose urografía excretora y ultrasonografía por probable litiasis renoureteral. El ultrasonido reportó hidronefrosis renal izquierda y el 25 de julio 2004, se colocó catéter doble «J» por hidronefrosis de etiología a determinar, solicitándose tomografía computarizada y gammagrama renal. Ese mismo día se egresó al paciente a su domicilio con diagnóstico de litiasis renoureteral y hernia inguinal, según lo demuestra la nota de Cirugía General. El 18 de agosto 2004, el paciente fue atendido en Urgencias por persistir con dolor lumbar izquierdo, siendo valorado por Urología, quien solicitó gammagrama renal, señalando en la solicitud para dicho estudio, que el ultrasonido evidenció ausencia congénita del riñón izquierdo. Así mismo, el 21 de agosto de 2004, el paciente asistió nuevamente a Urgencias, por fiebre, ataque al estado general, hematuria y dolor inguinal, por lo anterior, una vez más se diagnosticó infección de vías urinarias, se indicó tratamiento médico conservador y se egresó al enfermo para control en su Clínica.

En esos términos, las notas médicas demuestran la mala práctica, por negligencia, en que incurrió el personal médico del Hospital demandado, pues incumplió sus obligaciones

de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención del enfermo; en efecto, quedó demostrado que durante más de seis meses, el tratamiento fue sintomático, pues ninguno de los diagnósticos que se integraron se pudo sustentar debidamente, incluso el Servicio de Urología, refirió que era necesario completar el estudio de la obstrucción ureteral para identificar su etiología, y pese a ello se egresó al enfermo a su domicilio con diagnóstico de litiasis renoureteral y hernia inguinal izquierda.

La evolución fue tórpida, con deterioro progresivo, síntomas persistentes como dolor en región lumbar, hematuria, hidronefrosis renal izquierda, pérdida de peso y ataque al estado general: por ello, en agosto de 2004 el paciente consultó facultativo privado, quien solicitó tomografía axial computarizada por diagnóstico de tumor renal izquierdo. Lo anterior, refuerza la negligencia observada por el personal médico del Hospital demandado, pues el facultativo particular con los datos clínicos que presentaba el paciente, sospechó tumor renal, lo cual posteriormente se corroboró mediante tomografía computarizada y revisión de laminillas.

Así las cosas, el 28 de agosto 2004, el enfermo nuevamente acudió a Urgencias por dolor abdominal y vómito. Ahora bien, pese a la evolución del paciente, la nota de dicha atención, refiere que no había antecedentes de interés, situación que demuestra la falta de calidad en el interrogatorio, pues es indiscutible que existían antecedentes importantes. Durante esta atención, en la exploración física, se identificó adenopatía supraclavicular izquierda (5 cm) y axilar izquierda (2 cm), así como dolor en epigastrio. Por lo anterior, se indicó al paciente que por consulta externa de su Clínica, solicitará cita a Oncología, retrasando aún más la atención. Lo anterior, demuestra una vez más, la mala práctica, por negligencia, atribuible al personal médico del Hospital demandado.

La nota del 29 de agosto de 2004, señala que se efectuó tomografía axial computarizada de abdomen. Así mismo, nota del día 30 del mismo mes y año, señala que el paciente ingresó a Medicina Interna con impresión diagnóstica de adenopatías múltiples, descartar linfoma, síndrome de desgaste. Atendiendo a la nota de evolución del 1º de septiembre de 2004, la tomografía abdominal mostró evidencia de masa dependiente de riñón izquierdo, ganglios periaórticos, desplazamiento de la vena cava y aorta, trombosis de la vena renal, por ello se solicitó biopsia de ganglio axilar, la cual se realizó el 2 de septiembre de 2004. El reporte del estudio histopatológico señaló como diagnóstico: conglomerado ganglionar con linfoma de células grandes y pequeñas de grado intermedio de malignidad. Oncología Médica y Medicina Interna el 4 de septiembre de 2004, señalaron como diagnóstico: probable linfoma no Hodgkin, por lo que se inició quimioterapia.

Los familiares del paciente, solicitaron estudio histopatológico en medio particular; el reporte fechado el 8 de septiembre de 2004, señala: ganglios linfáticos y tejidos blan-

dos de región axilar: carcinoma poco diferenciado. Así mismo, el reporte complementario refirió que después de realizar pruebas de inmunohistoquímica el diagnóstico era germinoma metastásico a tejidos blandos y axilares.

