

Caso CONAMED

CONAMED Case

Dra. María del Carmen Dubón Peniche¹

Síntesis de la Queja.

El médico demandado efectuó estudios de Papanicolaou a la paciente, el cual reportó virus del papiloma humano, informándole que se trataba de cáncer cérvico-uterino. La paciente solicitó una segunda opinión, durante la cual el Papanicolaou fue negativo al virus; sin embargo, el médico demandado insistió en que debía operarse y realizó histerectomía.

Resumen clínico.

Paciente de género femenino, 47 años de edad, con antecedentes de gesta 1, cesárea 1 hace más de 20 años, menopausia a los 37 años, con terapia hormonal de reemplazo desde 1995. Con diagnóstico de miomatosis uterina sintomática por sangrado uterino disfuncional desde 1993, sin tratamiento. Sin otros antecedentes relevantes. Acudió a cita de control, cuya asistencia había sido bastante irregular, se realizó citología cervico-vaginal, la cual reportó neoplasia intraepitelial cervical (NIC) leve grado I, causada por infección por virus de papiloma humano (IVPH). El médico explicó a la paciente que la IVPH puede ser precursora de cáncer cérvico-uterino y propuso tratamien-

to con ácido acético, criofulguración o manejo definitivo mediante histerectomía, dado el antecedente de miomatosis uterina. La paciente solicitó una segunda opinión; el segundo médico repitió la citología cervico-vaginal, que sólo reportó inflamación inespecífica grado II y el estudio de DNA viral para papiloma resultó negativo a IVPH, un nuevo ultrasonido reportó miomas de pequeños elementos (menores a 2 cm). La paciente regresó con el primer médico y se realizó la histerectomía, sin complicaciones. En el reporte histopatológico de la pieza operatoria no se encontraron datos que sustentaran la indicación de la cirugía, por lo cual, la paciente presentó una inconformidad ante esta Comisión.

Cronología.

- 24 de marzo de 2005. Reporte de citología cervico-vaginal: *Paciente de 47 años de edad. Alteraciones inflamatorias leves inespecíficas.*
- 19 de enero de 2007. Reporte de citología cervico-vaginal: *Lesión intraepitelial de bajo grado (IVPH). Diagnóstico: infección por virus del papiloma humano sin atipias; inflamación leve. Valorar seguimiento.*

- 2 de febrero de 2007. Reporte de citología cervico-vaginal: Diagnóstico: Acentuadas alteraciones inflamatorias.
- 4 de febrero de 2007. Reporte de ultrasonido transvaginal: Útero de ecogenicidad heterogénea, dimensiones 6.4X3.2X3.7 centímetros, endometrio ecogénico y lineal, hacia el fondo uterino imagen bien delimitada de contenido heterogéneo con diámetro máximo de dos centímetros, otras de similares características hacia la porción anterior, de 1.2 centímetros, en relación a miomas. Ambos ovarios de forma, tamaño y ecogenicidad conservada. Diagnóstico: dos miomas intramurales.
- 4 de abril de 2007. Reporte de detección AG. Viral: Papiloma virus humano no detectado.
- 5 de abril de 2007, Reporte de citología cervico-vaginal: Diagnóstico: Negativo a células neoplásicas, citología cervico-vaginal dentro de límites normales.
- 8 de abril de 2007. Nota quirúrgica: Operación programada: histerectomía total abdominal. Diagnóstico preoperatorio: infección por virus del papiloma humano, miomatosis uterina. Diagnóstico postoperatorio: el mismo. Técnica.

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



ca: se localiza útero, el cual mide 8 centímetros aproximadamente, presenta miomas, se ligan y cortan los ligamentos redondos, útero-sacro, ligadura de trompas de Falopio, se extirpa la pieza quirúrgica y se cierra cúpula, sin complicaciones; ovarios atróficos.

