

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹

¹Arbitraje Médico, CONAMED

Síntesis de la queja

El paciente recibió traumatismo en testículo derecho, por ello fue llevado a Hospital público, donde informaron que se trataba de un tumor y que el golpe sólo fue desencadenante del episodio, indicándole que asistiera a Consulta Externa. Por persistir con dolor, reingresó al Hospital permaneciendo en una silla, sin que se brindara la atención necesaria para su padecimiento, motivo por el cual se solicitó alta voluntaria y fue tratado en medio privado, donde se efectuó orquiectomía derecha debido a torsión testicular.

Resumen clínico

Expediente clínico, hospital público

13 de mayo de 2007, 15:19 horas, nota Urgencias Adultos: Masculino de 17 años de edad. Hace dos días presentó contusión en testículo derecho, refiere dolor. Exploración física: testículo derecho con edema, aumento de volumen. Impresión diagnóstica: traumatismo testículo derecho, tumoración testículo derecho. Se solicita valoración por Cirugía General; ultrasonografía y valoración por Urología para estudio con urgencia.

15 de mayo de 2007, 10:15 horas, nota de Admisión: Acudió al Servicio de Urgencias el 13 de mayo por padecimiento de dos días de evolución, secundario a contusión en testículo derecho. Impresión diagnóstica: traumatismo testículo derecho, tumoración testículo derecho. Se solicitó valoración a Cirugía General; sin embargo, en nota previa no aparece dicha valoración. El día de hoy asiste por presentar dolor en dicha región, niega sintomatología urinaria. Exploración física: consciente, cardiopulmonar y abdomen sin datos patológicos. Edema, eritema y aumento de volumen en testículo derecho (+++), duro, doloroso a la digitopresión, no equimosis, no salida de material purulento. Testículo izquierdo sin alteración. Impresión diagnóstica: contusión testicular derecha. Valoración por Cirugía General.

Nota de ingreso, Urgencias Adultos: Temperatura 37 °C, frecuencia cardíaca 76 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, tensión arterial 110/70. Presentó dolor y aumento de volumen, que aumentaron progresivamente. Ex-

ploración física: consciente, cooperador, mucosa oral hidratada, faringe sin alteraciones; cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación media o profunda, peristalsis presente, extremidades sin alteraciones; testículo derecho con aumento de volumen, doloroso a la palpación. Impresión diagnóstica: hidrocele, hematoma de testículo derecho. Se corroborará diagnóstico, se solicita interconsulta a Urología, se solicita ultrasonografía testicular y estudios de laboratorio, se esperan resultados. *11:00 horas, ultrasonido testicular:* Testículo derecho dentro de la bolsa escrotal con diámetros mayores de 48 x 26 mm. Ecogenicidad heterogénea, con disminución de flujo a la aplicación del Doppler color, en el polo superior e inferior se observa imagen de contenido líquido, ecogénica con volumen total de 7.5 mL que puede estar en relación a hematoma. Testículo izquierdo dentro de la bolsa escrotal con flujo Doppler dentro de parámetros normales, presencia de líquido en su interior, trayectos venosos tortuosos y dilatados. Comentario: testículo derecho heterogéneo, con disminución del flujo en su interior. Probable hematoma intraescrotal derecho; hidrocele y varicocele izquierdos.

17:00 horas, nota de valoración, Cirugía General: Ingresó por aumento de volumen testicular derecho. Inició con dolor testicular derecho y aumento de volumen, el cual se fue incrementando. Se agregó vómito en una ocasión y malestar general. Exploración física: cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal; genitales con testículo aumentado de tamaño del lado derecho, dolor a la palpación. Ingresó para vigilancia y medidas generales. Se solicitan laboratorios de control. Pendiente interconsulta a Urología. *19:00 horas, Urología:* Testículo izquierdo normal; testículo derecho presenta aumento de tamaño, hiperémico, doloroso a la palpación superficial. Dicho crecimiento de predominio en polo superior. Tiene ultrasonografía testicular: probable hematoma intraescrotal derecho y disminución de flujo, así como hidrocele discreto en testículo izquierdo y varicocele. Plan: se comenta el caso con los familiares, explicándose que requiere exploración quirúrgica de dicho testículo con tres posibilidades: 1) Sólo drenaje de hematoma. 2) Drenaje de hematoma y reparación de túnica albugínea. 3) Orquiecto-

mía simple. No aceptan la intervención pues en el turno nocturno no hay personal del Servicio de Urología. Se queda pendiente para mañana. Cuenta con analgésico, antibiótico y exámenes preoperatorios. Falta TP, TPT, grupo y Rh. 15 de mayo de 2007, alta voluntaria: Ingresó a las 12:30 p.m., son las 12:00 a.m. y aún está en una silla.