El paciente fue tratado mediante quimioterapia, teniendo como diagnóstico definitivo: linfoma no Hodgkin de células grandes y pequeñas, siendo egresado del hospital el 29 de septiembre de 2004. Así mismo, el 1º de octubre de 2004, ingresó al Hospital demandado para continuar tratamiento con quimioterapia. Reporte de ultrasonido testicular del 2 de octubre de 2004, refirió imagen sonográfica en relación con proceso infiltrativo de testículo izquierdo, sugiriéndose realizar estudios complementarios para valoración integral.

En ese sentido, nota de evolución del 2 de octubre de 2004, refiere que se efectuó en forma externa (particular) estudio histopatológico que reportó carcinoma germinal; señalando, además, que el paciente presentaba agudización del dolor y progresión del conglomerado ganglionar supraclavicular. Por lo anterior, se solicitaron exámenes de laboratorio (marcadores tumorales), y se efectuó orquiectomía izquierda con diagnóstico de carcinoma germinal testicular, según lo demuestra la nota posoperatoria del 4 de octubre de 2004. En esos términos, está demostrado que el personal médico del Hospital demandado, incumplió por negligencia, sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención del paciente, pues realizó orquiectomía sin que se hubiera estudiado suficientemente al enfermo; en efecto, ni siquiera se reporta la debida exploración física del testículo. A mayor abundamiento, para el estudio del caso, no fue aportado el reporte histopatológico de la pieza quirúrgica obtenida durante la orquiectomía, el cual corroborara el diagnóstico de carcinoma germinal testicular. Esto es un elemento más, para confirmar que la atención brindada no se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada.

Es necesario mencionar, que en términos de la literatura médica, los pacientes con cáncer renal izquierdo, pueden presentar varicocele en testículo ipsilateral, entidad que debe estimarse en el diagnóstico diferencial de tumor testicular. Así mismo, respecto a la interpretación de los resultados de laboratorio solicitados al paciente, específicamente la alfa-fetoproteína que fue reportada en parámetros normales, y la hormona gonadotropina coriónica, que sólo se encontró elevada en 133 unidades; valores relativamente bajos, si se estima que se trataba de enfermedad metastásica, y los niveles esperados en caso de tumor germinal con diseminación retroperitoneal y a ganglios linfáticos a distancia, debió ser de miles de unidades. Con respecto a los niveles de deshidrogenasa láctica reportados (1,995 unidades), es importante señalar, que también se pueden elevar en el carcinoma renal. Por lo referido anteriormente, no existían datos suficientes para sustentar el diagnóstico de carcinoma germinal primario de testículo; empero, después de la orquiectomía, se iniciaron ciclos de tratamiento (quimioterapia) mediante etopósido,

cisplatino y bleomicina, según lo establecen las notas de octubre de 2004 a marzo de 2005.

En ese sentido, fue demostrado que el personal médico del Hospital demandado, actuó negligentemente en la atención del enfermo, pues no estudió debidamente el caso y otorgó tratamientos sin tener la certeza diagnóstica desde el punto de vista anatomopatológico. Más aún, en la nota de Medicina Interna del 10 de septiembre de 2004, se planteó la necesidad de realizar revisión de laminillas de la biopsia ganglionar, pues existía diferencia en los reportes histopatológicos; sin embargo, pese a tal discrepancia, se continuó el tratamiento del paciente con diagnóstico de carcinoma germinal primario de testículo.

Cabe mencionar, que hasta marzo de 2005, se realizó nefrectomía radical izquierda, por diagnóstico de hidronefrosis secundaria a carcinoma de testículo. Lo anterior, demuestra el incumplimiento de obligaciones de diligencia, por parte del personal médico del Hospital demandado, pues según quedó demostrado, desde agosto de 2004, un facultativo particular integró el diagnóstico de tumor renal izquierdo, lo cual fue soslayado, debido a la negligencia observada.

El resultado de revisión laminillas del Hospital de referencia, confirmó el diagnóstico realizado por el facultativo privado un año antes (agosto de 2004), pues dicho resultado reportó carcinoma de células claras de riñón. A mayor abundamiento, CONAMED procedió al análisis de las laminillas, el cual mostró que el paciente, presentaba carcinoma renal de células claras con infiltración a cápsula e hilio renal.