- 8 de abril de 2007, 21:00 horas. Refiere poco dolor.
- 9 de abril de 2007. Signos vitales en parámetros normales, inicia vía oral, abdomen doloroso por la cirugía, peristalsis presente.
- 10 de abril de 2007. Consciente, deambulando, tolerando vía oral, refiere dolor en herida quirúrgica, abdomen blando, peristalsis presente.
- 11 de abril de 2007. *Signos vitales en parámetros normales, deambulando y tolerando vía oral, evacuación y micción espontánea; alta hospitalaria.* Reporte de estudio histopatológico: *Diagnóstico: útero atrófico (53 gramos) con leiomioma corporal subseroso fúndico (1 cm). Endometrio con atrofia quística; metaplasia escamosa endocervical inmadura; túneles glandulares (Benigno).* Hoja de egreso: *Diagnósticos principales: miomatosis uterina más infección por virus del papiloma humano.*

Análisis del Caso.

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

En términos de la literatura especializada, la infección por virus del papiloma humano (VPH) es una de las principales infecciones transmitidas sexualmente. Ciertos tipos de virus del papiloma humano, son la principal causa de cáncer invasor y de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC), precursora de cáncer cérvico-uterino. De los más de 100 tipos de virus del papiloma humano, alrededor de 40 infectan el tracto genital. Los tipos considerados de alto

riesgo son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68; y de bajo riesgo: 6 y 11.

Las displasias cervicales, son alteraciones celulares que modifican la estructura normal del epitelio exo o endocervical y se clasifican en displasia leve, moderada o severa. Por tratarse de diferentes etapas de una misma patología, se agrupan en la denominada neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que implica integridad de la membrana basal e incluye al carcinoma *in situ*, o estadio cero.

En esos términos, en la literatura especializada, se han establecido equivalencias entre la nomenclatura utilizada en la citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) y los grados de neoplasia intraepitelial cervical, de modo que la displasia leve corresponde a NIC grado I, la moderada a NIC grado II y la displasia severa a NIC grado III.

Por su parte, el sistema Bethesda utiliza una clasificación descriptiva, la cual incluye cinco grupos: a) Dentro de límites normales. b) Infección. c) Células escamosas atípicas de importancia no determinada. d) Lesión intraepitelial escamosa de grado bajo (LIEGB). e) Lesión intraepitelial escamosa de grado elevado (LIEGE).

En cuanto a la historia natural de la neoplasia intraepitelial cervical, la literatura de la especialidad refiere, que la mayoría de las displasias leves o moderadas de bajo grado o neoplasia intraepitelial cervical I-II, tienden a la regresión espontánea, o bien, la infección es limitada por la respuesta inmunitaria, por ello la infección por virus del papiloma humano desaparece algunos meses después del diagnóstico. En otros casos, las lesiones pueden progresar hacia un grado elevado, con riesgo del 15% al 20% en el transcurso de 2 a 4 años, en tanto las lesiones de alto grado, progresan a cáncer en 50%.

Para el diagnóstico de infección por virus del papiloma humano, deben aplicarse como métodos indis-

pensables: citología cérvico-vaginal, colposcopia y, en su caso, biopsia para efectuar estudio histopatológico. La citología por sí sola, tiene limitaciones que dan lugar a falsos negativos. En ese sentido, la citología sólo aporta una aproximación diagnóstica. Cuando se encuentran frotis anormales, debe realizarse examen de ADN, para detectar el tipo de virus del papiloma humano, así como colposcopia y completarla con biopsias dirigidas, en caso necesario.

La Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA-1994. Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, en su parágrafo 7.9, establece que las pacientes con citología de VPH, displasias y NIC, de cualquier grado, deberán pasar a la clínica de displasias para diagnóstico y tratamiento.

Por cuanto hace a la colposcopia, se trata de un estudio fundamental, en pacientes con citología cérvico-vaginal anormal, pues permite observar el sitio, extensión, tamaño de la lesión y acceder a la toma de biopsia directa. Si la colposcopia es satisfactoria (visualización completa de la lesión y de la unión escamo-columnar), procede la toma de biopsia y legrado endocervical. Si es insatisfactoria (los límites de la lesión no son visibles por completo), se requiere toma de biopsia de todas las lesiones exocervicales y legrado endocervical.

