

Respetado

JUEZ CUARENTA Y SEIS (46) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA
RADICADO N° 11001310304620210056100

DEMANDANTE: LINA MARIA MARTINEZ GUERRERO.

DEMANDADOS: NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ Y OTROS.

<u>ASUNTO:</u>	CONTESTACION DE DEMANDA Y PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO DEL DEMANDADO DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ
-----------------------	--

JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.037.522 de Bogotá y con Tarjeta Profesional de Abogado No. 278.639 expedida por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., actuando como apoderado especial del demandado Dr. **NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 11.187.617, domiciliado y residente en Bogotá D.C., a través del presente escrito y con el respeto acostumbrado **CONTESTO DEMANDA E INTERONGO EXCEPCIONES DE MERITO**, bajo el siguiente:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A LOS HECHOS 1 A 9: NO ME CONSTAN teniendo en cuenta que no es un hecho relacionado con la atención médica especializada suministrada por parte de mi prohijado **NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ**, por lo cual, es una situación fáctica que deberá ser acreditada por la parte demandante de conformidad con los postulados del artículo 167 del C.G.P.

A LOS HECHOS 10 Y 11: NO ME CONSTA porque el examen no fue realizado por parte de mi representado, sin embargo, **SE ACLARA** que, en una radiología simple convencional de senos paranasales, no se aprecian desviaciones septales de tipo cartilaginoso, solo óseas, porque son las estructuras que se evidencian en este examen.

AL HECHO 12: ES CIERTO Y SE ACLARA toda vez que en la primera consulta que tuvo la paciente con el Dr. **NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ**, refirió el deseo de cambio estético nasal, por giba en dorso y punta caída. Luego entonces, mi representado explicó que estos procedimientos se pueden hacer en el mismo acto quirúrgico, pero que no están cubiertos por el sistema del Plan Obligatorio de Salud (POS). Finalmente, se aclaró cuáles eran las diferencias de los procedimientos cosméticos y funcionales.

AL HECHO 13: ES CIERTO Y SE ACLARA toda vez que en el TAC de Litomedica realizado a la paciente el 29 de octubre de 2016 confirma hallazgos de sinusitis, conchas bullosas bilaterales y síndrome de obstrucción nasal por hipertrofia de cornetes, como lo reporta la imagen diagnostica (Folio 157 del archivo PDF "Anexos de la Demanda").

Bogotá D.C., octubre 29 de 2016
Número: 16036
Ciudad.

REF: LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ

IDENTIFICACIÓN: 52845442

ESCANOGRAFIA DE SENOS PARANASALES

TECNICA

Adquisición en equipo Multidetector con posteriores reconstrucciones multiplanares en algoritmos de tejidos blanco y óseo.

HALLAZGOS

Cambios inflamatorios crónicos maxilares bilaterales con formación de quiste de retención submucoso en el piso del lado izquierdo y bilobulado de mayor tamaño en el contralateral.

Constituyen hallazgos de naturaleza sistada pues no se asocian un patrón obstructivo.

Del lado derecho hay simillarmente cambios focales etmoidales posteriores.

Concha bulosa bilateral no obstructiva como factor anatómico asociado a hipertrofia de cornetas inferiores con disminución de la permeabilidad nasal.

Dosis de radiación efectiva: 0,8 mSv.

Cordialmente,

DR. MARCO LUCIANO CHARRY
MEDICO RADIÓLOGO
RM. 10.537.061

AL HECHO 14: ES CIERTO de conformidad con los registros de historia clínica, los hallazgos del TAC de senos paranasales y la necesidad de ofrecer una alternativa quirúrgica a la paciente.

AL HECHO 15: NO ES CIERTO como ya se mencionó en la radiografía simple no se ven desviaciones de origen cartilaginoso, sino simplemente estructuras óseas.

A LOS HECHOS 16 A 21: NO ES CIERTO como está narrado en la demanda ya que en la consulta anterior la paciente informó a mi representado el deseo de cambio estético nasal (por su interés y no por oferta de mi representado), se explica por el galeno que se puede llevar a cabo en el mismo procedimiento, en que consiste, y que por no ser cubierto por el POS, tiene unos costos adicionales tanto para el cirujano, como para la clínica, a lo cual accede y se solicitan los presupuestos requeridos.

Luego, se explica nuevamente en qué consisten los procedimientos y los riesgos previsibles como son Anestesia, inflamación, infección, sangrado, deformidad nasal tal y como reporta en el consentimiento informado. A lo cual, la demandante refirió entender y aceptar la realización del procedimiento. Esto en cumplimiento de los deberes médicos contenidos en la Ley 23 de 1981:

CAFAM **CONSENTIMIENTO INFORMADO**
PROCESOS DE RESOLUCIÓN Y BUENA VISTA

INFORMACIÓN GENERAL

Intep/1 Medios/1 Lina María Guerrero

Identificación: 52845442

Nombre: LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ

Identificación: 52845442

Nombre: BLANCA MARTINEZ

Identificación: 41512333

Nombre: JUAN CARLOS ACOSTA

Identificación: 7914113

Se ha puesto de presente al paciente toda la información relacionada con el procedimiento a realizar. El diagnóstico por el cual se va a llevar a cabo el mismo, en que consiste el procedimiento, los riesgos tanto generales, como específicos, las complicaciones y las alternativas de tratamiento originadas o derivadas del mismo, tanto verbalmente como a través del audio de riesgo (cuando aplica). Se autoriza en cumplimiento con las normas éticas exigidas al profesional de la salud en Colombia señaladas entre otras, por la ley 23 de 1981 y el decreto 13437 de 1991. No obstante haciendo en suerte la información

Autosera/ inf/oculoso/ inf/oculoso/ inf/oculoso de riesgo y uern!

CONSENTIMIENTO

Concediendo lo anterior SI NO doy consentimiento y autorizo la práctica del procedimiento o intervención quirúrgica que se propone y los procedimientos que eventualmente puedan sobrevenir, de igual forma SI NO autorizo la transfusión sanguínea, en caso de ser necesario.

26 de octubre 2016

X Lina María Guerrero Martínez - 52845442

X Blanca Martínez - 41512333

X Juan Carlos Acosta - 7914113

RENUNCIA A LA INFORMACIÓN

No he decidido renunciar a la información del procedimiento que se me va a practicar y delego a _____ (Identificado) con Cédula de Ciudadanía _____ para tomar las decisiones relacionadas con mi estado de salud incluido el de dar consentimiento y autorizar para la práctica del procedimiento.

Finalmente, el pago de los honorarios que debió realizar la paciente fueron necesarios para cubrir los costos del cirujano y del quirófano y que no son cubiertos por el POS al tratarse de un procedimiento de carácter estético de manera parcial como ampliamente fue informado a la paciente.

A LOS HECHOS 22 Y 23: ES CIERTO Y SE ACLARA que en este tipo de procedimientos se debe realizar un registro fotográfico previo a la intervención quirúrgica, lo cual, es consentido y aceptado por la paciente. En este caso en particular, dicho registro hace parte del archivo personal de mi representado que se tiene con cada paciente que interviene y que son orientadoras, documento que es anexo al presente escrito:



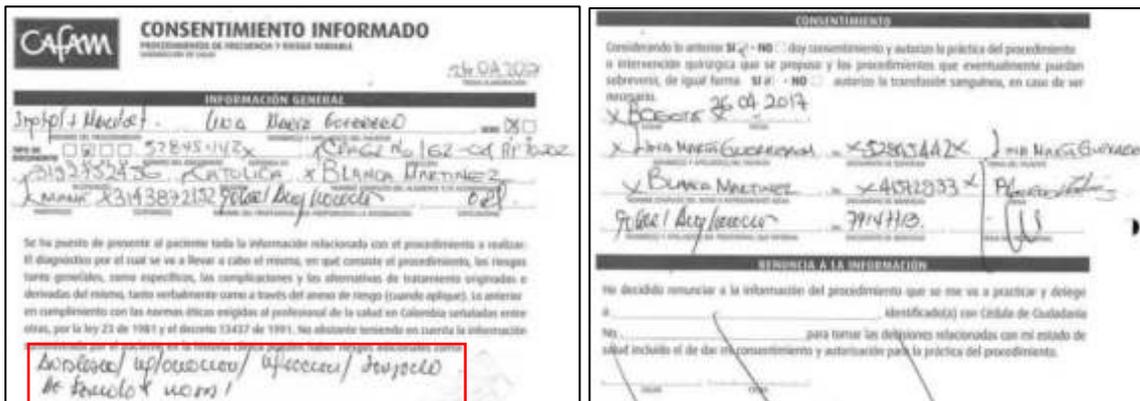
En estas fotos pre quirúrgica de archivo, se aprecia en la vista frontal la asimetría facial, dada por mayor tamaño en hemicara derecha, laterorrinia (desviación de nariz), ojo izquierdo más pequeño que el derecho proyección labial izquierda más corta en las laterales y la giba de dorso. Finalmente, se observa la punta nasal globosa poco definida, alteraciones en calidad de piel y giba en dorso nasal.

A LOS HECHOS 24 A 28: ES CIERTO de conformidad con los documentos anexos de la demanda, todo con el fin de realizar la cirugía previa las autorizaciones administrativas y consentimiento informado de anestesia y cirugía.

Es preciso explicar que se programó septoplastia mas maxiloetmoidectomia (el código septoplastia tiene incluido cierre de perforación septal) no porque hubiera una perforación, sino que hace parte de este código que era manejado para la época de los hechos en el sistema de Historias Clínicas de Cafam.

A LOS HECHOS 29 A 40: NO ES CIERTO tal y como está anotado en la demanda, por tratarse de distintas situaciones fácticas, me permito resaltar los siguientes aspectos desde esta defensa y de conformidad con los registros de historia clínica:

1. El consentimiento informado, es un documento obligatorio, no se inicia ningún procedimiento quirúrgico, sin que esté en la historia firmado por paciente y cirujano. Asimismo, otro consentimiento es elaborado en el departamento de anestesia, igualmente firmado por paciente y anestesiólogo. en este caso están los dos consentimientos haciendo parte de la historia, firmados por todos, como se puede apreciar, **no es necesario hacer un consentimiento por cada procedimiento porque la vía de abordaje tanto para le cirugía estética y funcional es la misma:**



2. La descripción quirúrgica, confirma el procedimiento tanto estético como funcional, y que señala:

“asepsia antisepsia, infiltración xilocaína 1 % con epinefrina, incisión intercartilaginosa llevada a transfixiante total limitada, abordaje del dorso, homogenización del dorso, resección de giba, retrograda lipexctomia de punta, septoplastia convencional, uncinectomia bilateral permeabilizacion del ostium bilateralmente, limpieza de antros maxilares, se envía material a patología, puntos de cierre coaptacion y mucosa vendaje”.

3. Es necesario aclarar que en el ingreso a cirugía se practicaron las cirugías estéticas y funcionales, cuya vía de acceso es la misma, es decir por las fosas nasales, sin ninguna incisión externa, **para estética:** abordaje de dorso nasal, resección giba, retrograda,lipectomia de punta, y **para lo funcional septoplastia** por hallazgo de pequeña desviación septal basal der cartilaginosa, maxiloetmoidectomia, por uncinectomia bilateral permeabilizacion y limpieza de antros maxilares se envía material a patología (informado como pólipos).
4. En las anotaciones de anestesia y postoperatorio inmediato y tardío, el equipo encargado deja constancia en la historia clínica que **no hubo complicaciones**, con evolución adecuada y se dio salida en buen estado.
5. Es importante resaltar que la desviación septal cartilaginosa puede ser hallazgo intraoperatorio, no necesariamente debe ser visto en radiografías simples.
6. No es cierto que el Dr. DIAZGRANADOS no se haya presentado con la paciente, porque no se inicia la cirugía, si no está el equipo completo, en este caso mi representado hace parte del equipo y practicó completamente el procedimiento. Por regla general antes que los pacientes queden anestesiados, se les dice que todo va a estar bien y se informa al anestesiólogo y paciente, el tiempo estimado, el anestesiólogo a su vez da recomendaciones de respiración y vía aérea al despertarse.
7. Finalmente, es frecuente el vómito y sangrado leve en el posoperatorio inmediato, que está bajo el cuidado del equipo de recuperación, pero en las notas de este equipo no se

A LOS HECHOS 50 A 57: NO ES CIERTO como se narra en la demanda, lo ocurrido realmente fue lo siguiente:

1. Como se explicó a la paciente previo y posterior a la cirugía practicada por mi representado, el proceso de desinflamación externa de la rinoplastia es muy variable según factores como el tipo de cirugía, tipo de piel, postura y cuidados de cada paciente. Sin embargo, como ya se mencionó, en promedio el 50% disminuye la inflamación en el primer mes y el otro 50% en los siguientes cuatro meses.
2. En este tipo de cirugías, inicialmente se deja la punta mas sobreproyectada, ya que cuando los puntos pierden su fuerza tensil, la punta cae varios milímetros, (esto puede demorar hasta 2 meses), además, hay un factor de gran importancia en la evolución de la paciente en este caso, porque la paciente no volvió a sus controles posoperatorios y no se tuvo ningún control por parte de mi representado u otro especialista par del prestador de salud. Solo hasta las atenciones del año 2019 por otro galeno.
3. Sobre la supuesta desviación de la nariz que fue causada por mi representado, es un hecho que **NO ES CIERTO** porque ésta era previa a la intervención quirúrgica practicada el 26 de abril de 2017 y en el procedimiento no se hicieron fracturas externas requeridas para los cambios a este nivel como se puede apreciar en la descripción quirúrgica.

A LOS HECHOS 58 A 60: NO ME CONSTA al tratarse de situaciones fácticas que no corresponden a atenciones médicas suministradas a la paciente por parte de mi representado el Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS.

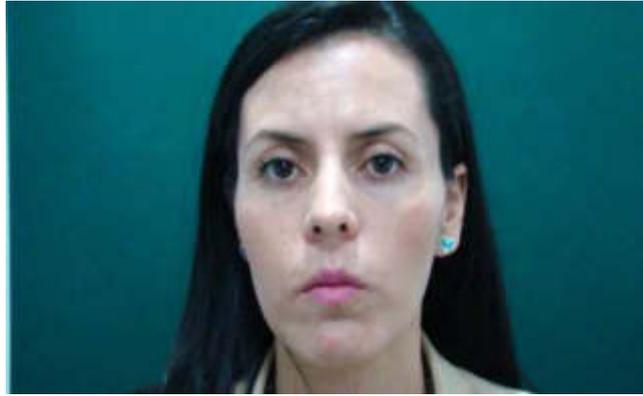
Sin embargo, es preciso realizar ciertas aclaraciones de cara a las manifestaciones realizadas por el extremo actor:

1. Los hallazgos del TAC de 2019 **refieren desviación septal moderada izquierda**, no hay defectos en el tabique (no perforaciones), engrosamiento mucoso de cornetes (por alergia siendo inherente a la paciente y no a la intervención del cirujano), irregularidad secular de huesos propios (por la resección de giba ósea en la cirugía siendo un hallazgo normal), esto, tal y como reposa en el Folio 156 del PDF “Anexos de la demanda”:



2. Como se explicará con el acervo probatorio en el presente asunto, la cirugía practicada por parte de mi representado el 26 de abril de 2017 fue reportada sin complicaciones, sin osteotomías (fracturas de los huesos de la parte externa de la nariz) que se hacen cuando se quiere adelgazar o corregir deformidades de la pirámide nasal, **en este caso no se hicieron** por lo tanto no hay razón para que se desvíe la pirámide nasal, esta desviación

o laterorrimia se evidencia en las fotos pre quirúrgicas de la paciente como resultado de asimetría facial (fotografía tomada el 20 de enero de 2017):



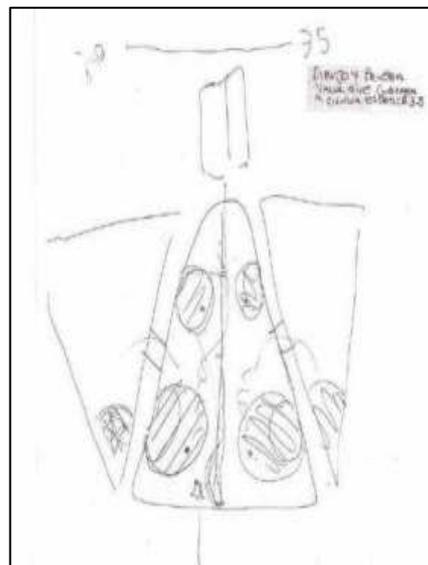
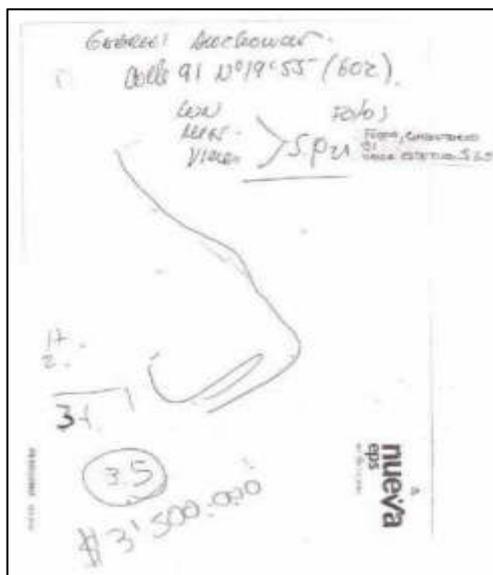
Para aclarar, una situación es la desviación del tabique nasal (interno), y otra es laterorrimia por desviación de pirámide nasal (externo). En el procedimiento llevado a cabo por mi representado no se efectuó nada que alterara la laterorrimia existente previamente, al contrario, se practicó septoplastia (interna), que no altera la nariz externa y se hace para mejorar la ventilación y/u obtener elementos para proyección de punta nasal.

A LOS HECHOS 61 A 63: ES CIERTO Y SE ACLARA de conformidad con las documentales que se allegan con este documento, mi representado para la época de los hechos contaba con completa idoneidad como otorrinolaringólogo para efectuar el procedimiento contratado, así como miembro de distintas sociedades médicas con galardones por investigaciones académicas.

A LOS HECHOS 64 A 65: NO ES CIERTO que la desviación de la nariz haya sido ocasionada por parte de mi representado, es una imprecisión técnica que realiza la parte actora, pues el abordaje funcional y estético, así como el interno y externo es completamente distinto, tal y como se explicara con las pruebas que se allegan con este documento.

A LOS HECHO 66 A 77: NO ES CIERTO bajo el entendido que son afirmaciones hechas por la parte demandante y en contra de las actividades efectuadas por parte del Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZ GRANADOS DIAZ que no tienen ningún fundamento científico ni jurídico, como pasa a exponerse:

1. No se puede comprobar que la desviación de la nariz haya sido efectuada por parte de mi representado en la cirugía del 26 de abril de 2017, como se observa en el expediente, desde los controles pre quirúrgicos, se evidencio una desviación basal derecha explicada gráficamente con la usuaria de la salud (folio 50 del PDF "Anexos de la demanda":



- Los hallazgos del TAC de 2019 **refieren desviación septal moderada izquierda**, no hay defectos en el tabique (no perforaciones), engrosamiento mucoso de cornetes (por alergia siendo inherente a la paciente y no a la intervención del cirujano), irregularidad secuelar de huesos propios (por la resección de giba ósea en la cirugía siendo un hallazgo normal), esto, tal y como reposa en el Folio 156 del PDF "Anexos de la demanda":



- En los registros del Dr. Pedroza no hay atribución de culpabilidad entre algún tipo de desviación de la nariz (externa no intervenida por el galeno demandado) y la cirugía practicada por mi representado el 26 de abril de 2017, simplemente se trata de hallazgos propios de la comorbilidad de la paciente, de la cirugía practicada y de nuevos síntomas que no fueron controlador por el Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ ya que la paciente solo asistió a dos controles y no volvió a pedir cita con especialista dentro de la red del mismo prestador.

DE LOS HECHOS 78 A 80: NO ES CIERTO que las consultas por psicología, psiquiatría y dermatología que tuvo que asistir la paciente hayan estado relacionados con la atención médico especializada del Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ, pues ya hay registros de estos servicios a los que acudió la demandante previo a la cirugía practicada el 26 de abril de 2017, como pasa a señalarse:

ATENCIONES POR DERMATOLOGIA:

- El 05-10-2015 en consulta se refiere que de un año antes viene siendo tratada por dermatología por acné por lo tanto recibía medicamentos para el acné por parte de dermatología, desde hace varios años y previos a la cirugía.
- Según registros de historia clínica, la paciente tomaba espirinolactona como lo anota en 30-12-2013, Dra. Francly Bibiana Prieto y isotretionina para acné, que tomaba desde antes de la cirugía, siendo una anotación del Dr. James Yesid León en antecedentes farmacológicos del 06-10-2017.
- En consulta del 12-07-2017 con la Dra. Yulissa Milagros Castillo, por mancha en la piel con uso previo de crema humectante, ella ya venía siendo manejada desde hace años por acné severo de larga data.

ATENCIONES PSIQUIATRICAS Y DE COMPORTAMIENTO:

Según historia clínica el 14-04-2015 consulta con psiquiatría (previo a la cirugía del demandado), por “*depresión de larga data*” y tristeza, insomnio, resultado de situaciones personales, llanto y minusvalía como se observa en el folio 160 del PDF “Anexos de la demanda”:

Enfermedad Actual: Paciente refiere síntomas depresivos de larga data que se han agudizado desde hace 1 mes y complicado desde hace 1 semana. Insomnio de conciliación, llanto fácil, sensación de tristeza permanente, angustia, miedo, ideas de minusvalía y desesperanza. Habla de relación sentimental por 5 años que rompió hace 4 años “me enteré de que era gay, y taníamos una agencia de viajes, me robó, en fin...eso ya terminó. Después conocí otras personas que me han hecho mucho daño, y se uno y otra vez, vengo de racso en fracaso, y eso me ha hecho mucho daño”. Habla de una última relación sentimental con profesional que le trató, no da el nombre a pesar de persuadirlo...dice que en esta relación se sintió maltratada y en condición de inferioridad, dice que la última vez que se vio con esta persona fue el sábado, después del encuentro presentó una crisis de ansiedad fuerte.
Lina vive con los padres. Soltera, sin hijos. Profesional en derecho, trabaja en Colpensiones. Religión: católica.

Gracias a lo anterior, se ordena a la paciente con tratamiento con medicamentos antipsicóticos y fue enviada a psicoterapia individual, por lo que existen varios aspectos de manera personal y sentimental que requieren de esta especialidad y no está relacionado con la atención medica proporcionada por parte del Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ.

II. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

De conformidad con el numeral 93 del C.G.P., me permito manifestar que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carencia de fundamento técnico-científico, probatorio, legal y jurisprudencial, razón por la cual, deberá ser despachada desfavorablemente por parte de este honorable estrado judicial, previo el pronunciamiento expreso del *petitum* de la demanda conforme y lo establece la técnica procesal, en los siguientes términos:

A LA PRETENSION PRIMERA DECLARATIVA: ME OPONGO a la declaratoria solidaria y civilmente responsable a mi representado el Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ por inexistir un nexo de causalidad entre la atención del galeno en mención y el daño alegado por parte de la paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ, ya que no se reúnen los requisitos establecidos en la constitución y en la Ley para declarar probada la falla del servicio a cargo del profesional en salud demandado tal y como se acreditará en el curso procesal del litigio de la referencia.

Para el efecto, es necesario indicar que el actuar de mi prohijado NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ fue de manera prudente, diligente, oportuna, perita y conforme a la *lex artis* del cual no se predica un reproche alguno desde el punto de vista asistencial en salud, legal o jurisprudencial. Ni tampoco la parte actora cumple con su carga probatoria de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. ya que, como lo ha mencionado la Corte Suprema en múltiples pronunciamientos, se requiere de pruebas técnicas para desatar casos de responsabilidad medica como ocurre en el presente asunto que ocupa la atención del Despacho.

A LA PRETENSION CONDENATORIA SEGUNDA A CUARTA: ME OPONGO a la condena por daños morales, psicológico, estéticos y fisiológicos a favor de la demandante y en cabeza de mi mandante NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ por ausencia de los elementos estructurales de la falla del servicio que conlleve a una responsabilidad extracontractual del galeno demandado, toda vez que el Dr. DIAZGRANADOS DIAZ en calidad de Otorrinolaringólogo operó a la demandante en cirugía del 26 abril 2017 en la IPS Cafam realizando abordaje de dorso, homogenización de dorso, resección giba, lipectomía de la punta, Septoplastia convencional, permeabilización de ostium y limpieza de antros maxilares. Con un postoperatorio sin alteraciones y luego la parte actora abandona los controles. De tal manera que se desprende de la responsabilidad endilgada a mi prohijado como se demostrará con las pruebas allegadas por parte de esta defensa.

III. PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO

PRIMERA: AUSENCIA DE CULPA EN LA ATENCION ASISTENCIAL SUMINISTRADA POR PARTE DEL DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

Para enmarcar dicha excepción, debemos iniciar resaltando el significado, el concepto de la Lex Artis Ad Hoc en materia médica que se define como “... *el conjunto de procedimientos, técnicas y reglas de la profesión médica, teniendo como base los análisis, exámenes y medios terapéuticos en uso para el momento en que se estudie o atienda determinada situación*”.

Conforme a lo anterior si la actuación se ajusta a las reglas técnicas, establecidas para cada acto médico, podríamos hablar de un buen profesional, de una buena práctica médica en el ejercicio de la profesión, suele aplicarse el principio de la *Lex Artis* a las profesiones que precisan de una técnica operativa y que plasman en la práctica unos resultados empíricos. Entre ellas destaca, por supuesto, la profesión médica, toda vez que la medicina es concebida como una ciencia experimental.

Ahora, dentro de los cuestionamientos que se esbozan en la demanda respecto de la atención en salud prestada por parte de mi mandante a la señora LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ fue haber generado una desviación de la nariz que en un reporte de radiografía del año 2016 no estaba registrado y posterior a la cirugía del 26 de abril de 2017 si tuvo presencia, así como la ausencia en la mejoría de los síntomas por los cuales la parte actora inicialmente había consultado e impiden un normal ejercicio de respiración. Sin embargo, son afirmaciones contrarias a la realidad probada en juicio y a los argumentos científicos que esta defensa propondrá en el debate dentro de la presente *Litis*, y del cual, se puede llegar a una única conclusión que no hay actitud reprochable frente a mi prohijado el Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ, a saber:

A. MOTIVO DE CONSULTA DE LA SEÑORA LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ

1. Se trata de paciente femenina de 34 años quien presenta previo a la consulta con Otorrinolaringólogo (ORL) diagnósticos de acné y depresión además de sinusitis. Acude con el Dr. Diaz Granados el 20 de septiembre de 2016 porque presenta congestión nasal, obstrucción nasal. Refiere que presenta respiración oral y desea retirar la giba y punta caída.
2. Por parte de mi representado se explica que la mejora estética que requiere la paciente no está cubierta por el POS, y se puede hacer en el mismo procedimiento, pero debe pagar unos honorarios tanto al cirujano como a la clínica y de acuerdo a la recomendación de radiología se solicita un TAC de senos paranasales, esto, ya las radiografías simples dan muy poca información para la toma de decisiones por sinusitis u otras patologías.
3. Luego, el 23 de diciembre de 2016 la paciente vuelve a cita con el Dr. **NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ** y trae consigo tac que confirma el cuadro de sinusitis maxilar bilateral, conchas bullosas e hipertrofia de cornetes de origen alérgico

Bogotá D.C., octubre 29 de 2016
Número: 16036
Ciudad.

REF: LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ

IDENTIFICACIÓN: 52645442

ESCANOGRAFIA DE SENOS PARANASALES

TECNICA

Adquisición en equipo Multidetector con posteriores reconstrucciones multiplanares en algoritmos de tejidos blanco y óseo.

HALLAZGOS

Cambios inflamatorios crónicos maxilares bilaterales con formación de quiste de retención submucoso en el piso del lado izquierdo y bichulado de mayor tamaño en el contralateral.

Constituyen hallazgos de naturaleza sistada pues no se asocian un patrón obstructivo.

Del lado derecho hay simlarmemente cambios focales etmoidales posteriores.

Concha bulosa bilateral no obstructiva como factor anatómico asociado a hipertrofia de cornetas inferiores con disminución de la permeabilidad nasal.

Dosis de radiación efectiva: 0.9 mSv.

Cordialmente,


DR. MARCO LUCIANO CHARRY
MEDICO RADIOLOGO
RM. 10.537.061

4. Es preciso explicar que se programó septoplastia mas maxiloetmoidectomia (el código septoplastia tiene incluido cierre de perforación septal) no porque hubiera una perforación, sino que hace parte de este código que era manejado para la época de los hechos en el sistema de Historias Clínicas de Cafam.

