

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche¹

Síntesis de la queja

Los familiares del paciente presentaron queja, pues a su juicio, el facultativo demandado no realizó debidamente la intervención quirúrgica del enfermo y no atendió las complicaciones que presentó.

Resumen clínico

Historia clínica. Paciente del género masculino de 38 años de edad, con antecedentes de tabaquismo esporádico. Sin antecedentes familiares patológicos de interés. Padecimiento actual: cefalea universal, trastornos visuales, hemianopsia ojo derecho, astenia, adinamia; se sospechó que cursaba con un síndrome depresivo.

El **23 de marzo de 2006**, asistió a consulta, refiriendo cefalea universal, presentaba poliuria, polidipsia por lo que se diagnóstico diabetes insípida de origen central.

En la tomografía de cráneo con medio de contraste, se apreció tumoración quística supraselar de 3 x 3 x 3 cm. *Resonancia magnética (preoperatoria):* Imagen supraselar de 3 x 4 x 4 cm con porción quística bilateral que compromete el quiasma óptico;

edema perilesional con imágenes centrales sugestivas de calcificaciones y se indicó de inmediato intervención neuroquirúrgica. Como exámenes preoperatorios se solicitó: biometría hemática, electrolitos séricos, cruzar dos unidades de sangre (en reserva) y se programó la cirugía con carácter de urgencia, debido a trastornos visuales y diabetes insípida.

Diagnósticos preoperatorios:

- a) Tumoración quística supraselar.
- b) Probable craneofaringioma.
- c) Diabetes insípida.

Valoración preanestésica. Tensión arterial 130/80 mm Hg, frecuencia cardíaca 68 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, temperatura en parámetros normales. Exámenes de laboratorio preoperatorios aceptables (hemoglobina 15.9 g/dL, hematócrito 46%, leucocitos 14,800/mm³, linfocitos 32%, segmentados 62%, plaquetas 397,000/mm³; glucosa 92 mg/dL, urea 25.8 mg/dL, creatinina 1.2 mg/dL, tiempo de protrombina 83%, tiempo de tromboplastina parcial activada 29"; sodio 143 mEq/L, potasio 4.2 mEq/L, cloro 100 mEq/L, magnesio 2.3 mg/dL). Paciente con deshidratación grado II, asténico, adinámico con indiferencia al medio. Se

maneja con solución Hartmann, colocación de sonda vesical para manejo de respuesta al uso de solución diurética (manitol). Riesgo operatorio: ASA III, se monitorizará.

2 de Mayo de 2006.

Hoja quirúrgica: Operación programada: craneotomía fronto-temporal derecha.

Diagnóstico preoperatorio: tumoración quística supraselar, probable craneofaringioma. Diagnóstico postoperatorio: tumoración quística supraselar.

Operación realizada: craneotomía fronto-temporal derecha. Descripción de la técnica: se incidió piel en forma semicircular, iniciándose preauricular y siguiendo la inserción del pelo hasta terminar a 2 cm por arriba del arco supraciliar derecho. Se disecciona músculo, galea aponeurótica y periostio, se controla sangrado de cuero cabelludo con grapas y electrocauterio; se efectúan cuatro trépanos equidistantes, terminándose craneotomía de resección ósea con Gussneck. Se fija duramadre a periostio para control de sangrado con puntos equidistantes con seda 3-0, se ligan vasos importantes, ramas de la arteria meníngea media, que dan irrigación a duramadre, la cual se incide en forma semicircular, fi-

¹ Directora Árbitro Médico de la Primera Sala en la Dirección General de Arbitraje, CONAMED.



jándose a tejido muscular adyacente, suturas provisionales con seda 2-0; se apreció lóbulos frontal y temporal en cisura de Silvio, disecándose ambos, fijándose con espátulas sujetas a separador retentivo de Laila. Con ayuda de microscopia se identifica nervio olfatorio derecho; al continuar la disección, se aprecia nervio oftálmico derecho, carótida interna, así como tumoración quística renitente, con contenido líquido color amarillo intenso, pobremente vascularizada; se reseca la cápsula, para lo cual se punciona primero y se obtiene parcialmente el contenido de dicha tumoración, el resto invade el campo quirúrgico; se absorbe mediante aspirador, se recolecta para estudio; se deja el quiasma óptico liberado, y por lo tanto, la compresión en su parte anterior para la hipófisis. El acto quirúrgico fue bien tolerado, no se presentaron complicaciones transoperatorias, sangrado 300 mL; pasa a recuperación reactivo, despierto, para manejo postoperatorio inmediato. *Nota postanestésica:* sin complicaciones, pasa paciente a recuperación, consciente, signos vitales en parámetros normales.

