

Hemorragia uterina anormal

Abnormal uterine bleeding

María del Carmen Dubón-Peniche¹

Síntesis de la Queja

Paciente del género femenino de 31 años de edad, que presentó queja en contra de un médico particular, refiriendo que no solucionó el problema hemorrágico-vaginal que presentaba y le extirpó el ovario derecho sin autorización, por ello tuvo que acudir con otro facultativo, quien realizó histerectomía.

Resumen clínico.

Atención brindada por el demandado.

30 de abril de 2008. Reporte de ultrasonido Hpélico-ginecológico: Útero en anteversión de forma y situación habitual, contornos discretamente lobulados, aumentado de tamaño (11.1x4.0x6.1 cm.), en sus ejes longitudinal, anterior y transversal respectivamente; miometrio heterogéneo por imágenes iso e hipoecoicas, la de mayor tamaño (2.9x2.6x3.0 cm.), localizada hacia la región posterior, desplaza al endometrio en sentido anterior, se observa otra imagen de las mismas características a nivel del segmento (3.4x2.6 cm.) y otra hacia región posterior inferior (2.6x2.5 cm.) en sus ejes principales. Endometrio ecogénico, desplazado en sentido anterior. Am-

bos ovarios de forma y tamaño normal, el derecho con patrón ecogénico normal, en el izquierdo centro ecogénico y múltiples imágenes quísticas a la periferia (menores de 3 mm.), ambos ovarios con pequeños quistes foliculares, dimensiones dentro de límites normales: ovario derecho 2.3x2.0x2.3 cm., ovario izquierdo: 4.3x1.9x3.3 cm. Fondos de saco y espacios paravesicales libres. Conclusiones: fibromiomatosis uterina, miomas intramurales de medianos y pequeños elementos, uno de ellos desplaza al endometrio en sentido anterior. Endometrio desplazado en sentido anterior con altura de 5 mm de espesor. Ovario izquierdo poli-quístico. Ovario derecho de características ecográficas normales. Se sugiere correlación clínica.

26 de mayo de 2008. Resultado de biometría hemática: Hemoglobina 11.8, hematocrito 36, plaquetas 258,000, leucocitos 4,300, segmentados 70.0%, bandas 0%, linfocitos 21.0%, monocitos 7.0%, eosinófilos 2.0%, basófilos 0%, neutrófilos en banda 3.0%. Anisocitosis (+++). Tiempo de sangrado 2 minutos. Tiempo de protrombina 11.3 segundos, tiempo parcial de tromboplastina 29 segundos.

8 de junio de 2008. Hoja quirúrgica:

Diagnóstico preoperatorio: cistoadenoma de ovario izquierdo en paciente con paridad satisfecha. Intervención planeada: laparotomía exploradora. Técnica: incisión tipo Pfannestil disección por planos hasta encontrar útero y localizar fimbria izquierda, encontrando cistoadenoma de ovario izquierdo, realizándose resección cuña del ovario. Se efectúa resección tubárica bilateral, verificando hemostasia. Cuenta de gases y compresas completa, se cerró por planos, sin incidentes ni accidentes. Hallazgos: cistoadenoma de ovario izquierdo, fimbrectomía bilateral.

Hoja de ingreso, hospitalización: Paciente del género femenino de 31 años de edad, con pulso de 60 por minuto, presión arterial 120/80, respiración 20 por minuto, temperatura 36° C. Proviene de quirófano, se encuentra consciente, orientada, abdomen con vendaje compresivo, herida quirúrgica cubierta con apósito. Sonda Foley drenando orina de aspecto claro.

Antecedentes Gineco-obstétricos: menarca a los 12 años, ritmo irregular, embarazos 2, partos 0, abortos 0, cesáreas 2. Grupo "O", Rh negativo.

21:00 horas. Nota de evolución: Discreto dolor en sitio herida quirúrgica; signos vitales en parámetros nor-

¹ Dirección General de Arbitraje, CONAMED.

Artículo Recibido: 12 de mayo de 2010; Artículo Aceptado: 12 de mayo de 2010

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. Dirección General de Arbitraje, CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

males. Estable, se espera evolución favorable.

