



¿Fue evitable la pérdida de ovario en este caso pediátrico?

26 de agosto de 2020
Andrew I Kaplan, Esq

Temas relevantes

Este caso involucra a un paciente de ocho años que originalmente se presentó con un síntoma principal de dolor abdominal en el lado derecho y un episodio de vómitos.

Los hechos

El 2 de junio de 2011, la paciente de 8 años se presentó al Departamento de Emergencias (SU) del acusado acompañada de sus padres con un síntoma principal de dolor abdominal en el lado derecho que comenzó a la hora del almuerzo y un episodio de vómitos (un segundo episodio fue aludido por el asistente en su nota).

La niña tenía dolor constante, moderado en el cuadrante inferior derecho (RLQ) que no irradiaba y tenía un inicio repentino. Un incidente similar había ocurrido la semana anterior. El historial médico de la niña no contribuyó.

En el examen, había dolor a la palpación en el RLQ de la niña sin protección ni rebote, no se palparon masas y los ruidos intestinales eran normales. La niña se sintió mejor mientras estaba en el servicio de urgencias; tenía buen aspecto y “podía saltar sin dificultad”. La enviaron a casa con instrucciones de regresar si tenía fiebre, empeoramiento del dolor abdominal o nuevos síntomas, y para hacer un seguimiento con su médico de atención primaria (PCP) al día siguiente.

Se canceló una tomografía computarizada (TC) con contraste que se ordenó inicialmente. Las instrucciones de alta indicaron un diagnóstico de “dolor abdominal (de vientre)”, desconociendo la causa específica. Se observó que la enfermedad no parecía peligrosa ni requería hospitalización o cirugía de emergencia. Las instrucciones recomendaban traer a la niña de regreso en caso de dolor creciente o persistente. Una hoja de papel separada describía el diagnóstico y el tratamiento de la “UTI”.

El 10 de junio, la niña fue recibida por lo que el pediatra acusado describió como una visita por enfermedad. Su nota es ilegible, aunque por la evaluación parecía ser “UTI” y el plan parecía consistir en una cita de seguimiento. Los resultados del análisis de orina y el cultivo de orina realizados ese día fueron normales.

El pediatra coacusado realizó un seguimiento de la “UTI” el 24 de septiembre, cuando se examinó a la niña por fiebre y tos. No se mencionó el dolor abdominal.

Dos días después, la niña regresó al hospital acompañada de sus padres refiriendo un historial de 3 días de dolor abdominal RLQ que era severo, intermitente y no irradiado y reportó vómitos.

La madre informó haber visto al PCP de la niña, quien le diagnosticó “estreñimiento” y le aplicó un laxante y un enema, sin mejoría. El examen en ese momento reveló sensibilidad, rebote y protección, aunque no se sintió masa y había ruidos intestinales. Las pruebas de laboratorio revelaron un recuento elevado de glóbulos blancos.

Se realizó TC con contraste de abdomen y pelvis que mostró una masa de predominio quístico de 6,4 a 6,2 cm que contenía tabiques internos. El útero estaba comprimido entre la masa y la vejiga urinaria. No se pudieron visualizar los ovarios. Había una pequeña cantidad de líquido libre en la pelvis.

The finding was believed to be an ovarian cystic mass, mesenteric cyst or enteric duplication cyst. Pelvic ultrasound showed an enlarged right ovary that measured 7.3 4.6 4.6 cm, midline in the pelvis. A thick-walled right ovarian cystic mass with intervening thick septations was visible and there was trace fluid in the pelvis. By comparison, the left ovary was 2.2 cm in its widest diameter.

The impression was “complex cystic right ovarian mass with thick septation.” Given the size of the mass, superimposed torsion could not be excluded. **Surgical consultation was recommended.**

Progress notes indicate that “Codefendant OB/GYN [was made] aware of CT and sono findings. He will follow as outpatient.” The family was counseled as to the need for follow-up and reasons to return.

The patient was discharged home from the ED with instructions describing a primary diagnosis of abdominal tenderness and a secondary diagnosis of right ovarian cyst. The family was also given another detailed document that described the diagnosis of ovarian cyst and included reasons for returning to the hospital.

Se creía que el hallazgo era una masa quística de ovario, un quiste mesentérico o un quiste de duplicación entérica. La ecografía pélvica mostró un ovario derecho agrandado que medía 7,3 4,6 4,6 cm, en la línea media de la pelvis. Era visible una masa quística de ovario derecho de pared gruesa con tabiques gruesos intermedios y había trazas de líquido en la pelvis. En comparación, el ovario izquierdo tenía 2,2 cm en su diámetro más ancho.