2 de mayo de 2006, 16:40 horas. *Indicaciones, Neurocirugía:* 1) Ayuno. 2) Ofrecer dieta blanda por la mañana. 3) Líquidos, dependiendo de diuresis: 1000 mL de solución mixta para ocho horas, 1000 mL de solución Hartmann, más una ampula de cloruro de potasio para 12 horas. 4) Cefotaxima 1 g intravenoso cada 12 horas. 5) Metamizol ampula intravenosa lentamente. 6) Fosfato sódico de dexametasona 8 mg intravenosos 7 y 24 horas. 7) Posición semifowler. 8) Medir diuresis cada hora.

3 de mayo de 2006, 7:00 horas. *Neurocirugía:* Pasó mala noche, muy inquieto por polidipsia; estuvo ingiriendo importante cantidad de líquido (Gatorade). Su familia compró una caja de 20 botellas, con ello compensa la diuresis.

13:30 horas. *Neurocirugía:* Consciente, orientado, pupilas isocóricas, buena respuesta a estímulos luminosos, acepta satisfactoriamente el desayuno; continúa con poliuria y polidipsia. Se retira venoclisis y sonda Foley, se efectúa curación de herida quirúrgica, la cual está limpia, se retira Penrose. Alta por mejoría. Indicaciones: dieta a tolerancia con abundante líquido; cefalexina 500 mg tomar una tableta 7-14-22 horas, terminar la caja y suspender; metamizol, tomar una tableta 8 y 20 horas; carbamacepina 200 mg tomar una tableta 8 y 20 horas; caminar lo que tolere sin cansarse. Cita para retirar suturas el 10 de mayo de 2006.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina 14.2 g/dL, hematócrito 43%, leucocitos 15,650/mm³, glucosa 100 mg/dL, urea 19 mg/dL, creatinina 1.5 mg/dL, sodio 144 mEq/L, potasio 4.3 mEq/L, cloruro 104.8 mEq/L.

Resultados, Anatomía patológica: Pieza enviada: quiste supraselar. Se reciben 3.2 mL de líquido de aspecto hemático. Diagnóstico: negativo para células neoplásicas, compatible con quiste de silla turca. Estos pueden ser mucocelo, quiste de conducto de Rathke y pseudoquiste de la pituitaria.

15 de mayo de 2006.

Receta médica: Prednisona 5 mg el primer día; media tableta por la noche (sábado, domingo y lunes); media tableta en el día y media en la noche (martes, miércoles y jueves); media al día (sábado y domingo). Bromazepam 3 mg, tomar medio comprimido 8 y 20 horas, por cinco días (lunes a viernes).

1º de junio de 2006: Clorhidrato de norfenefrina 20 gotas en vaso con agua a las 8 y 20 horas diariamente.

20 de junio de 2006.

Receta médica: Prednisona 5 mg tomar media tableta en la mañana y una en la noche lunes, martes y miér-

coles; una tableta jueves y viernes; media tableta sábado y domingo.

1º de Julio de 2006.

Tomografía computarizada de cráneo: Cambios óseos en relación a craneotomía frontal derecha con imagen tumoral en región supraselar con calcificaciones centrales de 4 x 3 x 3 cm, edema perilesional e importante compromiso hacia el quiasma óptico.

De la queja se desprende que el paciente fue atendido en fechas posteriores en hospital público, donde se informó que el tumor no había sido resecado. El 15 de agosto de 2006, fue reintervenido quirúrgicamente y falleció 17 de marzo de 2007, siendo las causas de la muerte plasmadas en el certificado de defunción: insuficiencia renal aguda, estado hiperosmolar, neuroinfección y panhipopituitarismo. No se cuenta con el expediente clínico del hospital público.

Análisis del Caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las precisiones que se presentan a continuación.

Atendiendo a la literatura especializada, los craneofaringiomas son tumores benignos, de crecimiento lento, localizados entre la región selar y paraselar del sistema nervioso central, los cuales constituyen 1 a 5% de todos los tumores intracraneales.

Este tipo de tumores, se caracteriza por producir sintomatología hipotalámica, predominantemente neuroendocrina como diabetes insípida, retraso en el crecimiento, panhipopituitarismo, entre otras. Pueden ocasionar alteraciones visuales debido a compresión del quiasma óptico; asimismo, pueden ocasionar compresión de nervios craneales, siendo frecuente la protrusión del piso del tercer ventrículo y base del cerebro.

