

Caso CONAMED

CONAMED Case

Síntesis de la Queja

Los familiares de la paciente presentaron inconformidad en contra del personal médico manifestando que no diagnosticaron la enfermedad y retardaron el tratamiento, lo que originó su deceso.

Resumen clínico

6 de junio de 2002, Oncología consulta externa, primer hospital: Femenino de 26 años de edad, acude por aumento de volumen en mama derecha, progresivo, de un mes de evolución, sin dolor ni secreciones. Otro facultativo tomó biopsia incisional el mes pasado, reportándose adenosis esclerosante. Exploración física: masa que abarca toda la glándula mamaria derecha, dura, móvil, no dolorosa, sin adenomegalias; mama izquierda pequeña, sin alteraciones. Ultrasonido mamario y mastografía muestran mayor densidad. Plan: mastectomía total derecha, biopsia transoperatoria, disección de axila derecha y colocación de prótesis. Se solicitan estudios preoperatorios y valoración por cirugía reconstructiva.

7 de junio de 2002, Cirugía plástica, estética y reconstructiva: Programada para mastectomía subcutánea. Exploración física: tumor en mama derecha de 9 centímetros de diámetro que ocasiona asimetría mamaria. Se sugiere colocación de implante de gel de silicón submuscular. Preoperatorios en parámetros normales.

9 de junio de 2002, Nota operatoria: Diagnóstico preoperatorio: tumor mamario derecho. Diagnóstico postoperatorio: tumor Phyllodes de mama derecha. Estudio transoperatorio diferido. Cirugía realizada: mastectomía

subcutánea derecha, disección baja de axila derecha, colocación de implante mamario submuscular derecho. Indicaciones: Ayuno, vendaje, soluciones parenterales y analgésico.

10 de junio de 2002, Nota de evolución: Signos vitales estables, iniciar dieta blanda, retirar soluciones y medicamentos intravenosos; analgésico oral, prealta.

11 de junio de 2002, Nota de egreso: Evolución satisfactoria, asintomática.

14 de junio de 2002, Reporte de estudio histopatológico: a) Imagen extrema de adenosis esclerosante, no se descarta carcinoma. b) Fibrosis inespecífica. c) Tejido fibroadiposo inespecífico. Diagnóstico: Tejido mamario con acentuado cambio proliferativo, epitelial y estromal, posible adenosis esclerosante. Se informó en el acto quirúrgico posible tumor Phyllodes sin clasificar grado y sin descartarse carcinoma.

15 de junio de 2002, Cirugía plástica, estética y reconstructiva: Evolución satisfactoria, dolor en área quirúrgica, edema moderado, sin datos de sangrado activo ni hematomas, herida quirúrgica sin datos de infección. Se retiran puntos parciales de sutura, continúa con antibióticos, analgésicos, vendaje y reposo. Cita en una semana.

19 de junio de 2002, Oncología, consulta externa. Se solicita revisión de laminillas.

20 de junio de 2002, Reporte de estudio histopatológico: Descripción microscópica.- Tejido mamario en el cual se aprecian extensas áreas de adenosis esclerosante, focos de hiperplasia florida, en algunas áreas hiperplasia atípica focal del epitelio ductal. Diagnóstico: adenosis esclerosante; adenosis florida; hiperplasia atípica focal del epitelio ductal.

22 de junio de 2002, Cirugía plástica, estética y reconstructiva: Disminución del edema, implante sin alteraciones. Refiere que la prótesis está más grande, se explica que se debe al edema, pues el implante descenderá para tomar forma natural. Se retiran puntos totales de sutura, se cita a revisión en un mes.

25 de junio de 2002, Reporte de estudio histopatológico: Descripción microscópica.- Tejido mamario en el cual se aprecia extensas áreas de adenosis esclerosante, focos de hiperplasia florida, en algunas áreas hiperplasia atípica focal del epitelio ductal. Diagnóstico: adenosis esclerosante; adenosis florida; hiperplasia atípica focal del epitelio ductal.