La impresión era "masa compleja quística del ovario derecho con tabicación gruesa". Dado el tamaño de la masa, no se pudo excluir la torsión superpuesta. Se recomendó la consulta quirúrgica.

Las notas de progreso indican que “el obstetra / ginecólogo codemandado fue informado de los hallazgos de la TC y la ecografía e indicó seguimiento como paciente ambulatorio”. Se informó a la familia sobre la necesidad de seguimiento y las razones para regresar.

La paciente fue dada de alta del servicio de urgencias con instrucciones que describían un diagnóstico primario de dolor abdominal a la palpación y un diagnóstico secundario de quiste de ovario derecho. A la familia también se le entregó otro documento detallado que describía el diagnóstico de quiste ovárico e incluía las razones para regresar al hospital.

El coacusado ob / gyn vio al paciente el 27 de septiembre en consultorio. La breve nota del médico menciona que la paciente estaba en la sala de emergencias del hospital el día anterior con un dolor abdominal repentino, tenía el mismo dolor 4 meses antes y una ecografía mostró una masa quística de 6.4 cm en la línea media. No se intentó ni recomendó ninguna intervención.

El 22 de octubre, la paciente fue a ver al cirujano ginecológico pediátrico. Su principal queja fue un dolor abdominal intermitente en el RLQ durante 4 meses. Refirió haber sido atendida en el hospital y sometida a ecografía y tomografía computarizada, que mostraba una masa quística de

ovario derecho de 6,4 cm, así como una posible masa de ovario derecho compleja, de predominio quístico.

La familia trajo solo los informes pero no las placas. La niña tenía menos dolor y, por lo demás, estaba sana, aunque su abuela pensó que su "barriga se estaba agrandando".

En el examen, el abdomen de la niña estaba lleno, con una masa en la parte inferior del abdomen palpable en la línea media, descrita como movable. El resto del examen fue normal. La impresión fue masa abdominal, a descartar quistes ováricos, mesentéricos y duplicados derechos. Se advirtió a la familia sobre una posible "torsión" y la necesidad de obtener las imágenes de ultrasonido y tomografía computarizada del hospital. La cirugía de la niña se programó para el 4 de octubre.

El 3 de octubre, el pediatra examinó a la niña para obtener autorización quirúrgica. De manera significativa, el examen abdominal no reveló anomalías. No hubo dolor ni defensa en el examen.

La cirugía avanzó el 4 de octubre y la familia proporcionó las placas ese día, en CD. El procedimiento consistió en laparotomía exploradora, destorsión de anexos derechos torcidos, ooforectomía derecha, ooforocistectomía izquierda y lavado peritoneal. El informe quirúrgico observó pelvis hemorrágica donde se alojaba la masa, 3 torsiones del anexo derecho incluyendo ligamento infundibulopélvico, múltiples quistes foliculares, compromiso del útero en la torsión (que recuperó el color después de que se redujo la torsión), y también otros hallazgos que se describieron en un diagrama elaborado por el cirujano demandado.

El registro intraoperatorio indicó la hora en 11:55 a.m. La hora de la incisión fue 12:25 p.m. y la hora de cierre fue a las 2:15 p.m. El tiempo de espera se indicó como 2:30 p.m. La hora de inicio de la anestesia se registró como las 12:05 p.m., y la hora de inicio de la cirugía fue de las 12:30 p.m. La hora de finalización de la anestesia fue de las 2:45 p.m., mientras que la hora de finalización de la cirugía fue de las 2:20 o 2:30 p.m.

El reporte operatorio recoge el diagnóstico preoperatorio como masa abdominal descartando lesión ovárica con torsión intermitente, y el diagnóstico postoperatorio fue tumor de ovario derecho con torsión de anexos, peritonitis localizada y quiste folicular de ovario izquierdo.

En la sección de indicaciones del informe, el cirujano acusado señaló que el caso fue "discutido a fondo con la familia" y que "se explicaron los posibles riesgos y complicaciones y no se ofrecieron garantías". En el cuadro se incluyó un formulario de consentimiento para el procedimiento.

El cirujano acusado encontró "líquido ascítico seroso" que sugería una reacción peritoneal. Se encontró masa hemorrágica en pelvis compatible con tumor de ovario derecho con 3 torsiones de anexos, incluido el ligamento infundibulopélvico. La masa tenía de 6 a 7 cm de diámetro y era "bastante hemorrágica con la decoloración violácea de la masa ovárica".