Los craneofaringiomas tienen diámetro promedio de 3 a 4 cm, pueden ser encapsulados y sólidos, pero co-

múnmente son quísticos y algunas veces multiloculados.

El diagnóstico radiológico, fundamentalmente se basa en tres componentes del tumor (quístico, sólido, calcificado) y el diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histopatológico.

El diagnóstico diferencial debe incluir principalmente: otros tumores de la región (adenoma hipofisario), procesos infecciosos o inflamatorios (granuloma eosinófilo), malformaciones vasculares (aneurismas) y anomalías congénitas (quistes de la bolsa de Rathke).

El tratamiento puede ser resección total, cuando no existe invasión hipotalámica, o bien, resección subtotal con radioterapia postoperatoria.

Atendiendo a la literatura de la especialidad, la resección quirúrgica depende de una serie de características, entre ellas: tamaño, consistencia (quística, sólida o mixta), localización y extensión, así como la relación con estructuras nerviosas o vasculares de la región anatómica involucrada (vía óptica, hipotálamo, mesencéfalo, corteza cerebral, arterias carótidas y sus ramas, situación respecto de las meninges, etc.).

Las alteraciones endocrinas habitualmente son permanentes; por ello, el balance de líquidos debe ser estrechamente monitorizado, al igual que la osmolaridad sérica, la densidad urinaria, los electrolitos séricos y urinarios, debiéndose realizar reposición de líquidos vía endovenosa, así como terapia sustitutiva, la cual puede efectuarse mediante hormona antidiurética o desmopresina vía transnasal.

La gravedad de la diabetes insípida, depende de las alteraciones hipotálamo-neurohipófisis. La depleción de volumen y la hiperosmolalidad, pueden ocasionar síntomas neurológicos que incluyen irritabilidad, letargia, confusión e incluso coma.

De igual forma, posterior a la cirugía, debe evaluarse la función visual mediante seguimiento cam-

pimétrico y de la agudeza visual. Por lo anterior, se debe realizar historia clínica, examen neurológico y neuro-oftalmológico completo, pre y postoperatorio, tomografía computada de cráneo o resonancia magnética nuclear de encéfalo.

En el presente caso, el paciente consultó al facultativo demandado por presentar cefalea, trastornos visuales, astenia y adinamia. En la historia clínica del 2 de mayo de 2006, se reporta que en marzo de ese año, el demandado valoró al enfermo diagnosticando tumoración quística supraselar (probable craneofaringioma) y diabetes insípida de origen central. La tomografía de cráneo mostró tumor quístico supraselar de 3 x 3 x 3 cm. Por lo anterior, se programó intervención quirúrgica con carácter de urgencia.

En ese sentido, se observan elementos de mala práctica, atribuibles al facultativo demandado, pues si bien es cierto que indicó exámenes de laboratorio preoperatorios, también es cierto, que no realizó la debida planeación de la cirugía a fin de intervenir al paciente con seguridad razonable.

Por lo que se refiere al carácter de urgencia, manifestado por el demandado en la historia clínica, es menester señalar que el tratamiento de la diabetes insípida no es quirúrgico sino médico, para ello puede emplearse hormona antidiurética o su análogo desmopresina, además de la corrección del déficit de líquidos que acompaña a esta alteración y estrecho monitoreo del sodio sérico. Por ello, la realización de la cirugía en forma urgente, no estaba sustentada para resolver la diabetes insípida.

De igual forma, el demandado incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento relacionadas con dicha entidad (diabetes insípida); no efectuó el debido monitoreo, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, por cuanto a este padecimiento se refiere, incurriendo

así en *mal praxis*, por negligencia. En relación a los trastornos visuales referidos por el demandado para justificar la urgencia quirúrgica, es necesario señalar que la evaluación del paciente fue insuficiente, pues no se aportaron probanzas que acreditaran el cumplimiento de las obligaciones de diligencia por parte del facultativo demandado.

Por el contrario, quedó demostrado que el demandado no realizó campimetría, ni determinación de agudeza visual en el preoperatorio del enfermo que sustentaran la urgencia quirúrgica.

Cabe mencionar, que el déficit visual en este tipo de pacientes, se debe a compresión crónica y progresiva del quiasma óptico; por ello el facultativo demandado, de manera previa al evento quirúrgico y después del mismo, debió solicitar interconsulta para valoración por oftalmólogo. A mayor abundamiento, la única indicación de cirugía de urgencia para descomprimir el quiasma óptico por compresión aguda, es la apoplejía hipofisaria, la cual no quedó demostrada en el presente caso.