Reporte de revisión de laminillas: Descripción microscópica.- Proliferación de células mioepiteliales marcada fibrosis, patrón pseudo infiltrativo y focos de hiperplasia severa del epitelio de los conductos, no pueden determinarse los márgenes quirúrgicos. Diagnóstico.- Alteraciones compatibles con adenosis esclerosante e hiperplasia severa del epitelio ductal.

26 de junio de 2002, Oncología consulta externa: Cicatriz en vías de consolidación, buen estado general. La revisión de laminillas reporta alteraciones compatibles con adenosis esclerosante e hiperplasia severa del epitelio ductal con foco de hiperplasia atípica.

3 de julio de 2002: Asintomática, evolución satisfactoria, cierta asimetría mamaria, mama izquierda pequeña.

20 de julio de 2002, Cirugía plástica, estética y reconstructiva: Implante suave al tacto, consistencia normal, movilización del brazo derecho en parámetros normales. Se indican ejercicios y masajes sobre el implante, así como cuidados generales. Valoración cada seis meses.

3 de agosto de 2002, oncología, consulta externa: No asistió a la cita.

17 de agosto de 2002: Asintomática, se palpa zona de induración periareolar en mama derecha; sin adenomegalias, signos vitales estables. Se indica antiinflamatorio.

31 de agosto de 2002, Oncología, consulta externa: No asistió a su cita.

27 de septiembre de 2002, Oncología, consulta externa: Enrojecimiento en mama derecha, se palpa zona nodular que involucra complejo areola-pezones y se extiende hacia línea media, paraesternal derecha. Sin adenomegalias, prótesis en parámetros normales. Se explica a la paciente y familiares que requiere nueva cirugía, pues presenta recurrencia tumoral. Se solicita resonancia magnética de tórax.

4 de octubre de 2002, Cirugía plástica, estética y reconstructiva: Nódulos a nivel de cicatriz quirúrgica. Exploración física: tumoración dura, no dolorosa, bordes indefinidos, involucra complejo areola-pezones, el cual está fijo y retraído, la tumoración infiltra tejido de la parte central, cuadrante inferointerno y cuadrante superointerno de la mama, llegando hasta la línea esternal media. Implante debajo de la tumoración, rechazado hacia arriba. No adenomegalias axilares. Se trata de recidiva del tumor, se indica acudir a oncología.

5 de octubre, 2002, Oncología: Se solicita tomografía.

9 de octubre de 2002, Reporte de tomografía computada de tórax: Datos compatibles con mastectomía derecha y prótesis. Cambios cicatrizales fibróticos en porción anterior, cerca de línea media paraesternal derecha, podría asociarse a cambios postquirúrgicos vs recidiva. Sin datos de crecimiento ganglionar mediastinal; ganglios axilares derechos; quiste mamario izquierdo.

(sin fecha) Oncología: Se solicitan preoperatorios, pues es necesaria nueva cirugía.

10 de octubre de 2002, Oncólogo particular: Ocho meses de evolución con aumento de volumen rápidamente progresivo de mama derecha. Realizaron varias biopsias y mastectomía subcutánea con colocación de prótesis; evolución tórpida con área paraesternal multinodular y pétérea, fija a plano profundo, desplazamiento de la prótesis hacia axila por presencia de masa. Se envían reportes de patología, bloques de parafina y laminillas para su estudio.

13 de octubre de 2002, Reporte de estudio histopatológico realizado en medio particular: Diagnóstico.- Carcinoma lobular infiltrante de células grandes (tipo B) con áreas de variante histiocitoide. Márgenes quirúrgicos y tamaño del tumor no evaluable. Las biopsias examinadas presentan carcinoma infiltrante de células grandes variante lobular. Azul alciano positivo en forma multifocal en células neoplásicas.

