

Caso CONAMED

CONAMED Case

Síntesis de la Queja.

La paciente refiere que debido a miomatosis uterina, se realizó histerectomía, presentando complicaciones abdominales e infección de herida, lo cual ameritó laparotomía. Considera que no había necesidad de la citada intervención, si la primera cirugía se hubiera efectuado correctamente.

Resumen clínico.

19 de abril de 2002, Historia clínica, consulta externa: Femenino de 44 años de edad, menarca a los 12 años, ciclos 30x5, dismenorrea e hipermenorrea. Gestaciones 2, Cesáreas 2 por desproporción céfalo-pélvica, oclusión tubaria bilateral. 30 de septiembre de 2004, Ultrasonido pélvico: Miomatosis uterina de pequeños y medianos elementos. Ambos ovarios sin alteraciones.

29 de enero de 2005, Ginecología, Consulta externa: Fecha de última menstruación 7 de enero de 2005. Dismenorrea intensa, el dolor inicia siete días previos al sangrado. Exploración física: vestíbulo y vagina con abundante leucorrea espesa, blanca. Útero doloroso al movilizarlo, miomas de pequeñas dimensiones; se toma Papanicolau. Tratamiento: clindamicina, nimesulida, clindamicina-ketoconazol óvulos, cita en seis meses.

2 de septiembre de 2005, Ginecología: Dismenorrea intensa, dispareunia. Sin leucorrea, útero con ligero aumento de tamaño, doloroso a la movilización. Plan: clormadinona-

etinilestradiol seis ciclos. Se propone tratamiento quirúrgico (histerectomía). La paciente solicita tiempo para tomar la decisión.

24 de febrero de 2006, Anestesiología: Programada para histerectomía abdominal por miomatosis uterina. Se encuentra estable. Cardiorrespiratorio y estudios de laboratorio en parámetros normales. Se puede intervenir quirúrgicamente.

14 de julio de 2006, nota postoperatoria: Se realizó histerectomía abdominal, sin complicaciones, pasa a recuperación. Hoja de operaciones: Diagnóstico preoperatorio.-Leiomiomatosis uterina de pequeñas y medianas dimensiones. Cirugía planeada.- Histerectomía total abdominal. Cirugía realizada.- Histerectomía total abdominal, conservando ambos ovarios. Diagnóstico postoperatorio.- Leiomiomatosis uterina de pequeñas y medianas dimensiones, probable adenomiosis. Técnica.- Bajo bloqueo peridural, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles y sonda Foley, se realizó incisión tipo Pfannenstiel, se disecó por planos hasta llegar a cavidad, se encontró útero discretamente aumentado de tamaño con múltiples miomas en localizaciones variadas; se colocaron pinzas Kocher en ambos cuernos uterinos, se cortaron y suturaron trompas uterinas, ligamentos redondos y ligamentos útero-ováricos, se abrió hoja anterior y posterior del ligamento ancho para disecar vejiga, lo cual se realizó fácilmente, una vez rechazada la misma, en forma bilateral se pinzaron,

cortaron y suturaron los vasos uterinos sin complicaciones. En forma intrafascial se disecó cérvix, hasta llegar a cúpula vaginal, la cual se fue cortando y suturando al mismo tiempo para evitar hemorragia de los bordes. Después de haber extraído la pieza quirúrgica, se suturó. Se corroboró hemostasia, se procedió al cierre de peritoneo del piso pélvico y nuevamente se corroboró hemostasia. Se cerró pared abdominal por planos, sin complicaciones. Reporte de gases y compresas completo. Sin incidentes ni accidentes. Sangrado 100 ml. Se envía útero a estudio histopatológico.

16 de julio de 2006, Nota de egreso: Alta por mejoría, se otorga cita de control (retiro puntos de sutura). Receta médica: Ketorolaco 10 mg., tomar una cada 8 horas. 22 de julio de 2006, Ginecología: Nueve días de postoperatorio, se retiraron puntos de sutura. El estudio histopatológico confirmó miomatosis uterina. Cita para agosto.

28 de julio de 2006, consulta externa: Hace cuatro días notó secreción en sitio de herida quirúrgica, dolor abdominal leve, sin aumento de temperatura, se indicó amoxicilina-clavulanato, sin presentar mejoría. Exploración física: Temperatura 36.2° C., presión arterial 100/70, frecuencia cardíaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto. Alerta, orientada, palidez generalizada de tegumentos, mucosas orales ligeramente deshidratadas, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, abdomen

doloroso a la palpación superficial y profunda, rebote positivo, disminución de peristalsis. Leucocitos 15,500, neutrófilos 90%, plaquetas 591,000; hemoglobina 14, hematocrito 41.8, glucosa 110, nitrógeno uréico 18.1, creatinina 0.62, sodio 138, potasio 4.27, cloro 104, fósforo 3.34, magnesio 2.24, bilirrubinas totales 0.84, bilirrubina directa 0.16, colesterol 163.