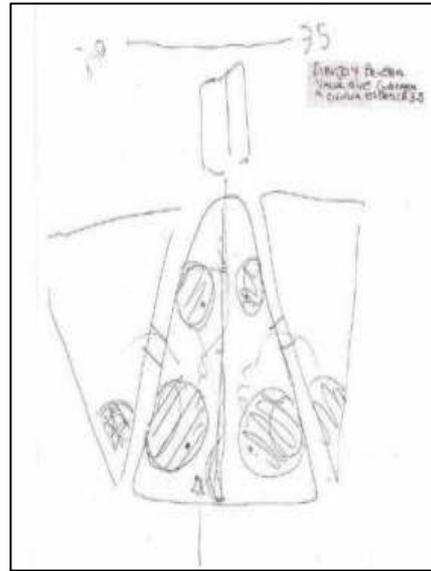
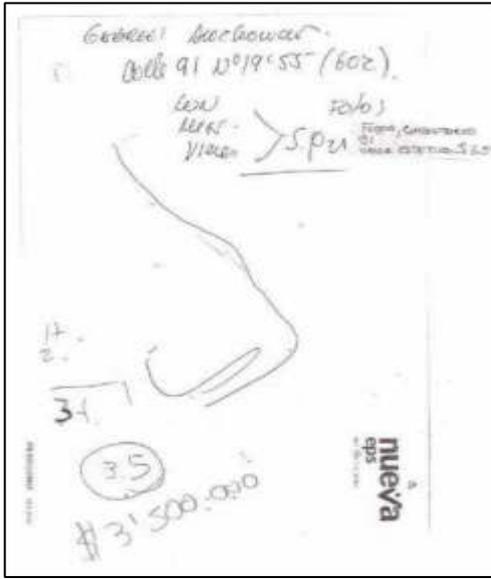
Asimismo, la maxiloetmoidectomia es un solo código que cobija tanto la sinusitis maxilar bilateral como las conchas bulosas.

5. También es importante resaltar que no se habla de cirugía para la alergia nasal que es la causa de la hipertrofia de cornetes y esta patología no se opera para obtener resultados curativos, ya que es una respuesta alérgica al medio ambiente. De tal manera que los procedimientos solo buscan permeabilizar temporalmente las fosas para que pase mejor el aire.

B. SOBRE EL AGOTAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO DE INFORMACION POR PARTE DEL DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

6. Varios días después se autorizó la cirugía solicitada por lo cual la paciente volvió para pedir información ya que seguía interesada en el componente cosmético. Por esta razón se le explico por parte de mi representado de manera detallada en qué consisten los procedimientos y esta información fue reforzada con esquemas hechos con dibujos explicativos. Cabe anotar que estos se hacen para convencer a los pacientes, sino para que tengan una mayor información de los procedimientos.

En el esquema se puede apreciar la nariz interna se aprecia además de la sinusitis y los pólipos, se tal manera que se dibujó que hay una desviación septal derecha basal, de concavidad izquierda (folio 50 del PDF "anexos de la demanda"):



7. Asimismo, el consentimiento informado, es un documento obligatorio, no se inicia ningún procedimiento quirúrgico, sin que esté en la historia firmado por paciente y cirujano. Asimismo, otro consentimiento es elaborado en el departamento de anestesia, igualmente firmado por paciente y anestesiólogo. en este caso están los dos consentimientos haciendo parte de la historia, firmados por todos, como se puede apreciar, **no es necesario hacer un consentimiento por cada procedimiento porque la vía de abordaje tanto para le cirugía estética y funcional es la misma:**

CAFAM **CONSENTIMIENTO INFORMADO**
PROCEDIMIENTOS DE FRECUENCIA Y RIESGO VARIABLE
ADMINISTRACIÓN DE SALUD

INFORMACIÓN GENERAL

Paciente: Jipolo / Marcela - Una María Guzmán

Identificación: 52845442x - Blanca No 162-04 de 11 de 2002

Religión: CATOLICA - Blanca Martínez

Se ha puesto de presente al paciente toda la información relacionada con el procedimiento a realizar. El diagnóstico por el cual se va a llevar a cabo el mismo, en qué consiste el procedimiento, los riesgos tanto generales, como específicos, las complicaciones y las alternativas de tratamiento originales o derivadas del mismo, tanto verbalmente como a través del anexo de riesgo (cuando aplique). Lo anterior en cumplimiento con las normas éticas exigidas al profesional de la salud en Colombia señaladas entre otras, por la ley 23 de 1981 y el decreto 13437 de 1991. No obstante teniendo en cuenta la información

Indicando por el paciente que la historia clínica presenta hallazgos relacionados como:
Asesia/antisepsia/ infiltración xilocaina 1% con epinefrina/ incisión
intercartilaginosa llevada a transfixiante total limitada, abordaje del dorso,
homogenización del dorso, resección de giba, retrograda lipexctomia de punta,
septoplastia convencional, uncinectomia bilateral permeabilización del ostium
bilateralmente, limpieza de antros maxilares, se envía material a patología. puntos
de cierre coaptación y mucosa vendaje

CONSENTIMIENTO

Considerando lo anterior SI NO doy consentimiento y autorizo la práctica del procedimiento o intervención quirúrgica que se propuso y los procedimientos que eventualmente puedan sobrevenir, de igual forma SI - NO autorizo la transfusión sanguínea, en caso de ser necesario.

Fecha: 26 de 2017

Firma del Paciente: Blanca Martínez (Firma)

Firma del Profesional: Blanca Martínez (Firma)

RENUNCIA A LA INFORMACIÓN

He decidido renunciar a la información del procedimiento que se me va a practicar y delego a Blanca Martínez identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 44572933 para tomar las decisiones relacionadas con mi estado de salud incluido el de dar mi consentimiento y autorización para la práctica del procedimiento.

De tal manera que claramente se informaron los riesgos de la cirugía como **inflamación, infección, sangrado, deformidad nasal**, los cuales, algunos fueron materializados pese a una adecuada técnica quirúrgica y son el objeto de reproche por parte de la demandante.

C. SOBRE LA PRACTICA DE LA CIRUGIA EFECTUADA POR PARTE DEL DR. NORBERTO GABRIEL DIAZ GRANADOS DIAZ EN CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS

8. La descripción quirúrgica, confirma el procedimiento tanto estético como funcional, y que señala:

“asepsia antisepsia, infiltración xilocaina 1 % con epinefrina, incisión intercartilaginosa llevada a transfixiante total limitada, abordaje del dorso, homogenización del dorso, resección de giba, retrograda lipexctomia de punta, septoplastia convencional, uncinectomia bilateral permeabilización del ostium bilateralmente, limpieza de antros maxilares, se envía material a patología. puntos de cierre coaptación y mucosa vendaje”.

9. Es necesario aclarar que en el ingreso a cirugía se practicaron las cirugías estéticas y funcionales, cuya vía de acceso es la misma, es decir, por las fosas nasales, sin ninguna incisión externa, **para estética**: abordaje de dorso nasal, resección giba, retrograda, lipectomia de punta, y **para lo funcional septoplastia** por hallazgo de pequeña desviación septal basal der cartilaginosa, maxiloetmoidectomia, por uncinectomia bilateral permeabilizacion y limpieza de antros maxilares se envía material a patología (informado como pólipos).
10. En las anotaciones de anestesia y postoperatorio inmediato y tardío, el equipo encargado deja constancia en la historia clínica que **no hubo complicaciones** con evolución adecuada y se dio salida en buen estado.
11. Es importante resaltar que la desviación septal cartilaginosa puede ser un hallazgo intraoperatorio, no necesariamente debe ser visto en radiografías simples.
12. Asimismo, el Dr. DIAZGRANADOS se presentó con la paciente, porque no se inicia la cirugía, si no está el equipo completo, en este caso mi representado hace parte del equipo y practicó completamente el procedimiento. Por regla general antes que los pacientes queden anestesiados, se les dice que todo va a estar bien y se informa al anestesiólogo y paciente, el tiempo estimado, el anestesiólogo a su vez da recomendaciones de respiración y vía aérea al despertarse.
13. Finalmente, es frecuente el vómito y sangrado leve en el posoperatorio inmediato, que está bajo el cuidado del equipo de recuperación, pero en las notas de este equipo no se hace referencia a esto, sin embargo, se hace referencia a la evolución adecuada y satisfactoria, hasta la salida. Además, es una información que es suministrada por parte del cuerpo de anestesia previa a la cirugía.

D. SOBRE LOS CUIDADOS POSOPERATORIOS EFECTUADOS POR PARTE DEL DR. GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

14. Es preciso aclarar que ser alérgico a la penicilina no hace necesariamente que sea alérgico a la amoxicilina, sin embargo, dada la información, se cambió a cefalexina y la paciente nunca recibió ninguna dosis de amoxicilina y no hubo en ningún momento riesgo o complicación en el momento de salida de la institución, esto reposa en el folio 110 del PDF "Anexos de la demanda":

CAFAM FORMULACIÓN MEDICAMENTOS 4018983
 26/04/2017
 09 15 # 6-13 / 3152010

DAOS DEL PACIENTE
 Line No. 101010107
 39
 30

NOMBRE	NOMBRE GENÉRICO	FORMA	CANTIDAD	CANTIDAD	VALOR	VALOR TOTAL
	Cefalexina	tbl	28	Neutetic		
	Acetaminofen	tbl	20	Verinic		

Handwritten notes in the first column:
 x 500mcg
 tomar una
 c/6h horas
 x 7 dias
 500mcg 1/6h
 x 5 dias

Handwritten signature: J. Ortega

15. Asimismo, se aclara que el control postoperatorio generalmente mi representado lo cita para el otro día o a los dos días siguientes a la cirugía en el consultorio particular del Dr. GABRIEL NORBERTO DIAZGRANADOS porque las citas a través del prestador eran programadas mucho tiempo después y se debía evaluar de manera pronta la evolución de la paciente, En este caso particular, la cirugía se hizo el miércoles 26 de abril de 2017 y fue citada para el viernes 28 de ese mismo mes, para retirar esponjas de taponamiento, lo cual efectivamente se hizo.
16. En el primer control posoperatorio se evalúa vendaje, y se retira taponamiento nasal, y se practica limpieza nasal, se considera evolución adecuada y satisfactoria, luego la paciente pregunta acerca de los puntos, se explica que los puntos internos son reabsorbibles y se caen espontáneamente, mientras que los externos de columnella se dejan por más tiempo ya que son con material no absorbible y cumplen la función de proyectar la punta, normalmente los puntos externos se dejan alrededor de tres meses.
17. En el segundo control posoperatorio se explicó a la paciente que normalmente el proceso inflamatorio de la nariz cede aproximadamente el 50% en el primer mes y el otro 50% en los siguientes cuatro meses, sin embargo, **la paciente no volvió a solicitar controles por Otorrinolaringología para la evaluación de inflamación y extracción de puntos de proyección de punta.**

Así pues, la atribución de la responsabilidad en grado de culpa demanda que el comportamiento imprudente del sujeto activo de la infracción es que despliegue creando o extendiendo un riesgo no permitido o jurídicamente desaprobado —en relación con las normas de cuidado o reglas de conducta— y necesariamente se concrete en la producción del resultado típico, lesivo de un bien jurídico protegido¹. Lo cual, aterrizado al caso en concreto se tiene que el galeno Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ no creó ni extendió el riesgo que la ley reprocha ya que se itera actuó con la pericia indicada de su especialidad, cumpliendo con las normas, guías y protocolos para el momento de atención de la paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ.

SEGUNDA: INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA ACTUACION MEDICA PROPORCIONADA POR PARTE DEL DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ Y LOS DAÑOS ALEGADOS POR LA PACIENTE LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ

El problema jurídico que se plantea dentro de la presente excepción perentoria consiste en determinar si el Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ en su actuar incurrió en uno de los determinantes de la culpa galénica en la atención medico suministrada a la señora LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ, y que conllevo a una desviación de la nariz y complicaciones para la respiración de la demandante. Para tal efecto, se hará un listado de las razones por las cuales esta defensa desvirtúa las imputaciones y acusaciones que efectuó la parte activa en la demanda bajo estudio:

1. Los hallazgos del TAC de 2019 **refieren desviación septal moderada izquierda**, no hay defectos en el tabique (no perforaciones), engrosamiento mucoso de cornetes (por alergia siendo inherente a la paciente y no a la intervención del cirujano), irregularidad secular de huesos propios (por la resección de giba ósea en la cirugía siendo un hallazgo normal), esto, tal y como reposa en el Folio 156 del PDF “Anexos de la demanda”:

¹ SENTENCIA DE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - SALA DE CASACIÓN PENAL N° 38904 DE 26 DE JUNIO DE 2013.

idime

Fecha: 18/04/2018 08:13:28 p.m. Ruta: NORTE
 Paciente: LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ Excluido: 00021050 030-140388
 Centro: TUC BENDOS PARANASALES D'CARA (CORTES AGAL Y COT DOCUMENTO: 00042442)
 Especial: PARTICULAR ESSE: 26 a 31/1/2017
 Datos aproximados: 00042442 Size: 1.55 mts

Se seleccionaron 4 áreas y comencé a trabajar sobre las áreas marcadas con la siguiente intención:

- Sección de pirámide nasal.
- Reducción de la pirámide nasal.
- Resección de la pirámide nasal en el lado derecho.
- Resección de la pirámide nasal en el lado izquierdo.
- Resección de la pirámide nasal en el lado derecho.
- Resección de la pirámide nasal en el lado izquierdo.
- Resección de la pirámide nasal en el lado derecho.
- Resección de la pirámide nasal en el lado izquierdo.
- Resección de la pirámide nasal en el lado derecho.
- Resección de la pirámide nasal en el lado izquierdo.

Objetivo:

Reducir el tamaño de la pirámide nasal en ambas caras laterales. Reducir el tamaño de la pirámide nasal en el lado derecho. Reducir el tamaño de la pirámide nasal en el lado izquierdo. Reducir el tamaño de la pirámide nasal en el lado derecho. Reducir el tamaño de la pirámide nasal en el lado izquierdo.

(Firma)

MARILIO CARLOS MUNÉVAR PÉREZ
 M.D. RADIOLÓGICO
 N.º M. 13771
 C.C. 7225413
 Habilitación para el ejercicio

IMPORTANTE: La reproducción de cualquier contenido de este documento es de carácter informativo y no constituye un diagnóstico ni una recomendación médica. El uso de este documento con fines de lucro o de cualquier otro tipo es estrictamente prohibido. Se reserva todos los derechos de autor y se prohíbe la explotación económica de este documento.

2. Como se explicará con el acervo probatorio en el presente asunto, la cirugía practicada por parte de mi representado el 26 de abril de 2017 fue reportada sin complicaciones, sin osteotomías (fracturas de los huesos de la parte externa de la nariz) que se hacen cuando se quiere adelgazar o corregir deformidades de la pirámide nasal, **en este caso no se hicieron** por lo tanto no hay razón para que se desvíe la pirámide nasal, esta desviación o laterorrinia se evidencia en las fotos pre quirúrgicas de la paciente como resultado de asimetría facial, tal y como se puede evidenciar en las siguientes fotos de carácter comparativo:



profesional brindado por parte mi prohijado, esto, tal y como lo refleja el arsenal probatorio con el que se acompaña este escrito.

TERCERA: OBLIGACION DE MEDIO Y NO DE RESULTADO EN LA ATENCION MÉDICA BRINDADA POR PARTE DEL DEMANDADO DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

De acuerdo con el doctrinante Fernando Hinestrosa, “*la obligación es una relación jurídica establecida entre dos personas determinadas, en razón de la cual, un sujeto activo, que se denomina acreedor, espera fundadamente un determinado comportamiento, colaboración, que es la prestación, útil para él y susceptible de valoración pecuniaria, de parte y a cargo de otro, sujeto pasivo, llamado deudor, **quien se encuentra, por lo mismo, en la necesidad de ajustar su conducta al contenido del nexa**, so pena de quedar expuesto a padecer ejecución forzada, o sea a verse constreñido alternativamente, a instancia de su contraparte, a realizar la prestación original o a satisfacer su equivalente en dinero y, en ambos casos, además, a resarcir los daños y perjuicios ocasionados por su incumplimiento*” (Se resalta).

Según el mismo tratadista, la clasificación entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado se planteó por la doctrina francesa como complemento de la clasificación entre obligaciones de dar, hacer o no hacer; utilizando como elemento distintivo el determinar lo que el deudor debe, y, por lo tanto, lo que se le puede exigir. Así, cuando el deudor promete un resultado es responsable si ese resultado no se alcanza, salvo que pruebe causa extraña; **en cambio, si únicamente prometió un medio, para que exista responsabilidad el acreedor deberá probar que se debieron tomar precauciones que fueron omitidas y el deudor tendrá la posibilidad de probar por qué no las pudo tomar.**

Dentro de la jurisdicción de lo contencioso administrativo en sentencia proferida por el Consejo de Estado, se fecha 28 de septiembre de 2017, Exp. 43316, Consejero Ponente Dr. Carlos Alberto Zambrano Barrera, se explicó que:

“[L]a práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la lex artis, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho.”²(Resaltado fuera de texto)

Ahora, descendiendo al plano de lo normativo el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, se establece lo siguiente:

“Artículo 104. Autorregulación Profesional. Modificase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

*Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional**”.*

² Posición reiterada en Sentencia del 17 de agosto de 2017, Exp. 36898, Consejero Ponente Dr. Carlos Alberto Zambrano Barrera y Sentencia del 24 de marzo de 2011, Exp. 18947, Consejero Ponente Dr. Hernán Andrade Rincón.

De acuerdo con esta norma, la obligación del profesional de la medicina es de medio o comportamental, es decir, el personal asistencial se obliga a utilizar sus conocimientos técnico-científicos para tratar de curar al paciente. No debe perderse de vista que el resultado “curación” depende de muchos factores (biológicos, naturales) y no únicamente del actuar del médico, es así que dentro del presente proceso, en el ejercicio de la medicina gestionada por parte del demandado Dr. **NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ** utilizó todos sus conocimientos para dar tratamiento clínico según las condiciones de salud de la señora LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ, de conformidad con su condición clínica, la sintomatología y el tipo de cirugía que requería, más unos adecuados seguimientos posoperatorios hasta donde la paciente lo permitió pues abandono el cuidado de su salud a cargo del especialista.

Asimismo, tampoco es cierto lo manifestado por la parte demandante respecto a la causación de daños en su piel y psiquiátricos a causa de la cirugía practicada por parte de mi representado. Lo cual se comprueba con la historia clínica aportada en la demanda, siendo condiciones PREVIAS a la intervención quirúrgica del 26 de abril de 2017, a saber:

ATENCIONES POR DERMATOLOGIA:

1. El 05-10-2015 en consulta se refiere que de un año antes viene siendo tratada por dermatología por acné por lo tanto recibía medicamentos para el acné por parte de dermatología, desde hace varios años y previos a la cirugía.
2. Según registros de historia clínica, la paciente tomaba espirinolactona como lo anota en 30-12-2013, Dra. Francy Bibiana Prieto y isotretionina para acné, que tomaba desde antes de la cirugía, siendo una anotación del Dr. James Yesid León en antecedentes farmacológicos del 06-10-2017.
3. En consulta del 12-07-2017 con la Dra. Yulissa Milagros Castillo, por mancha en la piel con uso previo de crema humectante, ella ya venía siendo manejada desde hace años por acné severo de larga data.

ATENCIONES PSIQUIATRICAS Y DE COMPORTAMIENTO:

Según historia clínica el 14-04-2015 consulta con psiquiatría (previo a la cirugía del demandado), por “*depresión de larga data*” y tristeza, insomnio, resultado de situaciones personales, llanto y minusvalía como se observa en el folio 160 del PDF “Anexos de la demanda”:

<p>Enfermedad Actual: Paciente refiere síntomas depresivos de larga data que se han agudizado desde hace 1 mes y complicada desde hace 1 semana, insomnio de conciliación, llanto fácil, sensación de tristeza permanente, angustia, miedo, ideas de minusvalía y desaparición. Habla de relación sentimental por 5 años que rompió hace 4 años “me entera de que era gay, y teníamos una agencia de viajes, me robó, en fin... eso ya terminó. Después conocí otras personas que me han hecho mucho daño, y es una y otra vez, vengo de rasgos en fracaso, y eso me ha hecho mucho daño”. Habla de una última relación sentimental con profesional que la trató, no da el nombre a pesar de persuadirlo... dice que en esta relación se sintió maltratada y en condición de inferioridad, dice que la última vez que se vio con esta persona fue el sábado, después del encuentro presentó una crisis de ansiedad fuerte. Lina vive con los padres. Soltera, sin hijos. Profesional en derecho, trabaja en Colpensiones. Religión: católica.</p>
--

Gracias a lo anterior, se ordena a la paciente con tratamiento con medicamentos antipsicóticos y fue enviada a psicoterapia individual, por lo que existen varios aspectos de manera personal y sentimental que requieren de esta especialidad y no está relacionado con la atención medica proporcionada por parte del Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ.

Razón por la cual, al efectuarse todo el servicio médico pese a un resultado insatisfactorio en la salud de un paciente, no se puede endilgar la responsabilidad al médico, como desde antaño, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, en Sentencia del 3 de noviembre de 1977 consideró que las obligaciones que surgen para los médicos son de medio y que estos NO se obligan “a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. **El haber**

puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”.

Es así como la conceptualización de la obligación, en este caso del galeno **NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ** es de capital importancia dentro del presente asunto pues hay una carga probatoria de los supuestos hechos controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento, así, tratándose de obligaciones de medio es al demandante quien le compete acreditar la negligencia o impericia del médico, ya que más recientemente la Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil SC003-2018, de fecha 12 de enero de 2018, MP Dr. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA, estableció que **“causada una lesión o menoscabo en la salud, el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, según la naturaleza de la responsabilidad (subjettiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado)”.**

CUARTA: EXCESIVA TASACION DE DAÑOS Y/O PERJUICIOS RECLAMADOS POR LA INEXISTENCIA DE ACREDITACION DE LOS MISMOS

Teniendo en cuenta que los perjuicios y/o daños reclamados en la demanda deben guardar estricta consonancia con el daño debidamente tasado por parte de los demandantes tanto presente y futuro tal y como ha sido esbozado por la jurisprudencia del Consejo de Estado y de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia debe establecerse el tipo de daño, verificar su existencia y la cuantía de la misma, carga que está absolutamente en cabeza de la parte demandante; sin embargo, este postulado no es cumplido por el extremo actor del proceso, pues de la lectura de las pretensiones aduce daños materiales que no están siquiera soportados con las documentales que se acompañaron con el libelo inicial, y respecto de los daños inmateriales exige sumas que superan ampliamente los límites establecidos por el alto Tribunal de la Jurisdicción Contencioso Administrativa y de la Jurisdicción Ordinaria excediéndose en el *petitum* de la demanda.

En atención a que cada uno de los daños y/o perjuicios que se reclaman por la parte actora buscan que se reparen, y en este caso económicamente, debe tenerse presente que lo que se pretenda debe guardar relación con el daño y/o perjuicio efectivamente padecido o que se vaya a padecer.

Entonces, el daño es uno de los elementos que se debe presentar y además probar en un proceso judicial, a efectos de que prospere una declaratoria de Responsabilidad Civil tal y como lo manifestaba el Doctrinante Doctor Fernando Hinestrosa, *el daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil.*

De acuerdo con lo descrito, resulta obvio que sin la existencia y/o probanza de los daños y/o perjuicios reclamados, es indudable que no habría lugar a la declaratoria de Responsabilidad Civil alguna, toda vez que no habría qué reparar.

En atención a lo referido, es claro que en el evento en que no exista y/o falte probarse por la parte actora los daños y/o perjuicios que reclama, no debería adelantarse el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, toda vez que la ausencia de existencia y/o probanza del elemento del “daño” es suficiente para que no prospere pretensión alguna relacionada con la responsabilidad civil que se demanda. Para el ejemplo requiere de una indemnización por fisiológicos o psicológicos que claramente no se han demostrado la afectación a la esfera externa o social que haya padecido el extremo actor.

Aunado a que las peticiones y/o pretensiones son de plano y a todas luces excesivas – en el remoto caso en que prosperen las mismas-, toda vez que los conceptos y las sumas de dinero pedidas por la parte demandante, exceden notablemente las tipologías de daño inmaterial reconocidas por la jurisprudencia colombiana³.

³ Sección Tercera Consejo de Estado Radicación número: 66001-23-31-000-2001-00731-01(26251). C.P. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA Bogotá D.C., veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014).

Por lo anteriormente mencionado y según la valoración probatoria que realice este respetado despacho, las pretensiones de la demanda no solo deben ser denegadas por la falta de respaldo sustancial y científico, sino por el incumplimiento de la carga de la prueba sobre las mismas en cuanto a su demostración.

QUINTA: EXCEPCION GENÉRICA

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito a su Honorable Despacho se sirva reconocer de oficio cualquier tipo de excepción de mérito que aparezca acreditada en el proceso.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Conforme con lo indicado en el artículo 206 del C.G.P. en el cual indica que se debe hacer oposición al juramento estimatorio, considerando que éste sea en la contestación de la demanda, es que el mismo requisito *sine qua non* para siquiera la admisión de la acción procesal no cumple con los postulados exigidos por el espíritu de la norma. Pues el juramento estimatorio no debe ser como un simple requisito de la demanda sin la seriedad que el mismo requiere, ya que fija la congruencia de la sentencia a la que está atada el juez en sistemas dispositivos civiles como el que nos ocupa ya que brilla por su ausencia la debida discriminación o estimación de los daños inmateriales que no corresponden a las máximas establecidas ampliamente en la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia desde agosto del año 2014 hasta la reciente sentencia de noviembre de 2020 en el estudio de los montos y tipologías de daños reconocidos por este máximo órgano y que se convierte en precedente para este despacho.

Esto, teniendo en cuenta que aun el juzgador podría decretar pruebas de oficio cuando se estime que la estimación es complementemente injusta para tasar el valor pretendido. Sin embargo, también se invita al despacho que en el escenario en que no se pruebe ningún perjuicio y se nieguen las pretensiones se condene a los demandantes no solo a las costas y agencias en derecho sino a favor de la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial del Consejo Superior de la Judicatura por el valor pretendido de la totalidad del *petitum* jurado:

*“También habrá lugar a la condena a la que se refiere este artículo a favor del Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. **En este evento, la sanción equivaldrá al cinco por ciento (5%) del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.***

La aplicación de la sanción prevista en el presente párrafo solo procederá cuando la causa de la falta de demostración de los perjuicios sea imputable al actuar negligente o temerario de la parte”. (Subrayado fuera del texto original).

Lo anterior, teniendo en cuenta que si se observa el escrito de la demanda se exige como perjuicios materiales un valor total de \$17.000.000 m/cte. Y como perjuicios morales, psicológicos, fisiológicos y

Bajo el anterior presupuesto, no existe prueba alguna que la señora LINA MARIA MARTINEZ GUERRERO hubiera presentado algún tipo de lucro cesante o daño emergente, teniendo en cuenta que como lo describe la demanda siempre ha tenido vinculación laboral, y de haber existido una incapacidad producto de la intervención quirúrgica debía ser asumida por el SGSSS y no por mi mandante. Asimismo, los daños para el pago de honorarios de abogado no corresponden a una pretensión indemnizatoria sino a las costas y agencias en derecho, por lo que la fuente de la obligación sería distinta y tampoco se encuentra demostrada.

Finalmente, los daños inmateriales no tienen ninguna prueba que los acredite, y éstos superan ampliamente los topes máximos de la tipología establecida por la Corte Suprema de Justicia para

los casos más graves como son lesiones personales o muertes, que afortunadamente no se relacionan con el presente asunto.

V. PETICIONES:

PRIMERA: Se **ABSUELVA** al demandado NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ de todas y cada una de las pretensiones de la demanda tanto declarativas como de condena por estar probada una inexistencia de responsabilidad en los hechos sustento del libelo genitor.

SEGUNDA: Se **DECLARE** exenta de responsabilidad patrimonial a mi prohijado NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ bajo las siguientes excepciones:

“PRIMERA: AUSENCIA DE CULPA EN LA ATENCION ASISTENCIAL SUMINISTRADA POR PARTE DEL DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

SEGUNDA: INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA ACTUACION MEDICA PROPORCIONADA POR PARTE DEL DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ Y LOS DAÑOS ALEGADOS POR LA PACIENTE LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ

TERCERA: OBLIGACION DE MEDIO Y NO DE RESULTADO EN LA ATENCION MÉDICA BRINDADA POR PARTE DEL DEMANDADO DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

CUARTA: EXCESIVA TASACION DE DAÑOS Y/O PERJUICIOS RECLAMADOS POR LA INEXISTENCIA DE ACREDITACION DE LOS MISMOS

QUINTA: EXCEPCION GENÉRICA”

TERCERA: Se **CONDENE** en costas al extremo actor del proceso.

VI. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS ALLEGADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

Valga la pena aclarar al despacho que la parte demandante única y exclusivamente allega pruebas documentales y en el auto de pruebas no podrá decretarse medio probatorio distinto, por lo que NO ME OPONGO a las pruebas documentales enlistadas en la demanda.

