



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Oficio No. U.A. /518/ 2018
Expediente Dictamen COESAMED: 186/2017
Carpeta de Inv: 05/2015-UIMTY-DCG12
Asunto: Dictamen Médico Institucional
Paciente: Juan José Bolaños Ocañas

Lic. Oliver Fernando Cantú Olivares
Agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación N° 09
Especializada en Delitos Culposos y en General Monterrey.
P r e s e n t e. -

Por medio de la presente y en contestación a la solicitud contenida en su atento Oficio número: 1062/2017-UIMTY-DCG09 derivado de la Carpeta de Investigación N° 05/2015-UIMTY-DCG12 que se lleva a cabo en esa H. Representación Social a su digno cargo, me permito remitirle, el Dictamen Médico Institucional requerido.

Dictamen Médico Institucional

I.- A N T E C E D E N T E S

1.- Con fecha 23-veintitrés de agosto del año 2017-dos mil diecisiete, fue recibida en esta H. Comisión petición suya mediante oficio N°1062/2017-UIMTY-DCG09, solicitando la realización de un Dictamen Médico Institucional respecto de la atención médica otorgada al C. Juan José Bolaños Ocañas, y en el que se determine si se realizaron las técnicas quirúrgicas adecuadas para el procedimiento que se realizara, así como se establezca si hubo negligencia o falta de pericia en la aplicación del procedimiento quirúrgico o una mala administración de medicamentos.

2.- En fecha 30-treinta de agosto de 2017-dos mil diecisiete, es recibido en esa unidad investigadora contestación a dicha petición mediante atento oficio No. U.A./659/2017, en donde se pone a su consideración, los términos en base a los cuales esta Dependencia está en la posibilidad de emitir un Dictamen Médico Institucional observando siempre los protocolos y principios éticos que marca la Lex Artis Médica y sin calificar o establecer responsabilidades; así mismo se le solicita nos manifieste su consentimiento en cuanto a los términos y condiciones señalados para poder emitir el Dictamen Médico Institucional.



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

3. Ahora bien y toda vez que en su oficio se acepta que el Dictamen Médico Institucional requerido sea suscrito en los términos de nuestro marco jurídico y en virtud de ser el turno que en tiempo le corresponde a su solicitud, esta Comisión inició el análisis de las constancias con las que se cuenta de la atención médica otorgada al paciente C. Juan José Bolaños Ocañas, a fin de emitir el Dictamen Médico Institucional, **observando siempre los protocolos y principios éticos que marca la Lex Artis Médica, sin calificar o establecer responsabilidades y con la mayor certeza y brevedad que nos sea posible, siempre dentro del ámbito de nuestras atribuciones.**

II.- CONSIDERACIONES LEGALES

Primero.- Dentro de las facultades de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, se establece la de elaborar Dictámenes Médicos Institucionales que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, entendiéndose como tal, el informe pericial de la Comisión, en la que se precisen sus conclusiones respecto de alguna cuestión de atención médica sometida a su análisis, dentro del ámbito de sus atribuciones, el cual tiene el carácter institucional, no emitido por simple perito o persona física y no entraña la resolución de controversia alguna; se trata de mera apreciación técnica del acto médico, al leal saber y entender de la Comisión, atendiendo a la información proporcionada por la autoridad peticionaria, por lo que tiene el único propósito de ilustrar a la autoridad peticionaria en cuanto a su interpretación médica interdisciplinaria de lo contenido dentro del expediente clínico remitido para su dictamen.

Segundo.- El Informe no tiene por objeto resolver la responsabilidad de ninguno de los involucrados, ni entraña acto de autoridad o pronunciamiento que resuelva una instancia o ponga fin a un juicio, como tampoco entraña imputación alguna; el informe pericial institucional contiene el criterio de la Comisión únicamente de la documentación revisada, por lo que éste debe de ser evaluado por la autoridad peticionaria a la luz de sus atribuciones y en el contexto de las pruebas y alegaciones desahogadas durante el procedimiento ministerial o judicial.



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Tercero.- Que estando facultada esta Comisión para rendir Dictámenes Médicos Institucionales de conformidad con lo establecido por los artículos 4-cuarto Fracción X del Decreto de Creación de la Comisión, Publicado en el Periódico Oficial en el Estado el día 21-veintiuno de Agosto del año 2002-dos mil dos; así como lo dispuesto en los artículos 2 fracción X y 94 al 102 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la COESAMED, Nuevo León, además de lo señalado en los artículos 18 y 28 fracciones II y XI del Reglamento Interno de esta Comisión, procede en consecuencia a entrar al estudio de las constancias remitidas y demás documentación con las que se cuenta para su análisis y rendir el Dictamen Médico Institucional.

Cuarto.- En tal orden de ideas y con fundamento por lo establecido en el artículo 98-noventa y ocho del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la COESAMED, Nuevo León, se solicita que el presente dictamen se tenga por ratificado desde el momento de su emisión, sin necesidad de diligencia, así mismo y en caso de ser necesaria mayor información sobre el mismo se elaborará la ampliación correspondiente cuando el peticionario lo solicite por escrito y especifique los motivos que sustentan su solicitud, la que rendirá por escrito y en ningún caso en diligencia.

III.- ESTUDIO DEL CASO MÉDICO.

A) Resumen Clínico

Paciente con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, hipotiroidismo secundario a tiroidectomía por carcinoma de tiroides, cardiopatía isquémica, sinusitis crónica, diverticulosis y poliposis intestinal. En el mes de febrero de 2014 presentó cuadro de dolor abdominal referido a hipogastrio. Acudió al hospital OCA en donde fué atendido por cirujano general. Se efectuó estudio de T.A.C. de abdomen, encontrándose divertículos intestinales, dos litos en el riñón izquierdo, además de una imagen de tipo quiste de 1.5 cm en polo inferior izquierdo; por tal razón, fué valorado también por especialista en



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

urología, dicho quiste se interpretó como quiste benigno en polo inferior del riñón izquierdo, sin embargo se recomienda cirugía para analizarlo. Se acordó nefrectomía parcial con biopsia transoperatoria y definitiva del polo inferior para analizarla y fijar criterio quirúrgico; procedimiento que se programó por Urólogo y Cirujano para realizarse el día 17 de abril de 2014. Ese día, estando ya en quirófano, el anesthesiólogo le interrogó respecto de sus antecedentes y medicamentos. Al enterarse que se encontraba bajo tratamiento con antiagregante plaquetario (plavix), el anesthesiólogo tomó la decisión de suspender la cirugía, misma que fue reprogramada para el día 29 de abril. Ese día se realiza Nefrectomía parcial, se tomó biopsia de la lesión de la cual el resultado de estudio de anatomía patológica informó que se trataba de una lesión benigna, por lo que se dió por concluido el procedimiento. El día 12 de mayo de 2014, el paciente acudió a recoger el reporte del resultado del estudio de patología definitivo, encontrando que se reportaba que se trataba de carcinoma renal quístico, fragmentado, de 3 centímetros de diámetro y con lesión (aparente) en el borde de resección. Informa a su cirujano tal situación, el cual acuerda con el Médico especialista en Urología reintervenirlo al siguiente día para extirpar el riñón izquierdo. El paciente mencionó al cirujano que había reanudado la toma del antiagregante plaquetario. Se toma estudio de TAC el día 13 de mayo el cual reporta que no se observa lesión residual de riñón ni lesiones focales; se interviene quirúrgicamente el día 14 de mayo de 2014 extirpando el riñón izquierdo. Evolucionó con sangrados por la nariz y el pene, además de formación de hematomas diversos, requiriendo de ser transfundido. Presentó también proceso infeccioso de la herida quirúrgica, identificándose E. Coli. El estudio de Anatomía Patológica del riñón extirpado, reportó que no había malignidad.