Resumen clínico del segundo hospital: Asistió por primera vez el 19 de octubre de 2002, con múltiples nódulos sobre prótesis en mama derecha, duros, irregulares, levemente dolorosos, eritema del 50% de la piel de mama. La prótesis evidentemente asimétrica, pues no correspondía al volumen mamario original, ni era estéticamente aceptable. La impresión diagnóstica fue cáncer de mama derecha no clasificable, probable N3 por actividad en cadena mamaria interna. Se solicitó valoración inmediata para tratamiento adyuvante. Se propuso radioterapia posterior a quimioterapia. El resultado de revisión de laminillas fue carcinoma lobulillar infiltrante tipo clásico moderadamente diferenciado (grado II histológico) con permeación linfática sin necrosis, receptores estrogénicos positivos en 80% del tejido neoplásico. Receptores de progesterona y C-ERB-2 negativos. Bordes de sección quirúrgica no valorables. Sin cortes de ganglios linfáticos. Recibió quimioterapia de cuatro ciclos, posteriormente radioterapia; se realizó retiro de prótesis, luego recibió cuatro ciclos de quimioterapia. Continuó hormonoterapia (Tamoxifeno). El 1° de octubre de 2003 presentó vértigo, náusea y vómito, ingresando al hospital; se realizó tomografía, identificándose metástasis cerebral en región periventricular izquierda con edema perilesional en contigüidad con el asta occipital izquierda. Fue valorada por neurocirugía estimándose que dada la localización, no era candidata a resección

total por riesgo de déficit neurológico importante, motivo por el cual se inició radioterapia; sin embargo, debido a deterioro neurológico y del estado general, sólo pudo ser tratada con medidas antiedema, sin respuesta alguna, fue valorada por clínica del dolor y medicina interna, continuando con deterioro neurológico, sin respuesta al manejo médico, falleciendo.

Análisis del Caso

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

Atendiendo a la literatura especializada, el cáncer mamario es la segunda neoplasia más frecuente en la mujer mexicana y ocupa la segunda causa de muerte por cáncer. Su frecuencia se ha incrementado en los últimos años, sobre todo en el grupo de mujeres menores de 65 años, siendo la edad promedio de presentación 52 años. La bibliografía reporta algunos factores de riesgo para padecer la enfermedad, entre ellos: herencia, nuliparidad, primiparidad tardía, historia menstrual prolongada, uso de radiación ionizante, terapia hormonal de reemplazo a dosis alta y por tiempo largo, sin embargo, sólo un bajo porcentaje de mujeres que desarrollan la enfermedad los presentan.

Dentro de las manifestaciones clínicas es fundamental la presencia de tumoración en glándula mamaria, la cual generalmente es detectada por la paciente, otros síntomas menos frecuentes son: salida de secreción sanguiinolenta a través del pezón y adenopatía axilar ipsilateral. No todos los cánceres de mama tienen la misma historia natural, pues existen algunos, sobre todo en la mujer joven, en donde son tumores indiferenciados que por lo general carecen de receptores hormonales de estrógenos y progesterona en las células cancerosas y pueden ser tumores más agresivos.

Ante la sospecha clínica de la enfermedad, la exploración física realizada en forma minuciosa, puede aportar datos relevantes, así mismo, el examen

clínico debe complementarse con estudios de imagen, entre ellos: mastografía y ultrasonografía mamaria. Es importante antes de cualquier procedimiento terapéutico etapificar la enfermedad conforme a la clasificación TNM (tumor, ganglios linfáticos regionales, metástasis distantes) de la AJCC (American Joint Committee on Cancer) y tener documentado el diagnóstico con estudios cito e histopatológicos, pues el tratamiento debe instituirse atendiendo a la etapa clínica y al estado de salud general de la paciente.

Los tratamientos que deben emplearse para su manejo son en general de dos tipos: los que buscan controlar la enfermedad, y aquellos que sólo ayudan a sobrellevar el padecimiento, estos segundos son considerados paliativos.