VII. PRUEBAS APORTADAS POR PARTE DE LA DEFENSA DE NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

A través del presente documento y en la oportunidad procesal pertinente, me permito allegar las siguientes piezas procesales para que sean decretadas, practicadas y valoradas en el momento de dictar fallo, conforme a su pertinencia, conducencia y oportunidad, así:

A. DOCUMENTALES

A.1. Hoja de vida del Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ junto con sus anexos y títulos académicos como Otorrinolaringólogo, por medio de las cuales se demostrará la pericia para actuar en la atención brindada a la paciente y demandante para la fecha de los hechos.

A.2. Copia de la literatura médica:

A.2.1. “Diagnóstico y Tratamiento de los Pólipos Nasales en el adulto”. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-458-11

A.2.2. Valoración de los senos paranasales mediante imágenes diagnósticas. AUollso Javier Lorane. Julio Mario Araque. Profesores Asistentes. Dcpancuncnto de hnagenes Dlagnosicas. Hospital Sail (II de Dins. ¡Universidad Nacional! de Colombia.

B. INTERROGATORIO DE PARTE

De la manera más atenta y respetuosa, requiero que su Honorable Despacho se sirva decretar y practicar los interrogatorios de parte del extremo demandante conforme al artículo 198 del C.G.P., para citarlos en la respectiva diligencia en la que absolverá el interrogatorio en relación con los hechos de la demanda y de la presente contestación en las excepciones de mérito propuestas.

C. DECLARACION DE PROPIA PARTE

De conformidad con el artículo 191 del C.G.P. solicito respetuosamente a este despacho para que se fije fecha y hora para recepcionar las declaraciones de parte de mi representado Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ con el fin de exponer de manera clara y detallada lo sucedido con los antecedentes, sintomatología, condición clínica, condición idiosincrática de la paciente y el manejo de la información, técnica quirúrgica y manejo posoperatorio. Así como para que se pronuncie sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar de los diagnósticos arrojados en los estudios y las conductas clínicas de cara a la *lex artis ad hoc*.

D. DECLARACIÓN DE TERCEROS

Solicito que conforme a lo consagrado en el artículo 165, 191 y 212 del C.G.P., se decreten y ordenen la recepción de las declaraciones de parte de las personas que a continuación se relacionan y tuvieron conocimiento de los hechos como en cada uno de los casos se describe, siendo versiones importantes para probar las excepciones de la presente contestación:

1. Se cite a la Dra. MARIA ALEJANDRA CORREA GUARIN identificada con la cedula de ciudadanía No. 52644643 en calidad de TESTIGO TECNICO como médico especialista en Otorrinolaringología, quien podrá deponer ante este estrado judicial sobre la idoneidad de mi mandante, la adecuada practica quirúrgica a la paciente, el seguimiento posoperatorio y en general las condiciones idiosincráticas de la paciente demandante.

La testigo podrá ser notificada en el teléfono 3108626094 y correo electrónico Correa10aleja@yahoo.com

E. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE APORTADO POR LA DEFENSA DEL DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

Teniendo en cuenta la insuficiencia de tiempo en la consecución de un dictamen pericial de parte, me permito hacer uso de lo contemplado en el artículo 227 del C.G.P., que contempla:

“Artículo 227. Dictamen aportado por una de las partes. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba”. (Subrayas propias).

Teniendo en cuenta que la esencia del litigio es un tema de responsabilidad profesional, por ende, muy técnico y especializado, resulta de capital importancia, en procura de apuntar a la justicia material, contar con la experticia de un profesional de la medicina especialista en Otorrinolaringología, que ilustre sobre el manejo dado a la paciente y la conducta acorde a la *lex artis ad hoc* por parte del Doctor NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ, se allega con el presente el dictamen rendido por parte del Dr. **CÉSAR AUGUSTO MOSQUERA** en calidad de medito otorrino y otólogo quien estudio todos los documentos del expediente y avala la actuación de mi representado respecto del servicio asistencial suministrado a la paciente. Por tal motivo, se solicita que se corra traslado de la prueba para su respectiva contradicción e incorporación dentro del plenario como así lo permite el artículo 228 del C.G.P.

F. INDICIOS

Solicito a su Honorable Despacho, que en caso de presentarse actuaciones u omisiones dentro del proceso de la referencia que puedan ser consideradas como indicios graves, las tenga en cuenta al momento de dictar sentencia. Así mismo cualquier otro indicio que se ponga de presente en el curso del proceso.

VIII. FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LA DEFENSA

Como fundamentos de derecho de esta defensa invoco el inciso 2 del artículo 90 de la Constitución Política de Colombia, así como los artículos 71 y 72 de la ley 270 de 1996, el artículo 142 de la ley 1437 de 2011, artículos 78 y 96 del C.G.P., y demás normas y jurisprudencia citadas a lo largo de este escrito.

IX. ANEXOS

Se anexan al presente escrito los siguientes:

1. Los documentos relacionados en el acápite de pruebas documentales.
2. Poder Conferido por NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ a favor del abogado JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO para actuar en su defensa en el presente asunto (ya allegado al expediente electrónico).

X. PRESENTACION EN TERMINO DE LA CONTESTACION DE LA DEMANDA

El presente escrito se radica en el buzón electrónico del juzgado dentro del término legal, teniendo en cuenta que el extremo demandado NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ fue notificado por conducta concluyente en auto del 25 de octubre de 2023, en consecuencia, los 20 días para presentar la contestación de la demanda de mi representado fenecen el 24 de noviembre de 2023. Fecha antes de la presentación de este escrito como da fe el buzón electrónico del despacho.

XI. NOTIFICACIONES

El suscrito apoderado JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO, y NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ, recibiremos notificaciones en la Secretaría de su Honorable Despacho, o en las siguientes direcciones:

- Dirección Física: Avenida carrera 15 A No. 120-74 en la ciudad de Bogotá D.C.
- Correo electrónico: jsmarin@equipojuridico.com.co
- Celular: 3212683505

Del Señor Juez. Cordialmente,



JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO

C.C. 1.016.037.522 de Bogotá D.C.

T.P. No. 278.639 del C. S. de la J.

Respetado

JUZGADO CUARENTA Y SEIS (46) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA
RADICADO N° 11001310304620210056100

DEMANDANTE: LINA MARIA MARTINEZ GUERRERO Y OTROS.

DEMANDADOS: NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ Y OTROS.

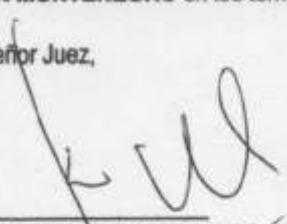
ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.147.713, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., actuando en calidad de demandado en el proceso de la referencia, a través del presente escrito confiero poder especial amplio y suficiente al abogado **JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.037.522 de Bogotá y con Tarjeta Profesional de Abogado No. 278.639 expedida por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., para que represente mis intereses y prosiga con mi defensa judicial en el proceso de la referencia.

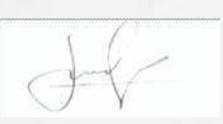
El abogado **JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO** queda especial y ampliamente facultado en el ejercicio del presente poder para notificarse, contestar llamamiento en garantía, recibir, conciliar, desistir, interponer recursos, incidentes, llamar en garantía, practicar pruebas, transigir, sustituir, renunciar, reasumir el presente poder, así como también aquellas consagradas en el artículo 77 del código general del proceso, y en general para que realice todos los actos tendientes en cumplimiento de este mandato y demás conferidos por la ley, sin que en ningún momento se entienda que carece de facultades.

Por lo anterior ruego a su Honorable Despacho reconocerle personería al **JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO** en los términos y para los fines aquí señalados.

Del Señor Juez,


NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ
C.C. No. 79.147.713

Acepto,


JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO
C.C. 1.016.037.522 de Bogotá
T.P. No. 278.639 del C.S. de la J.



JUZGADO CUARENTA Y SEIS DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.



NOTARIA CUARENTA Y SEIS
PRESENTACION PERSONAL
 Autenticación Biométrica Dec-Ley 019 de 2012

EL ANTERIOR ESCRITO FUE PRESENTADO PERSONALMENTE ANTE EL SUSCRITO NOTARIO CUARENTA Y SEIS DE BOGOTÁ, D.C. POR

DIAZGRANADOS DIAZ NORBERTO GABRIEL
 con C.C. 79147713

NOTARIA 46

Y DECLARO QUE LA FIRMA Y HUELLA QUE APARECE EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES SUYA Y QUE EL CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO Y autorizo el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

X

Medio Derecho

www.notariainlinea.com
Documento: c6e4u

Bogotá D.C.
2022-04-26 13:25:57
4595-00008108
HELIA LUZ ALTAMAR LOZANO
NOTARIA 46 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

NOTARIA CUARENTA Y SEIS

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE FADICACIÓN No. 1099

DEMANDANTE: LINA MARIA MARTINEZ

DEMANDADOS: NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS

ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS, ciudadano No. 79.147.713, domiciliado en la ciudad de Bogotá en el proceso de especial amparo y subsidio al otorgado con la cédula de ciudadanía No. E.0181 No. 378 639 expedida por el Honorable en la ciudad de Bogotá D.C. para que en el proceso de la instancia.

El abogado JOAN SEBASTIAN MARIN en el ejercicio del presente poder para concertar, desahogar, intervenir, negociar, arbitrar, renunciar, transigir, el proceso verbal de FADICACIÓN No. 1099 del C.C. No. 79.147.713 en cumplimiento de esta función, en el entendido que carece de

Por lo anterior, luego de su Honorable Despacho recordado personalmente al JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO en los términos y para los fines aquí señalados.

Del Señor Juez

NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ
 C.C. No. 79.147.713

Aspiró

JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO
 C.C. 1.048.037.523 de Bogotá
 C.P. No. 278.639 del C.S. de la J.



COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
FACULTAD DE MEDICINA
BOGOTA, D. E., REPUBLICA DE COLOMBIA



EL SUSCRITO SECRETARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

H A C E C O N S T A R :

Que en el Libro de Actas No. DOS Folio 7 consta que en ceremonia realizada en en el aula
Máxima del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
el día 14 de Junio de 1983 la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
tomo el JURAMENTO de rigor y otorgó el Título de MEDICO y CIRUJANO a:

Dr. DIAZGRANADOS DIAZ NORBERTO GABRIEL

C. de C. 79'147.713 de Usaquén

L. M. No. 79.147.713 D.M. No.Especial

Con las firmas del Rector Dr. ALVARO TAFUR GALVIS

El Presidente de la Sociedad de Cirugía Dr. ANTONIO BECERRA LARA

El Decano Dr. GUILLERMO RUEDA MONTANA

En constancia se firma, en Bogotá D. E. el día 14 de Junio

de 1983





Programa aprobado por Resolución No. 1935 del 14 de Octubre de 1983 y 0307 de 2 de Febrero de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES)

Continuación Acta de Post-Grado NE PG-040-ENMG

Pág. 4 de 6 páginas

NEUMOLOGIA

588. FABIO ANTONIO BERBESI ALVAREZ CC. 13.443.863 Cúcuta (N. de S.)

NEUROCIRUGIA

589. JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ CC. 19.456.353 Bogotá, D.E.

NEUROLOGIA

590. GERMAN ALONSO PALACIOS ARDILA CC. 19.457.730 Bogotá, D.E.

NEUROLOGIA INFANTIL

591. MANUEL MORALES DE LAS SALAS CC. 8.703.408 Barranquilla (Atl)

OFTALMOLOGIA

592. JORGE BERTRAN GOMEZ CC. 79.147.093 Usaquén (Cund)

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

593. CARLOS DAVID SABBAG NADER CC. 8.729.936 Barranquilla (Atl)

OTORRINOLARINGOLOGIA

594. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ CC. 79.147.713 Usaquén (Cund.)

PEDIATRIA

595. SANDRA HELENA ABRIL GUTIERREZ CC. 39.522.115 Usaquén (Cund.)
596. CARLOS ARTURO MORENO MONTOYA CC. 18.494.455 Bogotá, D.E.
597. NORBERTO SALAMANCA LEON CC. 79.125.519 Usaquén (Bogotá, D.E.)



Proceder a expedir en Resolución No. 1255 del 14 de Octubre de 1988 y 0307 del 21 de marzo de 1989 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES

Continuación Acta de Post-Grado NE PG-040-UMNG

Pág. 5 de 8 páginas

PSIQUIATRIA

698. HERNANDO BOTELLO OCAMPO
699. MARTHA HELENA GARRIDO LOPERA

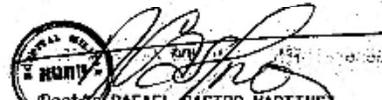
CC. 19.479.562 Bogotá, D.E.
CC. 39.687.989 Usaquén (Bogotá, D.E.)

RADIOLOGIA

600. MARIA LUCIA BOCANEGRA NAVIA

CC. 39.664.519 Usaquén (Bogotá, D.E.)

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento con lo establecido en el artículo 7º del Decreto No 2.725 del 10 de Octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.


Doctor RAFAEL CASTRO MARTINEZ
Jefe División Educación Médica
Hospital Militar Central.


Doctor JESÚS ALFONSO GUZMAN CHARRY
Subdirector Científico Hospital Militar Central

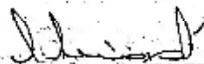

Brigadier General JOSE ROGER SANCHEZ GONZALEZ
Director Hospital Militar Central


Doctor JOSE ANTONIO RIVAS CORREA
Decano Escuela Militar de Medicina
y Ciencias de la Salud.

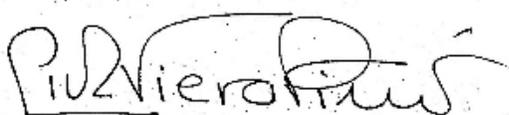
Continúan firmas al respaldo.....


Capitán de Navío ARTURO PIEDRAHITA MANRIQUE
Vicerrector Académico.




General SUS ARMANDO ARIAS GABRALES
Rector

REFRENDA EL ACTA N° PG-040-UMNG:



LUZ MARINA VIERA PINZÓN
Jefe Div. Admisiones y Reg. Académico



Servicio de Salud de Bogotá d.e.

LA JEFE DE PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTÁ D.E.

H A C E C O N S T A R :

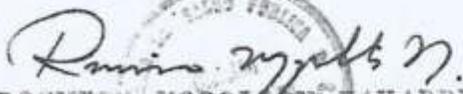
Que NORBERTO GABRIEL DIAZ GRANADOS DIAZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.147.713 de Usaquén, por Resolución No. 942 del 6 de Septiembre de 1983, fue nombrada para desempeñar el cargo de Médico Rural - Servicio de Atención Médica - Hospital Regional Simón Bolívar. Tomó posesión el 19 de Septiembre, con efectividad el 20 de Septiembre de 1983. - - - - -

Mediante Resolución No. 1889 del 28 de Agosto de 1984, le fue aceptada la renuncia a partir del 20 de Septiembre de 1984, con una asignación mensual de TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/cte. (\$34.996.00). - - - - -

La presente se expide a solicitud del interesado, con el fin de ser presentada en el Ministerio de Salud, para el trámite del Diploma. - - - - -

Dada en Bogotá, Distrito Especial, a los Ocho (8) días del mes de Octubre de Mil novecientos ochenta y cuatro. (1984). - - -

Res. 00942 de IX de 1983 / 83 S.S., Form. 611 31 III / 83 M.S., Res. 11632 de 1980 Ley 52/84 Art. 1º Lit. b).


ROSMIRA MCGOLGON NAVARRETE
Jefe de Personal


LUISA ENRÍQUEZ LEÓN SAIZ
Jefe División de Atención Médica


HUMBERTO CORDOBA WIESNER
Jefe División Vigilancia de Instituciones y Funciones


Vo.Bo. JAIME BADAJOZ COMBARIZA
Jefe Servicio de Salud de Bogotá D.E.
Secretario de Salud de Bogotá D.E.



11 OCT. 1984


EDG/civm

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Universidad Militar "Nueva Granada" Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud

por autorización del Ministerio de Educación Nacional
p en consideración a que el Doctor

Norberto Gabriel Diazgranados Diaz

C. E. 79.147.713 Expedida en Usaquén (Cund)

Ha cumplido en el

Hospital Militar Central

Con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Otorinolaringología

Bogotá, D. E. Marzo 1. de 1951.

[Signature]
Director Universidad Militar

[Signature]
Directora Escuela Militar de Medicina

[Signature]
División de Educación y Patología Regional

[Signature]
Director Hospital Militar Central

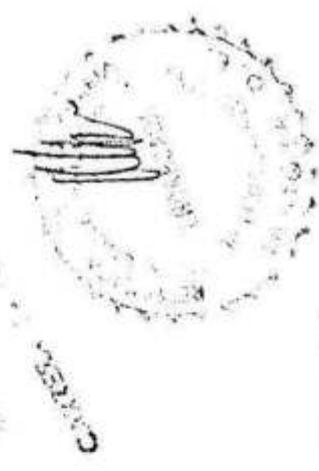
[Signature]
Jefe División Educación Militar Hospital Militar Central

[Signature]
Jefe Servicio Hospital Militar Central

Acta de Posgrado N.º 24.340-DI-NG Registro N.º 534

Asociación Colombiana de Jarraboyas de Medicina Registro N.º

[Faint handwritten text and stamps]



GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ

INFORMACION PERSONAL

- LUGAR DE NACIMIENTO BOGOTÁ.
- NACIONALIDAD COLOMBIANO.
- REGISTRO MEDICO 9226 DE BOGOTÁ.
- ESTADO CIVIL CASADO.
- DIRECCIÓN RESIDENCIA CRA 7 NO 72- 92 TORRE II APTO 1302.
- TELEFONO RESIDENCIA 2552153.
- DIRECCIÓN CONSULTORIO CALLE 91 NO 19 C 55 CONSULTORIO 602.
- TELEFONO CONSULTORIO 6109734.- 6109530.
- FAX 6109530.
- E-MAIL GABRIELDIAZGRANADOS@GMAIL.COM
- CELULAR 3158 339499

FORMACION PROFESIONAL

- SECUNDARIA COLEGIO ALFONSO JARAMILLO
BOGOTÁ 1.970 – 1.975.

- UNIVERSITARIOS

COLEGIO MAYOR UNIVERSIDAD DEL ROSARIO.
FACULTAD DE MEDICINA.
ENERO 1976 – DICIEMBRE 1983.

INTERNADO.
HOSPITAL DE SANTA CLARA.
BOGOTÁ ENERO – JUNIO 1.983.

HOSPITAL DE SAN JOSÉ
BOGOTÁ JUNIO – DICIEMBRE 1.983
- MEDICATURA RURAL

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR.
BOGOTÁ 1.984 – 1.985.
- POSTGRADO

RESIDENCIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
BOGOTÁ ENERO 1.987 – ENERO 1.991.
- TITULO

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.

DIPLOMADO GERENCIA EN SALUD
UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y CIENCIAS
ECONÓMICAS.
1.999
- TRABAJOS REALIZADOS

ANEURÍSMAS CEREBRALES, CLIPAJE
DE ANEURISMA.
1.983.

SENO FRONTAL TRAUMÁTICO.
PROTOCOLO DE CLASIFICACIÓN Y MANEJO.
1.989.

MASAS EN CUELLO. CLASIFICACIÓN Y MANEJO.
1.990.

CIERRE DE PERFORACIÓN SEPTAL.
TÉCNICA DE DOBLE COLGAJO.
1.994.

RECONSTRUCCIÓN DE PUNTA NASAL.
TÉCNICA DE BAYO.
1997

PERFORACIONES SEPTALES GIGANTES.
COLGAJO E INJERTO DÉRMICO.

2000

RINITIS ATROFICA
MANEJO CON DOBLE COLGAJO ORAL
2002.

RHINOPHYMA
MANEJO DE SUBUNIDAD DE PUNTA NASAL.
2003.

DIAGNOSTICO OTORRINOILARINGOLOGICO
GUIA PARA ESTUDIANTES. (2003).

VIAS DE ACCESO AL SENO ESFENOIDAL (2003).

PARÁLISIS FACIAL
MANEJO DINÁMICO.
(EN PREPARACIÓN. 2007)

- TRABAJOS PRESENTADOS EN CONGRESOS

MANEJO DE PIEZAS DE PATOLOGÍA EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA.

MASAS EN CUELLO. CLASIFICACIÓN Y
MANEJO.

SENO FRONTAL TRAUMÁTICO.

RECONSTRUCCIÓN DE LA PUNTA NASAL. TÉCNICA
DE BAYO.

VIAS DE ACCESO AL SENO ESFENOIDAL.

VIDEOS MULTIMEDIA
ANEURISMA CEREBRAL.
CLIPAJE DE ANEURISMA.
VIAS DE ABORDAJE AL SENO ESFENOIDAL

- PUBLICACIONES

SENO FRONTAL TRAUMÁTICO.
CLASIFICACIÓN Y MANEJO.

MASAS EN CUELLO CLASIFICACIÓN
MANEJO. PROTOCOLOS PARA RESIDENTES.

OTITIS SINUSITIS EN PEDIATRIA
ENFERMEDADES SIMILARES.

DIAGNOSTICO OTORRINOLARINGOLOGICO
GUIA PARA ESTUDIANTES CD.

RECONSTRUCCIÓN DE PUNTA NASAL TÉCNICA
DE BAYO.

PROTOCOLOS DE MANEJO OTORRINOLARINGOLOGICO.

SEMINARIOS DE ROTACIÓN ESTUDIANTES PREGRADO
SERVICIO DE ORL HOSPITAL MILITAR.

EXPERIENCIA LABORAL

- **I.P.S. CAFAM**
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS.
1.995 – 2000.

COORDINADOR SERVICIO DE ORL.
DESDE 1.993 - 2006.

JEFE MEDICO QUIRURGICO
NOVIEMBRE 2006- ENERO 2008.
- **HOSPITAL MILITAR CENTRAL.**
INSTRUCTOR DEL SERVICIO DE ORL
1.991 – 1992.
MEDICO OTORRINOLARINGÓLOGO.
1.992 . 2003.
- **PRACTICA PRIVADA PARTICULAR EN CONSULTORIO DESDE 1989.**

REFERENCIAS PERSONALES

DRA GLORIA ORDOÑEZ NORIEGA
CIRUJANA PLASTICA ONCOLOGA
TELEFONO 3158339496

-

REFERENCIA PROFESIONAL - LABORAL

DOCTOR JAVIER ANGEL ARISTIZABAL
CIRUJANO MASTOLOGO
TELEFONO 3102390951

-

GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ
CC 79.147.713 DE USAQUEN
Bogotá Febrero 13 de 2008



EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR.

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE Norberto Gabriel Páez Páez IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA N.º 200730449, UNO DE NUESTROS ALUMNOS, DESPUÉS DE GRADUARSE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACION LAS LECCIONES DE NUESTRA FACULTAD DE MEDICINA EN TODA LA EXTENSION QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS, ASI COMO LOS DECRETOS DEL GOBIERNO NACIONAL, HABIENDO DADO NUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEORICOS Y PRACTICOS, POR LO CUAL EN VIRTUD DE NUESTRAS VEREDICANDAS CONSTITUCIONES Y CONFORME A LA RESOLUCION N.º 2.057 DE JUNIO 7 DE 1974 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL Y AL CONTRATO CELEBRADO CON LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA EN JUNIO 15 DE 1965, CONFIRMAMOS EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL AL PRECITADO ALUMNO EL CARACTER Y TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO, Y PARA QUE CONSTE LE EXPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO Y EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO Y REFERENDADAS POR EL SECRETARIO GENERAL EN EL AULA MAXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS CATORCE DIAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DEL SEÑOR MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES

EL RECTOR
[Firma]

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL - BOGOTA
BOGOTA, 1974 1111 1111 PARA FIRMAR POR EL RECTOR Y VICERRECTOR
BOGOTA, 1974 1111 1111 PARA FIRMAR POR EL SECRETARIO GENERAL

EL VICERRECTOR
[Firma]

EL DECANO
[Firma]

EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
[Firma]



EL SECRETARIO GENERAL
[Firma]

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - BOGOTA
BOGOTA, 1974 1111 1111 PARA FIRMAR POR EL SECRETARIO GENERAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
BOGOTA, 1974 1111 1111 PARA FIRMAR POR EL SECRETARIO GENERAL



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD



COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

NORBERTO GABRIEL
DIAZ GRANADOS DIAZ

C.C. 79147713

MEDICO

Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario

Registro D.C.

Grado: 14/06/1983

Reinscripción: 08/03/1985



ESPECIALIZACION EN OTORRINO LARINGOLOGIA



Este sello es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si este sello es encontrado, favor contactar al colegio médico colombiano Av. Corinto 15 # 130-43 Oficina 911 - Edificio Avenida 15 194. www.colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Médico Colombiano

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Firma Medico

562/1985

Nombre y Apellidos

HORBERTO G. DIAZGRAHADOS D. A.

C.C.

666 C 79147713

De USAQUEN

Universidad

Ciudad

HYRA S. ROSARIO BOGOTA

Código:

30679/01

Fecha de Expedición:

25/05/200

Printer S-843

FIRMA MINISTRO DE SALUD



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.

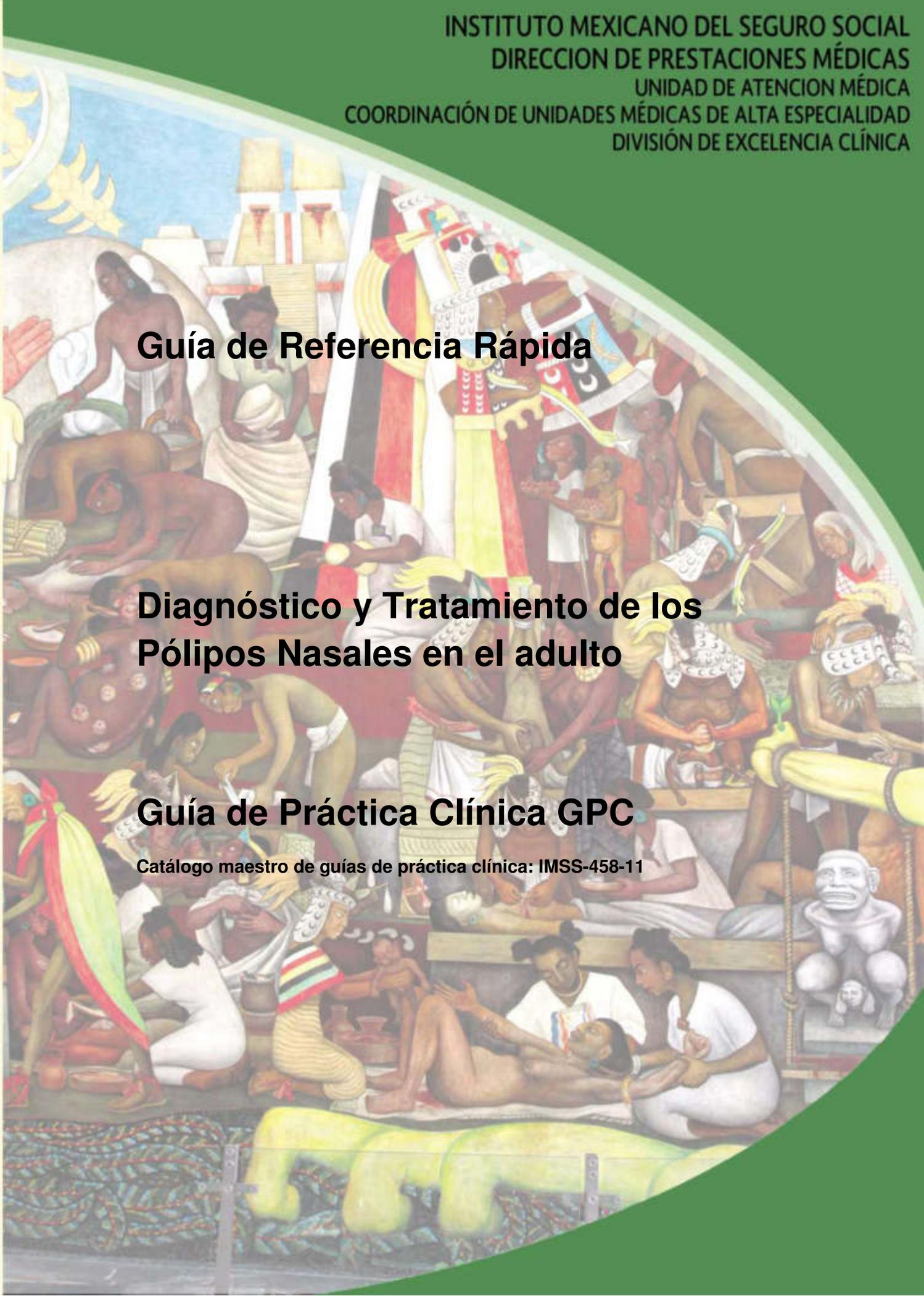
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de los Pólipos Nasales en el adulto

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-458-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

J 339 Pólipo Nasal no Especificado

GPC

Diagnóstico y tratamiento de los Pólipos nasales en el adulto

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El pólipo(s) nasal(es) se presenta(n) como consecuencia de procesos inflamatorios crónicos de la mucosa nasal, las manifestaciones clínicas son generalmente: rinorrea, alteraciones del olfato, obstrucción nasal y cefalea. Puede ocasionar problemas del sueño, irritabilidad, deterioro de la relación socio-laboral y familiar, lo que afecta en forma importante la calidad de vida.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Antecedentes no patológicos

- Es más frecuente en hombres en relación 2-3:1
- Se presenta a cualquier edad, con media a los 42 años

En todas las razas

Antecedentes patológicos

Los pólipos nasales se presentan con más frecuencia en pacientes que padecen o han padecido alguna de las siguientes condiciones:

- Fibrosis quística (6 a 48%)
- Asma (16.5%)
- Intolerancia al ácido acetilsalicílico (11 a 20%)
- Rinitis no alérgica (5%)
- Rinitis alérgica (0.5 a 1.5%)
- Antecedente familiar de poliposis nasal (14 a 52%)

Los signos y síntomas que presentan los pacientes con pólipo(s) nasal(es) son:

- Obstrucción nasal
- Congestión nasal
- Rinorrea
- Dolor o sensación de presión facial
- Pérdida total o parcial del sentido del olfato (Hiposmia o anosmia)
- Cefalea

- Voz nasal (rinolalia)
- Epistaxis
- Apnea obstructiva del sueño

En pacientes adultos dos o más de los signos y síntomas antes señalados hacen sospechar en el diagnóstico de pólipos nasal(es), entre otras patologías como desviación septal.