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

B) Discusión del caso

1. Consideraciones

a) Quiste renal

El estudio diagnóstico, análisis y caracterización de las masas renales y su comportamiento representa uno de los pilares maestros para la elaboración de una estrategia quirúrgica o terapéutica de otros órdenes, en la elaboración de un pronóstico y en el seguimiento de la eficacia terapéutica tanto en casos de patología benigna como maligna. La TC (Tomografía Axial Computarizada) y la RMI (Resonancia Magnética de Imagen) representan, en la actualidad, los dos modos más fiables, eficaces y eficientes en tal tipo de análisis y caracterización con índices de sensibilidad y especificidad superiores al 87% y con una fiabilidad diagnóstica superior al 90% dentro de las masas renales, sean quísticas simples o complejas, de orden inflamatorio inespecífico o específico o de origen tumoral primario o secundario de la esfera renal.¹

Actualmente, debido al serio incremento en el uso de las técnicas de imagen a nivel torácico y abdominal, el diagnóstico de masa renal, sea benigna o maligna, se plantea hasta en un 50% de forma incidental y en pacientes asintomáticos. Pacientes con hematuria (sangre en la orina) (56% de los pacientes con cáncer renal), dolor en flanco (38%), pérdida de peso (27%) y otros síntomas relacionados con la historia natural del cáncer renal, son dirigidos a las Unidades de Diagnóstico por Imagen en forma específica y, en caso de cánceres renales asociados a síndromes familiares hereditarios como el Von-Hippel-Lindau, la traslocación del cromosoma 3, la esclerosis tuberosa, el síndrome de Birt-Hog-Dubé o el del carcinoma papilar renal hereditario, es obligatorio el control de la población familiar relacionada. De cualquier forma, la estadística principal proviene de los casos en que no interviene la clínica o la historia familiar hereditaria.²

¹ Fernández Mena Javier, Zuluaga Gómez Armando, Valle Díaz de la Guardia Francisco; Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen; Actas Urológicas Españolas, vol.33 No.5 mayo 2009; versión impresa ISSN 0210-4806;

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000500005&script=sci_arttext&tlang=pt

² Idem



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Con el advenimiento de los estudios imagenológicos, como la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada, los quistes renales simples se diagnostican con frecuencia incidentalmente. Pero como se conoce, ecográficamente todos los quistes renales simples no se observan de la misma forma. En ocasiones es difícil hacer el diagnóstico diferencial entre un quiste renal simple y un carcinoma, hematomas o abscesos renales mediante dichos estudios. También existen autores que plantean que algunas lesiones vasculares o malformaciones arteriovenosas renales pueden representar imágenes sugestivas de quistes renales. Los quistes renales simples reúnen 3 criterios ecográficos que permiten su diferenciación de otras lesiones renales:

- Es una masa redonda.
- Sus bordes son nítidos y tiene paredes lisas.
- Hay ausencia de ecos en el interior; existe un fuerte eco de la pared posterior que indica una buena transmisión a través del quiste.³

Cuando hablamos de masa renal debemos, obligatoriamente, de incluir a todos los procesos benignos y malignos que ocupen, distorsionen y afecten al parénquima renal y su entorno, en independencia de su etiología, forma y volumen. Aquí deberemos de incluir a las formaciones quísticas, pseudotumores, neoplasias, enfermedades inflamatorias y lesiones traumáticas.

Cualquier masa renal, de cualquier etiología, se comporta con cambios de la forma y volumen, con alteraciones vasculares y con la creación de un síndrome compartamental en mayor o menor escala.

La comprobación diagnóstica de estos efectos se realiza mediante Ultrasonografía y Ultra sonido Doppler, estudios Tomografía Computarizada (TC) sin y con medio de contraste yodado, Urografía Intravenosa (UIV) y Resonancia Magnética de Imagen⁴

La lesiones quísticas renales simples son las más frecuentes. No obstante, una lesión quística puede complicarse por infección o hemorragia y mostrar manifestaciones radiológicas

³ Sandoval Jiménez, Odalys, Santana Sarrhy Lourdes; Quiste renal complejo: caso difícil de diagnosticar; Revista Cubana Cirugía; v.48 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2009; versión On-line ISSN 1561-2945. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000400013

⁴ Fernández Mena Javier, Zuluaga Gómez Armando, Valle Díaz de la Guardia Francisco; Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen; Actas Urológicas Españolas, vol.33 No.5 mayo 2009; versión impresa ISSN 0210-4806; http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000500005&script=sci_arttext&tlng=pt



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

complejas que hacen necesario un diagnóstico diferencial y protocolos diagnósticos de imagen complementarios al inicial.⁵

Con el incremento en la detección de masas renales, la evaluación y el manejo de masas sólidas y quísticas aumenta su importancia en la práctica urológica. A pesar de lo extendido que está el concepto de "quiste complicado renal", nuestro grupo es más partidario del término "quiste renal complejo". En 1986, Bosniak clasificó los quistes renales en cuatro categorías en función de su morfología mediante TAC.

Tipo I: Quistes simples: contorno redondo, homogéneo y liso, con un límite bien definido con respecto al parénquima renal y contenido de densidad agua. Los quistes no presentan una pared discernible y no captan contraste. No precisan seguimiento ni terapéutica.

Tipo II: son quistes que han sufrido hemorragia o infección previa. Son lesiones quísticas con uno o dos tabiques finos (<1 mm) y/o calcificación lineal en la pared o en el septo (<1 mm). Dentro de este grupo se encuadran los quistes hiperdensos. Estas lesiones no precisan seguimiento.

Tipo IIF: grupo mal definido que no cumple rigurosamente las características del tipo II. Se aconseja seguimiento radiológico a los 3, 6, 12 meses para garantizar que no se modifica.

Tipo III: Masas quísticas de bordes gruesos e irregulares o con calcificación. Los tabiques pueden captar contraste. Presentan nódulos que no captan contraste. Se incluyen en este grupo los quistes multiloculares. Estas lesiones deben ser exploradas quirúrgicamente.

Tipo IV: masas quísticas cuyo aspecto se debe necrosis y licuefacción de un tumor sólido. Son lesiones heterogéneas con pared gruesa e irregular y elementos sólidos que captan contraste. Se tratarán como adenocarcinomas renales.⁶

Se define quiste hiperdenso como una masa renal evaluada mediante TAC con valores de atenuación mayor de 40 UH y que no se realza con la introducción de contraste.⁷

⁵ Idem

⁶ Crespo Atin, Padilla Nieva, Martín Bazaco, Azurmendi Sastre; Quiste hiperdenso renal; Servicio de Urología. Hospital de Cruces. Vizcaya. España. Arch. Esp. Urol., 55, 7 (856-858), 2002.
<http://aeurologia.com/pdfs/articulos/2994466586799-eng.pdf>

⁷ Idem



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Los criterios diagnósticos que definen un quiste hiperdenso renal son los siguientes:

- Lesión menor o igual a 3 cm.
- Al menos el 25% de la lesión debe encontrarse por fuera del contorno renal.
- La lesión debe ser redonda, bien definida, homogénea y con valores de atenuación superiores a 40 UH.
- La introducción del medio de contraste no debe modificar la lesión.

Se puede concluir que los quistes hiperdensos son quistes simples que han sufrido en algún momento hemorragia o infección. Se diagnostican mediante TAC, mediante la que se observa una masa homogénea hiperdensa y que no capta contraste. Ecográficamente se comporta como un quiste simple. Aplicando estrictamente los criterios diagnósticos prácticamente no ofrecen dudas sobre su naturaleza y por tanto no precisan tomar actitudes invasivas ni seguimiento radiológico.⁸ Es decir no ameritan cirugía, sino solo observación y vigilancia posterior.

El estudio diagnóstico, análisis y caracterización de las masas renales y su comportamiento representa uno de los pilares maestros para la elaboración de una estrategia quirúrgica o terapéutica de otros órdenes, en la elaboración de un pronóstico y en el seguimiento de la eficacia terapéutica tanto en casos de patología benigna como maligna. La Tomografía Computarizada (TC) y la Resonancia Magnética (RMI) representan, en la actualidad, los dos modos más fiables, eficaces y eficientes en tal tipo de análisis y caracterización con índices de sensibilidad y especificidad superiores el 87 % y con una fiabilidad diagnóstica superior al 90 % dentro de las masas renales, sean quísticas simples o complejas, de orden inflamatorio inespecífico o específico o de origen tumoral primario o secundario de la esfera renal.⁹

• **Observaciones**

No se identifica en la documentación remitida a esta Comisión por parte de la Fiscalía en la solicitud de Dictamen, ni en la documentación remitida por Hospital y Clínica OCA, S.A. de C.V. dentro de la queja COESAMED 183/2014, la interpretación del estudio de Tomografía Axial Computarizada (TAC) con contraste mencionado por el médico tratante especialista en

⁸ Torres Aranda, Rodríguez Pino, Díaz Yanes; "Quiste renal hiperdenso. Presentación de un caso"; Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba; Medisur vol.13 no.6 Cienfuegos nov.-dic. 2015;

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000600011

⁹ Idem



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Urología, que corrobore su diagnóstico de quiste complejo mencionado en su interconsulta y que fue causa de la realización de la Nefrectomía Parcial realizada al paciente, y sin embargo existen notas de: "Indicación y Revisión Farmacológica de pacientes con Medio de Contraste" firmada por el médico radiólogo Américo Cavazos Guerra y de "Verificación Previa Pre-operatoria/procedimientos" revisada por la enfermera Isabel Vázquez Murillo, ambas de fecha 20-veinte de febrero de 2014-dos mil catorce, por lo que causa extrañeza que no se encuentre en la documentación remitida la interpretación de dicho TAC con contraste que corroboraría el diagnóstico de Quiste Complejo por haber captación del medio de contraste y justificaría, de cierto modo, la nefrectomía parcial realizada.

Por el contrario, se identifica únicamente la interpretación del estudio de Tomografía Axial Computarizada Simple de fecha 19-diecinueve de febrero de 2014-dos mil catorce, donde se menciona que la imagen observada es sugestiva de quiste hiperdenso de 1.5cm en polo inferior izquierdo.

Según la literatura estudiada este tipo de quiste no ameritan seguimiento. Es decir no amerita cirugía, sino solo vigilancia posterior.