En el presente caso, la paciente asistió a consulta por aumento de volumen en mama derecha; oncología propuso mastectomía total derecha. En efecto, la nota médica del 6 de junio de 2002, señala que la masa abarcaba toda la mama, era dura, no dolorosa, no fija y sin retracciones en piel o pezón, ni adenomegalias. Así mismo, dicha nota señala que otro facultativo efectuó biopsia incisional reportándose adenosis esclerosante, así como realización de ultrasonido mamario y mastografía, los cuales sólo mostraban mayor densidad. Por lo anterior, se informó a la paciente la necesidad de realizar mastectomía total derecha, solicitando estudios preoperatorios e interconsulta a cirugía plástica para colocación de prótesis.

En ese sentido, el personal de oncología incurrió en mala práctica al incumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues decidió efectuar el procedimiento terapéutico sin antes confirmar la naturaleza (benigna o maligna) del tumor; es decir, la paciente presentaba tumor que sustituía la mama derecha, de consistencia dura, según lo señala la nota, así como resultado de biopsia realizada por otro facultativo, reportada como mastopatía fibroquística y adenosis

esclerosante. Por ello, era necesario que antes de plantear el tratamiento, se confirmara el tipo de patología que presentaba la enferma, teniendo en cuenta las características clínicas del tumor y que la primera biopsia no fue realizada por oncólogo, siendo indispensable establecer el diagnóstico, y en su caso, etapificar la enfermedad, antes de efectuar cualquier procedimiento terapéutico.

Pese a lo anterior, el personal de oncología se concretó a efectuar mastectomía subcutánea derecha, sin haber realizado antes de ello, procedimiento alguno para establecer el diagnóstico e indicar el tratamiento correspondiente. Cabe mencionar, que ante la duda clínica, es aceptado realizar nueva biopsia. En este caso, no se efectuó biopsia confirmatoria, ni se indicó revisión de laminillas de la biopsia efectuada por otro facultativo, de manera previa a la cirugía, situación que era indispensable para establecer el tipo de tratamiento que el caso ameritaba. Esto es un elemento de mala práctica, pues el personal de oncología incumplió con sus obligaciones de diligencia en el diagnóstico y tratamiento de la paciente.

A mayor abundamiento, todo indica que el tumor que presentaba la enferma, de manera previa a la cirugía correspondía a etapa clínica IIB como etapa mínima, siendo evidente que no se estudió suficientemente a la paciente para brindar el tratamiento que el caso ameritaba, pues se intervino quirúrgicamente, como si se tratara de proceso tumoral benigno, realizando mastectomía subcutánea con colocación de prótesis para sustituir volumen.

Atendiendo a la nota operatoria del 9 de junio de 2002, durante la mastectomía el estudio transoperatorio fue diferido, y pese a ello, continuaron la cirugía. Así mismo, según demostró el reporte de estudio histopatológico del 14 de junio de 2002, se informó durante el acto quirúrgico la posibilidad de tumor Phyllodes sin clasificar grado y sin descartar carcinoma. Lo anterior, es un elemento más para tener por

cierta la mal *praxis*, pues ante el diferimiento del estudio histopatológico transoperatorio y la posibilidad diagnóstica mencionada, se debió suspender la cirugía para esperar el reporte histopatológico definitivo y estar en condiciones de establecer el plan de tratamiento que el caso ameritaba, pues no se descartaba cáncer; empero, se continuó la intervención quirúrgica, efectuándose mastectomía subcutánea derecha, disección baja de axila y colocación de implante mamario submuscular derecho.

En el mismo sentido, el citado reporte de estudio histopatológico, es concluyente para demostrar que la proliferación del epitelio atípico se extendía hasta los bordes de resección, lo cual indica que durante la intervención quirúrgica no se cercioraron que los márgenes quirúrgicos estuvieran libres de tumor. De igual manera, los reportes del 25 de junio y 13 de octubre de 2002, aportan elementos para sustentar tal hecho.