Con relación a los métodos de laboratorio, no existe cultivo para virus del papiloma humano, la detección del ADN por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la hibridación o captura de híbridos, son los métodos para determinar la tipificación viral (de alto o bajo riesgo). Dichos estudios, tienen alta sensibilidad (98%) para detección de virus del papiloma

humano. El frotis anormal, constituye la principal indicación de examen colposcópico.

La conducta conservadora, ante la presencia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), busca entre otras cosas, evitar complicaciones y secuelas por el empleo de conductas radicales. Las mujeres con neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado, son tributarias de seguimiento, en tanto que las pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado persistente, deben ser tratadas mediante terapias ablativas ambulatorias.

En cuanto a los métodos terapéuticos, la literatura especializada refiere tres categorías:

- A. Métodos medicamentosos (ácido tricloracético, 5-fluorouracilo, interferones, entre otros), los cuales son coadyuvantes, destinados a combatir la infección por virus del papiloma humano, asociada a neoplasia intraepitelial cervical multifocal y a veces extendida a vagina.
- B. Métodos destructivos: crioterapia, electrocoagulación, vaporización con láser.
- C. Métodos de exéresis: conización con bisturí o asa diatérmica. Estos tratamientos tienen la ventaja de proporcionar una pieza operatoria para análisis histopatológico.

La histerectomía como tratamiento de primera elección, en pacientes con infección por virus del papiloma humano (NIC) de bajo grado, es un tratamiento excesivo, el cual no se ajusta a lo reportado por la literatura especializada. Así mismo, tiene riesgo de subtratamiento, en caso de lesiones microinvasivas o invasivas soslayadas en el examen preoperatorio (colposcopia insatisfactoria). En estos casos, debe realizarse conización (diagnóstica/terapéutica), sobre todo en pacientes post-menopáusicas, en donde no se visualiza la zona de transformación y pudiera ocultarse una lesión de alto grado. Cabe mencionar, que la

histerectomía presenta mayor morbi-mortalidad, comparada con procedimientos excisionales del cérvix.

Por su parte, el mioma uterino, es el tumor benigno más frecuente de la mujer. Alrededor del 50% de los miomas son asintomáticos y no requieren tratamiento, sólo deben tratarse los miomas que ocasionan sintomatología como puede ser: dolor, compresión a órganos vecinos y hemorragia genital anormal.

En el presente caso, el médico demandado en su informe, manifestó que en marzo de 2005, atendió a la paciente, quien presentaba antecedentes de embarazo resuelto mediante operación cesárea en 1979, menopausia temprana (37 años de edad), así como terapia de reemplazo hormonal desde 1995, diagnosticándose miomatosis uterina. Según refiere el demandado, en la citada consulta indicó citología cérvico-vaginal, la cual reportó: atipias celulares compatibles con neoplasia intraepitelial cervical, explicándole que el origen de las alteraciones celulares, se debía a infección por virus del papiloma humano (VPH), el cual puede ser precursor del cáncer cérvico-uterino.

De igual manera, el médico demandado en su informe, refirió que el 16 de enero de 2006, exploró a la paciente, quien no presentaba datos de patología, tomándose citología vaginal. Cabe mencionar, que el reporte de citología cérvico-vaginal fechado el 19 de enero de 2007, mostró que la paciente presentaba lesión intraepitelial de bajo grado, infección por virus del papiloma humano sin atipias e inflamación leve.

Por lo anterior, el demandado informó a la paciente que por haberse detectado el virus con anterioridad, ya no era adecuado el manejo conservador, pues dicha lesión podía anteceder al cáncer y era buen tiempo para el tratamiento definitivo; esto lo reconoció el demandado en su informe.

En esos términos, el demandado incurrió en mala práctica, por negli-

gencia, en la atención de la paciente, al indicar tratamiento quirúrgico (histerectomía), sin haber agotado los medios de diagnóstico y tratamiento, establecidos por la literatura de la especialidad, la cual refiere que la citología cérvico-vaginal sólo proporciona una aproximación diagnóstica, por ello ante frotis anormal, debe realizarse colposcopia y completarla con biopsia dirigida, lo cual no fue efectuado en el presente caso, debido a la negligencia en que incurrió el demandado.