El útero se describió como extendido con torsión. Alguna decoloración del útero se resolvió después de que se redujo la torsión. Se extrajo el ovario derecho y se describió como "reemplazado completamente por el tumor". La pared anterior del recto, la vejiga posterior y la pelvis eran "bastante hemorrágicas" debido a la masa. Fueron revisados por hemostasia. Se drenaron "múltiples quistes foliculares" del ovario izquierdo. Tras el lavado peritoneal, la paciente fue cerrada. La niña permaneció en el hospital hasta el 7 de octubre. Estaba comiendo bien y sin quejas de dolor antes del alta.

La anatomía patológica reveló una masa ovárica derecha, marcada congestión estromal, edema y hemorragia, así como varios quistes revestidos de células columnares cortas monocapa

con hemorragia intraquística antigua. Además, se observaron numerosos folículos primarios. Los hallazgos fueron compatibles con ovario quístico con torsión, benigno.

Cuando el cirujano acusado vio a la niña el 15 de octubre, estaba sanando satisfactoriamente. La patología quirúrgica mostró un tumor quístico de ovario benigno, sin ningún indicio de infarto ni necrosis. La cicatriz se describió como bien curada con una ligera induración debajo de la cicatriz.

La niña regresó el 12 de noviembre, nuevamente con una curación y un curso postoperatorio satisfactorios. Había una ligera induración debajo de la cicatriz, aunque no había quejas inusuales de dolor. Estaba comiendo bien y defecando con regularidad. Los registros pediátricos posteriores no indican ningún problema médico importante adicional.

Alegaciones

El demandante alegó que el hospital codemandado partió por no admitir a la paciente, obtener una consulta quirúrgica pediátrica inmediata, derivar a la paciente para una consulta quirúrgica inmediata o trasladar a la paciente a una instalación apropiada para una evaluación quirúrgica el 26 de septiembre.

Criticaron el hecho de que el hospital coacusado no se comunicó con la madre el 27 de septiembre, después de que las interpretaciones finales de que las imágenes del día anterior estuvieran disponibles (que muestran una posible torsión). Criticaron la decisión del coacusado ob / gyn de derivar a la paciente a un cirujano pediátrico el 27 de septiembre, sin derivarla de inmediato al hospital, a la luz de imágenes que no podían descartar la torsión.

El demandante alegó que el cirujano ginecólogo acusado no intervino oportunamente al paciente, retrasó la cirugía de forma inapropiada 3 días, no se informó a tiempo de las imágenes abdominales realizadas 5 días antes en el hospital del coacusado, no ordenó las imágenes de emergencia, evaluó incorrectamente a la demandante, la examinó inadecuadamente, no pudo captar oportunamente la evidencia clínica y radiográfica de torsión ovárica, permitió que el quiste y la torsión de ovario empeoraran y finalmente causó o contribuyó a la pérdida del ovario derecho de la demandante, debido al empeoramiento del quiste y la torsión.

Se alegó que la niña sufrió pérdida del ovario derecho, disminución de la fertilidad, pérdida de la posibilidad de una incisión de laparoscopia / laparotomía, adherencias / cicatrices abdominales, incontinencia temporal, dolor y sufrimiento.

Descubrimientos

La madre de la niña testificó que la niña había estado teniendo dolor RLQ desde junio de 2011, y que comenzó alrededor del momento de la primera presentación en el hospital del coacusado ese mes. No recordaba mucho de la visita de junio, además del diagnóstico de ITU.

Cuando se le preguntó sobre el dolor de la niña entre las visitas al hospital de junio y septiembre de 2011, la madre dijo que el dolor de RLQ ocurría casi a diario, pero que no estaba segura de si el dolor había cambiado, ya que e la niño "no es realmente una niña de hablar para hacérmelo saber. " Sin embargo, afirmó que el dolor de la niña del 24 al 26 de septiembre fue el peor que había visto.

La madre testificó que el 27 de septiembre fue al ginecólogo / obstetra coacusado, quien habló con ellos en su oficina formal, no en una sala de examen. No examinó a la niña, afirmando que era un ginecólogo adulto y no examinaba a niños.

Sin embargo, sí discutió la posibilidad de torsión y la derivó a otro ginecólogo adulto. En cambio, la madre llamó al pediatra acusado, quien la derivó al ginecólogo acusado.

Después de que el ginecólogo acusado le hiciera un examen físico el 1 de octubre, dijo que era necesario extirpar la masa de la niña. La cirugía estaba programada para el 4 de octubre. El acusado dijo que la extracción no podía ser laparoscópica porque la masa era demasiado grande. Cuando se le preguntó acerca de las quejas de la niña entre el 1 y el 4 de octubre, la madre dijo: "Estoy segura de que sí [tenía quejas], pero no estoy segura. No lo recuerdo".