Además, las características del quiste hemorrágico encontrado en la interpretación de TAC de fecha 13-trece de diciembre de 2011-dos mil once (tres años antes) que consta en el documentación revisada, es compatible con el quiste hiperdenso encontrado en la misma zona de polo inferior izquierdo en 2014-dos mil catorce en el sentido que son quistes que en algún momento sufrieron de sangrado intaquistico o infección y que no precisan seguimiento, sino solo vigilancia.

En la nota de interconsulta hecha por el médico especialista en urología, basado en la tomografía computarizada simple y contrastado que menciona se realizó al paciente, se consigna lo siguiente:

"Quiste complejo en riñón izquierdo más litiasis, no dilatación de cavidades renales y con captación del medio de contraste en tumoración quística compleja con contenido hemático, resto de órganos normales."

Esto viene a colación con el Dictamen efectuado por el perito de parte Dr. Luis Ignacio Medina Cepeda, quien menciona en su



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

análisis que tuvo a la vista el estudio de TAC con contraste del día 20-veinte de febrero de 2014-dos mil catorce en donde menciona que en dicha interpretación se consigna la presencia de: "imagen nodular en polo inferior de riñón izquierdo, de aspecto redondeado, hiperdenso, en la fase simple, el cual no presenta realce en el medio de contraste, sugestiva y correspondiente a un quiste complicado, con proteína y/o hemorragia el cual no presenta cambios de tamaño y densidad desde el 2011-dos mil once".

Según la clasificación de Bosniak, al existir realce del contraste en la tumoración estudiada, se debe de hablar de "masa quística" y puede corresponder con algunas de las formas del carcinoma de células renales por lo que una biopsia estaría debidamente indicada, sin embargo, se insiste en que esta Comisión no identifica en la documentación remitida el estudio ni la interpretación de dicha tomografía computarizada con contraste, por lo que no podemos afirmar si dicha clasificación de quiste complejo es el correcto.

Lo que sí existe en la documentación revisada, es la evidencia de la Tomografía Computarizada simple que señala "Imagen sugestiva de quiste hiperdenso de 1.5cm en polo inferior del riñón izquierdo". Además como ya se mencionó esto es corroborado por el perito de parte que según su dictamen, si tuvo a la vista el TAC con contraste del día 20 de febrero de 2014 y en donde se menciona que no existe realce del medio de contraste; por lo cual, como ya se mencionó, no precisaba seguimiento, es decir no precisaba de cirugía sino solamente vigilancia.

Por otro lado y de corroborarse que en la Tomografía Axial Computarizada (TAC) con contraste del día 20-veinte de febrero de 2014-dos mil catorce existió captación del medio de contraste en la tumoración quística; el diagnóstico de "quiste complejo" sería correcto y con esto justificada en cierta medida, la realización de la cirugía de Nefrectomía Parcial realizada. En caso contrario estaríamos probablemente ante un deficiente diagnóstico inicial de quiste complejo.

b) Anatomía-Patológica

La anatomía patológica es la rama de la medicina especializada en el estudio, interpretación y diagnóstico morfológico de las diferentes enfermedades que afectan al ser humano, cuyos padecimientos se detectan a través del análisis



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

cuidadoso y exhaustivo de los sistemas, órganos, tejidos y células de los pacientes; con el fin de establecer las bases científico-cognoscitivas, que sustentan los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos específicos, así como la toma de decisiones con respecto del seguimiento y vigilancia de la evolución clínica de los pacientes.

Es, además, un elemento valioso e insustituible en el control de calidad de la atención médica, porque ratifica o rectifica el diagnóstico presuncional.¹⁰

La Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016 define:

- **Biopsia**, tejido u otro material procedente de un organismo vivo, producto de un procedimiento, para su estudio con fines de diagnóstico.
- **Estudio macroscópico**, análisis con fines diagnósticos de un órgano, tejido u otro material procedente de un organismo, lo suficientemente grande como para que pueda ser observado a simple vista.
- **Estudio microscópico**, análisis de la estructura y composición de los tejidos, células, microorganismos y otros elementos inertes con fines diagnósticos, mediante cualquier sistema que amplifique las imágenes.
- **Estudio transoperatorio**, estudio morfológico que se realiza durante el procedimiento quirúrgico.
- **Histopatología**, estudio de la estructura y composición microscópica de los tejidos y órganos alterados con fines diagnósticos.

La indicación de una Biopsia Intraoperatoria (BI) nace de la necesidad del cirujano mientras está operando, y ésta obedece a una situación de duda durante el acto quirúrgico, de cuya resolución va a depender el curso de la intervención quirúrgica. Ello significa que no ha de pedirse por mera curiosidad del cirujano, ni para poder dar al paciente una información aparentemente definitiva del resultado final.¹¹

¹⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

¹¹ Algaba F, Arce Y, Santaularia JM, Villavicencio Mavrich H.; La biopsia intraoperatoria en patología oncológica urológica; Actas Urológicas Españolas Octubre 2007; <http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v31n9/v31n9a03.pdf>



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

De acuerdo con lo dicho las principales indicaciones de una Biopsia Intraoperatoria (BI) son de diagnóstico, evaluación de márgenes del tumor y confirmación de que se está tomando suficiente tejido para un diagnóstico diferido.¹²

Los patólogos tienen la importante misión de proporcionar toda la información pronóstica posible que ayude a los clínicos a **orientar la mejor estratificación** de la terapia de **acuerdo con el riesgo de recidiva, progresión o metástasis**, de manera que los pacientes puedan beneficiarse, si lo necesitan, de la amplia terapia adyuvante hoy disponible en el camino hacia la terapia personalizada. Por ello, el objetivo de los protocolos es precisar el mejor itinerario a seguir en el estudio sistemático de los diferentes tipos de muestras en patología urológica así como **establecer el protocolo de estudio macroscópico y microscópico** de éstas muestras que sirva de guía para el diagnóstico, gradación y estadificación de los diferentes tipos de cáncer urológico. Además, refieren los datos que deben figurar en el informe anatomopatológico, con la finalidad de que éstos sean lo más claros, precisos y uniformes posible reflejando toda la información relevante y clínicamente útil para el posterior manejo de los pacientes y mejor comunicación con los urólogos.¹³

-Protocolos de las Piezas de Nefrectomía

Los datos a referir en las distintas muestras tienen como objetivo la precisión en el diagnóstico, para ello se deben incluir tanto información anátomo-patológica como del modo en que se ha recibido la muestra. **De esta forma los datos recomendados en las diferentes piezas son:**

I. NEFRECTOMÍA (PARCIAL O TOTAL) POR TUMOR EN EL PARÉNQUIMA

Inspección macroscópica

- Tipo de pieza remitida: Tumorectomía, nefrectomía parcial, nefrectomía total.
- Forma en que ha sido remitida la muestra (en fresco, fijada, seccionada...).
- Identificaciones remitidas (lado, zona de procedencia-en caso de resecciones parciales, estructuras incluidas), y en caso de carecer de dichas identificaciones mencionarlo en el dictamen.

¹² Idem

¹³ Isabel Guerra Merino, coordinadora; Libro Blanco 2015 de la Anatomía Patológica en España; Sociedad Española de Anatomía Patológica International Academy of Pathology; Recomendaciones del club de patología urológica. Pilar González-Peramato coordinadora;
https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=e3e9afca-c5ee-4d58-8cc5-94e91d59766e&groupId=10157



Comisión Estatal de Arbitraje Médico **COESAMED Nuevo León**

Unidad de Arbitraje

- Si se recibe en fresco es recomendable no decapsular ni extraer el tejido adiposo en contigüidad con la pieza, haciendo los cortes a través de él. Una vez inspeccionada la superficie y comprobada la relación riñón/tejido adiposo se puede decapsular si no hay ninguna área adherida, y realizar secciones longitudinales paralelas de 1 cm. de grosor para una correcta fijación con formol durante toda la noche.

Descripción macroscópica

- Los tejidos incluidos (suprarrenal, tejido adiposo, longitud del uréter)
- Peso y diámetros máximos del riñón (sin el tejido adiposo)
- Aspecto externo, con especial referencia a la masa tumoral y sus posibles nódulos satélites, si se identifican externamente.
- Aspecto de la masa (s) tumoral (es) al corte:
 - Localización (polos, tercio medio), cortical, medular, ambas.
 - Forma y diámetros máximos.
 - Coloración y aspecto
 - Delimitación del entorno (parénquima y tejido adiposo)
 - Estado del seno renal y relación con la vía intrarrenal (cállices, pelvis y uréter)
- Características del parénquima no tumoral
- Características de las vías.
- Estado de las estructuras del hilio renal (vena y arteria).
- Aspecto externo y al corte de la suprarrenal, si está incluida.
- Ganglios, si son reconocibles, número y tamaño.
- En nefrectomías parciales aspecto de la superficie quirúrgica

Los márgenes de resección deben ser marcados con tinta china en las exéresis parciales. En las resecciones totales sólo se han de marcar las superficies quirúrgicas sospechosas a la inspección macroscópica.