Exploración física

- La realización de rinoscopia anterior confirmará la presencia de pólipo(s)

Las características macroscópicas de los pólipos:

- Tumores con aspecto de uva
- Se pueden encontrar en ambas fosas nasales
- Pueden adoptar la forma de la región anatómica donde se encuentran
- Blandos
- Tersos
- Translucidos
- Color gris rosado
- Ulceraciones con sangrado en ocasiones
- Se encuentran en la parte superior de la cavidad nasal y proceden del complejo osteomeatal

Si un paciente presenta alteraciones en el olfato y rinosinusitis crónica (esta última con más de 12 semanas de evolución) se debe investigar en forma obligada la presencia de alguna obstrucción como puede ser pólipo(s) nasal(es).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de pólipo(s) nasal(es) fundamentalmente es clínico, por lo que los estudios de laboratorio solo se solicitan ante la sospecha de patología asociada

Laboratorio

En pacientes con alta sospecha de enfermedad alérgica solicitar:

- Eosinófilos en moco nasal
- Eosinofilia en sangre periférica
- Coproparasitológico en serie de 3

Estudios Especiales

Endoscopia nasal

Este estudio se puede realizar en el consultorio por un especialista en Otorrinolaringología, previa aplicación de vasoconstrictores y anestésico local, si se requieren y no haya Hipertensión Arterial Sistémica.

Rinomanometría

Sirve para determinar la resistencia del flujo de aire nasal, esta prueba se puede realizar previo al tratamiento quirúrgico y posterior a este por el especialista en Otorrinolaringología

La rinomanometría se realizará en las unidades que cuenten con el equipo necesario.

Estudio Histopatológico

La biopsia nasal se realiza cuando existe sospecha de neoplasia maligna o granulomatosis.

Características microscópicas de los pólipos:

- Formados de tejido conectivo laxo
- Eosinofilos
- Edema
- Células inflamatorias
- Algunas glándulas productoras de moco y capilares
- Epitelio pseudoestratificado con células ciliadas y caliciformes
- Neutrofilos
- Mastocitos
- Linfocitos
- Monocitos
- Fibroblastos

Estudios de gabinete

Radiografía de senos paranasales

Es de poca ayuda en el diagnóstico de pólipo(s) nasal(es), por que reporta muchos falsos positivos y falsos negativos

La radiografía de senos paranasales se solicitara solo ante la sospecha de comorbilidad

La Tomografía Computada (TC), en cortes axiales y coronales.

Es el estudio de elección para confirmar la localización y extensión anatomica de la lesión

La TC es de gran utilidad ya que permite planear el tipo de cirugía y evitar complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

No es un metodo de obtención de imágenes que se realice de rutina, esta se reserva para diferenciar pólipos de:

- Tumores
- Mucoceles
- Infección fungica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial ante la duda de que se trate de pólipo(s) nasal(es) se realiza con las siguientes patologías:

- Neoplasias malignas
- Rinitis vasomotora
- Rinitis alérgica Sinusitis crónica
- Desviación septal
- Encefaloceles
- Hipertrofia de cornete
- Quiste nasoalveolar
- Nasoangiofibroma

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se recomienda el uso de glucocorticoide tópicos y sistémicos en el tratamiento de pólipos nasales porque: disminuye los síntomas de obstrucción nasal, mejorar el olfato y disminuye el tamaño del pólipo (en algunos casos)

La inyección de glucocorticoides en los pólipos nasales, queda a juicio del especialista en Otorrinolaringología, quien deberá evaluar el riesgo-beneficio en cada paciente.

Aunque no hay estudios cuyo objetivo específico sea evaluar la eficacia de la solución salina en el tratamiento de polipos nasales, consideramos útil realizar lavados nasales con solución salina isotónica al 0.9% o con agua de mar bidestilada.

Se recomienda aplicar de 1 a 3 disparos en cada fosa nasal, el intervalo de aplicación será de acuerdo a las necesidades del paciente, por lo general se realizan 6 lavados al día

El uso de medicamentos como: antihistamínicos, antileucotrienos, mucolíticos, inmunomoduladores, descongestionantes, estabilizadores de membrana del mastocito, antibióticos y antimicóticos, dependerá de la(s) patología(s) asociada(s) y queda su al juicio del otorrinolaringólogo y/o alergólogo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico queda a cargo únicamente del otorrinolaringólogo y está indicado cuando no hay respuesta al tratamiento médico.

Procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la patología asociada

- Polipos nasales sin patología de senos paranasales:
 - Polipectomía de asa

- Pólipos nasales con sinusitis maxilar:
 - Caldwell Luc
- Pólipos nasales con sinusitis etmoidal:
 - Etmoidectomía
- Pólipos nasales con sinusitis esfenoidal:
 - Esfenoidectomía

La cirugía endoscópica está indicada en la poliposis nasal masiva y en recidivas.

Pasos quirúrgicos:

1. Infudibulotomía
2. Meatotomía media
3. Apertura del receso frontal
4. Resección parcial del cornete medio

El cirujano otorrinolaringólogo evaluará la extensión del procedimiento quirúrgico

La cirugía endoscópica funcional de nariz y senos paranasales es más eficaz que las técnicas convencionales mínimas (polipectomía e irrigaciones sinusales), pero aún no se ha demostrado su superioridad frente a la antrostomía del meato inferior o a la esfenoetmoidectomía convencional.

Las complicaciones quirúrgicas dependen de varios factores:

- La variabilidad de la anatomía de la región
- La proximidad del encéfalo
- La proximidad de la órbita
- Destreza del cirujano para mantener la orientación en las revisiones quirúrgicas

Las complicaciones más frecuentes del tratamiento quirúrgico de los pólipos nasales sin patología agregada son:

- Hemorragias
- Sinequias
- Perforaciones septales

Complicaciones del tratamiento quirúrgico de pólipos nasales con sinusitis

Complicaciones orbitarias:

- Celulitis periorbitaria
- Celulitis orbitaria
- Absceso subperiostico
- Absceso orbitario
- Trombosis del seno cavernoso

Complicaciones intracraneanas:

- Absceso cerebral
- Cerebritis
- Trombosis del seno cavernoso
- Meningitis
- Aumento de la presión intracraneana
- Déficit neurológico focalizado

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Referencia de primer nivel a Otorrinolaringología de segundo nivel:

- Todo paciente con presencia de tumoración en fosas nasales
- Ante sospecha de pólipos que no son visibles con rinoscopia anterior y la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:
 - Alteraciones del olfato
 - Esgurrimiento nasal
 - Cefalea
 - Obstrucción nasal
 - Hemorragias frecuentes y de difícil control

Si el paciente presenta patologías asociadas se deberán consultar las Guías de Práctica Clínica correspondientes

El paciente deberá ser referido con:

- Historia clínica completa
- Con laboratorio ya mencionado
- Con radiografías de senos paranasales

Referencia de segundo nivel (Otorrinolaringología) al tercer nivel de atención en los siguientes casos:

- Recidiva de los pólipos
- Poliposis masiva con pansinusitis
- Cirugías previas de nariz y senos paranasales
- Sospecha de tumor maligno o vascular

Paciente con patología asociada derivar a la especialidad correspondiente

Contra referencia de tercer nivel a segundo nivel:

- Pacientes después de un mes de haber recibido tratamiento quirúrgico

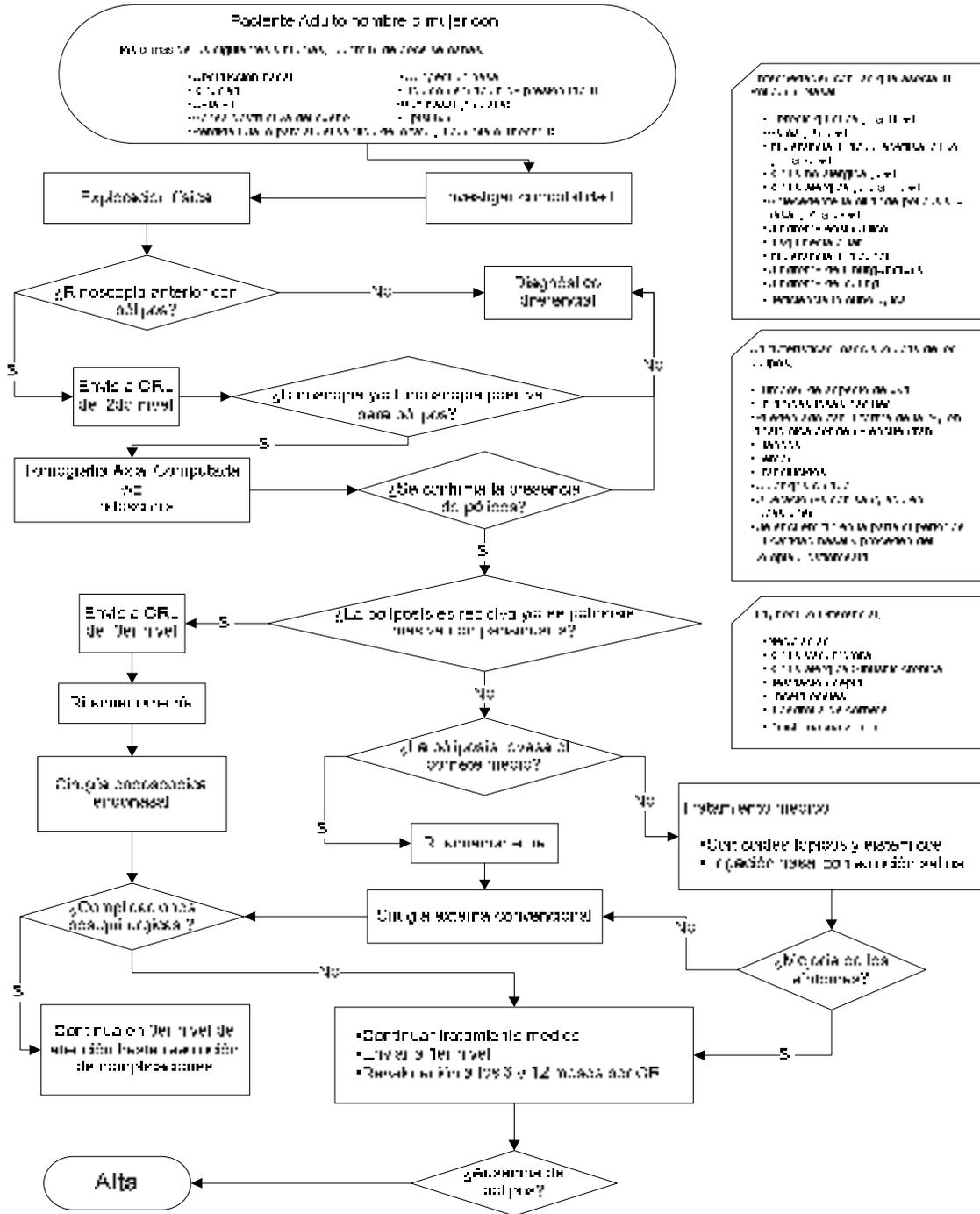
- Asintomáticos
- Para continuar tratamiento medico

Contra referencia de segundo nivel a primer nivel:

- Si, el paciente fue operado en segundo nivel al cumplir un mes de haber recibido tratamiento quirúrgico
- Asintomáticos

ALGORITMO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PÓLIPOS NASALES





Valoración de los senos paranasales mediante imágenes diagnósticas

Alfonso Javier Lozano, Julio Mario Araque. Profesores Asistentes. Departamento de Imágenes Diagnósticas. Hospital San Juan de Dios. Universidad Nacional de Colombia.

Un mayor entendimiento de la anatomía y fisiología del sistema mucociliar de las vías aéreas superiores, el desarrollo y popularización de la cirugía endoscópica funcional y nuevas técnicas en imágenes diagnósticas, han permitido una mejor comprensión de la patología de las cavidades paranasales, facilitando hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento más efectivo. La complejidad en el manejo de las enfermedades que afectan las cavidades paranasales hacen obligatorio que los médicos tengan conceptos claros sobre la indicación de cada una de las modalidades y las alternativas iconológicas en el diagnóstico y seguimiento de las diferentes alteraciones.

DESARROLLO Y ANATOMIA.

La descripción anatómica no es fácil

por las múltiples variaciones individuales y la inconsistencia en la terminología (1, 2, 3, 4, 5, 6).

El seno maxilar inicia su desarrollo a la tercer mes de gestación. Al nacimiento, tiene forma rudimentaria la cual se llena de aire tempranamente; inicialmente su localización es medial, luego se extiende lateralmente hasta ocupar todo el maxilar hacia los 12 años de edad, (Figura 1). Drena en el meato medio (Figura 2). Su desarrollo es simétrico, la hipoplasia es poco frecuente.

El complejo etmoidal es el de mayor variabilidad. Se origina en el cuarto mes de gestación, al momento de nacer esta lleno de líquido y su identificación es difícil. Continúa su desarrollo y neumatización hasta alcanzar a los 12 años las

características del adulto (Figura 1). Se compone de 3 a 16 celdillas agrupadas en anteriores las cuales drenan al hiato semilunar en el meato medio y las posteriores al receso esfenoidal en el meato superior (Figura 2). El grupo anterior esta compuesto por las celdillas del receso frontal, celdillas infundibulares y bulla etmoidal, por fuera de la cápsula etmoidal, más anteriormente se encuentran las agger nasi; cuando la neumatización se extiende a la porción medial del piso de la órbita se originan las celdillas de Haller.

El seno frontal es el último en desarrollarse, se origina hacia el primer año como una extensión de las celdillas etmoidales anteriores, continua su neumatización craneal hasta alcanzar su completo desarrollo a los 12 años (Figura 1).

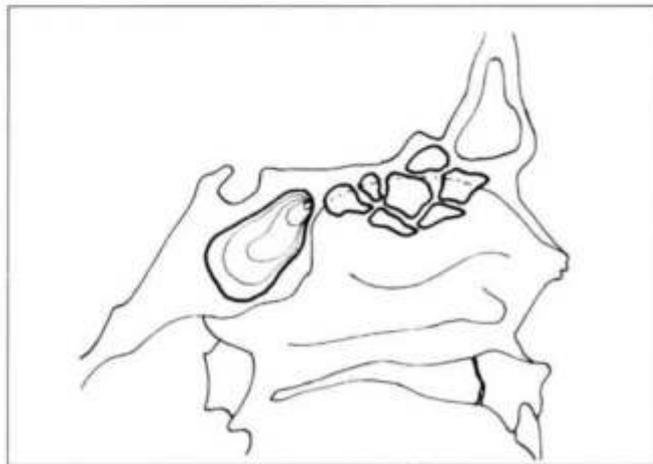
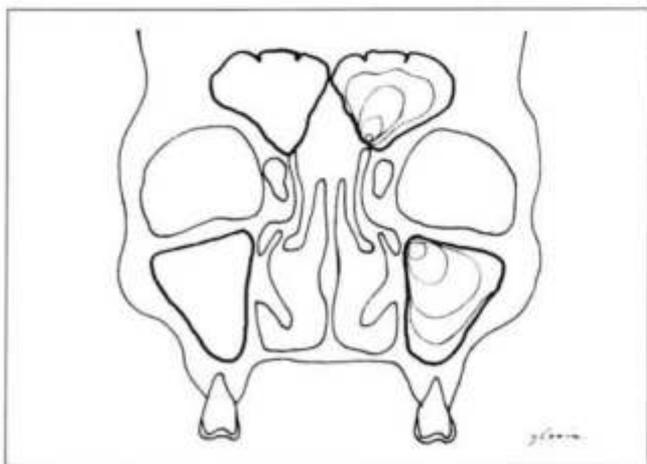


Figura 1. Desarrollo de las cavidades paranasales. Se muestran las cavidades paranasales indicando con cada línea su estudio de desarrollo a los 6, 9 años y en el adulto.

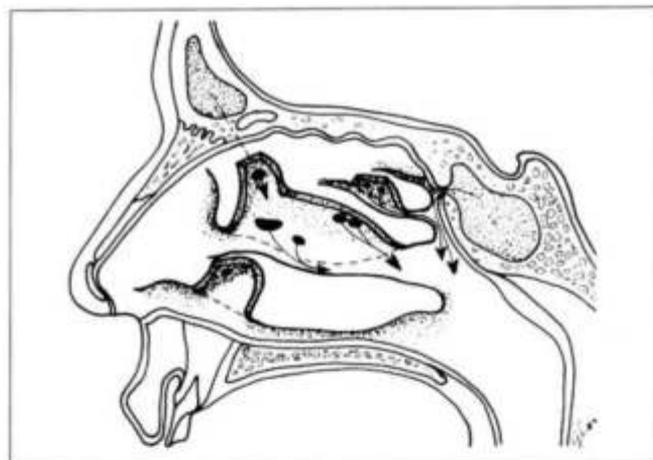
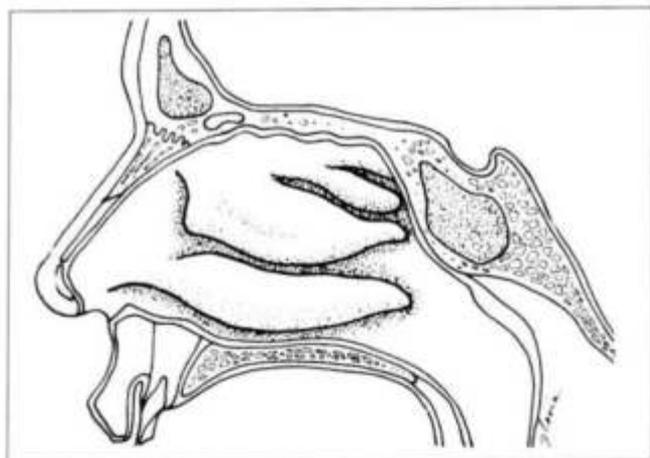


Figura 2. Drenaje de las cavidades paranasales. Configuración de los cornetes en la pared lateral de las conchas; se ha retirado el cornete medio para ilustrar los diferentes ostia de drenaje.

Generalmente es asimétrico y puede ser hipoplásico o estar ausente. Drena en el receso frontal del cornete medio (Figura 2).

El seno esfenoidal se origina en el cuarto mes de vida intrauterina, al nacer es un esbozo, su mayor desarrollo inicia a los 3 años y llega a su tamaño definitivo a los 12 años (Figura 1), drena en el receso esfenoidal del meato superior (Figura 2). La aplasia es rara. Es frecuente la neumatización del proceso pterigoideo medial y las clinoides anteriores.

FISIOLOGIA. Un mejor entendimiento de la fisiología sinusal ha

permitido definir un enfoque terapéutico más racional (7, 8).

Los senos paranasales están recubiertos de epitelio ciliado columnar pseudoestratificado con glándulas serosas y mucosas las cuales se abren a ductos amplios en la superficie epitelial. Las secreciones de estas glándulas forman una cubierta de moco y fluido que recubren el epitelio. Cerca de 2 litros de agua y secreciones son producidos diariamente por la mucosa sinonasal. El aire inspirado es humidificado y calentado en las cavidades paranasales, fragmentos de polvo y cerca de tres cuartas partes de las bacterias en suspensión

son capturadas por esta película de moco. La acción rítmica y sincrónica de la células ciliares evacuan éste moco a la faringe; el moco en los senos maxilares es renovado cada 20 a 30 minutos. Es importante anotar que el movimiento de las ciliias dirigen el moco y su contenido hacia los orificios naturales de cada seno paranasal (Figura 3), su drenaje también es influido por la acción de la gravedad y la deglución. El epitelio ciliar y la película de moco es llamado el sistema mucociliar sirviendo de protección a las cavidades nasal y paranasales. El sistema mucociliar captura el 80% de las partículas mayores de 3µm y el 60% de las mayores de 2µm

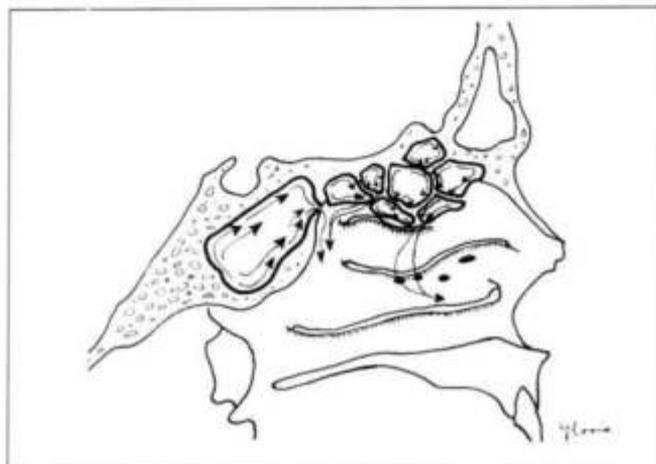
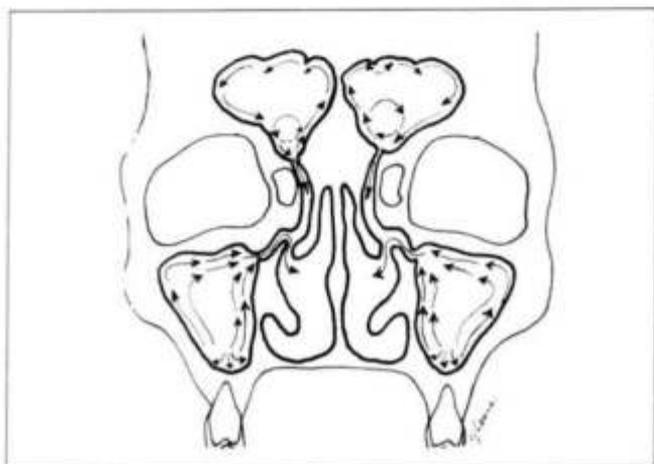


Figura 3. Barrido ciliar en cavidades paranasales. El barrido mucociliar se hace fisiológicamente hacia los ostia de drenaje.

sometiéndola a la acción de los mastocitos, polimorfonucleares, leucocitos, eosinófilos, lisozimas, inmunoglobulina G e interferon para luego ser drenada a la faringe de donde son deglutidas.

RADIOLOGIA SIMPLE. Las radiografías convencionales detectan niveles hidroaéreos, pero no permiten evaluar adecuadamente el engrosamiento mucoso ni su extensión, como tampoco valorar los orificios de drenaje por lo que su uso es limitado en el estudio de procesos crónicos y en neoplasias (9, 11).

En el estudio de los senos paranasales se obtienen rutinariamente una proyección lateral y dos frontales, la Caldwell y la Waters (11). Es importante anotar que todas o por lo menos una de estas proyecciones debe obtenerse con el paciente vertical ya que de esta forma se pueden detectar niveles hidroaéreos (11).

En la proyección de Caldwell (Figura 4) son observadas las celdillas etmoidales las cuales deben tener una densidad similar a la del meato medio, las mediales son las anteriores y las laterales las posteriores. En la proyección de Waters (Figura 5) se ven adecuadamente los senos maxilares, frontales y celdillas etmoidales anteriores; la transparencia de los senos maxilares y frontales debe ser igual o mayor que la transparencia de la órbita. En la proyección lateral (Figura 6) se ven todas las cavidades paranasales pero especialmente el seno esfenoidal.

Estas proyecciones permiten evaluar individualmente y en conjunto las cavidades paranasales. Una técnica inadecuada y el mal posicionamiento del paciente pueden llevar a un error en la interpretación del estudio disminuyendo su certeza diagnóstica (Figura 7 A y B).

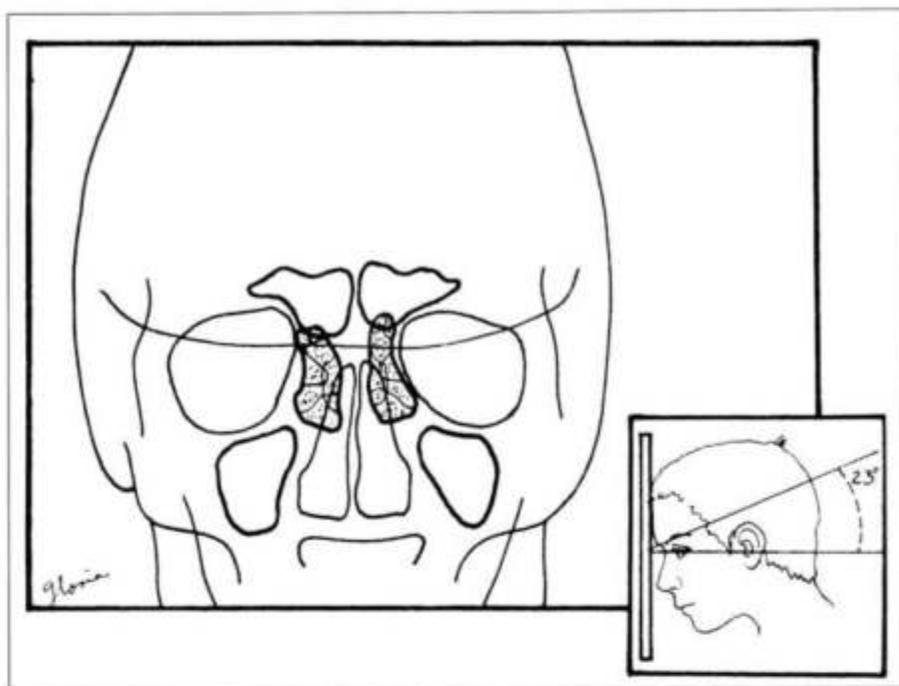


Figura 4. Esquema de localización de los SPN en la proyección de Caldwell.

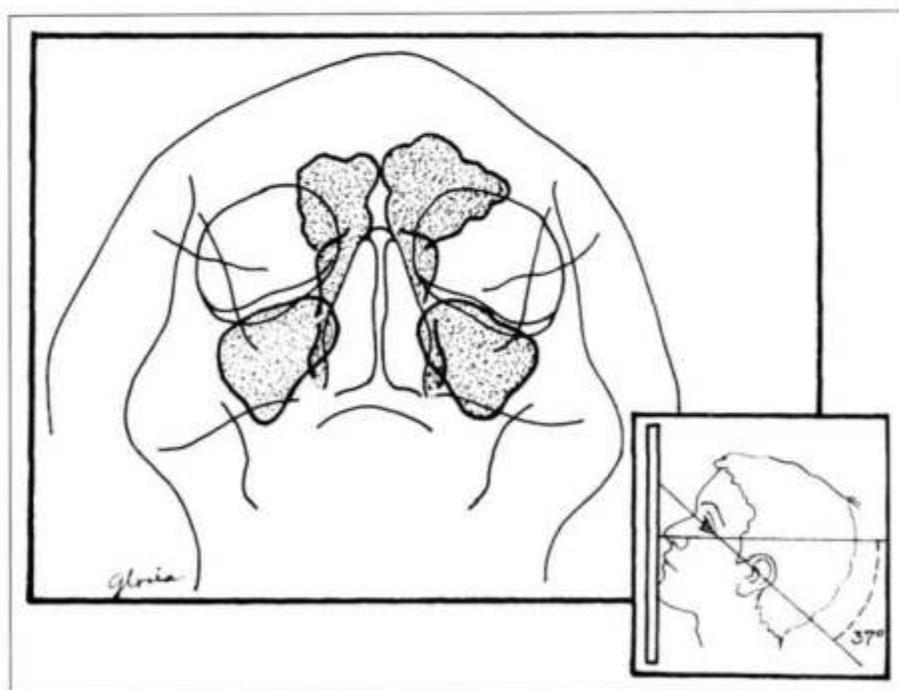


Figura 5. Esquema de localización de los SPN en la proyección de Waters.