Por cuanto hace a la prótesis mamaria colocada a la paciente durante la cirugía, quedó demostrado que era de mayor tamaño en relación a la mama izquierda, según la información aportada por el segundo hospital, pues entre otras cosas, el resumen de dicho nosocomio señala que la prótesis evidentemente era asimétrica, no correspondía al volumen mamario original y no era estéticamente aceptable. Más aún, la nota del 3 de julio de 2002, elaborada por el personal demandado, confirma que existía asimetría mamaria. En esos términos, quedó demostrada la mala práctica, por cuanto a este rubro se refiere, pues indebidamente colocaron prótesis mamaria, dada la falta de precisión diagnóstica y el diferimiento del estudio histopatológico transoperatorio, además que la prótesis ni siquiera se ajustaba a los requerimientos de la paciente.

La nota de evolución del 19 de junio de 2002, señala que se solicitó revisión de laminillas; sin embargo, los estudios histopatológicos realizados no modificaron sustancialmente el citado diag-

nóstico; el reporte del 20 de junio de 2002, señala como diagnóstico adenosis esclerosante, adenosis florida e hiperplasia atípica focal del epitelio ductal. De igual forma, el reporte del 25 de junio de 2002, establece este diagnóstico. Por su parte, el reporte de revisión de laminillas del 25 de junio de 2002, establece como diagnóstico: alteraciones compatibles con adenosis esclerosante e hiperplasia severa del epitelio ductal.

Así las cosas, la paciente asistió a consulta el 26 de junio de 2002, la nota de evolución señala que presentaba cicatriz en vías de consolidación, buen estado general y que la revisión de laminillas reportó alteraciones compatibles con adenosis esclerosante e hiperplasia severa del epitelio ductal con foco de hiperplasia atípica. De igual forma, la nota de evolución del 17 de agosto de 2002, reporta que la paciente estaba asintomática, palpándose zona de induración periareolar en mama derecha; sin adenomegalias. En esos términos, los facultativos demandados nuevamente incumplieron con sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues se concretaron a indicar antiinflamatorio, sin buscar la causa de la patología que presentaba la paciente.

En la consulta del 27 de septiembre de 2002, la paciente presentaba infiltración de piel; en efecto, la nota reportó enrojecimiento y nódulos a nivel de la cicatriz, estimando los demandados que se trataba de recurrencia tumoral, la cual debía ser tratada mediante cirugía. Luego entonces, es evidente que nunca refirieron la necesidad de efectuar biopsia de los nódulos o de la piel para confirmar que se trataba del proceso descrito, sin embargo se estimó que la paciente presentaba recurrencia tumoral; es decir, datos de proceso maligno. Lo anterior, confirma la mala práctica, pues con tal aseveración en las notas médicas, se reconoce que el proceso original que presentaba la paciente era maligno. Así las cosas, fue necesario que la paciente

consultara otro facultativo, quien envió reportes de patología, bloques de parafina y laminillas para su estudio, lo cual estaba plenamente justificado ante el cuadro clínico de la paciente. Tal actuación permitió establecer el diagnóstico de carcinoma lobular infiltrante, según lo demostró el reporte de estudio histopatológico del 13 de octubre de 2002, el cual es concluyente al señalar que la paciente presentaba carcinoma lobular infiltrante. Cabe mencionar, que el citado reporte, señala que las biopsias examinadas presentaban carcinoma infiltrante de células grandes variante lobular.