Selección de las secciones

- El muestreo del tumor debe incluir todas las zonas que destaque en especial. Incluirlo en su totalidad si mide de 2 a 3 cm., y en los tumores mayores al menos una sección por cada centímetro del diámetro máximo de la masa.
- Los nódulos satélites, si existen, también se han de tomar para el estudio microscópico. En caso de que excedan de un número prudencial (más de 5 o 6) se pueden tomar muestras de los mayores y de los menores, en caso de un aspecto macroscópico diferente.
- Muestras del tejido adiposo (perirenal y del seno renal) si están próximos al tumor
- Las muestras de la vía deben ser representativas de la pelvis y del uréter, escogiendo aquellas áreas con lesión, si la hubiere.
- La muestra de la vena es obligada si hay un trombo, o sospecha de él, siendo facultativa su toma en ausencia de él (pero es aconsejable porque es la mejor forma de tener un documento de la ausencia de invasión venosa).
- La suprarrenal, debe ser incluida entre las muestras
- Se han de tomar un mínimo de 2 secciones del parénquima normal (próximo y alejado del tumor)
- Aunque el urólogo no remita el tejido adiposo (con eventuales ganglios) por separado, siempre debe extraerse la grasa de alrededor del hilio e incluir los ganglios que se encuentren.
- En las resecciones parciales deben hacerse cuatro secciones (como mínimo) en cruz del límite quirúrgico, y como es obvio especialmente de aquellas áreas más próximas al tumor
- Clave de las secciones escogidas, si se cree oportuno.
- La toma de material fresco para congelar es facultativa, siendo recomendable (en los centros en los que no se toma de forma sistemática) en los tumores de pacientes de 20 años o menos (posibles carcinomas de translocación), y en casos de sospecha o certeza de carcinomas familiares.

Descripción microscópica

Es facultativa, aunque recomendable, pues ayuda a la precisión de la observación microscópica, sobretudo en centros con formación de residentes.

En caso de hacerse debe indicarse:



Comisión Estatal de Arbitraje Médico **COESAMED Nuevo León**

Unidad de Arbitraje

- El tipo celular de la neoplasia, con sus variaciones y el porcentaje de ciertos subtipos (por ejemplo el sarcomatoide). Patrón de crecimiento, tamaño nuclear y presencia de nucleolos.
- Presencia y extensión de necrosis, especialmente en los no papilares.
- Su relación con el parénquima no tumoral y el tejido adiposo (perirrenal o del seno renal).
- La invasión microvascular o perineural.
- El estado del límite quirúrgico.
- Las características de las posibles lesiones tumorales satélites
- El estado del parénquima no tumoral, con especial interés en las posibles lesiones precursoras de la neoplasia.
- Estado del hilio renal.
- Estado de la suprarrenal (si está incluida).
- En caso de hallar ganglios con metástasis, medir la metástasis y valorar su eventual extensión al tejido adiposo de alrededor.

Diagnóstico

Ha de ser concreto, con términos precisos, si la patología tiene una nomenclatura concreta, o descriptivos, si carece de ellos.

Debe incluir:

- El tipo celular de la neoplasia.
- El grado de diferenciación tumoral.
- La extensión y el tamaño del tumor. Categoría pT.
- La presencia de invasión microvascular peritumoral y/o del seno renal
- El estado de los márgenes
- Las lesiones del parénquima no tumoral.

II. CLASIFICACIONES RECOMENDADAS EN LA PATOLOGÍA NEOPLÁSICA DEL PARÉNQUIMA RENAL

- Para la clasificación de los tipos celulares se recomienda las variaciones realizadas por la ISUP a la clasificación del 2004 de la OMS. En breve se editará la actualización de la OMS que muy probablemente seguirá estas mismas directrices.
- Para la evaluación del grado se ha de tener en cuenta el subtipo histológico:
 - En los carcinomas de células claras se recomienda la gradación de Fuhrman, con especial atención al grado nucleolar de la ISUP
 - Para los carcinomas papilares el grado nucleolar de ISUP.
 - Los carcinomas cromófbos no se gradan y sólo debe referirse en caso de que haya áreas anaplásicas y/o sarcomatoides.
 - Los nuevos subtipos no se gradan a excepción de que hayan áreas anaplásicas o sarcomatoides.
- Para la extensión se recomienda el TNM de la UICC, séptima edición.
- En los tumores renales de la infancia se recomienda adaptar la terminología y la valoración de los factores pronósticos a los protocolos terapéuticos que se sigan en el centro. Las directrices más usadas son las del National Wilms Tumor Study (NWTS) (5), y las de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique (SIOP).

III. NEFRECTOMIA PARCIAL O TOTAL POR PATOLOGÍA NO TUMORAL

Descripción macroscópica

Los datos que deben reflejarse son:

- La referencia de donde nos indican que procede la muestra, y los tejidos acompañantes.
- El peso y los tres máximos diámetros.
- El aspecto externo y al corte.
- Las características de la vía urinaria incluida en la muestra.

Debemos tener en cuenta la causa que ha motivado la extirpación quirúrgica, para buscar aquellos



Comisión Estatal de Arbitraje Médico **COESAMED Nuevo León**

Unidad de Arbitraje

aspectos anatómo-patológicos peculiares de dicha patología.

Selección de las secciones

- Toda zona que se diferencie de lo normal debe ser escogida.
- Si el aspecto es homogéneo estará indicada una sección por grupo calicular representado en la muestra, que incluya cortical, medular y tejido del seno renal.
- Clave de la procedencia de las secciones escogidas si se cree oportuno.

Descripción microscópica

En caso de hacerse la descripción microscópica es recomendable indicar el estado de:

- La cortical, haciendo referencia al estado de los glomérulos, túbulos, intersticio y vasos, aunque sus cambios no tengan relación con la patología principal
- La medular, resaltando aquellos datos que puedan relacionarse con la patología principal.
- La vía urinaria y el tejido del seno renal¹⁴

-Manejo en quirófano

Todas las muestras que se remitan para Biopsia Intraoperatoria (BI) han de ser enviadas en fresco, sin ningún fijador. Si la pieza es de pequeño tamaño y en el transporte se puede deshidratar es recomendable taparla con una gasa humedecida con suero fisiológico. Está contraindicado el sumergir la pieza en suero fisiológico u otro líquido preservador, ya que el proceso de congelación se dificulta por la gran imbibición hídrica de los tejidos. Cualquier cuestión o duda que tenga el urólogo ha de estar indicada a través de señales en la pieza, pero lo más aconsejable es que el patólogo haya sido informado y "sensibilizado" previamente a través de la insustituible comunicación urólogo-patólogo.

-Manejo en patología

Una vez ha llegado el tejido a Patología puede procederse de dos formas, o se hace una impronta sobre la muestra (método utilizable en masas tumorales o ganglios linfáticos y no en la evaluación de márgenes) o se realizan secciones congelando el tejido.

Las secciones congeladas son teñidas con métodos rápidos, la eficacia de las improntas y de los cortes por congelación es equiparable, aunque levemente superior para las secciones por congelación (discordancias en un 1.6% de los diagnósticos por impronta, frente a un 0.8% en los diagnósticos con secciones en los mismos casos, por estudio simultáneo con ambos métodos)

El tiempo de demora entre la toma de la biopsia y la llegada del resultado al cirujano es muy variable, ya que depende de la distancia entre los quirófanos y el servicio de Patología,

¹⁴ Isabel Guerra Merino, coordinadora; Libro Blanco 2015 de la Anatomía Patológica en España; Sociedad Española de Anatomía Patológica International Academy of Pathology; Recomendaciones del club de patología urológica. Pilar González-Peramato coordinadora;
https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=e3e9afca-c5ee-4d58-8cc5-94e91d59766e&groupId=10157



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

el método de transporte, el tipo de biopsia (por ejemplo no es lo mismo estudiar una sola muestra que la búsqueda de distintos márgenes de resección), dificultad del caso y forma de comunicar el resultado; por todo ello no puede establecerse un tiempo estándar, aunque en la literatura se refiere un máximo de 20 minutos.¹⁵

-Comunicación del resultado

Según los diferentes centros la información de la Biopsia Intraoperatoria (BI) se puede hacer oralmente o por escrito, pero sea como sea la forma usada ha de quedar constancia de lo dicho durante el acto quirúrgico y en el dictamen final se ha de reflejar el resultado dado. En caso de una discordancia entre el diagnóstico intraoperatorio y el definitivo es recomendable indicar su causa.¹⁶

-Diagnóstico Anatómopatológico.

Es tal vez a parte más importante del informe para el médico clínico, pero hay que tener en cuenta que el diagnóstico se deduce de los hallazgos macroscópicos, microscópicos y de la correlación con los datos de la historia clínica; por ello, este último aspecto es importante para el patólogo y para el clínico; igualmente es importante leer en su totalidad el informe anatómopatológico antes de llegar al diagnóstico, para evaluar la correspondencia entre lo descrito y el diagnóstico final.