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

Con la tomografía computarizada se obtienen secuencias coronales y axiales, realizando una mejor evaluación de las cavidades paranasales valorando sus límites

óseos, tejidos blandos, estructuras vecinas, orificios de drenaje y proporciona finos detalles de su anatomía (13, 14). Es el estudio de elección en la valoración de los procesos crónicos ya sean inflamatorios o neoplásicos y en la

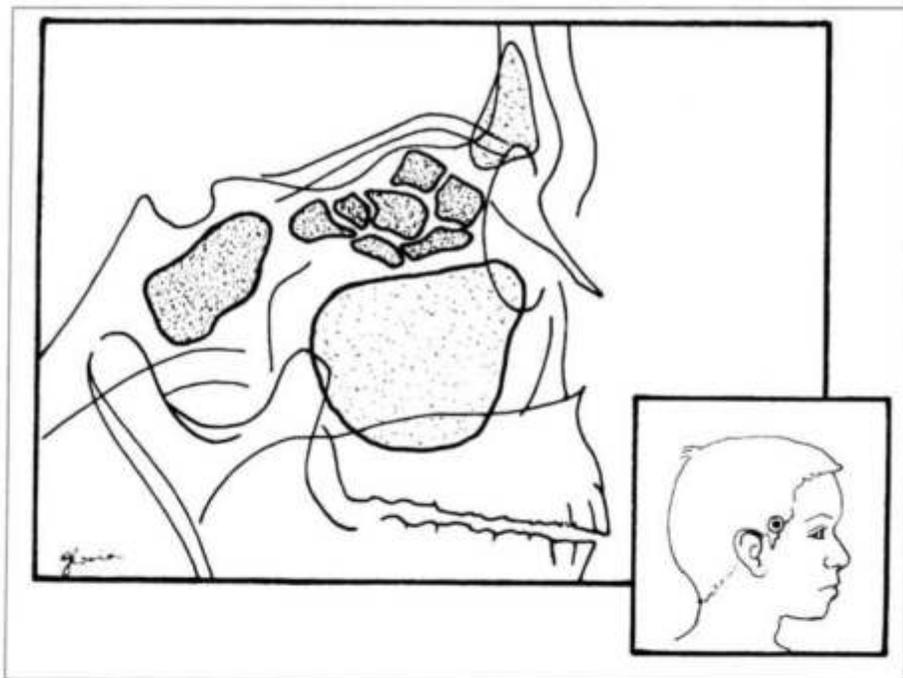


Figura 6. Esquema de localización de los SPN en la proyección lateral.

evaluación pre y postquirúrgica de la cirugía endoscópica funcional (15, 16, 17).

PROTOCOLO DE EXAMEN. Cortes coronales de 3mm de espesor o de 2mm en el complejo ostiomeatal, se utiliza una ventana intermedia con ancho de 2500 y nivel de 250 (18) una alternativa es ancho de 2000 y nivel de -200 (19). Cuando se sospechan complicaciones de los procesos inflamatorios o lesiones tumorales se debe realizar secuencia axial complementaria, aplicación de medio de contraste e incluir ventana para tejidos blandos (18, 19).

ANATOMIA CORONAL

El espacio entre la pared lateral de las fosas nasales y los cornetes se llama meato, en ellos drenan los diferentes senos paranasales a través de orificios, llamados ostiums. En el meato inferior drena el conducto nasolacrimal.

El meato medio es el más complejo de todos (20, 21), esta cubierto por

la concha media, en él se identifican tres estructuras, el proceso uncinado, el hiato semilunar y la bulla etmoidal. El proceso uncinado es una delgada prominencia ósea cubierta de mucosa originada en la pared lateral del seno maxilar, forma un borde libre. El hiato semilunar es limitado superiormente por la bulla etmoidal, lateralmente por la órbita, inferiormente por el proceso uncinado y medialmente por el meato medio. La bulla etmoidal se proyecta inferomedialmente sobre el hiato semilunar. Estas tres estructuras forman el complejo ostiomeatal (Figura 8) en el que drenan los senos frontal, celdillas etmoidales anteriores y seno maxilar.

Múltiples variaciones anatómicas pueden obstruir el complejo ostiomeatal facilitando la persistencia de afecciones de los senos paranasales (Figura 9) (22, 23, 24).

En el meato superior desemboca el receso esfenoidal a través del cual drenan las celdillas etmoidales posteriores y el seno esfenoidal.



Figura 7 A. Error en la interpretación o técnica inadecuada. Proyección de Waters en la cual la base del maxilar esta oculta por la pirámide petrosa (Flecha gruesa).



Figura 7 B. Proyección de Waters realizada adecuadamente. Se observa una imagen redondeada con densidad de tejidos blandos (punta de flecha) en la base del antro maxilar derecho, correspondiente a un pólipos. Se observa opacidad de una celda del seno frontal izquierdo con esclerosis del contorno óseo. (Flecha pequeña).

ANATOMIA AXIAL. Permite visualizar todas las relaciones de las cavidades paranasales con las estructuras vecinas, pero principalmente las del canal y nervio óptico

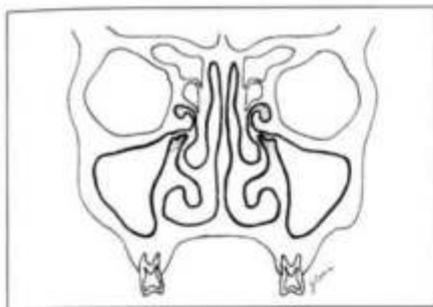


Figura 8. Corte coronal a nivel del complejo ostiomeatal. La unidad osteomeatal formada por el hiato semilunar, la bulla etmoidal y el proceso uncinado.

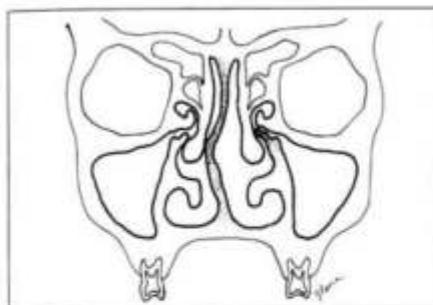


Figura 9. Variantes anatómicas en la obstrucción del complejo ostiomeatal. Esquemas de las principales variantes anatómicas que contribuyen a la obstrucción del complejo ostiomeatal: A. Desviación del tabique, Alteraciones de la Apofisis Uncinada.

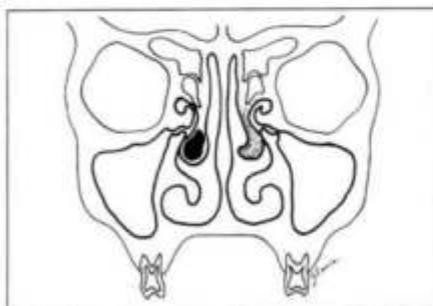


Figura 9B. Concha bullosa. Curvatura paradójica del cornete medio.

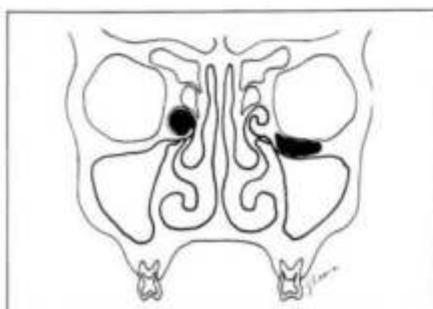


Figura 9C. Bulla etmoidal y Celdillas de Haller.

con las celdillas etmoidales y el seno esfenoidal, y de éste último con la arteria carótida interna suministrando importante información preliminar de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía endoscópica.

RESONANCIA MAGNETICA

La Resonancia Magnética (25) caracteriza muy bien los tejidos blandos pero no muestra claramente las estructuras óseas ni el fino detalle anatómico. Se emplea en la evaluación de las complicaciones de los procesos inflamatorios, diferenciación de lesiones inflamatorias y neoplásicas y en la extensión y el estadiaje de los tumores.

PROTOCOLO DE EXAMEN

Imágenes coronales, sagitales y axiales en T1; coronales y axiales en T2; si se utiliza medio de contraste imágenes axiales y coronales en T1 (19).

PROCESOS INFLAMATORIOS

Las sinusitis aguda, crónica y alérgica son los procesos inflamatorios más comunes de los senos paranasales.

En la sinusitis aguda es clásico la presencia de nivel hidroaéreo (Figura 10) y el engrosamiento uniforme de la mucosa que sigue los contornos de las cavidades. Compromete frecuentemente un solo seno, o un conjunto de ellos en forma unilateral. El seno más frecuentemente comprometido es el maxilar, seguido del frontal y el complejo etmoidal; rara vez se ve afectado el esfenoidal. No hay compromiso de los límites óseos aunque la hiperemia puede llevar a desmineralización de las trabéculas del complejo etmoidal. Las



Figura 10 A. Sinusitis aguda. Proyección de Waters con opacidad del seno maxilar izquierdo y nivel hidroaéreo en el maxilar derecho (punta de flecha).



Figura 10 B. Corte axial de tomografía con nivel hidroaéreo en el maxilar izquierdo y leve engrosamiento de las paredes del maxilar derecho.

manifestaciones clínicas son claras en el adulto pero difíciles de interpretar en los niños (26, 27). La pansinusitis generalmente refleja una complicación de las sinusitis crónicas.

Cuando un episodio agudo no recibe tratamiento adecuado y oportuno, la infección se puede extender a estructuras vecinas o a distancia. El complejo etmoidal limita con la pared medial de la órbita con la delgada lámina papiracea, que es una delicada barrera para la extensión de

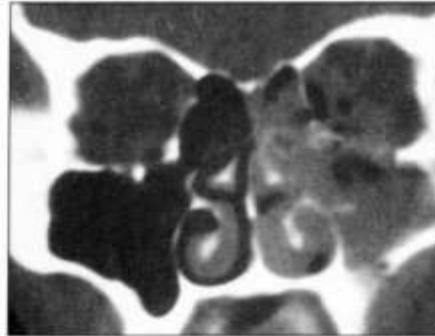
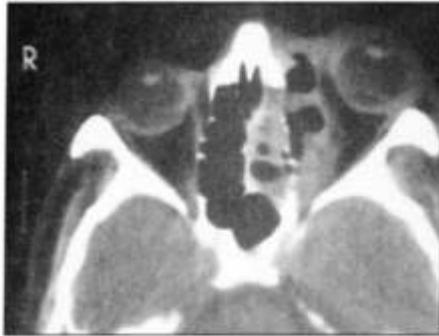


Figura 11. Absceso orbitario. Cortes tomográficos axial A y coronal B, proptosis y colección orbitaria con presencia de gas en su interior en relación a la lámina papiracea izquierda con borramiento de los planos grasos y compromiso del recto medial e inferior; ocupación por densidad de tejidos blandos de las celdillas etmoidales y el antro maxilar izquierdo.

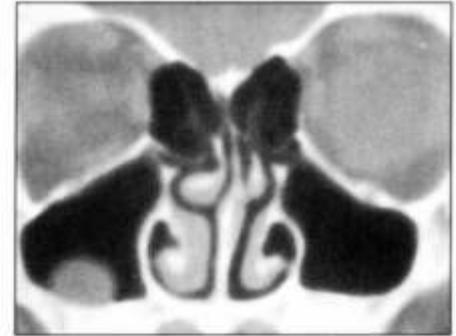


Figura 13. Pólipo vs. quiste de retención. Imagen redondeada, bien definida y aislada con densidad de tejidos blandos en la base del maxilar derecho, leve desviación septal a la izquierda.

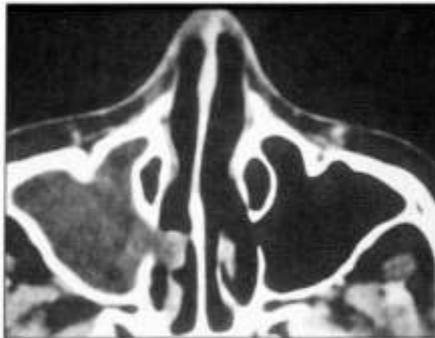
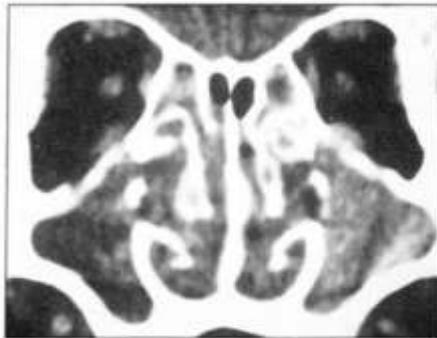


Figura 12. Sinusitis crónica. Cortes tomográficos A corte axial, ocupación del antro maxilar derecho por densidad de tejidos blandos con protrusión a través del ostium a la cavidad nasal de imagen redondeada, Pólipo antro coanal. B corte coronal, ocupación de antros maxilares, celdillas etmoidales y cavidad nasal por densidad de los tejidos blandos, hay borramiento de los márgenes óseos de las celdillas etmoidales y ensanchamiento del ostium maxilar.

las infecciones a la órbita y estructuras vecinas. Dentro de las complicaciones más frecuentes (28) se cuentan edema parpebral, celulitis periorbitaria, abscesos subperiósteos, orbitarios (Figura 11) e incluso trombosis de los senos cavernosos.

De las complicaciones a distancia la más frecuente es el absceso frontal. Como etiopatogenia de los abscesos cerebrales se involucra la diseminación de trombos sépticos venosos originados en el seno frontal y complejo etmoidal.

La sinusitis crónica (Figuras 12 y 16 A) (29) se inicia frecuentemente de un episodio agudo y se debe generalmente a episodios repetidos de infección o a un proceso infeccioso

de bajo grado. Hay engrosamiento irregular de la mucosa, los márgenes óseos se encuentran engrosados y escleróticos. En la infancia éstos procesos crónicos pueden llevar a la hipoplasia de la cavidad comprometida. Sus hallazgos se confunden con la sinusitis alérgica.

Los procesos alérgicos (30) se acompañan de compromiso nasal, son debidos a una gran variedad de proteínas exógenas. La mucosa se engruesa en forma irregular, comprometiendo todas las cavidades paranasales. Se asocia a la presencia de pólipos nasales que pueden ocupar la rinofaringe (Figura 12A) y a lesiones intrasinusales que en el complejo etmoidal puede destruir sus finas paredes. La expresión más severa de esta es la poliposis sinusal (Figura 12B).

Como resultado de los procesos inflamatorios se producen quistes de retención seromucosos y pólipos, estas dos entidades no pueden ser diferenciadas por las imágenes (Figuras 7, 12 y 13), se caracterizan por ser masas con densidad de tejido blando, bien definidas, de bordes convejos, en resonancia se comportan igual siendo hipointensos en T1 e hiperintensos en T2.

Los mucocelos se asocian a enfermedad alérgica o crónica, son debidos a la obstrucción de los ostium de drenaje el más frecuentemente comprometido es el seno frontal seguido del complejo etmoidal; opacifica completamente la cavidad comprometida y por su característico crecimiento lento adelgaza sus márgenes óseos sin destruirlos (Figura 14A). En RM su señal es intensa en T1 y T2 aunque su señal varía con la concentración de proteínas y el grado de hidratación (Figuras 14B, C y D).

Las infecciones micóticas son más agresivas, se comportan similar a las neoplasias malignas y requieren un identificación temprana y un adecuado tratamiento.

NEOPLASIAS

El carcinoma escamocelular (31)



Figura 14 A. Mucocel frontal. Radiología convencional, seno frontal izquierdo con borramiento del contorno óseo el cual es casi imperceptible (flechas pequeñas).

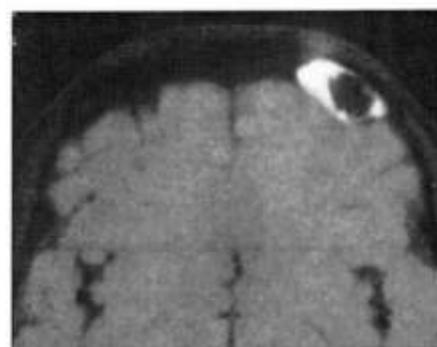


Figura 14 B. Resonancia Magnética. Corte coronal. **C.** Corte axial de imágenes en T1 con supresión de grasa.

representa el 80% de las neoplasias malignas, el otro 20% corresponden a sarcomas. En los estadios iniciales pueden imitar una sinusitis, es muy importante detectar sutiles erosiones

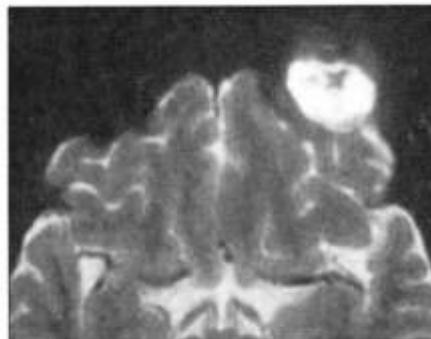


Figura 14 D. R.M. Corte axial en T2, masa hiperintensa con foco hipointenso en el seno frontal izquierdo, intensidad de señal relacionada con el grado de hidratación y concentración de proteínas.



Figura 15. Carcinoma Escamocelular. Abombamiento del seno maxilar izquierdo por masa con densidad de tejidos blandos con erosión y destrucción de sus límites óseos.

óseas. La TAC permite detectarlas como masas homogéneas, de márgenes irregulares, compromiso óseo y determina su extensión (Figura 15). Realza centralmente con la aplicación del contraste, es rara la necrosis central o las calcificaciones. En la RM las lesiones inflamatorias se comportan con señal intermedia en T1 pero muy brillante en T2; los tumores tienen una señal intermedia en T1 y en T2 realzando homogéneamente con la administración del contraste. En el 80% de los casos se origina de los maxilares, luego del complejo etmoidal, el frontal y el esfenoidal.

En general los tumores benignos tienen hallazgos clínicos y de imágenes similares a los malignos pero en general no se asocian a dolor. Su



Figura 16 A. Tumores benignos. Proyección de Waters imagen redondeada con densidad de tejidos blandos y elemento dentario en su interior (flecha) corresponde a Quiste Odontogénico y destrucción de la pared lateral del antro maxilar izquierdo, engrosamiento de la mucosa en el antro derecho.



Figura 16 B. Proyección lateral, densidad calcífica en el seno frontal.

comportamiento en la TAC y RM son útiles para confirmar su naturaleza y extensión.

Los osteomas son los tumores benignos más frecuentes, comprometen generalmente el seno frontal.



Figura 16 C. Corte tomográfico axial con imagen redondeada con densidad de calcio en el seno frontal, corresponden a Osteoma Frontal.

casi nunca se asocian a cefalea o a sinusitis crónica (Figura 16 B y C) (32).

El nasofibrofibroma juvenil es exclusivo de los varones adolescentes, son benignos, no encapsulados pero tienen un comportamiento local agresivo. Se presentan con obstrucción nasal y epistaxis. Su origen en la pared anterolateral de la nasofaringe permite su extensión a los tejidos vecinos, abomba la pared posterior del maxilar (Figura 17A),

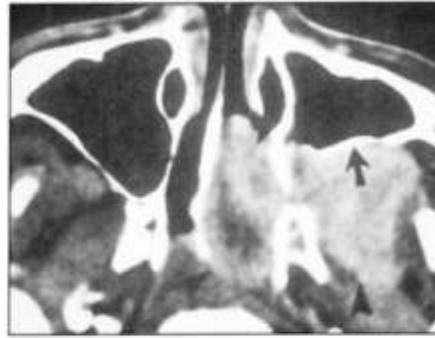


Figura 17A. Nasofibrofibroma juvenil. Corte de tomografía axial contrastada demostrando masa hipercaptante (puntas de flecha) abombando la pared lateral del antro maxilar e invadiendo la cavidad nasal y la fosa temporal.

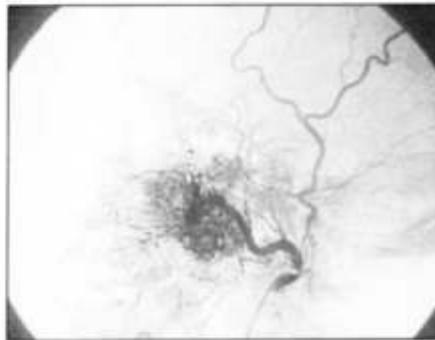


Figura 17B. Angiografía por sustracción digital, con masa hipervascularizada por detrás del antro maxilar.

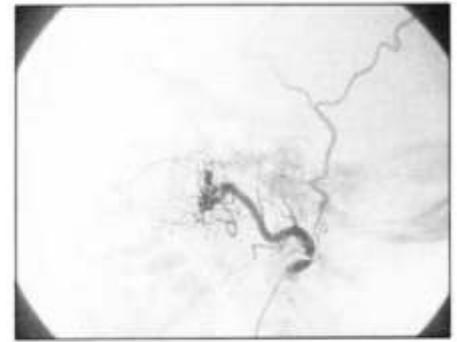


Figura 17C. Angiografía por sustracción digital post embolización prequirúrgica.

puede comprometer la fosa pterigopalatina y a través de ésta la fosa infratemporal y la órbita. En su estudio es adecuada la angiografía, su suplencia vascular y permite su embolización selectiva, procedimiento que facilita el manejo quirúrgico (Figura 17 B y C).

CONCLUSION

La radiología simple es útil en pacientes con enfermedad aguda, esto es especialmente significativo

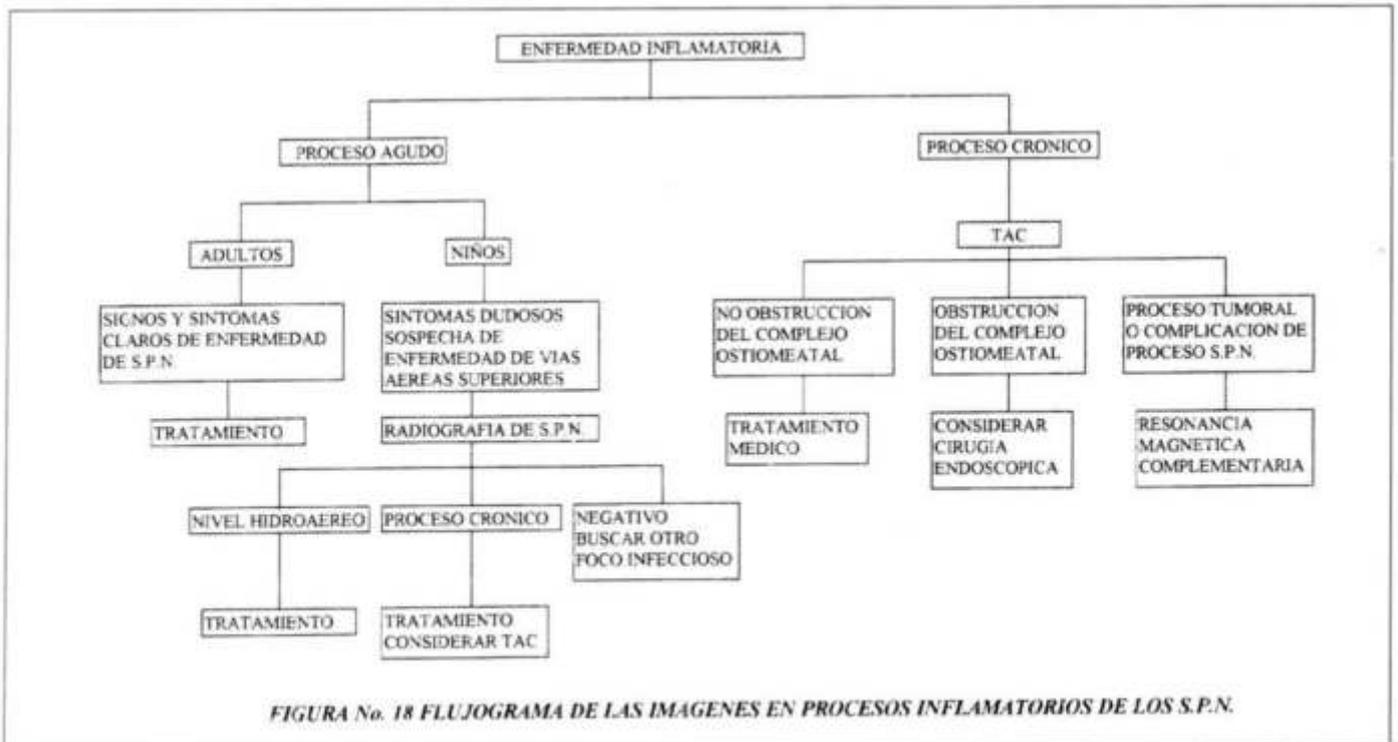


FIGURA No. 18 FLUJOGRAMA DE LAS IMAGENES EN PROCESOS INFLAMATORIOS DE LOS S.P.N.

Figura 18. Flujoograma de imágenes diagnósticas en procesos inflamatorios de los SPN.

en niños en quienes la sintomatología no es tan típica como en los adultos y en el enfoque inicial de patologías agresivas. En lesiones crónicas la radiografía simple, incluso las de mejor calidad subestima la presencia de lesión en los tejidos blandos y la erosión ósea, así como su extensión, siempre se hace necesario un estudio más exacto. La tomografía computarizada es la modalidad de elección

en el estudio de la patología de los senos paranasales, proporciona adecuada información de los tejidos blandos, óseos y de la extensión de las lesiones; en las enfermedades crónicas establece las variantes anatómicas causantes de las mismas; es la mano derecha de la cirugía endoscópica como estudio previo, detección de complicaciones y en seguimiento de éstos pacientes, en

lesiones neoplásicas determina el compromiso y la extensión de la misma. La resonancia magnética es excelente en los tejidos blandos permitiendo la diferenciación entre procesos inflamatorios y neoplásicos, determina la extensión de las masas, identifica más fácilmente el compromiso ganglionar, lamentablemente es muy limitada en la anatomía ósea.

REFERENCIAS

1. **Moore KL.** Anatomía con orientación clínica. 3a edición. Editorial Médica Panamericana S. A. 1993
2. **Shechtman FG, Kraus WM, Schaefer SD.** Anatomy. Otolaryngologic *Clinics of North America* 1993 ; 26 : 509 - 516
3. **Scuderi AJ, Harnsberger HR, Boyer RS.** Pneumatization of the Paranasal Sinuses : Normal Features of Importance to the Accurate Interpretation of CT Scans and MR Images. *AJR* 1993 ; 160 : 1101 - 1104
4. **Ariji A, Kuroki t, Moriguchi s. et al.** Age changes in the volume of the human maxillary sinus : a study using computed tomography. *Dentoma-xillofac. Radiol.*, 1994, 23 : 163 - 168
5. **Graney DO.** Anatomy of the Paranasal Sinuses. *Immunology and Allergy Clinic of North America* 1994 ; 14 : 1 - 15
6. **Som P, and Bergeron RT.** **Radiología de Cabeza y Cuello.** 2a edición. Mosby / Doyma libros S.A. 1993.
7. **Babbel RW, Harnsberger HR.** A Contemporary Look at the Imaging Issues of Sinusitis ; Sinonasal Anatomy, Physiology, and Computed Tomography Techniques. *Seminars in Ultrasound, CT and MR* 1991 ; 12 : 525 - 560
8. **Knops JL, McCaffrey TV, Kern EB.** Physiology Clinical Applications. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1993, 26 : 517 - 534
9. **Yousem DM.** Imaging of sinonasal inflammatory disease. *Radiology* 1993 ; 188 : 303 - 314
10. **McAlister WH, Lusk R, Muntz HR.** Comparison of Plain Radiograph and Coronal CT Scans in Infants And Children with Recurrent Sinusitis. *AJR* 1989 ; 153 : 1259 - 1264
11. **Evans KL.** Diagnosis and management of sinusitis. *BMJ* 1994 ; 309 : 1415 - 1422
12. **Herrera AM, deShazo RD.** Sinusitis Su relación con asma. *Tribuna Médica* 1992 ; 85 : 154 - 158
13. **Zinreich J.** Imaging of Inflammatory Sinus Disease. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1993 ; 26 : 535 - 547
14. **Mafee MF.** Preoperative Imaging Anatomy of Nasal-Ethmoid Complex for Funcional Endoscopic Sinus Surgery. *Radiologic Clinics of North America* 1993 ; 31 : 1 - 20
15. **Hudgins PA.** Complications of Endoscopic Sinus Surgery : The role of the Radiologist in Prevention. *Radiologic Clinics of North America* 1993 ; 31 : 21 - 32
16. **Rice DH.** Endoscopic Sinus Surgery. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1993 ; 26 : 613 - 618
17. **Zinreich SJ, Kennedy DW, Rosenbaum AE, et al.** Paranasal Sinuses : CT Imaging Requirement for endoscopic Surgery. *Radiology* 1987 ; 163 : 769 - 775
18. **Babbel R, Harnsberger HR, Nelson B, Sonkens J And Hunt S.** Optimization of Techniques in Screening CT of the Sinuses. *AJNR* 1991 ; 12 : 849 - 854
19. **Zinreich JS.** Sinonasal Cavities and Osteomeatal Complex I. Imaging of the Osteomeatal Complex for Funcional Endoscopic Sinus Surgery. *Syllabus: A Special Course in Head and Neck Radiology, RSNA December 1996: 1-6.*
20. **Laine Fj, Smoker WRK.** The Ostiomeatal Unit and endoscopic Surgery : Anatomy, Variations and Imaging Findings in Inflammatory Diseases. *AJR* 1992, 159 : 849 - 857
21. **Mafee MF.** Endoscopic Sinus Surgery; Role of the Radiologist. *AJNR* 1991 ; 12 : 885 - 860
22. **Milczuck HA, Dalley RW, Wessbacher FW, Richardson MA.** Nasal and Paranasal with Chronic in Children. *Laryngoscope* 1993 ; 103 : 247 - 252
23. **Earwaker J.** Anatomic Variants in Sinonasal CT. *RadioGraphics* 1993 ; 13 : 381 - 415
24. **Lusk RP, McAlister B, Fouley A.** Anatomic Variation in Pediatric Chronic Sinusitis : a CT Study. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1996 ; 29 : 75 - 91
25. **Shapiro MD, Son PM.** MRI of the Paranasal Sinuses and Nasal Cavity. *Radiologic Clinics of North America* 1989 ; 27 : 447 - 475
26. **Hudgins PA.** Sinonasal Cavities and Osteomeatal Complex II. Paranasal Sinus Imaging : Inflammatory and Neoplastic Lesions. *Syllabus: A Special Course in Head and Neck Radiology, RSNA December 1-6, 1996*
27. **April MM, Zinreich SJ, Baroody FM, Naclerio RM.** Coronal CT Scan Abnormalities in Children with Chronic Sinusitis. *Laryngoscope* 1993 ; 103 : 985 - 990
28. **Stankiewicz JA, Newell DJ, Park AH.** Complications of inflammatory diseases of the sinuses. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 1993 ; 26 : 369 - 655
29. **Som PT, Curtin HD.** Chronic Inflammatory Sinonasal Diseases Including Fungal Infections ; The Role of Imaging. *Radiologic Clinics of North America* 1993 ; 31 : 33 - 44
30. **Phillips CD, Platts-Mills TAE.** Chronic Sinusitis; Relationship Between CT Findings and Clinical History of Asthma, Allergy, eosinophilia and Infection. *AJR* 1995 ; 164 : 185 - 187
31. **Chow JM, Leonetti JP and Mafee MF.** Epithelial Tumors of the Paranasal Sinuses and Nasal Cavity. *Radiologic Clinics of North America* 1993 ; 31 : 61 - 74
32. **Mafee MF.** Nonepithelial Tumors of the Paranasal Sinuses ans Nasal Cavity : Role of CT and MR Imaging. *Radiologic Clinics of North America* 1993 ; 31 : 75 - 90

INFORME PERICIAL REALIZADO A SOLICITUD DE LA DEFENSA

Ciudad y fecha

Doctor

JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO

Abogado Defensor del Dr. **Norberto Gabriel Diazgranados Diaz** La Ciudad.