Expediente clínico, hospital privado

16 de mayo de 2007, historia clínica general: Inicia padecimiento al caer de su propia altura, golpeando testículo derecho contra el hombro de un compañero. Desde entonces ha persistido el dolor con intensidad 7/10, tipo punzante, irradiado a región inguinal derecha, exacerbado al caminar; niega cambios de coloración, acude para valoración y tratamiento. Exámenes de laboratorio: hemoglobina 16.1, hematocrito 46.7, leucocitos 9,100, plaquetas 196,000, TP 13.7, INR 1.18, TTPa 30, TT 13. Diagnóstico: escroto agudo. Plan: tratamiento quirúrgico.

Nota operatoria: Diagnóstico preoperatorio: escroto agudo. Diagnóstico postoperatorio: torsión testicular intravaginal. Intervención quirúrgica: orquitectomía derecha y fijación contralateral. Técnica quirúrgica: incisión transversa en escroto y por planos se llega a testículo, encontrando líquido sanguinolento con tejido necrótico con torsión testicular intravaginal de dos vueltas, se destuerce, se observa por 10 minutos, no hay recuperación, por lo que se realiza orquitectomía, posteriormente se realiza hemostasia, se cierra escroto en dos planos; se fija testículo contralateral. Hallazgos quirúrgicos: torsión testicular intravaginal de dos vueltas y testículo necrótico. Sangrado mínimo. Reporte de gases y compresas completo. Incidentes y accidentes: ninguno. Se envía espécimen (testículo derecho) a estudio histopatológico.

Reporte de estudio histopatológico: Tejido enviado: testículo derecho. Descripción macroscópica: mide 5 x 4 x 2.5 cm, pesa 35 g, superficie externa lisa, hemorrágica. Al corte el parénquima testicular está sustituido en el 100% por hemorragia difusa, es color rojo negruzco, consistencia friable, el epidídimo también se encuentra sustituido por hemorragia extensa, la túnica vaginal es de color rojo violáceo. Diagnósticos: testículo derecho (orquitectomía), necrosis isquémica hemorrágica difusa del testículo y epidídimo, lecho quirúrgico de epidídimo libre de lesión isquémica.

Análisis del caso

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

Atendiendo a la literatura especializada, la torsión testicular es más frecuente en menores de 25 años con predominio entre los 12 y 18 años. La torsión puede estar relaciona-

da con factores congénitos (malformación de la túnica vaginal, criptorquidia, testículo retráctil, etc.) o desencadenarse por traumatismos o ejercicio extremo. En efecto, el testículo está cubierto por la túnica *vaginalis*, la cual se fija a la superficie posterolateral del testículo y permite pequeña movilidad. Cuando la túnica *vaginalis* presenta fijación anormal alta (como en la deformidad de badajo de campana), el testículo puede rotar libremente sobre el cordón espermático, dentro de la túnica *vaginalis*. Esta anomalía congénita, permite que el cordón espermático sufra torsión en forma espontánea.

Cabe mencionar, que la torsión genera oclusión venosa, congestión e isquemia arterial; se trata de una urgencia urológica, que requiere diagnóstico y tratamiento quirúrgico inmediato para salvar el testículo.

El cuadro clínico inicia con dolor escrotal severo, unilateral, usualmente en la noche (10%). Al menos de 42 a 50% de los pacientes, tienen historia previa de episodios de dolor testicular intermitente, que se resolvieron espontáneamente (debido a torsión y destorsión). La torsión testicular se caracteriza por: edema escrotal (42%), náusea y vómito (20 a 30%), dolor abdominal (20 a 30%), fiebre (16%), poliuria (4%), leucocitosis (32%).