El diagnóstico debe de contemplar dos aspectos: uno incluye: órgano, localización específica de la muestra en el órgano, procedimiento por medio del cual se obtiene la muestra. Y el segundo que contempla el diagnóstico propiamente dicho, que debe de estar acorde con alguno de los sistemas de codificación de las enfermedades.

El diagnóstico debe de ser claro y preciso. En caso de no ser posible un diagnóstico definitivo, se debe de pasar descriptivo y hacer los comentarios pertinentes que ayuden al clínico a tomar una conducta que redunde en beneficio del paciente.¹⁷

¹⁵ Algaba F, Arce Y, Santaularia JM, Villavicencio Mavrich H.; La biopsia intraoperatoria en patología oncológica urológica; Actas Urológicas Españolas Octubre 2007;

¹⁶ Algaba F, Arce Y, Santaularia JM, Villavicencio Mavrich H.; La biopsia intraoperatoria en patología oncológica urológica; Actas Urológicas Españolas Octubre 2007;
<http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v31n9/v31n9a03.pdf>

¹⁷ Matute Turizo Gustavo, Luz Jaramillo Martha; El Laboratorio de Patología; Medicina U. PB. Medellín, Colombia: pag. 29 a 42; 1998. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/1136/1035>



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Observaciones

Como ya se mencionó, la cirugía programada y realizada en virtud del diagnóstico de quiste complejo fue la de Nefrectomía parcial con biopsia transoperatoria y definitiva de masa tumoral quística para establecer criterio en cuanto a conservar nefronas o efectuar nefrectomía radical.

En el resultado del estudio transoperatorio (BTO) de anatomía patológica de la pieza quirúrgica referida por el cirujano como:

A) "Tumor de polo inferior de riñón izquierdo, biopsia (BTO y definitivo)", de la cirugía realizada el 29 de abril de 2014, se menciona:

"Parénquima renal benigno".

Motivo por el cual se decide dar por terminada la cirugía y se conserva nefronas.

El día 09-nueve de mayo de 2014-dos mil catorce (10 días después) se otorga el reporte definitivo de la pieza quirúrgica enviada para su estudio referida por el cirujano como:

B) "Tumor de riñón Izquierdo, resección".

Se menciona como diagnóstico final: Carcinoma renal quístico fragmentado de 3cm de diámetro mayor, con grado nuclear de Furhman 2 y con lesión en borde de resección. Sin embargo, es importante señalar que no existe certeza en el resultado, ya que en los comentarios de dicho reporte, la patóloga menciona:

*"Dado que la lesión se recibe fragmentada en este material el borde quirúrgico de resección aparentemente se encuentra positivo para lesión".

*Así mismo en el inciso "C" se menciona que:

"Las secciones realizadas al tejido enviado muestran tejido adiposo maduro con hemorragia reciente y congestión vascular negativo para neoplasia"



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Para el punto de vista de esta Comisión, dicho reporte no es claro y preciso y se debió haber solicitado una segunda opinión o bien una aclaración de la descripción entre "lesión" y "aparente" lesión en borde de resección, esto porque, si bien el quiste analizado se describe como carcinoma, lo importante es saber el estado de los márgenes quirúrgico en las nefrectomías parciales¹⁸

Esto es importante ya que, a posteriori se sabe que no existía cáncer en dicho margen como se demuestra con el estudio patológico realizado a la pieza quirúrgica obtenido de la nefrectomía radical izquierda realizada al paciente, por lo que definitivamente nos encontramos ante un error en la interpretación del resultado (dudoso) del estudio de anatomía patológica definitivo realizada al paciente, en donde:

Existe una falta de certeza en dicho estudio, al mencionar primeramente que existe lesión en borde de resección y posteriormente se menciona que: "Dado que la lesión se recibe fragmentada en este material el borde quirúrgico de resección aparentemente se encuentra positivo para lesión."

Por otro lado, en el resultado TAC simple realizado al paciente un día antes de la nefrectomía radical, se menciona que no se observa lesión residual a nivel de riñón izquierdo; El resto del parénquima renal sin evidencia de lesiones focales.

Es decir, según este estudio, que la literatura médica señala con un 90% de fiabilidad diagnóstica,¹⁹ no existía Cáncer.

Además, no existe en la documentación remitida, la Tomografía Axial Computarizada (TAC) con contraste necesario señalado en la literatura médica observada de la especialidad y descrita anteriormente.

Por lo que según dicha literatura, se debió haber realizado más estudios diferenciales de imagen como la mencionada TAC con contraste, ecografía y resonancia magnética, además de la

¹⁸ Algaba F, Arce Y, Santaularia JM, Villavicencio Mavrich H.; La biopsia intraoperatoria en patología oncológica urológica; Actas Urológicas Españolas Octubre 2007;
<http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v31n9/v31n9a03.pdf>

¹⁹ Fernández Mena Javier, Zuluaga Gómez Armando, Valle Díaz de la Guardia Francisco; Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen; Actas Urológicas Españolas, vol.33 No.5 mayo 2009; versión impresa ISSN 0210-4806;

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000500005&script=sci_arttext&tlng=pt



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

segunda opinión del estudio de laminillas analizadas de la muestra quirúrgica obtenida en la cirugía parcial realizada, antes de la decisión de realizar la nefrectomía radical efectuada, aunado a la insuficiencia renal incipiente del paciente, mencionada.

Si estimamos toda esta serie de información, convendremos en que si estudiamos cualquier caso problema, podemos valorar de primera intención:

- Lesión.
- Localización.
- Tamaño.
- Volumen.
- Características ecoarquitecturales.
- Características en densidad.
- Características en señal.
- Patrón vascular.
- Relaciones con parénquima sano.
- Relaciones extrínsecas al órgano huésped.

Estos datos, sometidos a parámetros de arquitectura tumoral en base a datos histopatológicos, nos van a permitir la diferenciación de lesiones de comportamiento, básicamente, benigno de otras lesiones con comportamientos tendentes o de malignidad. El espectro de tales lesiones incluyen patología quística, inflamatoria inespecífica y específica, tumoral benigna y maligna.²⁰

-Clasificación de los errores en Patología

Aunque hay muchas maneras de clasificar los errores, quizá lo más sencillo sea dividirlos en tres tipos.

-Un primer tipo sería operacional o técnico.

En este grupo se incluyen muestras mal etiquetadas, pacientes mal fichados o con información errónea o incompleta, muestras pérdidas, etc, pero también incluiría tejidos mal fijados, mal incluidos, mal cortados o mal teñidos. E incluso a casos con técnicas inmunohistoquímicas o moleculares mal realizadas. Obviamente, una mala técnica puede inducir errores diagnósticos o al menos aumenta la variabilidad diagnóstica.

-El segundo tipo de errores.

Se produce cuando los estándares o los criterios diagnósticos de una determinada lesión no están perfectamente establecidos lo que conduce a diferencias de opinión que pueden

²⁰ Idem



Comisión Estatal de Arbitraje Médico **COESAMED Nuevo León**

Unidad de Arbitraje

interpretarse como error, o bien cuando la interpretación de los hallazgos es difícil o controvertida. Ejemplos de este tipo de errores los podemos ver en lesiones que forman parte de un espectro que va desde la benignidad a la malignidad: Diagnóstico de nevus displásico / melanoma; mielodisplasia de alto grado / leucemia aguda mieloblástica; hiperplasia epitelial ductal / hiperplasia epitelial atípica ductal / carcinoma ductal "in situ" de bajo grado / carcinoma ductal "in situ" de alto grado. Otros errores encuadrables en esta categoría serían aquellos producto de una interpretación equivocada del inmunofenotipo de un tumor o de algunas características moleculares de este que conlleven a categorizarlo equivocadamente.

-Tercer grupo de error.

Los que se producen cuando no se siguen criterios bien definidos, establecidos, consensuados y aceptados por la comunidad de Patólogos. Estos errores pueden explicarse meramente por falta de conocimiento ("solo se diagnostica lo que se conoce"). En este grupo se incluyen aquellos errores que se cometen por "pasar por alto" o por malinterpretar datos presentes en la preparación histológica. Incluimos aquí aquellos errores producto de una mala interpretación no del inmunofenotipo sino de la inmunotinción (por ejemplo valorar como positivo un marcaje para HER2 que no sea de membrana, o valorar como positivo un marcaje para CD30 que no sea globular).

Los psicólogos han agrupado el error en tres tipos que se superponen bastante bien con las subdivisiones que hemos mencionado: 1) *lapsus* y fallos basados en la habilidad, 2) errores basados en reglas y 3) errores basados en el conocimiento. Curiosamente, las diferencias entre el novicio y el experto se deben más a las habilidades y reglas que al conocimiento. Si se manejan bien los dos primeros se debe saber cuándo un caso hay que referirlo para una segunda opinión.²¹

c) Cáncer Renal

El cáncer renal representa el 2% al 3% de todos los tumores malignos, su incidencia máxima se da en países occidentales; siendo la lesión sólida más frecuente en el riñón en adultos, representando aproximadamente el 90% de todos los tumores

²¹ Félix Contreras Mejuto; Curso Corto Límites de la Patología; 21 Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica; <http://www.conganat.org/seap/congresos/2003/cursolimites/contreras.htm>



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

malignos, predomina en el sexo masculino a razón de 1.5-1 con una edad promedio de presentación de 65 años.