Referencia: Asunto: Concepto Pericial

I. Motivo de la Peritación:

Emitir concepto sobre sinusitis como especialista en Otorrinolaringología

II: Documentos recibidos y analizados.

1. Historia clínica de Famisanar y clínica Cafam
2. Resumen de historia clínica de la Clínica La Font, Dr. Fernando Pedroza
3. Fotografías preoperatorias tomadas por el Dr. Gabriel Diazgranados Diaz
4. Fotografías de proyección en computador anexadas en la demanda.

III. Técnicas empleadas:

Análisis de los documentos allegados para estudio aplicando conocimientos y metodología de revisión de la literatura en área de cirugía general-

IV. Idoneidad y experiencia del perito

Médico y Cirujano de la Universidad de Caldas 1999.
Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Antioquia 2006.
Médico Especialista de Otología y Otoneurología de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud -Hospital San Jose Bogotá 2015.
Miembro de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.
Miembro de la Asociación Colombiana de Otología y Neurología.
Miembro de la Academia Americana de Otología y Cirugía de Cabeza y Cuello.
Exdocente de cátedra. Facultad de Medicina. Universidad del Tolima.
Actualmente Especialista en Otología y Otorrinolaringología del Hospital Federico Lleras Acosta ESE tercer nivel Ibagué (Tolima).
Actualmente Especialista en Otología y Otorrinolaringología Clínica Medicadiz Ibagué (Tolima).

Juramento

Manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso, acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

De igual forma manifiesto bajo juramento que he actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor, que la opinión pericial que me permito rendir corresponde a mi real convicción profesional, experiencia, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes.

También manifiesto que no he sido designado como perito médico en procesos anteriores o en el curso de procesos por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, así como tampoco he realizado publicaciones relacionadas con la materia del dictamen que me permito exponer.

V. Resumen del caso

VI. Respuesta a las preguntas realizadas por la defensa

1. ¿Según su revisión de la historia clínica de la paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ, cuáles fueron las razones para que esta paciente consultase al Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ?

Respuesta: La paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ consulta el 20 de septiembre 2016 por Famisanar sede calle 51 al Dr. Diazgranados pues presenta congestión nasal, obstrucción nasal. Refiere que presenta respiración oral, desea retirar la giba y punta caída

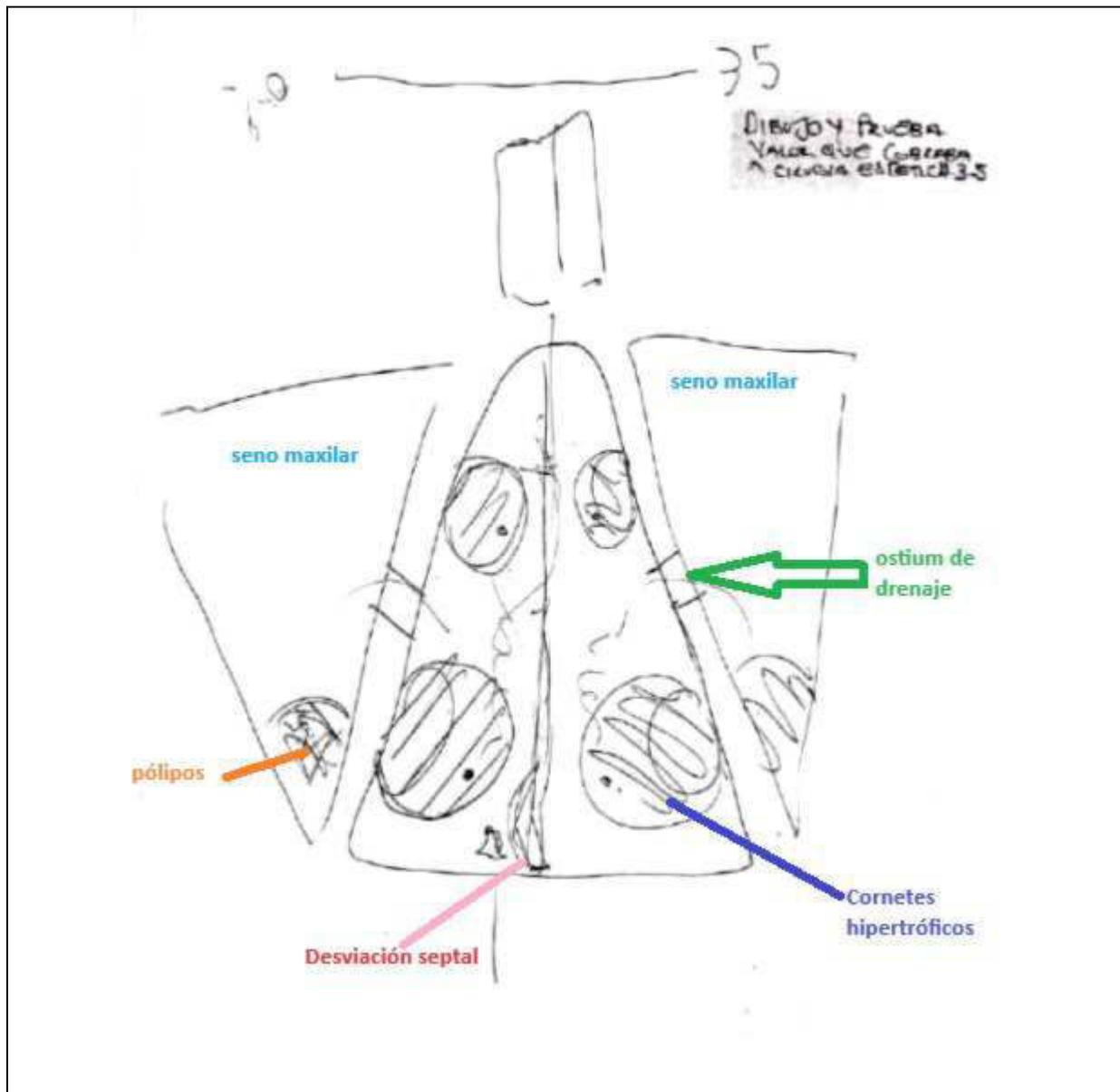
ENCION CONSULTA EXTERNA # 25 - #Interno:1034963483 // Entidad: E.P.S. Famisanar LTDA.	
Profesional: NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ Registro: 79147713	Fecha: 29/09/2016 06:18 Sede: CALLE 51
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA	
Acompañante en la Atención: sin - Teléfono:	
Parentesco: OTRO - NO FAMILIAR	
Responsable: sin - Teléfono:	
Categoría: Tutor	
Motivo de Consulta: congestion nasal obstruccion nasal	
Enfermedad Actual: resp oral, desea retirar la giba y punta caída se explica acerca de q es cosmetico	

Trae radiografía de senos paranasales que indican que presenta quistes de retención en antro maxilar. Por esta razón solicita tomografía axial computarizada. Este examen es tomado el 29 octubre de 2016 y confirma los cambios inflamatorios crónicos en el seno maxilar de esta paciente compatible con un cuadro de sinusitis maxilar crónica.

2. ¿En qué consiste una sinusitis maxilar?

Respuesta: El normal funcionamiento de los senos paranasales depende de una adecuada ventilación y drenaje, una secreción fluida, aclaramiento mucociliar adecuado y la permeabilidad de los ostium de drenaje. El edema (hinchazón) de esta mucosa o la obstrucción del drenaje por pólipos, como en este caso, lleva al cuadro de la sinusitis. La alteración en la columna de aire que entra a la nariz por desviaciones septales, la presencia de pólipos que se asocian a procesos alérgicos nasales favorece la sinusitis.

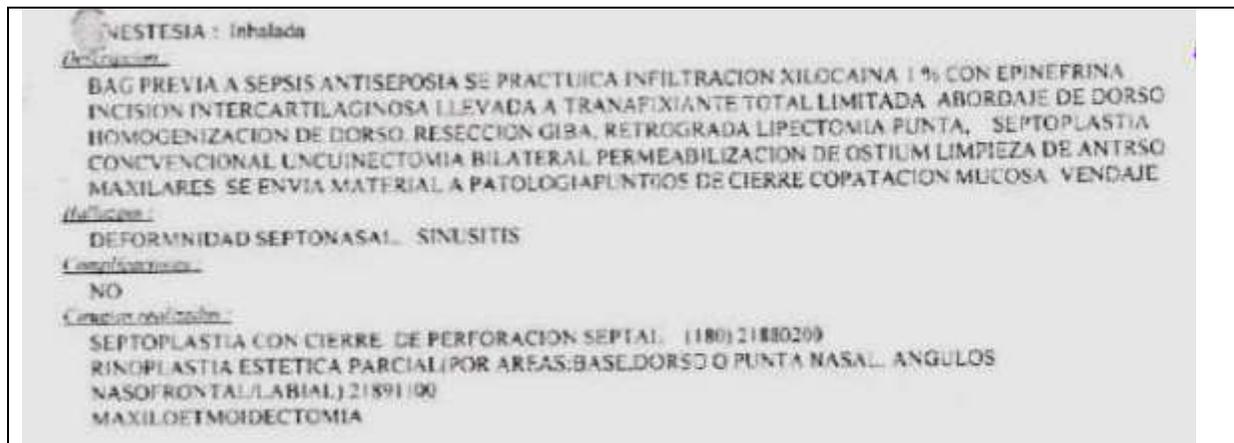
Si se revisan los dibujos de explicación, el dibujo en la ilustración pretende explicar la alteración de la columna de aire que entra a la nariz que altera la ventilación del seno maxilar, así como la alteración en el drenaje por el ostium que se puede comparar a un sifón.



3. ¿En qué consistió la cirugía realizada para la paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ?

Esta paciente fue llevada a cirugía el 26 abril 2017 por el Dr. Gabriel DiazGranados en la IPS Cafam y realizan abordaje de dorso, homogenización de dorso, resección giba, lipectomía de la punta. Septoplastia convencional, permeabilización de ostium y limpieza de antros maxilares. Envía a patología pólipos que posteriormente reportan como pólipos inflamatorios.

ES importante anotar que no se realizaron fracturas nasales por lo que no se movilizó la estructura ósea de la nariz. La parte estética de la cirugía realizada consistió en mejorar la irregularidad del dorso nasal y afinarla punta nasal.



4. ¿Explique, por favor, por qué razón debía la paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ cancelar honorarios por su cirugía?

Respuesta: Es muy importante diferenciar el aspecto funcional de la cirugía. En este caso se trata de que la paciente una sinusitis por la mala ventilación de sus senos paranasales y esto se corrige con la septoplastia y la permeabilización del ostium. Dado que esto afecta su calidad de vida, Famisanar cubre este procedimiento quirúrgico. Por el contrario, la giba en el dorso y la punta nasal caída corresponde al ámbito de lo estético. Y esto no lo cubre el sistema de salud. Por esta razón debió cancelar.

5. ¿En su revisión de este caso Ud. encuentra que a la paciente le fue explicada la cirugía y tuvo disponibilidad de un consentimiento informado?

Respuesta: En mi opinión, si se cumplió a cabalidad. La paciente acudió en dos oportunidades a consulta (20 de septiembre de 2016 y 23 de diciembre de 2016) con las mismas inquietudes. Es claro que le explicaron de manera gráfica que tenía una giba en el dorso nasal y las alteraciones de su tabique nasal y senos paranasales. Esta información hace parte del proceso del consentimiento informado. Por otra parte, firma en señal de aceptación una proforma con título consentimiento informado donde advierten riesgos como inflamación, infección, sangrado, deformidad nasal

anterior que tenía la desviación.

Ahora bien, la historia clínica de esta paciente figura en todas partes que tenía obstrucción nasal razón por la que consultó. Si tuviese el tabique central antes de la cirugía no tendría obstrucción nasal, sinusitis y respiración oral que causó deformidad en sus dientes.



Imagen tomada en

<https://www.facebook.com/136486863762393/posts/556229558454786/>

8. Según una valoración anexada en la demanda y realizada por el Dr. Fernando Pedroza figura que la paciente tiene desviación septal izquierda, cornetes hipertróficos y pólipos vs quistes de retención basales en senos maxilares. ¿Significa esto que la cirugía realizada fue errada?

Respuesta: Por supuesto que no. La cirugía realizada permitió mejorar la ventilación de los senos paranasales, **PERO** esta no puede curar la fisiología de base de la paciente y esto es la rinitis alérgica que se manifiesta por los cornetes hipertróficos y la formación de pólipos. En cuanto a la desviación septal izquierda indica que el patrón de crecimiento de la nariz de esta paciente pudiera tener esta tendencia. Es altamente posible que, si se compara con el estado inicial, el septum no está tan desviado.

No se debe perder de vista que el Dr. Pedroza está evaluando una paciente que consulta por insatisfacción, pero no tuvo posibilidad de conocer el estado inicial. Lamentablemente no hay set completo de fotografías del postoperatorio, pero si se toman las que figuran en la demanda con letrero de real y proyección de computador se puede comparar el pre y el post

Se puede observar que la fotografía del preoperatorio permite definir la laterorrinia propia de la paciente.



Pero si se compara el pre y el post se puede observar un adecuado resultado en la vista anterior, sobre todo en el aspecto detallados por la paciente en la consulta: la giba dorsal y la punta nasal caída. Esto se puede detallar mejor en la vista lateral

PREOPERATORIO
20-01-2017



POSTOPERATORIO
04-04-2019



PREOPERATORIO
20-01-2017



POSTOPERATORIO
04-04-2019



9. Según la demanda, la paciente presentó acné y depresión por la cirugía realizada por el Dr. Diazgranados. ¿Pudo Ud. comprobar esto?

Respuesta: Resulta extraño que la cirugía de rinoplastia tenga la capacidad de producir acné en toda la cara. Pero, al revisar la historia clínica es muy claro que la paciente presentaba historia de ambas patologías previas a la cirugía.

En cuanto al acné figura consulta del 11 de junio de 2015 a Medicina General quien remite a Dermatología y formula tratamiento con antibiótico (Trimetoprim Sulfa) y es evaluada por Dermatología el 13 de enero de 2016 para manejo de esta patología (ilustraciones)

ATENCION CONSULTA EXTERNA (Medica) - Control # 1 de consulta del : 11/06/2015 // Entidad: E.P.S. Famisanar LT

Profesional : ANDREA SELENE TRUJILLO RODRIGUEZ Registro: 2880356

Fecha : 11/06/2015 18:06

11 junio 2015

Especialidad : MEDICINA GENERAL

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : ANDREA SELENE TRUJILLO RODRIGUEZ Registro: 2880356

Fecha : 11/06/2015 18:06

* Dx Ppal: L709 ACNE, NO ESPECIFICADO

Tipo Diagnóstico: Impresión Diagnóstica

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

SE REABRE PARA DERMATOLOGIA

CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 80 DERMATOLOGIA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 21 - #Interno:1031482707 // Entidad: E.P.S. Famisanar LTDA.

Profesional : VIVIANA NOHELIA GARZON OCAMPO Registro: 52907673

Fecha : 13/01/2016 16:23

Sede : CALLE 90 13 enero 2016

Especialidad : DERMATOLOGIA

Acompañante en la Atención : SOLA - Telefono:

Parentesco:

Motivo de Consulta: CONTROL

Enfermedad Actual: OCUPACION: ABOGADA EN COLPENSIONES, PACIENTE CON DX DE ACNE EN MANEJO CON TRIMETROPIM SULFA POR 3 MESES, EFFACLAR, ZUDENINA Y ANTHELIUS AC, PACIENTE REFIERE MEJORIA DE LESIONES, HAN PERSISTIDO ALGUNAS EN MEJILLAS.

En cuanto a la depresión, también figura consultas previas a la cirugía por esta patología con llanto fácil y síntomas de depresión (13 de abril 2015 y es remitida a consulta de Psiquiatría el 14 de abril de 2015).

Historia Clínica

FECHA: 20/02/2019
HORA: 01:41:09PM

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM NIT 860013570-3
SUBDIRECCIÓN DE SALUD - IPS CAFAM

PAG: 1 de 3

HISTORIA CLINICA: 52845442

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: GUERRERO MARTINEZ LINA MARIA
Identificación: CC 52845442 Sexo: F Edad al Ingreso: 32 años 8 meses 27 días
Id: GUMRLN82071761 R
Inf. Ingreso: Apr 13 2015 12:43PM
Inf. Egreso: CONSULTA URGENCIAS FLORESTA Apr 13 2015 2:33PM 13 abril 2015
Cuma: SINCF
Tipo de Atm: MANEJO AMBULATORIO

NOTA INGRESO

PROBLEMA:

DEPRESION

DIAGNOSTICO INGRESO:

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

ESTADO:

Estable

CONDICION:

Ninguna

SUBJETIVO:

Cefalea, tristeza

OBJETIVO:

Paciente de 32 años, consulta por cuadro de 20 horas consistente en cefalea global tipo peso intensidad variable, En los últimos 2 meses sensación de tristeza, llanto frecuente, sensación de minusvalía, pérdida de peso, en ocasiones sensación de ansiedad. Atribuye dicho cuadro a fracasos emocionales, niega valoración por psiquiatría. Niega ideas de muerte o intentos suicidas.

ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 17 - #Interno:1027953658 // Entidad: E.P.S. Famisanar LTDA.

Profesional: KARINA ALEJANDRA DUARTE MARTINEZ Registro: 40210505 Fecha: 14/04/2015 09:02 Sede: CALLE 48

Especialidad: PSIQUIATRIA

14 abril 2015

Acompañante en la Atención: Asiste sola - Teléfono:

Parentesco:

Motivo de Consulta: Primera vez. Llega tarde.
Dice "estoy muy triste"

Enfermedad Actual: Paciente refiere síntomas depresivo de larga data que se han agudizado desde hace 1 mes y complicado desde hace 1 semana, insomnio de conciliación, llanto fácil, sensación de tristeza permanente, angustia, miedo, ideas de minusvalía y desesperanza. Habla de relación sentimental por 5 años que rompió hace 4 años "me enteré de que era gay, y teníamos una agencia de viajes, me robo, en fin...eso ya terminó. Después conocí otras personas que me han hecho mucho daño, y es uno y otra vez, vengo de fracaso en fracaso, y eso me ha hecho mucho daño". Habla de una última relación sentimental con profesional que le trató, no da el nombre a pasar de persuadirlo...dice que en esta relación se sintió maltratada y en condición de inferioridad, dice que la última vez que se vio con esta persona fue el sábado, después del encuentro presentó una crisis de ansiedad fuerte. Lina vive con los padres. Soltera, sin hijos. Profesional en derecho, trabaja en Colpensiones. Religión: católica.

REVISIÓN SÍNTOMAS POR SISTEMA

Dist. Digestiva: No refiere

10. ¿Es el Dr. NORBERTO GABRIEL DIAZ GRANADOS DIAZ un médico idóneo para las cirugías realizadas a la paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ?

Respuesta: Sin duda que es totalmente apto y entrenado para dichas cirugías. El Dr. GABRIEL DIAZ GRANADOS DIAZ es médico, especializado en Otorrinolaringología con registros vigentes en el RETHUS. Los especialistas en Otorrinolaringología tenemos la formación necesaria para realizar procedimientos estéticos nasales.

Verificar Registro en RETHUS Limpia

Resultado General -2023-11-06 -4:19:41 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	79147713	NORBERTO	GABRIEL	DIAZ GRANADOS	DIAZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **NORBERTO GABRIEL DIAZ GRANADOS DIAZ** identificado(a) con CC 79147713 registra la siguiente información:

2023-11-06 -4:19:41 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión o Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Registradora
UNV	Local	MEDICINA	1985-01-08	952	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1991-03-01	40986	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Multitud Prestación	Programa Prestación	Entidad Registradora
Presto SSO	Local	COLOMBIA/BOGOTÁ, D.C./BOGOTÁ, D.C.	1983-09-20	1984-09-20	Programa de Salud Pública	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).

11. ¿En su revisión de los documentos puestos a su disposición considera que la actuación del Dr NORBERTO GABRIEL DIAZ GRANADOS DIAZ a la paciente LINA MARIA GUERRERO MARTINEZ se adecuó a la lex artis?

Respuesta: En mi opinión considero que SI se ajustó a la lex artis pues lo revisado con la actuación del Dr. Diazgranados se ajustan a lo que cualquier otro ORL como yo habría realizado en su momento y condiciones de la paciente.

VII. Bibliografía

1. Rohrich RJ, Ahmad J. Rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2011 Aug;128(2):49e-73e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31821e7191.
2. Taylor C. Complicaciones posquirúrgicas derivadas de las rinoseptoplastias efectuadas en el Hospital Adolfo López Mateos . *AN ORL MEX VOL*. 53, Núm. 3, 2008 disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2008/aom083e.pdf>
3. Rohrich RJ, Arshad M. Primary Rhinoplasty en *Plastic Surgery 2nd ed* .Editor Stephen Mathes Elsevier, USA 2006
4. Gryskiewicz JM, Hatef DA, Bullocks JM, Stal S .Problems in rhinoplasty. *Clin Plast Surg*. 2010 Apr;37(2):389-99.
5. Canto-Vidal B. Rinoplastia primaria y secundaria. *Medisur* [revista en Internet]. 2012 [citado 2020 Sep 6]; 10(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1833>
6. García, J. A. N. (2009). Complicación psiquiátrica de una rinoplastia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(4), 793-801
7. Rothbaum, D. Earnets L Complicaciones en rinoplastia URL disponible en http://media.axon.es/pdf/74733_2.pdf. Accedido en fecha 16 noviembre 2015.
8. Villarroel, Galia O., et al. Causas de rinoplastia secundaria: Análisis de 277 casos. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* 77.3 (2017): 259-266.. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162017000300259>
9. Pinta, H. G. (2009). Rinoplastia: nuestro concepto. *Estética Plástica*, 48.
10. Der Sarkissian, R . Injertos cartilagosos en rinoplastia y reconstrucción nasal, capítulo 11 en Azizzadeh, B., Murphy, M. R., Johnson, C. M., & Numa, W. (2012). *Técnicas avanzadas en rinoplastia*. Elsevier Health Sciences.
11. Martínez Campos, L., Albañil Ballesteros, R., Flor Bru, J., Piñeiro Pérez, R., Cervera, J., Baquero Artigao, F., ... & Calvo Rey, C. (2013). Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 203-218.
12. del Río-Navarro, B. E., Ito-Tsuchiya, F. M., & Zepeda-Ortega, B. (2009). Rinitis, sinusitis y alergia. *Revista Alergia México*, 56(6), 204-16

INFORMACIÓN DEL PERITO

Numeral	
1	<p>NOMBRE COMPLETO Y CEDULA</p> <p>César Augusto Mosquera Ortiz</p> <p>CC 75,078,314 de Manizales</p>
2	<p>DIRECCIÓN, Consultorio Calle 43 número 4-26 consultorio 414</p> <p>Centro Médico Javerianos Ibagué</p> <p>NÚMERO DE TELÉFONO 3164918159</p> <p>CORREO cesaraugustom8@yahoo.com</p>
3	<p>Médico y Cirujano de la Universidad de Caldas 1999.</p> <p>Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Antioquia 2006.</p> <p>Médico Especialista de Otología y Otoneurología de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud -Hospital San Jose Bogotá 2015.</p>
4	<p>LISTA DE PUBLICACIONES RELACIONADAS CON LA MATERIA DEL PERITAJE QUE EL PERITO HAYA REALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS <u>SOLO SI LAS TUVIERE.</u></p>
5	<p>LISTA DE DICTAMENES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demandado Ana Lucia Mantilla Demandante Oscar Lizarazo Juzgado Penal del circuito 7 de Bucaramanga Abogado Juan Sebastián Serna Cardona Tema Otorrinolaringología 2. Demandado Julie Pauline Baquero Demandante Lidia Ofelia Amado Quiroga Juzg.cvl.cto.19 Bogotá de Bogotá Abogado Ivan Giraldo Rivillas Tema Otorrinolaringología
6.	<p>No he sido designado en procesos en curso por el misma parte o</p>

	por el mismo apoderado de la parte.
7	No me encuentro incurso en las causales contempladas en el artículo 50 del Código General del Proceso.
8	No aplica.
9.	No aplica.
10	En este mismo escrito se relacionan y adjuntan los documentos utilizados para la elaboración del dictamen.

Atentamente,



César Augusto Mosquera

Ortiz

CC 75.078.314 de Manizales

Médico Especialista en Otología y Otoneurología

Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello



**CÉSAR AUGUSTO
MOSQUERA ORTIZ**
MÉDICO OTÓLOGO
OTORRINOLARINGÓLOGO



IDENTIFICACIÓN

75078314 de Manizales.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

Ibagué (Tolima) 18 de Agosto de 1975.

PROFESIÓN

Médico y Cirujano. Universidad de Caldas (Manizales) 1999.
Registro Médico 73678 (2000).

Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Universidad de Antioquia (Medellín) 2006.

Médico Especialista en Otolología y Otoneurología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José (Bogotá) 2015.

EXPERIENCIA

- 09/2006 Consulta Privada. Centro Médico Javeriano. Consultorio 414. Teléfono 2663199. Ibagué (Tolima).
- 10/2006 Otorrinolaringólogo Grupo Saludcoop. Clínica
2012 Salucoop. Ibagué (Tolima).
- 2007 Profesor Catedrático. Facultad de Ciencias de la Salud.
2011 Programa Medicina. Universidad del Tolima.
- 02/2007 Otorrinolaringólogo Dispensario Médico VI Brigada
2009 Ejercito Nacional. Ibagué (Tolima).

PUBLICACIONES Y TRABAJOS

- Experiencia en Manejo de Fístulas de Líquido Cefalorraquídeo. Hospital San Vicente de Paúl (Medellín). Acta Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol. 32(2) Junio de 2004.
- Scientific Poster. Radiologic Findings in Nasopharyngeal Myiasis. AAO-HNSF Annual Meeting and Oto Expo New York USA, August 2004.
- Aneurisma de la Vena Yugular Interna. Acta Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol. 33(1) Marzo de 2005.
- Metástasis Inusual de un Adenocarcinoma Gástrico a la Premaxila. Póster Científico. XXXIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Cali 17-20 de Mayo de 2006.
- Radiologic Findings in Nasopharyngeal Myiasis. Otolaryngology – Head & Neck Surgery. 135: P338-p639, November 2006.

 Centro Médico Javeriano
Calle 43 No. 4-26 consultorio 414.
Ibagué - Tolima

 266 31 99 - 264 72 33 Ext.414

 www.cesarmosqueraotologo.com

 doctor@cesarmosqueraotologo.com



IDENTIFICACIÓN

75078314 de Manizales.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

Ibagué (Tolima) 18 de Agosto de 1975.

