

ALGO ESTÁ PASANDO

FERNANDO GUZMÁN CHAVES, M.D.*

*Servicio de Urología, Hospital Militar Central, Profesor Asistente Facultad de Medicina,
Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia*

Este es un escrito que podría llamarse de reflexión, ya que surge de la pregunta que nos formulamos cuando llegan a nuestra consulta pacientes con la presentación tardía, avanzada o metastásica, de tumores testiculares. Se trata de una situación preocupante que lleva, en la mayoría de los casos, a desenlaces fatales, sin importar el tratamiento de quimioterapia y cirugía cito-reductora que reciban los enfermos.

¿De dónde surge este llamado de atención? La respuesta, lamentablemente, es dura y dolorosa. Hace unos meses fui llamado a declarar ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, para explicar mi actuación en un caso atendido en el Hospital Militar Central. Al llegar al juzgado, en donde no se estipula que caso es el que se investiga, el abogado de la contraparte intervino para informar que había obtenido copia auténtica de la historia clínica del occiso, motivo por el cual le solicité revisarla, antes de entrar en la discusión médica.

Antecedentes

Se trataba del caso de un paciente remitido al Hospital Militar Central en el año 2002, que al momento de su ingreso informó que desde hacía un año, había notado aumento del tamaño y la consistencia de uno de sus testículos y que hacía quince días, luego de realizarse una ecografía de testículos, su lesión resultó compatible con un tumor testicular, lo que originó su remisión urgente para manejo especializado. Al momento de su ingreso entregó una placa de tórax con múltiples metástasis pulmonares y una ecografía abdominal con metástasis hepáticas y conglomerado ganglionar retroperitoneal. El paciente se hospitalizó, se solicitaron marcadores tumorales y se le realizó orquidectomía radical. La patología reportó un tumor mixto no

seminomatoso con metástasis extratesticulares, por lo que se solicitó valoración al Servicio de Oncología para posterior manejo con quimioterapia. Al tercer día post-orquidectomía presentó un cuadro de abdomen agudo y hemoperitoneo que llevó a valoración por el Servicio de Cirugía General. Se le realizó laparotomía exploratoria que mostró úlcera gástrica perforada y ruptura hepática, secundaria a ruptura de metástasis a este nivel. Pese al esfuerzo de los cirujanos, el paciente falleció por choque hipovolémico.

Resultado

El abogado de la contraparte, que había estudiado a fondo la historia clínica, sus antecedentes, los registros correspondientes a los exámenes físicos realizados, los exámenes solicitados y la congruencia del acto médico, comenzó a hacer preguntas que no se podían responder por falta de registro en la historia clínica, de los eventos sucedidos casi un año antes por fuera del Hospital Militar Central. Preguntas como: “¿cómo es la presentación de un tumor testicular?”, “¿qué estudios se deben realizar?”, “¿Es necesaria la determinación de marcador tumoral?”, “¿Se necesitan estudios imagenológicos?”, “¿Se requiere ecografía?”. Lo más grave del acto médico mal realizado, era evidenciar en las notas de la historia clínica del hospital regional que posteriormente remite al paciente: “Examen genital: no se realiza”. ¿Cómo explicarle a un abogado acusador que el paciente recibió, con un juicio clínico inadecuado, antibióticos y antiinflamatorios para una patología que se consideró orquiepididimitis, cuando en realidad se trataba de las primeras manifestaciones de un tumor testicular, al que no se le prestó la atención oportuna y que lógicamente no mejoró, porque tan sólo cuando meses más tarde, el padre del paciente decidió realizarle por su cuenta una ecografía escrotal que infor-

* Correspondencia: fernando.guzman@unimilitar.edu.co Dirección postal: Tr. 3 No. 49-00 Facultad de Medicina, Bogotá, D.C.

mó la presencia de hallazgos compatibles con tumor testicular, época en la que el paciente ya presentaba signos constitucionales, es que se le solicitan estudios de extensión que confirmen la presencia de metástasis pulmonares, hepáticas y retroperitoneales?

La presentación de este caso en el Servicio de Urología del Hospital Militar Central, me permitió hacer memoria que éste no es el único caso en que un paciente llega tardíamente, con la presentación clínica de un estado avanzado de tumor mixto de testículo metastásico, siendo el caso más reciente el de un paciente que cuando patología reportó la presencia de metástasis de tumor testicular en biopsia de ganglio supraclavicular (Figuras 1-3), éste ya presentaba, además de compromiso de las cuerdas vocales, metástasis pulmonares (Figura 4) y hepáticas (Figura 5) que en la actualidad vienen siendo manejadas con cuatro ciclos de quimioterapia con cisplatino, estando en espera de cirugía cito-reductora, encaminada a ofrecerle una mejor calidad de vida.



FIGURA 1. Aumento del contenido escrotal por tumor testicular izquierdo.



FIGURA 2. Tumor testicular de 500gr de peso.



FIGURA 3. Masa supraclavicular izquierda.