Nota de Cirugía: Inició con secreción por herida quirúrgica y dolor abdominal de predominio en flanco derecho, fue progresando, ayer se localizó en fosa ilíaca derecha e hipogastrio con datos de irritación peritoneal, se realizó tomografía abdominal, la cual mostró colecciones, por ello se realizará laparotomía exploradora. Hoja de operaciones: Diagnóstico preoperatorio.- Postoperada de histerectomía abdominal, infección de herida quirúrgica, oclusión intestinal. Cirugía Planeada.- Laparotomía exploradora, lavado de cavidad abdominal, liberación de adherencias, apendicectomía. Cirugía realizada.- La misma. Técnica.- Previa rutina de quirófano y anestesia general balanceada, se realizó incisión infraumbilical, se profundizó por planos encontrándose hemoperitoneo y coágulos, tratándose de sangre vieja; se lavó cavidad y al explorar se encontraron asas dilatadas, así como epiplón adherido a la pelvis, después de liberar estas adherencias, se encontró asa de intestino delgado adherida a cúpula vaginal, junto con epiplón y abundantes coágulos, se liberó dicha asa, la cual estaba en buenas condiciones, sin datos de perforación o sufrimiento; no existía sangrado activo. Se realizó lavado exhaustivo para retirar coágulos, el apéndice se encontraba adherido a dicha zona; se realizó apendicectomía de manera convencional, sin complicaciones. Se lavó de nueva cuenta cavidad y se cerró por planos. Los puntos de piel no fueron anudados por peligro de infección de herida y acumulación de secreción. Posteriormente, si existe buena evolución se anudarán; se decidió abrir la herida Pfannenstiel, por la infección que presentaba, la cual

estaba limitada a tejido celular subcutáneo, se lavó exhaustivamente, se cubrió con gasas. Se dió por terminado el procedimiento, sin incidentes ni accidentes. Reporte de gasas y compresas completo.

30 de julio de 2006, nota de ingreso a piso: Se vigilará evolución postoperatoria. El resultado de histopatológico del apéndice mostró apendicitis incipiente. La evolución postoperatoria se ha caracterizado por dolor abdominal, el cual se ha controlado. Afebril, no ha presentado vómito, peristalsis presente. Se ha mantenido con ceftriaxona y sonda nasogástrica.

4 de agosto de 2006, Reporte de estudio histopatológico (Especimen apéndice): Diagnóstico.- Periapendicitis aguda.

6 de agosto de 2006, Evolución satisfactoria; se retiró sonda nasogástrica, iniciándose líquidos claros. Se espera que la evolución en las próximas 48 a 72 horas sea hacia la recuperación, de ser así, podrá egresarse.

9 de agosto de 2006, Cirugía General: Tolera bien vía oral, evacuaciones semiformadas, no fiebre. Se retiran puntos, cita en una semana.

12 de agosto de 2006, Nota de egreso: Por mejoría, se decide su egreso para continuar vigilancia en consulta externa de Cirugía y Ginecología. Diagnósticos de egreso: postoperatorio de suboclusión intestinal; Ileo postoperatorio; postoperada de histerectomía abdominal con infección de herida quirúrgica. Actualmente en tratamiento con antibióticos.

23 de agosto de 2006, Ginecología: Se retiraron puntos de sutura, cita para septiembre.

27 de agosto de 2006, Cirugía: Tolera vía oral adecuadamente, no fiebre, no náusea, no vómito, estreñimiento. Exploración física en parámetros normales. Plan: psyllium plantago cada 24 horas. Cita en un mes.

13 de septiembre de 2006, Ginecología, consulta externa: Exploración física en parámetros normales. Alta del servicio.

27 de septiembre de 2006, Cirugía: Evolución satisfactoria, Alta del servicio.

Análisis del Caso.

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

Atendiendo a la literatura especializada, la miomatosis uterina es un padecimiento tumoral benigno, el cual afecta el cuerpo del útero, es muy frecuente, pues lo padecen entre 20% y 25% de las mujeres en edad reproductiva. Se trata de tumores constituidos principalmente por tejido muscular liso, únicos o múltiples, de tamaño variable, que se localizan en diferentes porciones del útero y ocasionalmente sufren diversos grados de degeneración.

Los principales síntomas de miomatosis uterina son hemorragia genital anormal, así como dolor y compresión sobre órganos vecinos. Entre los métodos de diagnóstico, se encuentran: exploración clínica, ultrasonografía e histerosalpingografía.