El cirujano ginecológico acusado revisó la nota de su encuentro y testificó que su entrevista y examen no revelaron ninguna queja de dolor ni sensibilidad a la palpación. El dolor se describió como intermitente durante al menos 4 meses. Al revisar los informes de TC y U / S y después de evaluar a la paciente, su impresión fue descartar quistes ováricos, mesentéricos y duplicados.

Testificó que aconsejó a la familia sobre la torsión, diciéndoles que si la niña tuviera un ataque agudo de dolor abdominal, debían contactar al médico ya que esto indicaría una emergencia quirúrgica.

De lo contrario, se le dijo a la familia que la cirugía se realizaría el 4 de octubre. Se le preguntó intensamente si la niña se presentó como una emergencia quirúrgica debido a la presencia o al riesgo de torsión el 1 de octubre. Insistió en que la niña no era un "Emergencia" debido a la ausencia de sensibilidad a la palpación o dolor activo en el momento de la entrevista / examen.

Testificó que un ovario torcido es capaz de torcerse / desenroscarse, y un estado de torsión puede revertirse y repetirse, de manera intermitente.

Al momento del examen, no había evidencia de torsión, por lo que fue apropiado programar la cirugía con 3 días de anticipación, para obtener autorización prequirúrgica y darle tiempo a la familia para prepararse emocionalmente para un procedimiento importante. Nuestro experto en patología creía que el ovario no se podía salvar y debía extirparse el 4 de octubre. Examinó los portaobjetos de la muestra y descubrió que el ovario de la paciente estaba completamente dominado por el quiste e isquémico e infartado por torsión. El ovario ya no era viable debido a ambos procesos patológicos. Las diapositivas mostraron que el quiste se había apoderado por completo del ovario y los dos eran inseparables, por lo que medidas como la cistectomía o el drenaje eran inútiles. Además, el quiste, de unos 7 cm en su dimensión más grande el 4 de octubre, había crecido hasta un punto en el que el ovario probablemente no se podía salvar el 1 de octubre.

Por lo tanto, si el acusado se hubiera operado el 1 de octubre, lo más probable es que el ovario también hubiera sido extirpado.

Nuestro experto en cirugía pediátrica apoyó la decisión de extirpar el ovario derecho el 4 de octubre.

Incluso en el caso extremadamente improbable de que el ovario detorsionado "se enrojeciera", habría sido contrario a una buena conducta médica abandonar el ovario y realizar ecografías periódicas para verificar su viabilidad porque el cirujano permitiría que un tumor potencialmente maligno permaneciera en el cuerpo de la niña.

Hubo torsión completa del ovario derecho, que se refleja en el registro quirúrgico mostrando tres torsiones de los anexos. Finalmente, el perito indicó que las imágenes operativas del ovario torcido y destorsionado mostraban claramente que estaba necrótico, gangrenoso y carente de viabilidad. Además, el quiste había desplazado cualquier tejido ovárico viable.

Resultado

Una vez concluidas todas las deposiciones, solicitamos la desestimación del caso por sentencia sumaria en nombre de nuestro cliente, el cirujano. Argumentamos que la supuesta

demora de 3 días en la realización de la cirugía no fue una demora en absoluto dadas las circunstancias y que, sin embargo, tuvo que extirpar todo el ovario ya que no era viable y lo había sido al menos desde el 1 de octubre.

En su oposición a todas las mociones de los demandados, el perito de la demandante tuvo que admitir que para el momento en que la paciente se presentó a nuestro cliente, era poco probable que hubiera quedado tejido ovárico viable y, como tal, era imperativo que la intervención se produjera antes de 26 de septiembre. Como resultado, se otorgó un juicio sumario a nuestro cliente y el caso fue desestimado.

Análisis

A veces, los casos médico-legales tienen tantas partes móviles que hasta que no se desarrollan todas, por así decirlo, no se puede estar seguro de dónde estarán las alegaciones y las defensas enfocadas.

Si bien esto comenzó como un diagnóstico erróneo y un caso de demora para todos los acusados, a través del proceso de descubrimiento y la evaluación de expertos, pudimos determinar que los hallazgos patológicos hicieron que cualquier argumento de demora, al menos para nuestro cliente, fuera discutible.

Ante el testimonio de un experto en apoyo de esa conclusión patológica, el demandante se vio obligado a admitir que nuestros argumentos eran creíbles y que no podían montar un argumento de refutación que les permitiera mantener el caso contra nuestro cliente. Como tal, la desestimación fue obtenida.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Fuente: <https://www.contemporaryobgyn.net/view/was-loss-of-ovary-in-this-pediatric-case-avoidable>