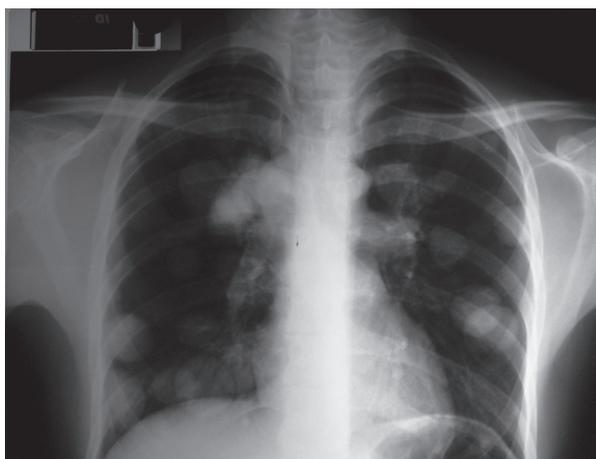


FIGURA 4. Metástasis pulmonares de un CA testicular mixto.



FIGURA 5. Metástasis hepáticas de un CA testicular mixto.

Conclusión

Éste, al igual que otros casos similares, generan angustia en la comunidad médica urológica y por ende se plantean preguntas como ¿Qué está pasando? ¿En qué se está fallando?, ¿A quién están llegando las campañas de promoción del Instituto Nacional de Cancerología y de la Liga contra el Cáncer?, ¿Será que los componentes académicos que estamos ofreciendo a nuestros estudiantes de pregrado no incluyen el diario trajinar de la urología?, ¿Será que a los estudiantes no les interesa la urología?. Definitivamente, “Algo esta pasando”.

Cuando al revisar la literatura médica internacional nos encontramos con reportes de caso similares a los aquí comentados, vemos entonces que no se trata de un grave problema local, sino universal, por lo que se plantea que es inminente la necesidad de analizar y de modificar el ejercicio de la docencia médica, no solo en el tema urológico y de los cánceres de testículo, sino de todas las patologías. Estamos haciendo diagnósticos, tratando y rehabilitando a los pacientes en los hospitales de tercer y de cuarto nivel, pero la esencia del acto médico inicial, el examen físico, la semiológica, esa no se está aplicando. Distinta sería la suerte de estos pacientes, si un “buen y completo” examen físico se les hubiera realizado.

Referencias

- Pastor H, Donate MJ, Ruiz R, Pastor JM, Salinas AS, Virseda JA. Hemoperitoneo y muerte por rotura de metástasis hepatoesplénicas de tumor testicular. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(10):1175-1178.
- Watkins GL. Massive hemoperitoneum resulting from rupture of a seminoma in an undescended testicle. *J Urol* 1970; 103(4):447-448.
- Wilson L. Rupture and hemorrhage of an intra-abdominal testicular tumor in a pseudohermaphrodite. *West J Surg Obstet Gynecol* 1961;69:312-314.
- Küçük HF, Dalkılıç G, Kurotu E, Altunta M, Bariik NO, Gülmen M. Massive bleeding caused by rupture of intraabdominal testicular seminoma: a case report. *J Trauma* 2002; 52(5):1000-1001.
- Feldbaum DM, Goldstein S. Acute haemoperitoneum caused by intra-abdominal testicular germ cell tumour: a rare presentation of peritonitis. *Br J Urol* 1998; 82(4): 603-604.
- Ben-Baruch D, Yampolski I, Ziv Y. Massive haemoperitoneum complicating metastasis in the liver. *Eur J Oncol* 1990; 16(5):462-463.
- Davis JB, Schrenken JR, Zimmerman O. Massive hemoperitoneum from rupture of benign hepatocellular adenoma. *Surgery* 1973; 73(2):181-184.
- Fidas-Kamini A, Busuttill A. Fatal haemoperitoneum from ruptured hepatic metastases from testicular teratomas. *Br J Urol* 1987; 60(1):80-81.
- Bochner BH, Lerner SP, Kawachi M, Williams RD, Scardino PT, Skinner DG. Postradical orchiectomy hemorrhage: should an alteration in staging strategy for testicular cancer be considered?. *Urology* 1995; 46(3):408-411.
- Cunningham LN, Ginsberg P, Manfrey S, Finkelstein LH. Massive haemorrhage secondary to metastatic testicular carcinoma. *J Am Osteopath Assoc* 1989; 89:341-344.
- Motzer RJ, Bosl GJ. Hemorrhage: a complication of metastatic testicular choriocarcinoma. *Urology* 1987; 30(2):119-122.
- Rodier JM, Pujade-Lauraine E, Guillonnet B, Chauvenet L, Bernadou A. Haemoperitoneum due to necrosis of bulky retroperitoneal metastases: an unusual complication of chemotherapy for testicular cancer. *Br J Urol* 1996; 77(6):919-920.
- Molina Infante J, Beceiro Pedreño I, Ripoll Noiseux C, Marín Jiménez I, González Asanza C, Menchén Fernández-Pacheco P. Gastrointestinal hemorrhage due to metastatic choriocarcinoma with gastric and colonic involvement. *Ver Esp Enferm Dig* 2004; 96(1):77-80.
- Lox CD, Trevino J. Abnormal hematological indices associated with metastatic choriocarcinoma in a young man. *J Med* 1983; 14(2):95-101.
- Johnson DE, Appelt G, Samuels ML, Luna M. Metastases from testicular cancer. *Urology* 1976; 8 (3):234-239.