Dentro de los factores de riesgo mayormente asociados a cáncer renal son: el tabaquismo, obesidad y algunos grupos de pacientes con síndromes familiares hereditarios.

***Los estudios de laboratorio para el abordaje del carcinoma de células renales son: Biometría Hemática, pruebas funcionales Hepáticas Creatinina Sérica, Filtración glomerular, fosfatasa alcalina, deshidrogenasa láctica, calcio sérico.**

Los estudios de gabinete útiles para el diagnóstico son: Ecografía abdominal, tomografía axial computarizada y Resonancia Magnética, tele radiografía de tórax, gammagrama renal u óseo.

La biopsia renal como parte del diagnóstico y decisión terapéutica del carcinoma de células renales tiene indicaciones muy específicas.

El diagnóstico de certeza es a través del estudio histopatológico ya sea del producto de nefrectomía o por biopsia en casos seleccionados.²²

Las biopsias de tumores renales se utilizan cada vez más en el diagnóstico, la vigilancia de seguimiento y las técnicas de ablación. En la mayor parte de las series, una biopsia con aguja gruesa depara una especificidad y sensibilidad elevadas respecto a la presencia de una neoplasia maligna, aunque ha de señalarse que el 10%-20% de las biopsias no son concluyentes. **La biopsia tiene la finalidad de determinar la presencia de malignidad, así como el tipo y el grado de la masa renal evaluada.** Rara vez se precisa una biopsia percutánea de masas renales grandes en las que se ha programado una nefrectomía.²³

***El valor predictivo positivo de los datos de imagen es tan elevado que un resultado negativo de la biopsia no altera la actitud diagnóstico-terapéutica.** La biopsia también está

²² Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Renal en el Adulto. México. Secretaría de Salud, 2013. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-607-13/ER.pdf>

²³ B. Ljungberg, N. Cowan, D.C. Hanbury, M. Hora; Guía clínica sobre el carcinoma renal; European Association of Urology 2010; <https://uroweb.org/wp-content/uploads/02-GUIA-CLINICA-SOBRELA-CARCINOMA-RENAL.pdf>



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

indicada en los pacientes con metástasis antes de iniciar el tratamiento sistémico.²⁴

-Estadificación del carcinoma de células renales

Los principales factores que afectan al pronóstico en el Carcinoma de células renales son:

- El grado nuclear, el subtipo histológico
- La extensión anatómica.²⁵

*Los factores anatómicos comprenden: tamaño del tumor, invasión venosa, invasión de la cápsula renal, afectación suprarrenal y metástasis ganglionares y a distancia. Estos factores se agrupan habitualmente en el sistema de estadificación TNM de uso universal (T=grado de afectación transmural, N=grado de afectación de ganglios linfáticos, M=metástasis).

Categorías T para el cáncer de riñón

<i>Tx: no se puede evaluar el tumor primario (la información no está disponible).</i>
<i>T0: no hay evidencia de un tumor primario.</i>
<i>T1: el tumor sólo se encuentra en el riñón y no mide más de 7 cm (un poco menos de 3 pulgadas) de ancho.</i>
<i>T1a: el tumor mide 4 cm (aproximadamente 1 ½ pulgadas) de ancho o menos y sólo se encuentra en el riñón.</i>
<i>T1b: el tumor mide más de 4 cm, pero no más de 7 cm de ancho y sólo se encuentra en el riñón.</i>
<i>T2: el tumor mide más de 7 cm de ancho, pero sigue limitado al riñón.</i>
<i>T2a: el tumor mide más de 7 cm, pero no más de 10 cm (aproximadamente 4 pulgadas) de ancho y sólo se encuentra en el riñón.</i>
<i>T2b: el tumor mide más de 10 cm de ancho, y sólo se encuentra en el riñón.</i>
<i>T3: el tumor invade una vena principal o el tejido alrededor del riñón, pero no invade la glándula suprarrenal (ubicada en la parte superior del riñón) ni crece más allá de la fascia de Gerota (la capa fibrosa que rodea el riñón y el tejido adiposo cercano al riñón).</i>
<i>T3a: el tumor crece hacia la vena principal que sale del riñón (vena renal) o hacia el tejido adiposo que rodea el riñón.</i>

²⁴ B. Ljungberg, N.Cowan, D.C. Hanbury, M.Hora; Guía clínica sobre el carcinoma renal; European Association of Urology 2010;

<https://uroweb.org/wp-content/uploads/02-GUIA-CLINICA-SOBRELA-CARCINOMA-RENAL.pdf>

²⁵ Fernández Mena Javier, Zuluaga Gómez Armando, Valle Díaz de la Guardia Francisco; Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen; Actas Urológicas Españolas, vol.33 No.5 mayo 2009; versión impresa ISSN 0210-4806;

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000500005&script=sci_arttext&tlng=pt



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

T3b: el tumor crece hacia la parte de la vena grande que conduce al corazón (la vena cava) que se encuentra dentro del abdomen.

T3c: el tumor ha crecido hacia la parte de la vena cava que se encuentra dentro del tórax o crece hacia la pared de la vena cava.

T4: el tumor se ha propagado fuera de la fascia de Gerota (capa fibrosa que rodea el riñón y el tejido adiposo adyacente). El tumor puede haber invadido la glándula suprarrenal (encima del riñón).

Categorías N de cáncer de riñón

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (adyacentes) (la información no está disponible).

N0: no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.

N1: el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

Categorías M de cáncer de riñón

M0: no hay propagación a los ganglios linfáticos distantes ni a otros órganos.

M1: hay presencia de metástasis distante; incluye propagación a ganglios linfáticos distantes y/o a otros órganos. El cáncer de riñón se propaga con más frecuencia a los pulmones, los huesos, el hígado o el cerebro.

El sistema de clasificación TNM actual se recomienda porque tiene relevancia en cuanto a pronóstico y tratamiento.²⁶

En los pacientes con cáncer renal (CR) debe de identificarse el estado de TNM, el grado nuclear según Fuhrman, el subtipo de Cáncer Renal ya que aportan información pronostica importante.

Se recomienda una Tomografía Axial Computarizada (TAC) o Resonancia Magnética (RM) de abdomen como técnicas más adecuadas para realizar la estadificación TNM antes de la intervención quirúrgica.²⁷

En el cáncer renal, el diagnóstico histológico se establece tras la extirpación quirúrgica de los tumores renales o después del examen de las muestras de biopsia. El sistema de clasificación de Fuhrman del grado nuclear (grado 1,2,3 y 4) en el cáncer renal ha sido la clasificación aceptada de forma más general y es un factor pronóstico independiente e importante del cáncer renal.²⁸

²⁶ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Renal en el Adulto. México. Secretaría de Salud, 2013. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-607-13/ER.pdf>

²⁷ Idem

²⁸ Fernández Mena Javier, Zuluaga Gómez Armando, Valle Díaz de la Guardia Francisco; Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen; Actas Urológicas Españolas, vol.33 No.5 mayo 2009; versión impresa ISSN 0210-4806; http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000500005&script=sci_arttext&tlng=pt



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Según la Organización Mundial de la Salud, hay al menos tres subtipos histológicos principales de cáncer renal (CR):

- De células claras (CRc, 80%-90%)
- Papilar (CRp, 10%-15%)
- De células cromóforas (CRcr, 4%-5%)²⁹

N.º 1 El factor individual pronóstico más importante, en relación con cualquiera de los subtipos histológicos expresados, es la extensión anatómica del tumor en el momento del diagnóstico. El progreso en las técnicas quirúrgicas avala que la cirugía conservadora se puede realizar con éxito en pacientes con tumores limitados al riñón, monorrenos, con insuficiencia renal o con tumores múltiples bilaterales.