En la exploración física, el testículo afectado es doloroso a la palpación; frecuentemente se encuentra ascendido en relación con el contralateral; en posición horizontal; aumentado de tamaño por el edema, el cual afecta al escroto en su totalidad; puede existir eritema escrotal, disminución del reflejo cremasteriano ipsilateral, entre otros. Usualmente no hay alivio del dolor al elevar el escroto, lo cual sí ocurre cuando se trata de epididimitis (signo de Prehn).

En cuanto al diagnóstico diferencial, se debe descartar apendicitis aguda, epididimitis, hernias, hidrocele, orquitis, entre otros.

El examen general de orina, generalmente está en parámetros normales. La presencia de células blancas puede existir en 30% de los pacientes con torsión testicular, la cuenta completa de células puede ser normal o mostrar elevación de células blancas en 60% de los casos.

En la torsión testicular, el diagnóstico es fundamentalmente clínico; los estudios de imagenología generalmente no son necesarios, y tratar de efectuarlos puede ocasionar pérdida de tiempo, pues el tratamiento es quirúrgico. La fluoroscopia con radionucleótido del testículo, puede ser de utilidad para mostrar el flujo sanguíneo y diferenciar la torsión de otras condiciones. La ultrasonografía Doppler de color, es útil para mostrar el flujo arterial del testículo, además de aportar información acerca de la anatomía escrotal y otros trastornos testiculares. La ultrasonografía Doppler simple, tiene menos certeza que la Doppler de color para identificar el flujo sanguíneo testicular.

El diagnóstico temprano y la pronta atención urológica son esenciales para salvar el testículo. En pacientes jóvenes con dolor testicular agudo, postraumático y signos menores o sin signos de trauma escrotal mayor, debe efectuarse exploración quirúrgica inmediata, así como en pacientes con dolor testicular agudo, inexplicable.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de torsión testicular, se pueden indicar analgésicos. La destorsión manual puede intentarse cuando el dolor ha cedido a fin de buscar reperusión rápida del testículo; sin embargo, no debe ser obviada la exploración quirúrgica, debido a que pudiera existir torsión residual.

En el presente caso, el 13 de mayo de 2007, el paciente asistió a Urgencias del Hospital demandado, refiriendo contusión en testículo derecho y dolor. La nota de las 15:19 horas, señala que presentaba testículo derecho con edema y aumento de volumen, siendo la impresión diagnóstica: traumatismo y tumoración de testículo derecho, por ello se solicitó valoración por Cirugía General, Urología y ultrasonografía de testículo.

Ahora bien, el enfermo fue valorado por Cirugía General, diagnosticándose tumoración de testículo, sin datos que representaran urgencia quirúrgica en ese momento. Lo anterior demuestra que el personal médico incurrió en mala práctica, por negligencia, al no estudiarlo suficientemente.

En la queja, el paciente manifestó que el 13 de mayo de 2007, el facultativo de guardia buscó la asistencia de un cirujano, quien le informó que tenía signos de tumor y que el golpe recibido sólo fue desencadenante del episodio.

Lo anterior, fue confirmado mediante el informe médico del facultativo de guardia, el cual de manera concluyente, señaló que solicitó interconsulta a Cirugía General, durante la cual se llegó al diagnóstico de tumoración antigua de testículo, sin datos que representaran urgencia quirúrgica en ese momento, siendo esto explicado a los familiares y al paciente, por lo que estuvieron de acuerdo en que no se trataba de urgencia quirúrgica, ya que era un problema crónico y debía ser atendido en la Consulta Externa de Cirugía General. Lo anterior, demuestra la mala práctica, por negligencia, en que incurrió el personal médico, pues ante el cuadro clínico que presentaba el enfermo, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

Cabe señalar, que los datos reportados en la exploración física de la nota de Urgencias del 13 de mayo de 2007, demuestran la insuficiente valoración del enfermo, pues desestimaron el traumatismo testicular, así como el dolor y aumento de volumen que presentaba, soslayando que la pronta atención urológica es esencial para salvar el testículo.

A mayor abundamiento, el enfermo fue valorado por Cirugía General y no por el Servicio de Urología, como el caso ameritaba. Al respecto, es menester puntualizar, que si el hospital no contaba con personal de Urología, el enfermo debió

ser referido de manera urgente, a otro hospital que contara con mayor capacidad resolutoria para brindar la atención especializada, situación que no ocurrió en el presente caso.