9 de junio de 2008. Nota de evolución: Tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca 60 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36° C. Tolera la vía oral, se retiró sonda Foley. Exploración física: consciente, campos pulmonares ventilados; abdomen con herida quirúrgica limpia, peristalsis presente.

15:00 horas. Nota de evolución: Enfermería reporta signos vitales en parámetros normales, afebril, tolera vía oral, canaliza gases. Se retiraron soluciones, se inicia deambulacion. Hidratada, herida quirúrgica limpia, peristalsis presente. Preata.

10 de junio de 2008. Nota de egreso hospitalario: Frecuencia cardiaca 80 por minuto, presión arterial 110/70, respiraciones 20 por minuto, temperatura 36° C. Diagnósticos: quiste de ovario izquierdo/paridad satisfecida.

Receta médica: Reposo relativo, lavar con agua y jabón herida quirúrgica, vendaje abdominal, ketorolaco 10 mg cada 8 horas durante 5 días, ampicilina 500 mg cada 8 horas 7 días, cita a retiro de puntos en siete días.

18 de junio de 2008. Receta médica: Recoverón crema aplicar por la mañana por 7 días.

25 de junio de 2008. Receta médica: Parecoxib aplicar intramuscular una cada 12 horas (tres), bromuro de butilioscina-metamizol ampollitas, aplicar intramuscular una cada 12 horas.

9 de julio de 2008. Reporte de estudio histopatológico: Diagnósticos.- Cuña de ovario izquierdo, cuerpo lúteo hemorrágico.

14 de julio de 2008. Receta médica: Garamicina grageas una diaria por 20 días. Ibuprofeno 600 mg cada 12 horas 7 días. Cita en un mes.

25 de octubre de 2008. Receta médica: Realizar biometría hemática, ultrasonido pélvico ginecológico. Impresión diagnóstica: sangrado vaginal vs. miomatosis uterina.

Atención brindada por otro facultativo.

29 de enero de 2009. Reporte de colposcopia, colpocitología, vaginoso-

nografía e hidrososonografía: Motivo del estudio: hipermenorrea de dos años de evolución, multitratada.

Vulvosocopia: genitales externos femeninos de nulpapa, uretra sin alteraciones, no pérdidas transvaginales.

Especulosocopia: Vagina larga, rugosa y elástica con abundante sangrado en fondos de saco; cérvix central, cónico, eutrófico, vasos inflamatorios inespecíficos en el epitelio plano; orificio cervical externo transversal con eversión glandular mínima.

Colposcopia: Satisfactoria, unión escamo columnar íntegra con metaplasia madura, eversión glandular micro papilar, yodo positividad heterogénea del epitelio escamoso con yodo negatividad heterogénea de bajo tono de todo el epitelio. Impresión diagnóstica: lesión intraepitelial cervical de alto grado probablemente en fase transformante; citología en base líquida; cervicitis crónica.

Vaginosonografía: útero en anteversión, bordes regulares; cérvix anterior, cilíndrico, longitud 1.42 cm., canal endocervical permeable; orificio cervical interno cerrado. Cuerpo uterino piriforme de 8.17x5.46x6.70 cm., miometrio heterogéneo con aumento de las bandas fibróticas. Eco medio endometrial, denso, de aspecto proliferativo, con espesor de 1.31 cm., con formación nodular submucosa de 5.27x1.72 cm., con vascularidad aumentada. A.- Ausencia quirúrgica de ovario derecho. B.- Ovario izquierdo de 3.04x2.19 cm, con dos formaciones quístico- foliculares de 1.69 y 1.37 cm., respectivamente. Fondos de saco libres.

Hidrososonografía: cérvix incompetente en orificio cervical interno, endometrio basal tipo proliferativo inicial con espesor de 0.28 cm., cavidad uterina ocluida casi en su totalidad con gran formación de aspecto polipoideo de 7.39x2.05 con base de implantación en cara posterior lateral izquierda. Histerometría 9 cm. Impresión diagnóstica: sangrado uterino anormal; hiperplasia polipoide endometrial.

14 de febrero de 2009. Hoja de ingreso, hospitalización: Consciente, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin datos de irritación perito-

neal. Hemoglobina 9.2, hematocrito 28.2, plaquetas 378,000. Se programa para histerectomía total abdominal.