La Tomografía Computarizada (TC) es la técnica diagnóstica de primera elección para la estadificación del cáncer renal con una fiabilidad del 91%, aunque, los estudios de Resonancia Magnética de Imagen (RMI) pueden, en especiales circunstancias, ayudar a precisar elementos de interés en el proceso:

- a) visualización de la integridad de la pseudocápsula en las formas de CCR papilar;
- b) visualización del trombo tumoral en las venas renales, VCI y su extensión;
- c) alteración de la señal en la grasa perinéfrica en caso de infiltración
- d) valoración linfática y metastásica.³⁰

*El rol del radiólogo es fundamental tanto en la detección y caracterización del adenocarcinoma renal como en la estadificación de los tumores de mayor tamaño para determinar su resecabilidad. El tratamiento quirúrgico depende de un correcto diagnóstico. La estadificación inicial consta de una historia clínica, un análisis de laboratorio (función renal, hemograma, hepatograma, fosfatasa alcalina y calcemia) y una tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis sin y con contraste endovenoso o preferentemente una resonancia magnética (RM) de abdomen y pelvis sin y con contraste, sobre todo para la caracterización de una lesión dudosa y en la evaluación de la extensión del trombo tumoral hacia la vena cava inferior y la detección de invasión de su pared (lo cual haría necesaria su resección quirúrgica). La RM de abdomen y

²⁹ B. Ljungberg, N. Cowan, D. C. Hanbury, M. Hora; Guía clínica sobre el carcinoma renal; European Association of Urology 2010;

<https://uroweb.org/wp-content/uploads/02-GUIA-CLINICA-SOBRELA-CARCINOMA-RENAL.pdf>

³⁰ Fernández Mena Javier, Zuluaga Gómez Armando, Valle Díaz de la Guardia Francisco; Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen; Actas Urológicas Españolas, vol.33 No.5 mayo 2009; versión impresa ISSN 0210-4806;

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000500005&script=sci_arttext&tlng=pt



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

pelvis debe ir acompañada de una evaluación del parénquima pulmonar mediante una TC de tórax sin contraste.³¹

La evaluación del riñón contralateral es esencial, ya que la detección de enfermedad bilateral puede hacer necesaria una nefrectomía parcial.¹⁶

*Los pacientes con Cáncer Renal en estadio bajo (T1) deben someterse a una nefrectomía parcial. La nefrectomía radical ya no es el tratamiento de referencia en estos casos.³²

El protocolo de examen de Tomografía Computarizada (TC) incluye un estudio basal, con medio de contraste en fases cortico-medular; nefrográfica; excretora con reconstrucciones multiplanares.³³

*El tratamiento recomendado del Cáncer de Células Renales depende de una variedad de factores: tamaño y localización del tumor, diseminación local o a distancia, función renal, comorbilidades y estado funcional del paciente.

La nefrectomía parcial ha mostrado ser útil en el Cáncer Renal T1.

La cirugía conservadora o Nefrectomía parcial está indicada en pacientes seleccionados por ejemplo:

- Tumores pequeños unilaterales (T1 y casos seleccionados T1b)
- Lesión unilateral
- Insuficiencia renal
- Masas renales bilaterales
- Cáncer familiar³⁴

La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento efectivo o curativo para el cáncer clínicamente localizado siendo el tratamiento primario o de elección la nefrectomía parcial

³¹ Lisandro Paganini, Alberto Villaronga, Christian González, Gabriel Bruno, Javier Vallejos, Claudia Álvarez, Marina Ulla, Adriana Dieguez; Revista Argentina de Radiología; "Puesta al día: Estadificación del Carcinoma de Células Renales" Rev. argent. radiol. vol.76 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul./set. 2012.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922012000300007

³² B. Ljungberg, N.Cowan, D.C. Hanbury, M.Hora; Guía clínica sobre el carcinoma renal; European Association of Urology 2010;

<https://uroweb.org/wp-content/uploads/02-GUIA-CLINICA-SOBRELA-CARCINOMA-RENAL.pdf>

³³ Fernández Mena Javier, Zuluaga Gómez Armando, Valle Díaz de la Guardia Francisco; Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen; Actas Urológicas Españolas, vol.33 No.5 mayo 2009; versión impresa ISSN 0210-4806;

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062009000500005&script=sci_arttext&tlng=pt

³⁴ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Renal en el Adulto. México. Secretaría de Salud, 2013. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-607-13/ER.pdf>



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

nefropreservadora. La Nefrectomía radical será en casos de dificultad técnica o localización tumoral central.³⁵

Con base en los resultados oncológicos y de calidad de vida disponibles, la evidencia actual sugiere que el Cáncer Renal localizado se maneja mejor con **nefrectomía parcial (NP)** y no con **nefrectomía radical (NR)**, con independencia del abordaje quirúrgico (abierto o laparoscópico). Estudios que comparan la nefrectomía parcial abierta con la nefrectomía radical abierta demuestran que la tasa estimada de **supervivencia cáncer-específica (SCE)** a los 5 años fue comparable. Por primera vez, este hallazgo ha sido confirmado recientemente por estudios prospectivos, comparando la nefrectomía radical con la nefrectomía parcial en el tumor renal T1-2 N0M0 solitario <5cm con la función del riñón contralateral normal. Después de 9.3 años de seguimiento, 198 pacientes (72,5%) estaban vivos después de la nefrectomía radical y 173 (64,4%) después de **nefrectomía parcial**. La **supervivencia cáncer-específica (SCE)** fue de 98.5 vs. 97%, respectivamente. La recidiva local se produjo en un paciente en el grupo de **nefrectomía radical** y en 6 en el grupo **nefrectomía parcial**.³⁶

Una serie de estudios comparó nefrectomía radical (NR) vs. nefrectomía parcial (NP) (abierto o laparoscópico) para Cáncer Renal <4cm. Los resultados mostraron que la nefrectomía radical se asoció con mayor mortalidad por cualquier causa después de ajustar por las características del paciente. En los estudios de análisis de Cáncer Renal de 4-7cm no se muestran las diferencias de supervivencia cáncer-específica (SCE) entre la nefrectomía parcial y la nefrectomía radical.

Otros estudios han comparado diversos aspectos de la calidad de vida y la seguridad de nefrectomía abierta parcial y radical abierta. Los resultados no mostraron diferencias en la duración de la estancia hospitalaria, las tasas de hemorragia y/o la transfusión sanguínea.

Un estudio encontró que el tiempo operatorio promedio fue mayor para el grupo de nefrectomía parcial (NP) abierta, pero otras investigaciones no encontraron tal diferencia. Tres

³⁵ Idem

³⁶ William Quiróga Matamoros, Fernando Fernandez, Danilo Citarella Otero, Jaime Rangel, Andrea Estrada Guerrero, Iván Darío Patiño; Revista Urología Colombiana, Guía de Práctica Clínica: "Manejo del Carcinoma de Células Renales"; Vol. 25. Núm. 2. Mayo - Agosto 2016; Urol Colomb 2016.
<http://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-articulo-guia-manejo-del-carcinoma-celulas-S0120789X16000344>



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

estudios informaron consistentemente peor función renal después de la nefrectomía radical en comparación con nefrectomía parcial (NP).

De acuerdo a las características de los pacientes y del tumor, la evidencia actual sugiere resultados oncológicos satisfactorios para Cáncer Renal manejados con nefrectomía parcial (NP). La nefrectomía parcial (NP) es tan buena como la nefrectomía radical abierta y debería ser la opción preferida cuando sea técnicamente posible.³⁷

En algunos pacientes con Cáncer Renal localizado, la nefrectomía parcial (NP) no es adecuada debido a:

- Tumor localmente avanzado.
- La resección parcial no es técnicamente viable porque el tumor se encuentra en una ubicación desfavorable.
- Deterioro importante de la salud general del paciente.

En estas situaciones, el tratamiento curativo sigue siendo la nefrectomía radical. La resección completa del tumor primario, por cirugía abierta o laparoscópica, ofrece una posibilidad razonable de curar la enfermedad.³⁸ Sin embargo, ninguno de estos tres supuestos está mencionado como afectación del paciente.

Observaciones

En la bibliografía médica analizada se recomienda la estadificación del cáncer renal una vez diagnosticado con el fin de determinar el pronóstico y tratamiento médico o quirúrgico a seguir, los principales factores que afectan al pronóstico en el Carcinoma de células renales son:

- El grado nuclear
- El subtipo histológico
- La extensión anatómica

También se menciona en la bibliografía de la especialidad que se recomienda una Tomografía Axial Computarizada (TAC) o

³⁷ Idem

³⁸ William Quiróga Matamoros, Fernando Fernandez, Danilo Citarella Otero, Jaime Rangel, Andrea Estrada Guerrero, Iván Darío Patiño; Revista Urología Colombiana, Guía de Práctica Clínica: "Manejo del Carcinoma de Células Renales"; Vol. 25. Núm. 2. Mayo - Agosto 2016; Urol Colomb 2016.
<http://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-articulo-guia-manejo-del-carcinoma-celulas-S0120789X16000344>



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Resonancia Magnética (RM) de abdomen como técnicas más adecuadas para realizar la estadificación TNM antes de la intervención quirúrgica.

En ~~el~~ ^{el} reporte de anatomía patológica definitivo del expediente analizado de la nefrectomía parcial con excisión de quiste hecha al paciente se clasifica como Carcinoma renal quístico fragmentado de 3cm de diámetro mayor, con grado nuclear de Furhman 2 y el subtipo histológico de la muestra de la biopsia fue clasificado como de células claras, con lesión en borde se resección primeramente, pero mencionando después que por estar fragmentado "aparentemente" se encuentra positivo para lesión.