Según refiere la literatura especializada, el tratamiento depende de numerosos factores, entre los que se encuentran: edad de la paciente, paridad, intensidad de los síntomas, dimensiones y localización de los tumores. Existen medicamentos hormonales que eventualmente reducen el tamaño de los miomas y se utilizan sobre todo en pacientes jóvenes, quienes desean conservar su fertilidad. También pueden emplearse medicamentos para corregir los trastornos menstruales y el dolor.

En cuanto al manejo quirúrgico, en la miomectomía se resecan las tumoraciones conservando el útero. Sin embargo, la intervención quirúrgica de elección en pacientes perimenopáusicas, es la histerectomía por vía vaginal o abdominal, con o sin ooforectomía.

La histerectomía es una de las intervenciones más frecuentes en ginecología, pero no está exenta de complicaciones, entre ellas se encuentran las infecciones de piel y herida quirúrgica que constituyen cerca de la

tercera parte del total de casos infecciosos. Se manifiestan por dolor local y secreción serohemática o seropurulenta, de magnitud variable; en ocasiones dehiscencia de los bordes de la herida quirúrgica.

La oclusión intestinal ocasionada por adherencias, con frecuencia se presenta después de cirugía ginecológica. Tales adherencias pueden causar distensión abdominal, edema de la pared intestinal o íleo. La sintomatología se caracteriza por dolor abdominal cólico y ruidos intestinales de lucha; a medida que la distensión progresa, la palpación abdominal muestra dolor en el sitio de obstrucción y signos de irritación peritoneal. Así mismo, se presenta leucocitosis, que cuando es superior a 15,000 sugiere inicio de sufrimiento del asa intestinal involucrada.

Los estudios radiográficos y tomográficos, pueden mostrar distensión de asas y niveles hidroaéreos y permiten confirmar el diagnóstico, así como determinar la necesidad de intervención quirúrgica exploratoria de cavidad abdominal. Cabe mencionar, que la incisión sobre la pared abdominal, debe permitir la exploración adecuada de la cavidad, para poder identificar la causa del problema. De ser posible, no debe efectuarse sobre la incisión anterior, pues la adherencia obstructiva puede estar directamente por debajo de la incisión previa, con riesgo de producir lesión intestinal. En el transoperatorio, debe efectuarse lavado exhaustivo de cavidad abdominal, exploración cuidadosa de vísceras y liberación de los procesos adherenciales, siendo correcto dejar separados los bordes de la incisión, ante datos de infección previa de la herida.

En el presente caso, la paciente fue atendida en el Hospital demandado por presentar miomatosis uterina. En efecto, el 29 de enero de 2005, fue valorada por el Servicio de Ginecología por presentar dismenorrea intensa, así como leucorrea. La nota de dicha fecha, refiere a la exploración física útero doloroso a la movilización, con miomas de pequeñas dimensiones, así como abundante

leucorrea espesa, por ello se indicó tratamiento mediante antibiótico y antiinflamatorio, otorgándose cita de control.

El 2 de septiembre de 2005, la paciente asistió a consulta, la nota reporta que la leucorrea había cedido; sin embargo, la enferma continuaba con dismenorrea intensa y dispareunia, encontrándose a la exploración física útero aumentado de tamaño y doloroso a la movilización. Por lo anterior, se propuso histerectomía.

En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica, atribuibles al personal médico del Hospital demandado, pues cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento. Es decir, ante el cuadro clínico que presentaba la paciente, se otorgó tratamiento médico conservador, y debido a miomatosis uterina, así como persistencia en la sintomatología, se propuso tratamiento quirúrgico, lo cual se ajusta a lo establecido por la literatura de la especialidad.

La paciente regresó a consulta un año después, siendo programada para la cirugía; en efecto, la nota del 24 de febrero de 2006, demuestra que fue valorada por Anestesiología, estimándose que podría efectuarse el procedimiento quirúrgico. Así las cosas, el 14 de julio de 2006, se realizó histerectomía total abdominal por leiomiomatosis de pequeñas y medianas dimensiones.

Atendiendo a la hoja de operaciones, se efectuó la cirugía de manera convencional, empleando incisión transversal suprapúbica (Pfannenstiel), extrayéndose el útero, sin complicaciones. La paciente fue egresada por mejoría el 16 de julio de 2006. Así mismo, el día 22 del mismo mes y año, se retiraron puntos de sutura y se otorgó cita de control, según lo demuestran las notas médicas de las citadas fechas.

Por lo antes expuesto, no se observan elementos de mal *praxis*, en cuanto a este rubro se refiere, pues la atención médico-quirúrgica que se brindó a la paciente por el Servicio de Ginecología, se ajustó a la *lex artis* médica.

Ahora bien, la paciente presentó datos de infección en herida quirúrgica, indicándose antibiótico, pese a lo cual no mejoró, siendo atendida el 28 de julio de 2006, por presentar secreción en herida quirúrgica y dolor abdominal; la nota de consulta externa así lo establece. Así mismo, la citada nota refiere a la exploración física signos de irritación peritoneal, por ello se indicaron estudios de laboratorio clínico y gabinete.