PROFESIÓN

Médico y Cirujano. Universidad de Caldas (Manizales) 1999.
Registro Médico 73678 (2000).

Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Universidad de Antioquia (Medellín) 2006.

Médico Especialista en Otolgía y Otoneurología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José (Bogotá) 2015.

- Anatomía del Hueso Temporal. Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2013 ; 41(3) Suplemento: 30-41 Poster.
- Manifestaciones Otorrinolaringológicas de la Granulomatosis con Poliangeítis. XXXVII Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Santa Marta 1-4 de Mayo de 2014.

EXPOSICIONES

- Actualización en Rinitis Alérgica. VI Curso de Actualización en Conocimientos Médicos Generales. Asociación Nacional de Internos y Residentes ANIR- Universidad de Antioquia. Medellín, Febrero de 2006.
- Seminario de Actualización de las guías oficiales ACORL basadas en la evidencia para el manejo de las patologías más frecuentes en Otorrinolaringología. Ibagué 5 de Septiembre de 2009.
- Manejo Actual del Schwannoma Vestibular. Reunión Académica. Servicio de Otorrinolaringología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Asociación Colombiana de Otorrinolaringología. 4 diciembre 2013.
- Resultados auditivos y de calidad de vida en pacientes tratados con el implante activo de transmisión ósea Bonebridge®. XXXVII Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Santa Marta 1-4 de Mayo de 2014.

CAPACITACIONES Y CURSOS

- XXX Curso de Disección Hueso Temporal. Clínica Rivas. Bogotá DC 6-7 Noviembre 2009.
- Semana de la Otolgía. Actualización en el Manejo Médico-Quirúrgico, Audiológico y de Rehabilitación. 13-18 de Marzo de 2010.
- XXXIV Congreso Nacional de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Barranquilla, Mayo 26-29 de 2010.

 Centro Médico Javeriano
Calle 43 No. 4-26 consultorio 414.
Ibagué - Tolima

 266 31 99 - 264 72 33 Ext.414

 www.cesarmosqueraotologo.com

 doctor@cesarmosqueraotologo.com



IDENTIFICACIÓN

75078314 de Manizales.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

Ibagué (Tolima) 18 de Agosto de 1975.

PROFESIÓN

Médico y Cirujano. Universidad de Caldas (Manizales) 1999.
Registro Médico 73678 (2000).

Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Universidad de Antioquia (Medellín) 2006.

Médico Especialista en Otolología y Otoneurología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José (Bogotá) 2015.

- VI Curso de Fresado de Hueso Temporal y Actualización en Otolología. Hospital Italiano. 12-14 de Marzo de 2012. Buenos Aires (Argentina).
- Curso de Abordajes Neurotológicos y de Base de Cráneo. 8-10 Febrero 2013. Universidad de los Andes. Bogotá (Colombia).
- Simposio Nacional de la Asociación Colombiana de Otolología y Otoneurología. Febrero 2013. Cartagena de Indias (Colombia).
- Curso Perfeccionamiento Abordajes Neurotológicos. Marzo 14-15, 2013 DePuy Synthes /Anspach Palm Beach Gardens, FL USA.
- Curso Avanzado de Cirugía de Implante Coclear en Hueso Temporal . Clínica Universitaria de Navarra. 11 de marzo de 2014. Pamplona (España).
- XIII Curso de Implantes Cocleares. Clínica Universitaria de Navarra. 12-15 marzo de 2014. Pamplona (España).
- Simposio Nacional de la Asociación Colombiana de Otolología y Otoneurología. Abril 30 2014. Santa Marta (Colombia).
- XXXVII Congreso Nacional de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Santa Marta (Colombia), Mayo 1-4 de 2014.
- Annual Meeting American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery Oto Expo. Orlando Florida USA, Septiembre 2014.

REFERENCIAS

Dr. Juan Manuel García Gomez.

Otorrinolaringologo-Otólogo. Jefe de la Sección de Otorrinolaringología. Fundación SantaFe de Bogotá. Jefe del Servicio de Otolología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá (Colombia).

☎ 215 23 00 ext. 1219 - 1201

Dr. Jorge Ignacio Puerta.

Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

☎ 644 41 333 ext. 2505 ☎ 3104553565.

📍 Centro Médico Javeriano
Calle 43 No. 4-26 consultorio 414.
Ibagué - Tolima

☎ 266 31 99 - 264 72 33 Ext.414

🌐 www.cesarmosqueraotologo.com

✉ doctor@cesarmosqueraotologo.com



FUCS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
Personería Jurídica 10917 del 1° de diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

César Augusto Mosquera Ortiz

C. E. 75.078.314 de Manizales

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Especialista en Otolología y Otoneurología

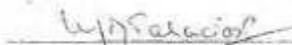
En Bogotá, D.C., Colombia el 13 de Febrero de 2015

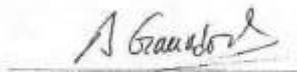
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.


Presidente Consejo Superior


Rector


Vicerrector


Secretario General


Decano


Secretario Académico

Número de Registro 1341 Número de Folio 039 y 040



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

Acta de Graduación 54760

DEPENDENCIA: Facultad de Medicina
APROBACION DEL PROGRAMA: Acuerdo Académico 0148 de Ago 04 de 1999
PROGRAMA: Especialización en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

El 01 de Septiembre de 2006, se reunieron las Directivas de la Universidad de Antioquia, con el propósito de conferir el título de:

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

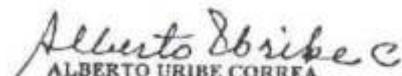
Q:

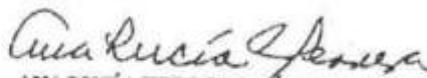
César Augusto Mosquera Ortíz

Identificado con cédula de ciudadanía 75078314

El secretario de la ceremonia leyó la providencia por la cual el Sr. Vicerrector de Docencia autorizó esta graduación. A continuación el presidente de la ceremonia tomó al graduando el juramento correspondiente y procedió a la entrega del Diploma y el Acta de Grado.

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.


ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR


ANA LUCÍA HERRERA GÓMEZ
SECRETARIA GENERAL



ELMER GAVIRIA RIVERA
DECANO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
SECRETARIA GENERAL
DATOS REGISTRO DEL DIPLOMA

LIBRO No. 013 FOLIO No. 12-144

FECHA: 01 SE1 2006

25616



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

César Augusto Mosquera Ortiz

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 7507814

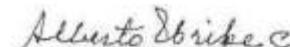
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

**ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN

REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2006


ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR


ANA LUCÍA HERRERA GÓMEZ
SECRETARÍA GENERAL


ELMER GAVIRIA RIVERA
DECANO

33110



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADEMICO EXPIDE
COPIA DEL ACTA DE GRADO QUE SE RELATA A CONTINUACION
A SOLICITUD DE CESAR AUGUSTO MOSQUERA ORTIZ

ACTA DE GRADO No. 049

Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD

Fecha Viernes, 30 de Julio de 1999

En ceremonia presidida por el rector **DARIO ANTONIO MEJIA PARDO** y del Secretario General de la Universidad **FELIPE ALBERTO NAUFFAL CORREA**, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título profesional de **MEDICO Y CIRUJANO**, al exalumno(a) **CESAR AUGUSTO MOSQUERA ORTIZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **75078314** de **MANIZALES** y Libreta Militar No. **75081807000** del Distrito No. 55 quien acreditó en debida forma el título de bachiller, expedido por el Colegio **COLEGIO NACIONAL SAN SIMON** de **IBAGUE-TOLIMA** en el año **1991**, cumpliendo así con todos los requisitos legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de decanatura No. 27 del Viernes, 23 de Julio de 1999 y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia y a ejercer los deberes de su profesión con estricta sujeción a la ética.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:

INTERNADO ROTATORIO REALIZADO EN EL HOSPITAL DE CALDAS, EN EL PERIODO COMPREDIDO ENTRE EL 15 DE JULIO DE 1998 Y EL 15 DE JULIO DE 1999

El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que lo acreditan y habilitan para el ejercicio de la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO**

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy Viernes, 30 de Julio de 1999

Aparecen las firmas del rector y del secretario general.

Para que conste a efectos oportunos firmo hoy, martes, 12 de febrero de 2002

Carlos Alberto Ruiz Villa
CARLOS ALBERTO RUIZ VILLA

Director

Hago constar que esta fotocopia coincide con el original de un documento que he verificado a la vista.
24 FNE 2010
REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 2º CIRCULO DE MANIZALES
DARIO ANTONIO MEJIA

NOTARIA 2º CIRCULO DE MANIZALES
DARIO ANTONIO MEJIA

EN NOMBRE DE LA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico y Cirujano

César Augusto Mosquera Ortiz

C.C. No.75.078.314 DE MANIZALES

EN TESTIMONIO DE ELLO LE EXPIDE EL PRESENTE TÍTULO EN
MANIZALES EL

DÍA 30 DE JULIO DE 1999

Y LO REFRENDA CON LAS FIRMAS RESPECTIVAS


RECTOR DE LA UNIVERSIDAD


SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
Dirección Seccional de Salud
Este título se encuentra
debidamente inscrito.

Medellín, 27 ENE 2004

Dirección de Vigilancia y Control

OFICINA DE REGISTRO ACADÉMICO, FOLIO 91197

DEL LIBRO DE REGISTRO No. 4

Artículo original

Complicaciones posquirúrgicas derivadas de las rinoseptoplastias efectuadas en el Hospital Adolfo López Mateos (ISSSTE)

César Eduardo Taylor Moreno*

Resumen

ANTECEDENTES

Hasta el momento no existen estudios que clasifiquen de forma fácil y sistematizada las complicaciones posquirúrgicas derivadas de la operación rinoseptal.

OBJETIVO

Proponer una clasificación cronológica y anatómica de las complicaciones derivadas de las rinoseptoplastias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se obtuvieron los expedientes de 232 pacientes sometidos a intervención quirúrgica rinoseptal durante enero de 2003 a septiembre de 2006. Se elaboró un formato mediante dibujos para simplificar la obtención de datos de cada paciente. Se analizaron las complicaciones inmediatas (24 h), mediatas (24 h a 6 días) y tardías (después de 6 días) del periodo posoperatorio. Se utilizó el análisis de varianza para conocer la relación entre complicaciones y técnicas quirúrgicas efectuadas.

RESULTADOS

Se obtuvieron 155 (66.8%) expedientes de hombres y 77 (33.18%) de mujeres. La edad fue de 8 a 66 años (promedio de 39.2 años). Se efectuaron 131 (56.4%) septoplastias, 94 (40.51%) rinoseptoplastias y 7 (3.01%) rinoplastias. Se registraron 343 complicaciones (29 tipos) en 130 (56%) pacientes.

Abstract

BACKGROUND

There are no studies to date which help to classify in orderly way the postoperative complications of rhinoseptal surgery.

OBJECTIVE

We propose a chronological and anatomical classification of postoperative complications of rhino-septal surgery.

MATERIAL AND METHODS

An observational, descriptive and, retrospective study was done. We collected data of 232 subjects, who had rhino-septal surgery between January 2003 to September 2006. The early (24 h), mid-term (24 h to 6 days) and late (over 6 days) postoperative complications. The ANOVA was used to compare the average number of complications, according to the surgical techniques used.

RESULTS

155 (66,8%) files of men and 77 (33,18%) of women were obtained. The age range was 8 to 66 years (mean 39,2 years). There were 131 (56,4%) septoplasties, 94 (40,51%) rhinoseptoplasties and 7 (3,01%) rhinoplasties. 343 complications (29 types) in 130 (56%) patients were registered.

DISCUSSION

Postoperative complications in rhino-septal surgery can be classified by their chronological order of appearance and the anatomical site of origin.

* Otorrinolaringólogo. División de estudios de posgrado e investigación, Facultad de Medicina. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Correspondencia: Dr. César Eduardo Taylor Moreno. Detroit núm. 9 consultorio 701, colonia Nochebuena, CP 03720, México DF. Recibido: marzo, 2008. Aceptado: mayo, 2008.

Este artículo debe citarse como: Taylor MCE. Complicaciones posquirúrgicas derivadas de las rinoseptoplastias efectuadas en el Hospital Adolfo López Mateos (ISSSTE). *An OrL Mex* 2008;53(3):118-23.

CONCLUSIONES

Las complicaciones derivadas de la operación rinoseptal pueden clasificarse por orden cronológico y localización anatómica para facilitar su detección específica y precisa. Al identificar las complicaciones de manera sistematizada se aporta un registro fácil y detallado en el expediente clínico, con la finalidad de mejorar la selección prequirúrgica y obtener resultados posquirúrgicos satisfactorios en pacientes sometidos a rinoseptoplastias futuras.

Palabras clave:

rinoseptoplastia, complicaciones posquirúrgicas.

CONCLUSION

Identifying complications in an organized way would contribute to an easy and detailed registration of complications in the clinical file in order to do a better pre-surgery patient selection, and subsequently, better postsurgical results in future rhino-septo-plasties. This is possible if an adequate and anticipated knowledge of the type and site of the complications, and the time in which we hope we will be able to find them.

Key words:

rhinoseptoplasty, post-surgery complications.

Introducción

La rinoseptoplastia es la combinación de dos procedimientos quirúrgicos descritos de forma independiente en la bibliografía. El término se compone de dos palabras: “septoplastia”, que consiste en la corrección quirúrgica del septum nasal, en la parte interna; y “rinoplastia”, modificación de las estructuras nasales externas de forma quirúrgica con fines funcionales, estéticos y reconstructivos. La rinoseptoplastia se refiere, entonces, a la corrección quirúrgica del septum y la nariz externa o pirámide nasal.

Las funciones de la nariz comprenden: proporcionar 50% de la resistencia respiratoria total, calentar y humedecer el aire, atrapar microorganismos mayores de 30 micras para proteger la vía respiratoria baja de infecciones, olfacción y secreción de sustancias bactericidas en el moco. Las indicaciones del procedimiento son controvertidas, pues radica en que la nariz también proporciona armonía al aspecto facial y, por lo tanto, su valor estético es tan importante como la del resto de sus funciones. Además, el cambio estético implica casi siempre modificaciones en la función respiratoria y viceversa.

Las instituciones de salud públicas y privadas introdujeron la clasificación de rinoplastia en las intervenciones “funcionales” y “estéticas”. Las funcionales se refieren a los procedimientos en los que el paciente requiere únicamente mejorar la respiración nasal, y las estéticas, para aquellas en las que sólo se modifica la forma externa de la nariz. Por esta variación de criterios, además de las limitantes que propicia el costo-beneficio en una institución, los otorrinolaringólogos, durante su evaluación prequirúrgica, deben dejar a un lado la apariencia estética y elegir alguna técnica quirúrgica encaminada solamente a mejorar la “función” de la respiración.

Estas intervenciones tendrán como resultado una cantidad menor de complicaciones posquirúrgicas, con la única desventaja que modificarán el aspecto estético, lugar en donde cabe el término subjetivo de cirugía de tipo “conservador”.

Aún no existen criterios detallados de las complicaciones posquirúrgicas derivadas de las rinoseptoplastias (criterios generales de complicaciones), quizá porque se realizan diferentes incisiones, abordajes y técnicas que se utilizan de manera combinada y personalizada según la necesidad del paciente; por lo tanto, es difícil clasificarlas de manera conjunta u ordenada (principalmente cronológica y anatómica), ya que cada caso tendrá un problema diferente.

Una clasificación que precise el tiempo de aparición y localización anatómica de las complicaciones facilitará anticipar el resultado en que puedan ocurrir y, a su vez, ayudará en la planeación prequirúrgica.

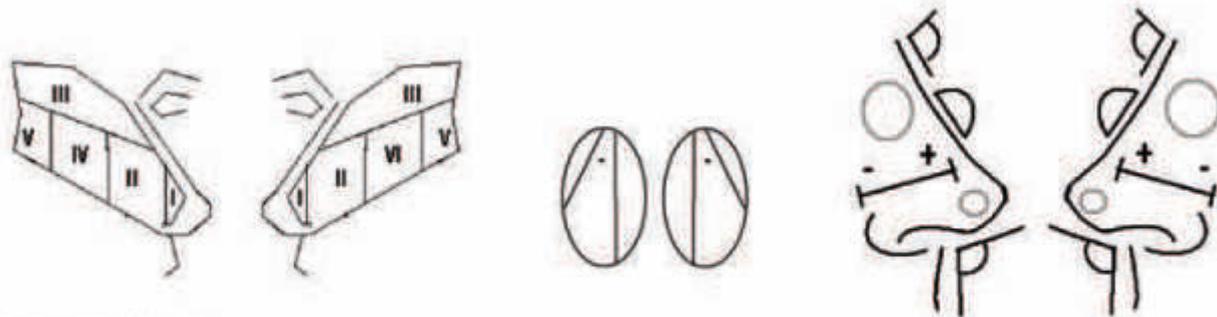
Las complicaciones se describen de manera poco ordenada y precisa en la bibliografía. Algunos autores mencionan síntomas, por ejemplo la obstrucción nasal, como una complicación, sin precisar que se trata de uno y hace a un lado la verdadera complicación y causa del síntoma. De manera específica, tales complicaciones pueden ser: colapso de la válvula nasal, pinzamiento del cartilago lateral inferior, persistencia de la desviación septal, hematoma septal o formación de sinequias.

Tampoco se precisa el tiempo aproximado en que pueden aparecer, ni la localización anatómica que facilite su clasificación.

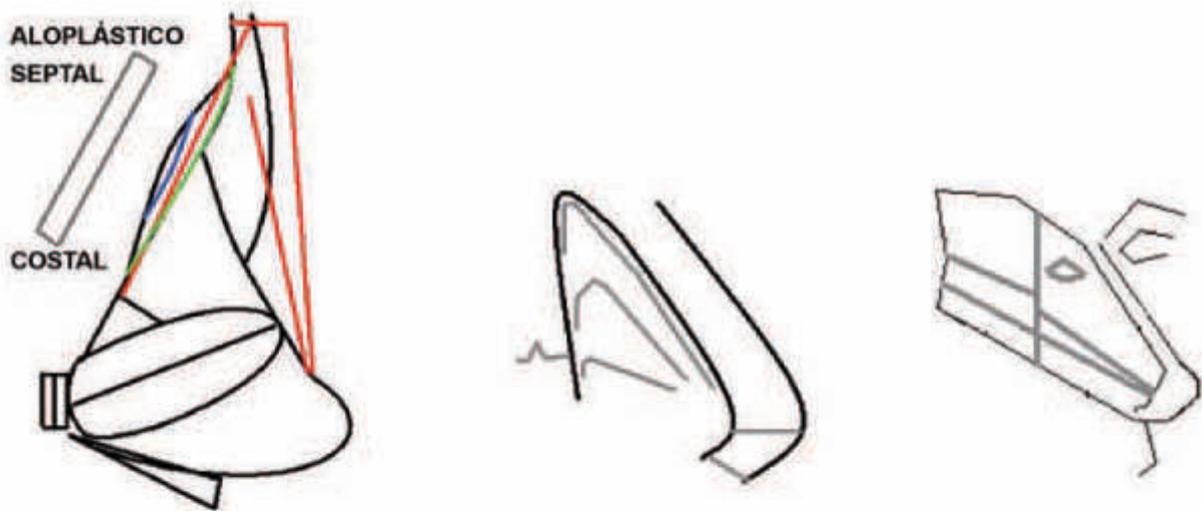
El objetivo de este estudio es describir y clasificar, en tiempo y localización anatómica, las complicaciones derivadas de las rinoseptoplastias.

Nombre: _____
Sexo: _____
Edad: _____
Cédula: _____

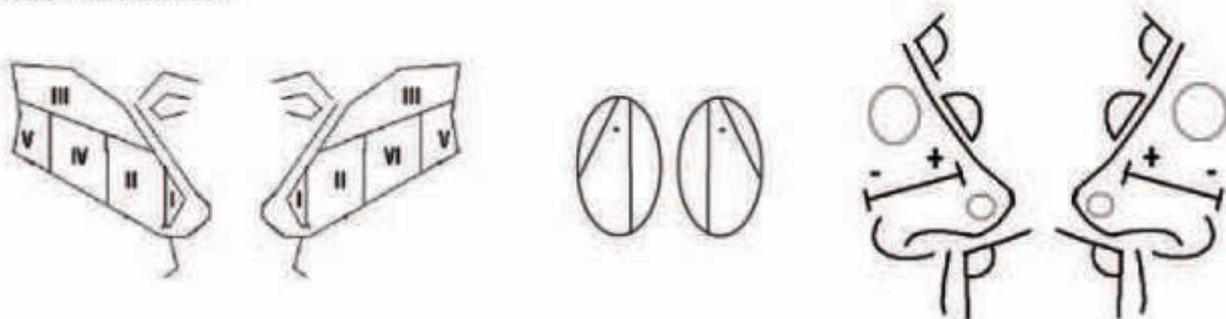
Estado preoperatorio:



Técnica quirúrgica:



Estado posoperatorio:



Complicaciones específicas: _____

Figura 1. Formato de obtención de datos para la identificación de complicaciones derivadas de la rinoseptoplastia.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se obtuvieron los expedientes clínicos de 232 pacientes intervenidos quirúrgicamente por rinoseptoplastia, de enero de 2003 a septiembre de 2006, en el Hospital Regional Adolfo López Mateos (ISSSTE). Se registraron la edad, sexo, cédula, técnica utilizada, resultados y complicaciones. Se eliminaron los expedientes de individuos con enfermedades sistémicas, coagulopatías, prescripción de corticoesteroides que afectaran la cicatrización o aquellos sin seguimiento de las indicaciones y cuidados pre y posquirúrgicos.

Se elaboró un formato para simplificar la obtención de datos de cada paciente (anexo). Éste contiene nueve dibujos que describen la alteración nasal. El primer apartado, “estado preoperatorio”, consta de tres esquemas; el primero se refiere al área y lado del septum nasal afectado (derecho, izquierdo, o ambos), el segundo representa el área de la válvula nasal y el tercero constituye la anatomía nasal externa dañada (en este último se marca el ángulo nasofrontal, para anotarse con unidad numérica). Hay un dibujo de media luna en el dorso nasal que se encerrará en un círculo si el paciente tiene “giba” osteocartilaginosa. El dibujo contiene el signo (+) que se marcará si la nariz tiene proyección mayor o (-) si es menor. Se describe el ángulo nasolabial que deberá llenarse, también, con unidad numérica.

El siguiente apartado corresponde a la “técnica quirúrgica utilizada”, que señala las principales estructuras osteocartilaginosas afectadas. Cuando se realizó la resección de la giba osteocartilaginosa con cincel, se trazó una línea recta sobre ésta; si se realizó gibelectomía mediante raspado, se trazó una línea cóncava con respecto al dorso nasal; si se efectuó gibelectomía con técnica de Push Down, se trazó una línea punteada. Si al paciente se le colocó un injerto del dorso nasal, se encerró en un círculo la palabra correspondiente al sitio donador, representados como injerto aloplástico, costal o septal. Si se modificó el dorso óseo por osteotomía, se trazaron dichos procedimientos en el esquema. Si se colocó un injerto “poste”, se encerró en un círculo el que se encontrara en la parte más inferior del dibujo. Si se reseccó el borde cefálico de los cartílagos laterales inferiores, se marcó en un círculo dicho procedimiento. El tercer esquema corresponde al tipo de incisión (transcolumelar, marginal, transcartilaginosa e intercartilaginosa). Se marcó la base de las alas cuando se realizaron alotomías.

El tercer apartado contiene esquemas similares al del primero y es útil para describir las alteraciones postoperatorias.

Al final del formato se describieron las complicaciones o técnicas que no se representaron en el esquema. Se anotó el número de consulta, los días transcurridos a partir de la ope-

ración, el inicio de los síntomas, en caso de complicaciones, y tratamiento establecido en cada paciente.

Las complicaciones se analizaron de la siguiente forma: *a)* inmediatas: aquellas que aparecieron durante el tiempo quirúrgico o después de 24 horas, *b)* mediatas: las que aparecieron entre las 24 horas y antes de 6 días después de la intervención, y *c)* tardías: las que ocurrieron después del sexto día posoperatorio. Las alteraciones anatómicas se dividieron ordenadamente en: septales, de la bóveda ósea, de la bóveda cartilaginosa, de los tejidos blandos, de la nariz interna y sistémicas.

Cuadro 1. Complicaciones encontradas

Complicación	Pacientes afectados
Deformación septal residual	63
Formación de sinequias	57
Rotación inadecuada de la punta nasal	51
Irregularidades del dorso	29
Proyección inadecuada	27
Movilización del injerto	23
Perforación septal	16
Reflejo neurovegetativo por retiro de taponamiento	16
Resección inadecuada de la giba osteocartilaginosa	12
Asimetría de los cartílagos laterales inferiores	8
Colapso de la válvula interna	6
Afinación insuficiente de la punta nasal	4
Desviación de la punta nasal	4
Rinitis vasomotora	3
Rechazo del injerto aloplástico	3
Cicatrización excesiva en las incisiones	3
Hemorragia	2
Asimetría de los cartílagos laterales superiores	2
Hematoma septal	2
Granuloma vestibular	2
Pinzamiento de la piel del dorso por vendaje nasal	2
Rotación mayor a la esperada	1
Cicatriz en la piel del dorso	1
Absceso de la pirámide ósea	1
Colapso de la válvula externa	1
Retracción de la columella	1
Rechazo por material sintético de sutura	1
Anestésicos	1
Neumoencéfalo	1

Para comparar el promedio de las complicaciones, según las técnicas quirúrgicas utilizadas, se efectuó el análisis de variancia como método estadístico.

Resultados

De los 232 expedientes, 155 (66.8%) correspondieron a pacientes del sexo masculino y 77 (33.18%) al femenino. Los límites de edad fueron de 8 a 66 años (promedio de 39.2 años). Se efectuaron 131 (56.4%) septoplastias, 94 (40.51%) rinoseptoplastias y 7 (3.01%) rinoplastias.

Se encontraron 343 complicaciones (29 tipos diferentes) en 130 (56%) pacientes (cuadro 1).

Los cuadros 2 y 3 muestran las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, y el sitio anatómico afectado con mayor frecuencia, respectivamente.

Según el análisis de variancia, los pacientes con rino-septoplastia tuvieron más complicaciones, en comparación con aquellos en los que se practicó septoplastia o rinoplastia (cuadro 4).

Conclusiones

Las complicaciones derivadas de la operación rinoseptal pueden clasificarse por orden cronológico y localización anatómica para facilitar su detección específica y precisa.

Las limitantes de este estudio fueron: 1) los expedientes clínicos difícilmente describieron la localización y fecha de aparición de las complicaciones. Por ejemplo, el reflejo neurovegetativo por retiro de taponamiento es una complicación que, por experiencia personal, aparece con mayor frecuencia que lo registrado aquí, y además es poco documentado por el médico tratante, y 2) los pacientes con expediente activo son, precisamente, los que permanecen en el servicio médico por alguna complicación quirúrgica o enfermedad nasal concomitante, lo que interfiere con el conocimiento real de la aparición de complicaciones. Para conocer la frecuencia de complicaciones se requiere un registro adecuado en el expediente clínico de cada paciente. Esto puede lograrse con la clasificación propuesta en esta investigación.

Este estudio demuestra que puede implementarse, en la bibliografía nacional e internacional, una clasificación que aporte: explicaciones claras, detalladas, simples, y precisas de las complicaciones derivadas de las intervenciones rino-septales.