15 de febrero de 2009. Hoja quirúrgica: Diagnóstico preoperatorio: miomatosis uterina sintomática, poliposis endometrial, síndrome anémico secundario a miomatosis. Intervención planeada: histerectomía total abdominal. Descripción: celiotomía transversa con resección de cicatriz anterior; disección por planos hasta cavidad peritoneal. Útero en anteversión (12x12x10), ausencia quirúrgica de ovario derecho, hidrosalpinx derecho, salpinge y ovario izquierdo firmemente adheridos a colon izquierdo. Plan: se transfunde paquete globular, se envía pieza quirúrgica para estudio histopatológico.

16 de febrero de 2009. Nota de evolución: Leve dolor en herida quirúrgica, tolera vía oral. Sonda Foley a derivación, orina clara. Cardiopulmonar sin compromiso; abdomen sin datos de irritación peritoneal. Se transfundieron dos paquetes globulares, se solicita biometría hemática de control.

17 de febrero de 2009. Nota de egreso hospitalario: Motivo del egreso: mejoría. Diagnósticos finales: miomatosis uterina sintomática, síndrome anémico secundario. Se indican hematínicos.

Reporte de estudio histopatológico: útero con hipertrofia miometrial difusa, adenomiosis florida, endometrio proliferativo complejo. Cérvix con lesión intraepitelial de bajo grado, asociada a infección por virus del papiloma humano, cervicitis quística crónica.

Análisis del Caso

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

Atendiendo a la literatura especializada, los quistes funcionales no neoplásicos, son tumoraciones que no poseen capacidad de crecimiento propia; son quistes benignos, de tipo funcional. Los más comunes son quistes foliculares y del cuerpo lúteo. Se deben a falla en la regresión del folículo o del cuerpo

amarillo. Habitualmente, en los quistes luteínicos, después de la ovulación la sangre se acumula en la cavidad central, formando el cuerpo hemorrágico y en la gran mayoría de los casos, se produce regresión espontánea. En ocasiones un quiste del cuerpo lúteo puede crecer de 3 a 8 centímetros, al romperse, la sangre drena hacia cavidad abdominal, produciendo un cuadro de abdomen agudo.

Por su parte, las neoplasias del epitelio celómico, incluyen una variedad de tumores ováricos, entre ellos el cistadenoma, el cual tiene cierta potencialidad maligna y en 20% a 30% de los casos es bilateral. Su tamaño es muy variable, desde pocos centímetros hasta grandes tumores pélvicos. La mayoría son multiloculados y su contenido varía de acuerdo a su estirpe histológica (seroso, mucinoso, endometroide). Generalmente aparecen entre los 20 y 50 años de edad.

La literatura especializada, establece que la adenomiosis consiste en la presencia de glándulas endometriales y estroma en el miometrio, distribuidas al azar, de localización variada: superficial, profunda, focal, difusa o extensa. Su etiología y mecanismo patológico se relaciona con concentraciones elevadas de estrógenos. Suele aparecer en multíparas mayores de 30 años, puede ser asintomática o acompañarse de menorragia y dismenorrea progresivas.

Es una enfermedad no maligna, de diagnóstico casi siempre retrospectivo; es decir, se encuentra como hallazgo en 8% al 40% de úteros obtenidos por histerectomía. Contribuyen al diagnóstico clínico la histerosalpingografía y el ultrasonido vaginal, así como la resonancia magnética, que muestran hiperplasia del miometrio, nódulos, endometrio engrosado y quistes o focos hemorrágicos en el músculo uterino. El tratamiento de adenomiosis es la histerectomía, la cual permite establecer el diagnóstico de certeza mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

En relación a los pólipos endometriales, es necesario mencionar, que en términos de la literatura especializada, se trata de tumores de tejido

que sobresalen de las estructuras circunvecinas sanas del endometrio. Son tumores ovoides, lisos, color rojizo o pardo, más frecuentes entre los 29 y 59 años. Pueden ser aislados o múltiples, pediculados o sésiles y su tamaño varía desde 1 mm a 2 mm de diámetro hasta tumores que llenan la cavidad uterina.