Por otro lado, consta en el expediente clínico remitido a esta Comisión por Hospital y Clínica OCA S.A. de C.V. dentro de la queja COESAMED: 183/2014, estudio de Tomografía Axial Computarizada Simple (TAC) de fecha 13-trece de mayo de 2014-dos mil catorce ya con "prediagnóstico" de Cáncer de Riñon (posterior a la Nefrectomía Parcial y un día antes de la cirugía de Nefrectomía Radical), en el cual, entre otras cosas se consigna las siguientes conclusiones:

"Cambios posquirúrgico esperados a nivel de la fosa renal izquierdo anteriormente descritos sin observar lesión residual a nivel del riñón izquierdo. El resto del parénquima renal sin evidencia de lesiones focales".

Además no se identifica en la documentación remitida la tomografía computarizada con contraste necesaria para valorar factores anatómicos como grado de invasión venosa, invasión de la cápsula renal, afectación suprarrenal y metástasis ganglionares y a distancia recomendada en la bibliografía de la especialidad.

Como ya se mencionó, los factores anatómicos comprenden: tamaño del tumor, invasión venosa, invasión de la cápsula renal, afectación suprarrenal y metástasis ganglionares y a distancia. Estos factores se agrupan habitualmente en el sistema de estadificación TNM de uso universal (T=grado de afectación transmural, N=grado de afectación de ganglios linfáticos, M= metástasis.

Tomando en cuenta que la interpretación del estudio de anatomía patológica definitivo no es concluyente, aunado al resultado de Tomografía Axial Computarizada simple en donde se menciona que no existe lesión y ante la falta de evidencia en la documentación remitida de más estudios necesarios para



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

establecer diagnóstico, que comprueben lesión en margen de la cirugía, la interpretación de esta Comisión es que existe una deficiente utilización de medios para establecer diagnóstico, lo cual a posteriori sabemos que no existía razón para la nefrectomía radical realizada.

Tomando en cuenta el resultados de Tomografía simple de fecha 13-trece de mayo de 2014-dos mil catorce, y al no encontrarse en él lesión residual, además de la falta de certeza en el examen de anatomía patológica en el sentido de si existía o no lesión en el borde quirúrgico, entonces la cirugía recomendada, o de primer elección era la nefrectomía parcial ya realizada por estar dentro de la clasificación T1N0M0 y por tratarse de un tumor de $\leq 3\text{cm}$, Furhman 2, sin infiltración nodular y sin metástasis. Es decir Estadío 1. Por lo que sin evidencia certera de existir lesión, no debió llevarse a cabo la Nefrectomía Radical.

Estadio	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1 o T2	N1	M0
	T3	N0 o N1	M0
IV	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1

De la bibliografía analizada se desprende que la recomendación de cirugía en cáncer renal clínicamente localizado el tratamiento primario o de elección es la nefrectomía parcial o nefropreservadora. La Nefrectomía radical será en casos de dificultad técnica o localización tumoral central.

En algunos pacientes con Cáncer Renal localizado, la nefrectomía parcial (NP) no es adecuada debido a:

- Tumor localmente avanzado.
- La resección parcial no es técnicamente viable porque el tumor se encuentra en una ubicación desfavorable.
- Deterioro importante de la salud general del paciente.



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

En estas situaciones, el tratamiento curativo sigue siendo la nefrectomía radical. Sin embargo, ninguno de estos tres supuestos esta mencionado como afectación del paciente.

IV. EXAMEN "LEX ARTIS MÉDICA"

Con el ánimo de ilustrar en la medida de lo posible y habiendo analizado detenidamente la Bibliografía Médica aplicable al presente caso y la documentación con la que se cuenta y remitida a esta Comisión, se hacen las siguientes observaciones:

Observaciones

- La Tomografía Axial Computarizada Simple de fecha 19-diecinueve de febrero de 2014-dos mil catorce, menciona que la imagen observada es sugestiva de quiste hiperdenso de 1.5cm en polo inferior izquierdo, según la clasificación de Bosniak descrita, este tipo de quiste no precisan seguimiento. Es decir no precisan de tratamiento quirúrgico, sino solo vigilancia posterior.
- Esta Comisión sugiere a la Fiscalía a su cargo, solicitar al departamento de Imagenología del Hospital y Clínica OCA la interpretación del estudio de tomografía axial computarizada con contraste de fecha 20-veinte de febrero de 2014-dos mil catorce (ya que no consta en la documentación remitida) a fin de que se observe, si dicho quiste tenía captación del medio de contraste como lo menciona el especialista en urología en su nota de interconsulta y que, justificaría de cierta manera la nefrectomía parcial realizada por él; o bien, si no presentaba realce del medio de contraste como lo menciona el perito de parte Dr. Luis Ignacio Medina Cepeda en su análisis, además de señalar que se menciona en dicho estudio que el quiste no presentaba cambios de tamaño y densidad desde el año 2011-dos mil once, entonces según la bibliografía analizada, no se justificaría la cirugía de nefrectomía parcial ni la



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

biopsia efectuada por ser un quiste hiperdenso de menos de 3cm.

- Es decir, de corroborarse que en el TAC con contraste del día 20-veinte de febrero de 2014-dos mil catorce existió captación del medio de contraste en la tumoración quística, el diagnóstico de "quiste complejo" sería correcto y con esto justificada en cierta medida, la realización de la cirugía de Nefrectomía Parcial realizada. En caso contrario estaríamos probablemente ante un deficiente diagnóstico inicial de quiste complejo.
- Para el punto de vista de esta Comisión, el reporte de anatomía patológica de fecha 09-nueve de mayo de 2014-dos mil catorce no es claro y preciso y se debió haber solicitado una segunda opinión o bien una aclaración de la descripción entre "lesión" y "aparente" lesión en borde de resección, esto porque, si bien el quiste analizado se describe como carcinoma lo importante es saber con certeza el estado de los márgenes quirúrgico en las nefrectomías parciales.
- En el resultado de TAC simple realizado al paciente un día antes de la nefrectomía radical, se menciona que no se observa lesión residual a nivel de riñón izquierdo; El resto del parénquima renal sin evidencia de lesiones focales. Es decir no existía Neoplasia.
- Este resultado no es mencionado en la nota preoperatoria del especialista en urología de fecha 14-catorce de mayo de 2014-dos mil catorce. Siendo importante en virtud del resultado negativo e importante realizar estudios diferenciales a fin de confirmar o no el diagnóstico.
- No existe en la documentación remitida la Tomografía Axial Computarizada con contraste necesaria señalada en la literatura médica observada de la especialidad y descrita anteriormente.



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

En resumen y en base a lo anterior, de acuerdo a la literatura observada de la especialidad y la documentación con la que se cuenta:

MED. A.L *No se identifica evidencia en la documentación remitida para haber realizado nefrectomía parcial.

*Como ya se mencionó, tampoco existe evidencia contundente de que los márgenes de la cirugía parcial analizados en patología tengan lesión por lo que no sería necesaria la Nefrectomía Radical realizada.

- Por el contrario, existe evidencia en la documentación analizada de que el quiste que presentaba el paciente, era un quiste hiperdenso de 1.5cm, compatible con quiste hemorrágico encontrado en TAC efectuado desde 2011 y que no ameritaba seguimiento quirúrgico, sino solo vigilancia.
- Existe evidencia en TAC simple del día 13-trece de mayo de 2014-catorce (un día antes de la nefrectomía radical) en donde se menciona que no se observa lesión residual a nivel de riñón izquierdo, ni evidencia de lesiones focales en el resto del parénquima renal.
- Tomando en cuenta que la interpretación del estudio de anatomía patológica definitivo (nefrectomía parcial) no es concluyente, aunado al resultado de Tomografía Axial Computarizada simple del día 13-trece de mayo de 2014-catorce en donde se menciona que no existe lesión y ante la falta de evidencia en la documentación remitida de más estudios necesarios para establecer diagnóstico, que comprueben lesión en el margen quirúrgico de la nefrectomía parcial; la interpretación de esta Comisión es que existe una falta y/o deficiente utilización de medios para establecer diagnóstico; no existía una urgencia como tal, que imposibilitara la realización de los estudios diferenciales mencionados en la literatura médica; a posteriori sabemos que no existía razón para la nefrectomía radical realizada en virtud del resultado negativo de esta pieza quirúrgica del estudio de anatomía patológica.



Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COESAMED Nuevo León

Unidad de Arbitraje

Sin más por el momento, reitero a Usted las seguridades de mi más atenta y distinguida consideración.

Se firma el presente Dictamen Médico Institucional de conformidad con el artículo 28 fracciones II y XI del Reglamento Interno de esta Comisión, además de los artículos 97, 98, 99, 101 y 102 del Reglamento de Procedimientos de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico. El presente Dictamen Médico Institucional contiene el punto de vista de la Comisión únicamente de la documentación revisada, por lo que éste debe de ser evaluado por la autoridad peticionaria a la luz de sus atribuciones y en el contexto de las pruebas y alegaciones desahogadas durante el procedimiento ministerial.

A T E N T A M E N T E

Monterrey, Nuevo León a 18 de julio del año 2018.

Sin más por el momento reitero a Usted las seguridades de mi más atenta y distinguida consideración.


Lic. *Miro.* Omar Alonso Del Castillo
Subcomisionado Jurídico Estatal



COESAMED, N. L.