En esos términos, quedó demostrado, que la atención brindada por el Hospital demandado fue correcta, pues ante el cuadro clínico que presentaba la enferma, atendieron sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

A mayor abundamiento, la paciente fue valorada por el Servicio de Cirugía, pues sospechaban abdomen agudo, y la tomografía axial computarizada apoyó la impresión diagnóstica de oclusión intestinal, por lo que se decidió efectuar laparotomía exploradora.

En efecto, debido al cuadro clínico, era necesario realizar laparotomía exploradora, siendo correcto emplear incisión media infraumbilical que permitiera visualizar en forma adecuada la cavidad, así como efectuar el procedimiento quirúrgico correspondiente. Más aun, debido a la infección de herida quirúrgica de la cirugía previa (histerectomía), no era conveniente abordar el abdomen por ese sitio, además por la posibilidad de que existiera asa intestinal adherida a la misma.

Los hallazgos quirúrgicos fueron: hemoperitoneo y coágulos, sin evidencia de sangrado activo, asas dilatadas, adherencias de epiplón, asa de intestino delgado adherida a cúpula vaginal, apéndice adherido a dicha zona. Por ello se realizó liberación de asas y epiplón, apendicectomía y lavado de la cavidad, cerrándose por planos, sin anudar puntos de piel por riesgo de proceso infeccioso. Así mismo, se revisó la herida quirúrgica de la histerectomía, encontrándose infección que involucraba tejido celular subcutáneo,

por ello se lavó de manera exhaustiva.

En esos términos, el personal médico del Hospital demandado, atendió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues ante la patología que presentaba la paciente, efectuaron los estudios necesarios y el tratamiento quirúrgico indicado, conforme a lo establecido por la *lex artis* especializada.

Las complicaciones presentadas en el periodo postoperatorio, son riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico (histerectomía), las cuales se diagnosticaron y trataron correctamente, y no pueden ser atribuidas a mala práctica. En efecto, la infección de herida quirúrgica, es riesgo inherente a la cirugía, el cual depende de una compleja interacción de factores, siendo el germen aislado con mayor frecuencia estafilococo. Es decir, pese a que se realice antisepsia de la zona quirúrgica, no es posible eliminar el riesgo de infección, pues entre otras cosas, existe la posibi-

lidad de que se encuentre reservorio de bacterias, localizado en anexos de la piel (folículos pilosos o glándulas sebáceas) que puede migrar por efecto mecánico de la incisión hacia lugares más profundos de la herida quirúrgica. De igual forma, atendiendo a la literatura especializada, aún cuando el procedimiento quirúrgico se realice con la técnica correcta, existe riesgo para la formación de bridas adherenciales, entre el lecho operatorio y las asas intestinales. En ese sentido, fue demostrado que las complicaciones de la paciente, se debieron a su padecimiento y no a la atención que se otorgó.

La conducta tomada respecto a dejar los bordes separados a nivel de la piel de ambas heridas quirúrgicas, es un método descrito por la literatura generalmente aceptada, el cual busca mayor seguridad para el paciente, sobre todo en este caso, teniendo el riesgo de infección; por ello, tampoco se observa mala práctica, por cuanto hace

a esta actuación, pues se orientó al beneficio de la enferma.

Esto es un elemento más, para tener por cierto, que el personal médico del Hospital demandado, se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada.

Apreciaciones Finales.

- El personal de los Servicios de Ginecología y Cirugía del Hospital demandado, actuaron conforme a lo establecido por la *lex artis* especializada.
- La laparotomía exploradora efectuada a la enferma, estaba indicada debido a las complicaciones que presentó, mismas que fueron detectadas y tratadas correctamente.
- No se observaron elementos de mala práctica, atribuibles al personal médico del Hospital demandado, pues se atendieron las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.

Referencias Bibliográficas.

1. Ahued AJR, Fernández del Castillo CSC. Ginecología y Obstetricia aplicadas. JGH Editores. México. 2000:317-21.
2. Instituto Nacional de Perinatología. Norma Ginecológica N° 07: Patología del cuerpo uterino. México.
3. Berek JS, Hillard PA. Ginecología de Novak. McGraw-Hill Interamericana. México. 1996:563-64, 572.
4. Pernoll ML, Benson Cb. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. El Manual Moderno. México. 1989:666-71.
5. Thompson JD, Rock, JA. Te Linde, Ginecología quirúrgica. Panamericana. Argentina. 1993:921-23.

Dra. María del Carmen Dubón Peniche
Directora de Arbitraje Médico
Dirección General de Arbitraje, CONAMED.