Por lo antes expuesto, quedó demostrado que el demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, al no estudiar suficientemente al enfermo antes de intervenirlo quirúrgicamente.

En ese sentido, si bien es cierto que el tratamiento quirúrgico para el craneofaringioma estaba indicado, también es cierto, que su realización de forma urgente, no quedó debidamente sustentada. Es decir, no se aportaron elementos de convicción, para acreditar la urgencia quirúrgica.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente el 2 de mayo de 2006. En efecto, la hoja quirúrgica, refiere que la operación realizada fue craneotomía fronto-temporal derecha, para escisión de tumoración quística supraselar.

Ahora bien, las constancias aportadas en el expediente, demostraron que la cirugía efectuada por el de-



mandado fue insuficiente, pues sólo abordó la porción quística del tumor mediante punción, aspirando líquido y no extirpó la tumoración y no lo informó pudiendo considerarse esta acción como un fraude.

En esos términos, tanto el estudio por parte del laboratorio de Anatomía Patológica que reportó 3.2 mL de líquido, como la tomografía computarizada de cráneo de julio de 2006, son concluyentes para demostrar que la cirugía del demandado no modificó significativamente el tumor que presentaba el enfermo. Esto es un elemento más, para tener por cierta su negligencia.

Es menester señalar, que durante el postoperatorio, la atención del facultativo demandado no se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada, pues no realizó el seguimiento que el caso ameritaba. Fue demostrado, que incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento de la diabetes insípida, egresando al

paciente de manera prematura (al día siguiente de la intervención quirúrgica). Asimismo, no indicó estudio de neuroimagen para control postoperatorio y no refirió al enfermo para valoración de tratamiento mediante radioterapia.

La evolución ulterior fue desfavorable, el paciente fue atendido en Hospital Público y falleció debido a insuficiencia renal aguda, neuroinfección, estado hiperosmolar, neuroinfección y panhipopituitarismo.

Apreciaciones finales

- a) El facultativo demandado, brindó la atención sin ajustarse a lo establecido por la *lex artis* especializada, incumpliendo así las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.
- b) Se desconoce si tenía acreditada la especialidad y si estaba certificado por el Consejo de Neurocirugía.

- c) No existió relación entre la mal *praxis* y el deceso del paciente, pues este último fue a consecuencia de la historia natural de la enfermedad.

Referencias

1. Kumar: Robbins and Cotran: Pathologic basis of disease. Hypothalamic suprasellar tumors. Saunders. 7th ed. 2005. p. 1164-5, versión electrónica.
2. Villarejo F, Martínez-Lage JF. Neurocirugía. Madrid: Ediciones Ergon; 2001. p. 287-94.
3. Diaz Day J. Surgical approaches to suprasellar and parasellar tumors. Neurosurg Clin North Am. 2003; 14: 109-22.
4. Isaac MA, Hahn SS, Kim JA, Bogart JA, Chung, CT. Management of craniopharyngioma. Cancer J. 2001; 7: 516-20.
5. Singer PA, Sevilla LJ. Postoperative endocrine management of pituitary tumors. Neurosurg Clin North Am. 2003; 14: 123-38.
6. Quiros PA. Neuroophthalmologic emergencies. Section 5, Chapter 207, Neuroophthalmology, part II. Yanoff Ophthalmology, 2^o edition, 2004. Mosby. Versión electrónica.
7. Myers Adler S, Verbalis JG. Disorders of body water homeostasis in critical illness. Endocrinol Metab Clin North Am. 2006; 35: 873-94.



Diplomado Enfermería Pericial

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ■ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

SECRETARÍA DE SALUD ■ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
DIRECCIÓN GENERAL DE DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN

Tienen el honor de invitarlos a participar en el Diplomado de Enfermería Pericial

Inicio 9 de Enero de 2009.

Dirigido a Licenciados en Enfermería y Obstetricia

Informes e Inscripciones

Comisión Nacional de Arbitraje Médico ■ Dirección General de Difusión e Investigación.

Mitla 250, Esquina Eje 5 Sur Eugenia, Piso 8.
Col. Vértiz Narvarte. Deleg. Benito Juárez ■ CP 03020 México DF.

www.conamed.gob.mx ■ acordova@conamed.gob.mx ■ 54207117

SALUD
SECRETARÍA
DE SALUD