Así las cosas, fue demostrado que el demandado incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues debió efectuar colposcopia y biopsia dirigida a la paciente, a fin de corroborar su diagnóstico, situación que no ocurrió.

Por otra parte, es necesario mencionar, que la paciente consultó a otro facultativo, quien indicó citología cérvico-vaginal, la cual sólo reportó acentuadas alteraciones inflamatorias. De igual forma, el reporte de detección de DNA de papiloma, fechado el 4 de abril de 2007, señala que el estudio fue negativo para papiloma virus humano. En esos términos, no quedó demostrada la presencia de infección por virus del papiloma humano.

Lo anterior, es un elemento más, para tener por cierto, que el manejo otorgado a la paciente por el demandado, no se ajustó a lo establecido por la *lex artis* médica.

En el expediente existe reporte de ultrasonido transvaginal, fechado el 4 de febrero de 2007, el cual señala la presencia de dos miomas de tamaño pequeño (1.2 y 2.0 centímetros); es decir, en el caso a estudio, fue demostrado que la paciente presentaba miomatosis uterina de pequeños elementos, asintomática, sin datos de sangrado u otra patología que sustentara la realización de histerectomía.

Sobre el particular, la literatura especializada, refiere que puede proponerse histerectomía en caso de NIC de bajo o alto grado cuando está asociado a otras enfermedades ginecoló-



gicas como adenomiosis, sangrados disfuncionales rebeldes a tratamiento médico, entre otras; sin embargo, en este asunto, no se acreditó que la paciente presentara enfermedad ginecológica que sustentara el tratamiento quirúrgico realizado por el facultativo demandado. De igual forma, la edad de la paciente y la menopausia temprana, tampoco sustentaban la histerectomía como tratamiento electivo.

A mayor abundamiento, el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, reportó útero atrófico de 53 gramos, con leiomioma corporal, subseroso, fúndico de un centímetro. Esto confirma que la atención del demandado, no se ajustó a la *lex artis*.

Apreciaciones Finales.

1. Fue demostrado que el médico demandado, incumplió las obliga-

ciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, incurriendo así en mala práctica.

2. Se realizó histerectomía en desapego a lo establecido por la *lex artis* de la especialidad.

Referencias.

1. Font LKC. Seguimiento de lesiones premalignas; neoplasia intraepitelial del cuello uterino. Gineco. 2006;13:5-18.
2. Berek JS, Hillard PA. Ginecología de Novak. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1996. Pp: 451-54, 461-62, 472-73.
3. Montoya-Fuentes H, Suárez R et al. Detección de papilomavirus humano tipos 16, 18, 35 y 58 en cáncer cervico-uterino y lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado en el occidente de México: correlación clínico-molecular. Ginecol Obstet Méx. 2001; 69: 137-42.
4. Ortiz IFJ. Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Boletín AMGO. 2004; 4: 4-5.
5. Instituto Nacional de Perinatología. Normas Obstétricas y Ginecológicas. Norma Ginecológica N° 06: Patología del cuello uterino. México. 1996.
6. J Werner von der Meden A., Ruiz Moreno JA et al. Correlación cito-colposcópica-histopatológica de lesiones cervicales preinvasoras e infección cervical por virus del papiloma humano. Ginecol Obstet Méx. 1995;63:365-71.
7. Wright T, Cox T, Massad L, Carlson J. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol 2003;189(1):295-304.
8. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA-1994. para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino.
9. Saad R, Dabbs D. Clinical significance of cytologic diagnosis of atypical squamous cells, cannot exclude high grade, in perimenopausal and postmenopausal women. Am J Clin Pathol 2006;126(3):381-8.



SIMPOSIO CONAMED 2008

27 y 28 de noviembre

QUEJA MÉDICA, MALA PRÁCTICA Y EVENTOS ADVERSOS

Elementos para la mejora de la calidad de la atención médica
y la seguridad del paciente

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

Inscripciones: 5420-7032 y 5420-7031
harboleja@conamed.gob.mx agutierrez@conamed.gob.mx