En ese sentido, existió error diagnóstico por parte de Anatomía Patológica del Hospital demandado. Más aún, el propio reporte de revisión de laminillas del Hospital de referencia, señala, entre otras cosas, ausencia de parénquima testicular en el material enviado a estudio. Así mismo, que los cuatro cortes histológicos tenían cambios por mala fijación y pésima técnica histológica; es decir, datos sugestivos de mala técnica en la preparación de las laminillas. Lo anterior, demuestra la mala práctica, por negligencia, atribuible al Hospital demandado.

En esos términos, el enfermo permaneció en manejo mediante ciclos de quimioterapia; en efecto, la nota de Oncología del 6 de julio de 2005, señala terminación del octavo ciclo de tratamiento. La evolución no fue favorable, presentó dolor importante en región lumbar, requiriendo manejo por Anestesiología y posteriormente por Clínica del Dolor. Fue valorado en el Hospital de referencia, donde reportaron gran actividad tumoral retroperitoneal. En nota de Oncología del Hospital demandado, fechada el 31 de agosto de 2005, se señala que el paciente presentaba tumor germinal con recaída y que el reporte histopatológico del Hospital de referencia, fue tumor renal de células claras, estimando necesaria la realización de nueva biopsia, para determinar el tipo histológico y establecer el tratamiento, pues el manejo y pronóstico de tumor renal y de tumor germinal son totalmente diferentes. Lo anterior, confirma la mal praxis, por negligencia, en

que incurrió el personal médico del Hospital demandado, al no atender debidamente al enfermo.

La evolución del paciente fue tórpida; la nota de Oncología Médica del 1° de septiembre de 2005, reporta que se encontraba en malas condiciones generales, hipertemia (40°C), vómito, dolor en región torácica y lumbar, así como disminución de ruidos respiratorios bilaterales y radiografía con neumotórax bilateral. El 5 de septiembre de 2005, el paciente presentó broncoespasmo importante, fiebre y paro cardiorrespiratorio, el cual no revirtió con maniobras de reanimación.

En efecto, el paciente falleció debido a actividad tumoral y bronconeumonía, cuando estimaban realizar nueva biopsia por discrepancias en el diagnóstico anatomopatológico. La hoja de egreso del Hospital demandado, señala como causas de la defunción: bronconeumonía y tumor germinal de testículo en etapa terminal. Lo anterior, confirma la mal praxis, por negligencia, pues quedó demostrado que pese a que la revisión de laminillas por parte del Hospital de referencia, reportó carcinoma de células claras de riñón, dicho diagnóstico fue soslayado, y en consecuencia, omitieron el tratamiento para la patología que presentaba el enfermo.

Apreciaciones finales

- La atención brindada al paciente por el personal médico del Hospital demandado, no se ajustó a lo establecido por la lex artis médica, en los términos ampliamente razonados en el análisis del caso.
- Si bien es cierto que el personal médico del Hospital demandado no produjo la enfermedad del paciente (cáncer renal), también es cierto que tenía el deber de actuar con la diligencia necesaria, situación que no ocurrió en el presente caso.

Referencias

1. Heise ChP, Sproat IA, Starling JR. Peritoneography (herniography) for detection occult inguinal hernia in patients with inguinodynia. Ann Sur 2002; 235: 140-144.
2. Fernández del Rivero, Arroyo J, Gomes O, Carballido J, Álvarez J. Tumores germinales del testículo. Medicine, 2000; 43: 52-60, quinta edición.
3. Williams R, Cooper Ch, Donovan J. Urology. Cap. 41: 1013-1072. En: Current Surgical Diagnosis & Treatment. Ed. Lawrence W. Way, 11a Ed. 2003.
4. Zinzer JW. Cáncer de testículo. Cap. 61, 460-465. En: Manual de oncología (Instituto Nacional de Cancerología). Editorial McGraw-Hill interamericana, 2000.
5. Delworth MG, Dinney PN. Cáncer genitourinario. Cap. 19, 360-375. En: M. D. Anderson Oncología. Editorial Marban 2^a edición. 2000.
6. Motzer RJ, Bander NH, Nanus DM. Renal-Cell Carcinoma. Medical Progress. New England Journal of Medicine Vol. 335 Number 12. pp 865-875.
7. Cohen HT, Mc Govern FJ. Renal-Cell Carcinoma. Medical Progress. New England Journal of Medicine. Vol. 353: 2477-2490. Number 23. pp 2477-2490.