Los pólipos suelen sufrir transformación maligna, se manifiestan fundamentalmente por menorragia recurrente con útero de tamaño normal. El diagnóstico fundamentalmente es por histeroscopia. El tratamiento debe valorarse conforme al cuadro clínico de cada paciente, pues éste puede ser mediante histerectomía, extirpación del pólipo por torsión del pedículo, o bien, legrado fraccionado, debido a su relación con carcinoma endometrial. Cabe mencionar, que mediante el legrado, puede existir recurrencia.

En el presente caso, la paciente fue intervenida quirúrgicamente el 8 de junio de 2008 con diagnóstico de cistoadenoma de ovario izquierdo más paridad satisfecha. Durante la cirugía, el facultativo demandado encontró cistoadenoma de ovario izquierdo, por ello efectuó cuña del citado ovario y fimbriectomía bilateral, según lo acredita la hoja quirúrgica.

En ese sentido, el demandado no demostró haber estudiado suficientemente a la paciente antes de intervenirla quirúrgicamente. En efecto, no aportó notas de consultas previas a la operación, tampoco historia clínica, ni estudios complementarios para sustentar el diagnóstico de cistoadenoma.

En el expediente se reportó ultrasonido pélvico del 30 de abril de 2008, el cual concluyó que la paciente presentaba útero con fibromiomatosis uterina, miomas intramurales de medianos y pequeños elementos; ovario izquierdo poliquístico y ovario derecho de características ecográficas normales. En esos términos, dicho estudio no sustenta la presencia del cistoadenoma ovárico.

Lo anterior, demuestra que el facultativo demandado, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico en la atención de la paciente, al no estudiarla de manera suficiente antes de

realizar la cirugía, incurriendo así en mala práctica, por negligencia.

Esto se confirmó mediante el estudio histopatológico fechado el 9 de julio de 2008, el cual fue concluyente al establecer que el ovario izquierdo presentaba cuerpo lúteo hemorrágico; es decir, no existía el cistoadenoma aducido por el demandado, quien pese a ello, efectuó resección en cuña de ovario izquierdo, incumpliendo lo establecido por la *lex artis* especializada.

Así las cosas, quedó demostrado que el demandado intervino quirúrgicamente a la paciente, sin sustentar debidamente el diagnóstico de cistoadenoma. Cabe mencionar, que atendiendo a la literatura de la especialidad, el cuerpo lúteo hemorrágico, se reabsorbe de manera espontánea y generalmente no requiere tratamiento quirúrgico. Esto es un elemento más, para tener por cierta la negligencia observada.

De igual forma, el demandado incumplió lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, siendo de especial interés señalar en este caso, que uno de los mínimos de calidad y de atención profesional y ética exigidos en la prestación médica, es el de que todo paciente debe tener un expediente clínico y en él deben registrarse los actos médicos realizados.

A mayor abundamiento, el demandado en su hoja quirúrgica no describió las características del ovario izquierdo (aspecto, dimensiones, consistencia, etc.) ni del ovario contralateral, exploración necesaria ante la presencia de cualquier tumor ovárico; tampoco reportó las características del útero.

Por otra parte, en su informe médico, el facultativo demandado, reconoció que la paciente se comunicó telefónicamente debido a que presentaba hipermenorrea abundante, por ello indicó tratamiento, lo cual acredita que nuevamente incurrió en mala práctica, al incumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues ni siquiera valoró clínicamente a la enferma para identificar la causa del sangrado transvaginal. Más aun, el propio demandado reconoció que en más de dos ocasiones, indicó trata-

miento vía telefónica; esto, pese a que la evolución no era satisfactoria.

El demandado argumentó en su favor, que solicitó a la paciente ultrasonido pélvico y biometría hemática. Al respecto, si bien es cierto que el demandado solicitó dichos estudios, también es cierto, que no estudió ni trató debidamente la patología que presentaba la enferma, quien evolucionó desfavorablemente, pues presentaba hiperpolimenorrea la cual ocasionó anemia severa.

En ese sentido, ante la negligencia observada por el demandado, la paciente justificadamente optó por atenderse con otro facultativo, quien indicó estudios de laboratorio clínico y gabinete (biometría hemática, tiempos de coagulación, examen general de orina, colposcopia, colpocitología, vaginosonografía, hidrosonografía, entre otros) y la intervino quirúrgicamente.