El citado estudio, aunado a las laminillas aportadas para el estudio del caso, demostraron la mala práctica en que incurrieron los demandados, pues la enferma presentaba cáncer mamario desde el inicio de su atención, el cual no fue debidamente diagnosticado. Abundando sobre este rubro, si bien es cierto que existió dificultad diagnóstica, también es cierto que ante la duda, los demandados debieron tomar las medidas necesarias para cerciorarse del mismo, situación que omitieron. Contrariamente del estudio del caso se desprende, que pese a que el reporte del 14 de junio de 2002 establece que no se descartaba carcinoma y que el reporte del 25 de junio de 2002 reportó hiperplasia atípica, no se insistió en la precisión diagnóstica, máxime que la evolución de la paciente hacía sospechar malignidad.

Dicho en otros términos, desde el estudio histopatológico inicial no se integró debidamente el diagnóstico; se difirió el estudio histopatológico transoperatorio y en el reporte del 14 de junio de 2002, se estableció que no se descartaba carcinoma, empero, no realizaron procedimiento alguno para buscar mayor precisión diagnóstica. Por su parte, en la revisión de laminillas del 25 de junio de 2002, tampoco se integró debidamente el diagnóstico y pese a que se reportó hiperplasia atípica, tampoco se buscó mayor precisión diagnóstica, esto a pesar de que la evolución de la paciente no era satisfactoria.

Después de la confirmación del diagnóstico por los facultativos que atendieron a la paciente de manera subsecuente, en el segundo hospital se valoró a la enferma estableciendo que se trataba de carcinoma lobulillar infiltrante de mama derecha etapa mínima IIIB, N3, M0, por ello fue manejada con quimioterapia y radioterapia, efectuándose retiro de prótesis; sin embargo, pese al tratamiento establecido presentó metástasis cerebral en región periventricular izquierda, estimándose que debido a la localización no era candidata a tratamiento quirúrgico por riesgo de déficit neurológico

importante, por ello fue tratada mediante radioterapia, empero, presentó deterioro del estado neurológico, así como del estado general, sin respuesta al manejo médico, ocurriendo su fallecimiento.

Apreciaciones Finales

- El personal demandado incumplió con sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues la paciente presentaba carcinoma desde el inicio de su atención.
- Existió mala práctica a cargo de los facultativos demandados, sin

embargo, la defunción de la paciente se debió al cáncer mamario que presentaba.

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

Agradecimiento

A la Dra. Maria del Carmen Dubon Peniche, de la Dirección General de Arbitraje por la elaboración del presente análisis.

- Winchester DP. *Cáncer mamario en mujeres jóvenes. Clin Quirur NA 1996; 2:275-283. Mc Graw-Hill Ed Interamericana.*
- Rodríguez-Cuevas S. Macías M CG, Labastida AS. *Cáncer de mama en México ¿Enfermedad de mujeres jóvenes? Gin Obstet Méx 2000; 68: 185-190.*
- Rodríguez Cuevas S. Macías M CG, Labastida AS. *Breast Cancer in mexican women a decade before Woman in the USA or European countries. Cancer 2001; 91 (4): 863-868.*
- American College of Radiology (ACR) *Breast Imaging Reporting and data system (BI-RADS STM) 3a. ed Reston (VA); ACR 1998.*
- Venta A L. *Mamografía Intervención e Imagen. Capítulo 4. Tumores Infiltrantes p 81-84 Lippincott Williams & Willkins: Philadelphia, 2000.*
- *AJCC Cancer Staging Manual 6a ed. American Committee on Cancer. Spring 2002.*
- Bland KI, Copeland EM. *La mama. Tomo 2, capítulo 94. Panamericana: México: 2000. P:1609-1652.*
- Simpson J, Wilkins EJ. *Anatomía patológica de los tumores mamarios. En: Bland KI, Copeland EM. La mama. Tomo 2, capítulo 13. Panamericana: México, 2000. p: 292-293.*
- Rosen PP, Oberman HA. *Tumors of the mammary gland. Armed Forces Institute of Pathology: Bethesda Maryland, 1993.*
- Tavassoli F. *Pathology of the Breast. Second Edition. Mc Graw Hill: Hong Kong, 1992.*