Por si fuera poco, en el expediente no existe nota médica de la atención brindada al paciente por Cirugía General. Esto es un elemento más, para tener por cierta la *mal praxis*, en que incurrió el personal médico del Instituto demandado. De igual forma, demuestra incumplimiento con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, de manera particular con los apartados 6.3, 6.3.1, 6.3.2 y 6.3.3., los cuales señalan que la nota de interconsulta debe ser elaborada por el médico consultado, y deberá contar con los criterios diagnósticos, el plan de estudios, así como las sugerencias diagnósticas y tratamiento.

Así las cosas, el 15 de mayo de 2007, el paciente nuevamente asistió a Urgencias del Hospital demandado; la nota de Admisión señala que presentaba edema, eritema y aumento de volumen en testículo derecho (+++), duro, doloroso a la dígitopresión, siendo la impresión diagnóstica: contusión testicular derecha, por ello se solicitó valoración por Cirugía General.

El ultrasonido realizado a las 11:00 horas, mostró disminución de flujo circulatorio del testículo derecho, siendo el diagnóstico probable hematoma intraescrotal. Esto demuestra que no se trataba de un simple traumatismo, y menos aún de tumoración testicular.

Ahora bien, el paciente fue valorado por el Servicio de Cirugía General; la nota de las 17:00 horas, refiere que ingresó por dolor y aumento de volumen testicular, agregándose al cuadro clínico vómito y malestar general. Así mismo, señala que el paciente ingresaría para vigilancia y medidas generales, estando pendiente la interconsulta a Urología.

El enfermo fue valorado por Urología hasta las 19:00 horas, según lo demuestra la nota médica, la cual establece que ameritaba exploración quirúrgica del testículo; sin embargo, la citada nota también establece la falta de personal del Servicio de Urología en el turno nocturno, motivo por el cual se concretaron a dejar pendiente el procedimiento quirúrgico.

En ese sentido, los familiares del enfermo solicitaron alta voluntaria, para continuar la atención del paciente en otro hospital, lo cual estaba plenamente justificado, ante las omisiones observadas por el personal médico del hospital demandado.

El paciente fue atendido en Hospital privado, donde se diagnosticó escroto agudo, efectuándose orquiectomía derecha y fijación contralateral, como lo demuestra el expediente clínico de dicho nosocomio. Cabe precisar, que esta atención fue necesaria, debido a la negligencia en que incurrió el Hospital demandado.

Apreciaciones finales

- Durante el presente asunto, fue demostrado que el Hospital demandado no solucionó el padecimiento que presentaba el

paciente, de tal manera que, si bien es cierto el demandado no le produjo la patología, también es cierto, que derivado de sus omisiones fue necesaria la orquitectomía del testículo derecho en medio privado.

- Fue demostrado que el personal médico del Hospital demandado, incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, incurriendo así en mala práctica.
- En el caso a estudio, se incluyó la atención médica brindada en el Hospital privado para la valoración integral del acto médico; sin embargo, no se hacen pronunciamientos de esta atención, pues el citado Hospital no fue demandado.

Referencias

1. Haynes JH. Inguinal and Scrotal Disorders. *Surgical Clinics of North America* N° 86 (2006) 371-381.
2. Marozzi D, Suer S. Genitourinary Emergencies, *Emergency Medicine. Clinics of North America*. vol. 19, number 3, august 2001.
3. Cummings JM, Boullier JA, Sekhon D, Bose K. Adult Testicular Torsion. *The Journal of Urology*. vol. 167, pp. 2109-2110, mayo 2002.
4. Boyce WH, Politano VA. Infections and Diseases of the Scrotum *Urology* vol. 1, Campbell and Harrison pp. 603-636.
5. Ringdahl E, Teague L. Testicular Torsion, *American Family Physician* vol. 74, number 15, 2006 pp. 1739-1743.
6. Mansbach JM, Forbes P, Peters C. Testicular Torsion and Risk Factors for Orchiectomy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 1167-1171.
7. Smith DR. Padecimientos del testículo, escroto y cordón espermático, *urología general* Donald R. Smith pp. 511-518.