Las constancias médicas de esta atención, establecen que la paciente presentaba hiperpolimenorrea de larga evolución; así mismo, que con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina de medianos elementos, poliposis endometrial múltiple y síndrome anémico secundario, se realizó histerectomía total abdominal y liberación de adherencias. Por su parte, el estudio histopatológico reportó adenomiosis (la cual es generadora de sangrado uterino anormal) y acredita que el tratamiento quirúrgico efectuado (histerectomía) estaba justificado debido a la patología de la enferma.

Por otra parte, como lo afirmó la paciente en su queja, quedó acreditado que el demandado extirpó el ovario derecho sin autorización. Al respecto, la vaginosonografía efectuada el 29 de enero de 2009, reportó ausencia quirúrgica del citado ovario, lo cual fue confirmado durante la intervención quirúrgica realizada por el segundo médico. En la especie, la hoja quirúrgica, de dicha cirugía así lo acredita, al establecer ausencia de ovario derecho en la paciente.

Apreciaciones finales.

- Durante la atención brindada a la paciente, el médico demandado

incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico que el caso ameritaba, incurriendo en mala práctica, por negligencia.

- El tratamiento del demandado, no se ajustó a lo establecido por la lex artis médica.
- La atención ulterior que recibió la enferma por facultativo distinto al demandado, fue necesaria debido a la mala práctica observada.
- No se realizaron pronunciamientos respecto de la atención ulterior, brindada a la paciente por facultativo distinto al demandado, pues no fue controvertida.

Comentarios

- En términos de lo previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud, los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- El expediente clínico es una herramienta esencial en el trabajo médico, que permite documentar la atención del paciente; además, es un instrumento preconstituido, en el cual el personal documenta la legitimidad de su actividad y la pertinencia de su acción.
- La falta de expediente clínico, las omisiones en su integración y la no conservación, producen efectos de incumplimiento, contravienen disposiciones de orden público, así como los derechos esenciales del paciente en la atención médica.

Referencias

1. American College of Obstetrics and Gynecology. Management of anexial masses. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 201-214.
2. Boohla S, Hoskins WJ. Diagnosis and management of epithelial ovarian cancer *Obstet. Gynecol.* 2006; 107: 1399-1410.
3. Cannistra, SA. Cancer of the ovary. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351: 2519-2529.
4. Colombo N. et al: Ovarian Cancer. *Critical Rev. in Oncol/Hematol.* 2006; 60: 159-179.
5. Domchek, SM, Rebbeck TR. Ooforectomía profiláctica en mujeres de elevado riesgo de cáncer. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology.* 19(1):27-30, February 2007.
6. Munkarah A, Chatterjee M, Tain-sky MA. Actualización en el screening del cáncer de ovario. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology.* 19(1):22-26, February 2007.
7. Scott JR. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial McGraw-Hill. 2005.
8. Bromley B, Shipp TD, Benacer-raf B. Adenomyosis: sonographic findings and diagnostic accuracy. *J Ultrasound Med* 2000;19:529-34.
9. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Myomas and reproductive function. *Fertil Steril* 2004;82:606-7.
10. Bulun ES. Mechanisms of disease endometriosis. *N England J Med* 2009;360:268-70.
11. Wallach E, Vlahos N F. Uterine Myomas: An Overview of Development, Clinical Features, and Management. *Obstet Gynecol* 2004;104:393-406.
12. Stewart E. Uterine fibroids. *Lancet* 2001;357:293-298.
13. Wallach E, Vlahos NF. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstet Gynecol.* 2004;104:393-406.
14. Instituto Nacional de Perinatología. Norma Ginecológica N° 8: Patología del ovario. México. 1996.
15. Ibarra ChV. Tumores benignos del ovario. En Ahued AJR, Fernández del Castillo SC. *Ginecología y Obstetricia Aplicadas.* JGH Editores. México. 2000: 327-31.
16. Garza RCP. Adenomiosis uterina. En Ahued AJR, Fernández del Castillo SC. *Ginecología y Obstetricia Aplicadas.* JGH Editores. México. 2000:322-23.