También comprueba la forma de clasificar cronológica o anatómicamente dichas complicaciones. Cuando se clasifican las complicaciones posquirúrgicas derivadas de la operación rinoseptal se simplifica el conocimiento de las causas y su

Cuadro 2. Complicaciones por clasificación cronológica

Inmediatas (primeras 24 h del periodo posoperatorio)	Mediatas (entre las 24 h y 6 días del periodo posoperatorio)	Tardías (después de 6 días del periodo posoperatorio)
Deformidad septal residual	Perforación septal	Perforación septal
Hemorragia	Hemorragia	Formación de sinequias
Resección inadecuada de giba osteocartilaginosa	Movilización de homoinjerto	Rotación insuficiente de la punta nasal
Proyección inadecuada	Rotación insuficiente de la punta nasal	Desviación de la punta nasal
Anestésicos	Rotación mayor a la deseada	Cicatriz de la piel del dorso nasal
Afinación insuficiente de la punta nasal	Irregularidades del dorso óseo	Colapso de la válvula interna
	Desviación de la punta nasal	Asimetría de los cartílagos laterales inferiores
	Asimetría de los cartílagos laterales inferiores	Rinitis vasomotora
	Absceso de la pirámide ósea	Retracción de la columella
	Hematoma septal	Rechazo a material sintético de sutura
	Reflejo neurovegetativo al retiro del taponamiento	Rechazo de injerto aloplástico
	Neumoencéfalo	Granuloma vestibular
	Pinzamiento de la piel por vendaje nasal	Cicatrización excesiva de las incisiones
	Absceso de la pirámide ósea	Colapso de la válvula externa
	Hematoma septal	

Cuadro 3. Complicaciones por sitio/clasificación anatómica

Septales	De la bóveda ósea	De la bóveda cartilaginosa	De los tejidos blandos	Sistémicas	Intranasales
Deformidad residual	Resección insuficiente de giba osteocartilaginosa	Movilización de homoinjerto	Cicatriz de la piel del dorso	Reflejo neurovegetativo al retiro de taponamiento	Formación de sinequias
Perforación	Formación de absceso	Proyección inadecuada	Pinzamiento de la piel del dorso por el vendaje nasal	Rechazo de injerto aloplástico	Colapso valvular
Hemorragia		Rotación inadecuada	Cicatriz excesiva de las incisiones	Rechazo de material sintético de sutura	Hemorragia
Hematoma		Desviación de la punta nasal	Granuloma vestibular	Anestésicos	
		Asimetría de los cartílagos laterales superiores		Rinitis vasomotora	
		Asimetría de los cartílagos laterales inferiores		Neumoencéfalo	
		Retracción de la columella			
		Afinación insuficiente			
		Colapso de la válvula externa			

Cuadro 4. Relación entre complicaciones y procedimientos quirúrgicos

Pacientes afectados (n)	Procedimiento quirúrgico (n)
226	Rinoseptoplastias (94)
114	Septoplastias (131)
3	Rinoplastias (7)

formas de prevenirlas. Al identificar las complicaciones de manera sistematizada se aporta un registro fácil y detallado en el expediente clínico, con la finalidad de mejorar la selección prequirúrgica y obtener resultados posquirúrgicos satisfactorios en pacientes sometidos a rinoseptoplastias futuras.

Bibliografía

- Boccieri A, Macro C, Pascali M. The use of spreader Grafos in primary rhinoplasty. *Ann Plast Surg* 2005;55(2):127-37.
- Brenner KA, McConnell MP, Evans GR, Calvert JW. Survival of diced cartilage grafts: an experimental study. *Plast Reconstr Surg* 2006;117(1):105-15.
- Constantinian MB. The boxy nasal tip, the ball tip, and alar cartilage malposition: variations on a theme—a study in 200 consecutive primary and secondary rhinoplasty patients. *Plast Reconstr Surg* 2005;116(1):268-81.
- Egan KK, Kim DW. A novel intranasal stent for functional rhinoplasty and nostril stenosis. *Laryngoscope* 2005;115(5):903-9.
- Gunter JP, Cochran CS. Management of intraoperative fractures of the nasal septal “L strut”: percutaneous Krischner wire fixation. *Plast Reconstr Surg* 2006;117(2):395-402.
- Guyuron B. Essentials of septorhinoplasty: philosophy-approaches-techniques. *Plast Reconstr Surg* 2005;116(3):920-1.
- Rohrich RJ, Griffin JR. Correction of intrinsic nasal tip asymmetries in primary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2003;112(6):1713-5.
- Han SK, Shin SH, Kang HJ, Kim WK. Augmentation rhinoplasty using injectable tissue engineered soft tissue: A pilot study. *Ann Plast Surg* 2006;56:251-5.
- Mendelsohn M. Straightening the crooked middle third of the nose: using porous polyethylene extended spreader grafts. *Arch Facial Plast Surg* 2005;7(2):74-80.
- Palma P, Bignami M, Delu G, de Bernardi F, et al. Rhinoplasty for the Mediterranean nose. *Facial Plast Surg* 2003;19(3):279-94.
- Yucel OT. Which type of osteotomy for edema and ecchymosis: external or internal? *Ann Plast Surg* 2005;55:587-90.

3 Complicaciones en rinoplastia

Daniel Rothbaum, Lisa Earnest e Ira D. Papel

■ Definición e incidencia

Se ha estimado que las complicaciones de la rinoplastia están entre 6% y 15%, donde entre el 5% y el 10% de los casos primarios requieren revisión.¹ Se puede considerar que las complicaciones son funcionales, estéticas o una combinación de las dos.

Las complicaciones funcionales de la rinoplastia generalmente involucran alteración postoperatoria del flujo de aire nasal. Estas son aceptablemente fáciles de identificar, debido a que están asociadas con síntomas y signos específicos. En una serie retrospectiva de 500 rinoplastias abiertas, la degradación del flujo de aire nasal en el postoperatorio se presentó en el 0,8% de los casos.²

Las complicaciones estéticas de la rinoplastia son más difíciles de definir. Una primera dificultad para tomar en cuenta las complicaciones estéticas de la rinoplastia se deriva de la naturaleza subjetiva de la belleza. Los pacientes y los cirujanos pueden experimentar el resultado postoperatorio de maneras diferentes. Nuestra experiencia ha sido que el cirujano es usualmente más crítico que el paciente a la hora de juzgar los resultados quirúrgicos.

La mayoría de los estudios reporta que la satisfacción de los pacientes luego de la rinoplastia es mayor del 90%. Sin embargo, no hay instrumentos validados, ampliamente aceptados, para evaluar la satisfacción del paciente en cirugía estética. Por esto, no se dispone de mediciones definitivas de la satisfacción del paciente.³

Se han definido proporciones ideales para la estructura nasal, pero existen variaciones conocidas entre los diferentes grupos étnicos.⁴ Sin embargo, ninguna nariz es réplica exacta de las proporciones ideales y, dada la importancia de compaginar la estructura nasal con la cara del paciente, no toda nariz debe ser sometida a las mismas proporciones. Por esto, aunque los instrumentos validados basados en proporciones ideales objetivas fueron diseñados para medir los resultados de la rinoplastia,⁵ la utilidad de estos instrumentos no está clara.

■ Clasificación de las complicaciones

Las complicaciones de la rinoplastia se pueden clasificar con base en diferentes criterios. En consonancia con el propósito de esta revisión, dividimos las complicaciones en las siguientes cuatro categorías: (1) perioperatorias, (2) anatómicas, (3) funcionales y (4) psicológicas.

■ Complicaciones perioperatorias

Sangrado

El sangrado persistente es la complicación más común de la rinoplastia. El sangrado ocurre con frecuencia en el sitio de la osteotomía. No está claro si la incidencia de sangrado posterior a la rinoplastia crece con la septoplastia concomitante. La mayor incidencia de sangrado postoperatorio ha sido frecuentemente asociada con coagulopatías, así como con el uso de aspirina y otras medicaciones antiinflamatorias no esteroideas tales como el ibuprofeno.⁶ La cirugía concomitante de los cornetes también podría estar asociada con mayor epistaxis en el período postoperatorio.

Trauma

Después de la rinoplastia, la nariz es extremadamente sensible al trauma, particularmente luego de osteotomías o de realizar un trabajo significativo en el septum. Los huesos nasales sometidos a osteotomía cicatrizan mediante unión fibrosa y no por osteoneogénesis, porque ellos no están bajo tensión dinámica. Por esto, la nariz postrinoplastia es más susceptible de sufrir trauma que la nariz no operada.

Durante las primeras dos semanas posteriores a la cirugía, el mayor riesgo es un traumatismo. Entre los días 5 y 7 del postoperatorio, la cicatrización fibrosa usualmente logra que los huesos se hagan resistentes al desplazamiento. Hacia el día 14 ya se ha formado suficiente matriz de colágeno como para fijar los huesos en su lugar.

Luego de un trauma, los injertos requieren atención especial. Un trauma significativo sobre un injerto aloplástico podría requerir su remoción, especialmente si el injerto mismo queda expuesto. Los injertos autógenos tales como hueso usualmente se pueden salvar en una situación de edema postraumático, mediante el uso de compresas tibias, elevación y antibióticos profilácticos.⁷

Entre otras complicaciones traumáticas reportadas en la rinoplastia se encuentran anosmia, epifora (daño al ducto lagrimal), ceguera, malformaciones arteriovenosas iatrogénicas, debilitamiento de las raíces dentales y daños intracraneales.⁶

Infección

Entre las complicaciones infecciosas se incluyen celulitis, septicemia, trombosis del seno cavernoso y absceso cerebral. Teniendo en cuenta que el área está: (1) colonizada por *Staphylococcus* y especies



Figura 3-1. Celulitis nasal/absceso.

de *Streptococcus*, (2) es difícil de esterilizar y (3) está localizada en la zona facial peligrosa, la rinoplastia acarrea consigo un elevado potencial teórico de complicaciones infecciosas. Generalmente, se evitan ubicar implantes aloplásticos en la punta de la nariz y en el dorso, debido a su alta tasa de infecciones. Sin embargo, la tasa de infecciones en la rinoplastia es, típicamente, menor a 3%.⁷

Existe controversia en relación con el uso de antibióticos profilácticos. En general, los antibióticos profilácticos se recomiendan en casos de infecciones activas en el lugar de la cirugía, cobertura nasal por más de 24 horas, hematomas o implantes aloplásticos.⁷

Entre los patógenos más comunes hallados después de una rinoplastia se encuentran *Staphylococcus*, *Pneumococcus* y *Haemophilus influenzae*. También se han reportado infecciones por *Pseudomonas* y *Actinomyces*. Las infecciones generalmente responden a tratamiento con antibióticos y, cuando se hace necesario, al drenaje. Aunque la nariz está en el *área de peligro* de la cara, las infecciones del sistema nervioso central son muy raras. Se ha reportado *síndrome de shock tóxico*, originado en la cobertura nasal, en un 16,5 por 100.000 (**Figura 3-1**).⁶

Edema excesivo

El edema postoperatorio es una secuela común de la rinoplastia, particularmente en pacientes con una cobertura gruesa de *piel-tejido blando*. El edema puede durar hasta por un año después de la cirugía. Se ha demostrado que los esteroides preoperatorios reducen el edema posterior a la rinoplastia.⁸ Las inyecciones subcutáneas de esteroides en el postoperatorio también pueden ayudar en los casos de edema en el área ubicada encima de la nariz.

Necrosis

Entre las complicaciones necróticas de la rinoplastia, se describen la perforación septal, deformidad de nariz en silla de montar, necrosis de piel y colapso del cartílago. Los fumadores y los pacientes con enfermedad colágeno vascular tal como escleroderma y cualquiera de las vasculitis tienen predisposición para la necrosis. La

perforación septal es la complicación necrótica más frecuente luego de la rinoplastia, y generalmente, es producto bien sea de rupturas en el mucopericondrio o de hematomas septales no identificados.⁷ En raras ocasiones, la piel nasal se puede necrosar (**Figura 3-2**). Usualmente, esto es secundario a errores técnicos durante la cirugía, pero también puede estar en relación con la diabetes, el hábito de fumar u otras formas de enfermedad microvascular.

■ Complicaciones anatómicas

La nariz se puede dividir en tercios. La punta nasal limita al tercio inferior de la nariz. Desde un punto de vista de subunidad nasal, el tercio inferior contiene los triángulos de tejido blando, la columela, el lóbulo y las alas. En el marco del tercio inferior de la nariz se incluyen los cartílagos laterales inferiores, el septum caudal y la espina nasal. El tercio medio de la nariz contiene la porción inferior de las subunidades dorsal y de la pared nasal lateral. Los cartílagos laterales superiores y el septum dorsal forman el marco del tercio medio de la nariz. El tercio superior de la nariz consiste en la porción superior de las subunidades dorsal y nasal de la pared lateral que yacen sobre los huesos nasales. En el marco del tercio superior de la nariz se incluyen los huesos nasales y sus conexiones con el septum, el hueso frontal y el maxilar.

El tercio inferior de la nariz es el sitio donde se encuentran con mayor frecuencia las deformidades, después de la rinoplastia primaria. El tercio superior de la nariz es el sitio menos frecuente de complicaciones después de la rinoplastia primaria. En la **Tabla 3-1** se enumera la lista de distribución de deformidades encontradas en la rinoplastia de revisión de los pacientes incluidos en dos estudios.

Algunos cirujanos dividen las complicaciones de la rinoplastia primaria en deformidades mayores y deformidades menores. La más común de las deformidades estéticas que aparecen después de la rinoplastia primaria, en orden decreciente de frecuencia son: pico de loro, nariz en silla de montar, asimetría de la



Figura 3-2. Necrosis de la piel de la punta nasal.

Tabla 3-1. Distribución de las deformidades nasales en pacientes de rinoplastia de revisión

	Parks ⁹ deformidades		Vuyk ¹⁰ Deformidades	
	N	%	N	%
Tercio inferior	150	44	202	50
Tercio medio	111	32	118	29
Tercio superior	81	24	87	21
Total deformidades	324		407	
Total pacientes	170		110	

bóveda media y retracción de la columela. Las complicaciones menores más comunes son sáculos y dorso irregular. En la **Tabla 3-2** se encuentra el listado de estas complicaciones comunes.

Punta

Proyección

La proyección de la punta nasal es una función de los mecanismos de soporte de la punta (**Tabla 3-3**). Los mecanismos mayores de soporte de la punta consisten en los cartílagos laterales inferiores (CLI), en la placa crural medial unida al septum caudal

Tabla 3-2. Deformidades cosméticas de hallazgo más frecuente después de la rinoplastia primaria

	Kamer ¹¹	Vuyk ¹⁰
Deformidades mayores		
Pico de loro	56%	40%
Nariz en silla de montar	16%	21%
Asimetría de la válvula media	19%	15%
Retracción de la columela	9%	11%
Deformidades menores		
Sáculos	22%	NA
Columela colgante	13%	NA
Base nasal ancha	8%	NA
Subrotación	4%	NA
Dorso nasal alto o irregular	17%	NA
Total pacientes	126	110

Tabla 3-3. Mecanismos de soporte de la punta

Mecanismos mayores de soporte de la punta	Mecanismos menores de soporte de la punta
1. Tamaño, forma y resiliencia de los cartílagos laterales inferiores	1. Distancia entre los domos y los cartílagos laterales inferiores (ligamento interdomal)
2. Anexión de la base crural medial al septum caudal	2. Septum dorsal cartilaginoso
3. Anexión del borde caudal de los cartílagos laterales superiores al borde cefálico del cartílago lateral inferior	3. Unión de los cartílagos laterales inferiores al complejo sesamoideo y la apertura piriforme
	4. Unión de los cartílagos laterales inferiores a la piel suprayacente, cobertura de tejido blando
	5. Espina nasal (pliegue maxilar)
	6. Septum membranoso

y el área de enrollamiento (unión del CLI a los cartílagos laterales superiores [CLS]). Los mecanismos menores de soporte de la punta incluyen lo siguiente: (1) ligamento interdomo, (2) septum dorsal, (3) unión del CLI a la cobertura de piel-tejido blando suprayacente, (5) espina nasal y (6) septum membranoso. La modificación de estos mecanismos de soporte afecta la proyección nasal (**Tabla 3-3**).

Sobreproyección o proyección excesiva

La verdadera sobreproyección es una complicación rara de la rinoplastia. Más frecuentemente, persiste una sobreproyección no identificada, que está oculta después de la cirugía primaria. La incapacidad de reconocer la sobreproyección divide a los cirujanos de rinoplastia en dos tipos, *cirujanos de rinoplastia experimentados* y *cirujanos de rinoplastia no experimentados*. También puede haber una sobreproyección aparente resultado del exceso de reducción del dorso nasal.¹² Corregir la sobreproyección puede constituir un desafío técnico y requiere, generalmente, el acortamiento de una crura medial y lateral demasiado larga. Después de corregir la proyección de la punta nasal puede ser necesario reducir la base alar para reducir la flaccidez del ala (**Figura 3-3**).¹³

Subproyección o proyección insuficiente

En contraste con la sobreproyección, la subproyección es una complicación frecuente en la rinoplastia. La subproyección de la punta nasal es el resultado de la ruptura del soporte nasal. Entre las causas de subproyección se encuentran las siguientes: (1) exceso de resección del septum anterior, (2) exceso de resección de los cartílagos laterales inferiores, (3) ruptura del ligamento intercrural y del tejido blando entre CLI y septum y (4) contracción de la cicatriz a lo largo del septum caudal, por incisiones de transfixión (hemi o completa).¹¹

Rotación

La rotación está en relación con la estructura trípode de la punta nasal. La crura medial y el septum caudal conforman una pata del trípode mientras que la crura lateral conforma las otras dos patas. La sobrerrotación (exceso de rotación) implica un ángulo nasolabial demasiado obtuso y la subrotación expresa un ángulo nasolabial demasiado agudo (**Figura 3-5**).

Causas de rinoplastía secundaria: Análisis de 277 casos

Secondary rhinoplasty causes: Analysis of 277 cases

Galia Villarroel O¹, Andrés Fuentealba P¹, Patricia Esquivel C², Luis Villarroel N³.

RESUMEN

Introducción: La rinoplastía secundaria cada día es más frecuente debido a la creciente popularidad de la cirugía estética y también por las mayores expectativas del paciente y del cirujano. La rinoplastía secundaria ha llegado a ser un campo en evolución con desafíos únicos. Para enfrentarlo adecuadamente el cirujano debe analizar y comprender las necesidades específicas del paciente y las causas anatómicas que generaron el problema y cómo corregirlo.

Objetivo: Identificar los problemas anatómicos más frecuentemente encontrados en 277 rinoplastías secundarias y sistematizarlos para una mejor evaluación preoperatoria y planificación quirúrgica.

Material y método: Análisis retrospectivo de 1.160 rinoplastías operadas por el otorrinolaringólogo Dr. Luis Villarroel entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de marzo de 2015, de las cuales 277 son rinoplastías secundarias (24%). En ellas se encontraron 1.197 problemas o deformidades (4,3 promedio), que se dividieron en tercio superior, medio, inferior y endonasales, con una subdivisión de deformidades individuales dentro de cada grupo. También se comparan los resultados encontrados según si la cirugía primaria fue de otro cirujano (rinoplastías secundarias) o del mismo autor (rinoplastías de revisión).

Resultados: El 85% de los pacientes presentó problemas en el tercio inferior. Los problemas más frecuentes fueron desviación del tabique nasal (problema endonasal) (56%), punta hiporotada (47%), desviación del dorso óseo (34%) y desviación del dorso cartilaginoso (30%). Las rinoplastías de revisión, comparadas con las secundarias, presentan un porcentaje mayor de problemas de insuficiente resección del dorso óseo y menos dorsos cartilagosos estrechos.

Conclusión: Existen diferentes razones por las que un paciente busca una rinoplastía secundaria. Es importante conocer las causas más frecuentes con el fin de identificar los errores cometidos en el primer caso y evitar dichas prácticas. Es preferible una cirugía primaria conservadora porque evita problemas difíciles de resolver. Esta clasificación nos ayuda a sistematizar el análisis preoperatorio, a saber, dónde estamos teniendo problemas y así corregirlos y obtener mejores resultados quirúrgicos.

Palabras clave: Rinoplastía secundaria, rinoplastía de revisión.

¹ Alumno Facultad de Medicina Universidad de Chile.

² Médico Otorrinolaringólogo Clínica Arauco Salud.

³ Médico Otorrinolaringólogo de Clínica Fundación Médica San Cristóbal, Clínica Dávila y Hospital Fuerza Aérea de Chile.

ABSTRACT

Introduction: Secondary rhinoplasty is becoming increasingly common due to the growing popularity of cosmetic surgery and also by higher expectations of the patient and the surgeon. Secondary rhinoplasty has become an evolving field with unique challenges. To repair the surgeon must properly analyze and understand the specific concerns of the patient and the anatomical causes of why you need a new operation.

Aim: To identify anatomical problems most frequently found in 277 secondary and systematize rhinoplasty for better preoperative evaluation and surgical planning.

Material and method: Retrospective analysis of 1160 rhinoplasty operated by otolaryngologist Dr. Luis Villarroel between January 1, 2006 and March 31, 2015, of which 277 are secondary rhinoplasty (24%). In this study we found 1197 problems or deformities (average 4.3), They were classified into upper, middle, bottom third, and endonasal, with an individual deformities subdivision within each group. The results are compared if the primary surgery was another surgeon (secondary rhinoplasty of others) or by the same author (revision rhinoplasty).

Results: 85% of patients had problems in the lower third. The most common individual problems identified were deviated septum (56%), drop tip (47%), bone dorsum deviation (34%), and cartilaginous dorsum deviation (30%). The author presents a higher percentage of insufficient bone resection and less cartilaginous dorsum narrow.

Conclusion: There are different reasons why a patient seeks a secondary rhinoplasty. It is important to know the most frequent causes in order to identify the mistakes made in the first instance and avoid them. It's preferable one conservative primary surgery because it avoids difficult problems. This classification helps us to systematize the preoperative analysis and better results.

Key words: Secondary rhinoplasty, revision rhinoplasty.

INTRODUCCIÓN

La rinoplastia (cirugía de la pirámide nasal) es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz. Esta cirugía está indicada en casos de deformidades traumáticas, congénitas, funcionales, estéticas y cosméticas¹.

La rinoplastia conlleva un gran desafío quirúrgico, porque ésta implica un abordaje funcional y estético de la nariz. Requiere tanto un dominio del manejo del tabique nasal y cornetes, como de conceptos de estética, proporciones y belleza de la nariz y cara. Además es una estructura simétrica y mínimas deformidades o irregularidades son evidentes a simple vista y difíciles de camuflar, las complejas interacciones de las subunidades nasales hace que este procedimiento sea difícil de dominar y que se asocie a múltiples riesgos y complicaciones.

Las rinoplastias secundarias cada día son más frecuentes debido a la creciente popularidad de la

cirugía estética y también por las mayores expectativas del paciente y del cirujano. La rinoplastia secundaria ha llegado a ser un campo en evolución con desafíos únicos. Para repararlas adecuadamente el cirujano debe analizar y comprender las preocupaciones específicas del paciente y las causas anatómicas de por qué necesita una nueva operación. Algunos pacientes no quedan satisfechos con la cirugía debido a que el resultado es pobre, con obvios defectos, sin embargo, a veces el resultado es bueno pero el paciente espera la perfección².

Esto lleva a la necesidad de una rinoplastia secundaria o reintervención debido a que el resultado no ha sido el deseado, ya sea por motivos funcionales o estéticos. La rinoplastia secundaria es un procedimiento aún más desafiante, si bien las técnicas quirúrgicas utilizadas son similares a la rinoplastia primaria, éstas son más difíciles de llevar a cabo debido al tejido cicatricial, la retracción y/o resección exagerada de estructuras de sostén³,

además muchas veces estos pacientes son más demandantes y difíciles de complacer. Aun así es posible lograr mejoras significativas en pacientes sometidos a una rinoplastía secundaria⁴.

Son múltiples las deformidades posibles luego de una rinoplastía, sin embargo es posible distinguir un patrón y el objetivo de este estudio es detectar las más frecuentes en base al análisis de 277 pacientes, y sistematizarlas para una mejor evaluación preoperatoria y planificación quirúrgica.

En este trabajo se revisaron rinoplastías secundarias realizadas por el autor Dr. Luis Villarroel (LV). Definimos "rinoplastía secundaria de otro" como aquel procedimiento realizado por el autor luego de una rinoplastía realizada por otro cirujano y "rinoplastía de revisión" como aquella en la que el autor realizó ambas cirugías.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva de las rinoplastías operadas por el autor entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de marzo de 2015, se omitieron las septoplastías, septoplastías asociadas a cirugía endoscópica sinusal, septoplastías asociadas a fracturas nasales. Los datos se obtuvieron de una base de datos personal en Filemaker y de las fichas clínicas de la Fundación Médica San Cristóbal, de la

Clínica Dávila y del Hospital de la Fuerza Aérea de Chile (FACH). Se analizó el número de operaciones previas, el tiempo entre las cirugías, el tipo de abordaje y las deformidades encontradas en los 277 pacientes que se sometieron a rinoplastía secundaria o de revisión. Los problemas encontrados se sistematizaron en: Problemas de tercio superior o dorso óseo, problemas del tercio medio o dorso cartilaginoso; problemas del tercio inferior o punta, y problemas endonasales (Tabla 1). Todos los datos fueron recolectados en una base de datos en Excel y el análisis estadístico se realizó utilizando el programa de computación STATA y se consideró significativo un valor de p menor a 0,05.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se realizaron 1.160 rinoplastías. De las cuales, 883 fueron primarias y 277 son secundarias, las que representan 24% del total.

Las secundarias se clasificaron a su vez, si la cirugía primaria había sido de otro cirujano (n =180) o del autor LV (n =97), lo que da un porcentaje de revisión del autor de 11% (97/883).

La edad promedio de las 277 rinoplastías secundarias fue de 34 años (rango de 14 a 66 años, DE =12 años). El 60% eran mujeres y el 40% hombres. El promedio de operaciones previas es de 1,4,

Tabla 1. Clasificación de los problemas encontrados

Tercio superior o dorso óseo	Tercio medio o dorso cartilaginoso	Tercio inferior o punta nasal	Endonasales o funcionales
Muy alto	Muy alto	Muy ancha	Desviación del tabique nasal
Muy bajo	Muy bajo	Muy estrecha	Hipertrofia de cornetes
Muy ancho	Muy ancho	Desviado	Estenosis válvula nasal interna
Muy estrecho	Muy estrecho	Irregular	Colapso válvula nasal interna
Desviado	Desviado	Hiperrotada	Estenosis válvula nasal externa
Irregular	Irregular	Hiporotada	Colapso válvula nasal externa
Otros ¹	Otros ¹	Hiperproyectada	Falta soporte nasal
		Hipoproyectada	Perforación septal
		Orificios muy anchos	Sinequias
		Orificios muy estrechos	
		Columela colgante	
		Columela retraída	
		Retracción del ala	
		Desviación de la columela	
		Otros ²	

Otros: ¹Quiste mucoso. ²Implante desviado o extrusión.

de éstos, el 77% de los pacientes tenía una cirugía y el 23% dos o más. Se realizó un abordaje abierto en 58% y uno cerrado en 42% de los pacientes.

En 73% de los pacientes la motivación fue corregir un problema estético y funcional, en el 23% exclusivamente estético y en el 3% solo funcional.

De los 277 pacientes estudiados, se identificaron 1.197 problemas o deformidades, lo que da un promedio de 4,3 problemas por pacientes (rango de 1 a 12). Estos problemas identificados representan el motivo de consulta, los hallazgos al examen físico, los hallazgos intraoperatorios, y están relacionados con los procedimientos que hubo que hacer para corregirlos.

El 84% de los pacientes presentó problemas en el tercio inferior, siendo la zona en la que más pacientes presentaron deformidades, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa al compararla con las otras zonas (Figura 1). En los otros tercios el porcentaje fue: tercio superior 62%, tercio medio 63% y endonasal 66%.

Los problemas más frecuentes fueron desviación del tabique nasal (convexidad del septum cartilaginoso) (56%), punta hiporotada o caída (47%), tercio superior desviado (34%) y tercio medio desviado (30%) (Tabla 2).

Al analizar cada tercio por separado, dentro de los problemas encontrados en el tercio superior o dorso óseo, lo más frecuente fue la desviación (34%), seguido por "muy alto" o insuficiente resección (19%).

En el dorso cartilaginoso, al igual que en el dorso óseo, la deformidad más frecuente fue la desviación (30%), seguido por "muy alto" o insuficiente resección (26%).

En cuanto a las diferencias entre estos dos tercios, se observó que en el tercio superior primaba un dorso muy ancho (18%) sobre uno muy estrecho (1%). En cambio, en el tercio medio primaba un dorso muy estrecho (16%) sobre uno muy ancho (1%) (Tabla 3).

En el tercio inferior la deformidad más observada fue la punta hiporotada o caída (47%), luego

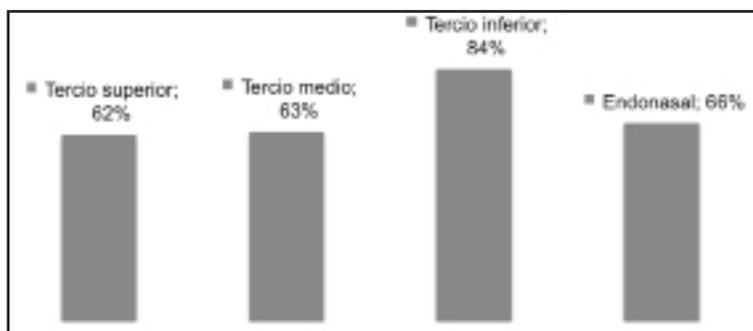


Figura 1. Porcentaje de pacientes con problemas según tercio afectado.

Tabla 2. Diez principales problemas encontrados

Problemas encontrados	% de las rinoplastías
Desviación del tabique nasal	56
Punta hiporotada o caída	47
Tercio superior desviado	34
Tercio medio desviado	30
Tercio medio muy alto	26
Punta muy ancha	21
Punta asimétrica	21
Tercio superior muy alto	19
Punta hipoproyectada	19
Tercio superior muy ancho	18

Tabla 3. Problemas más comunes en tercio superior y medio

Problema	Tercio superior	Tercio medio
Desviado	34%	30%
Muy alto	19%	26%
Muy ancho	18%	1%
Muy bajo	13%	15%
Irregular	8%	1%
Muy estrecho	1%	16%

una punta muy ancha (21%), asimétrica (21%) e hipoproyectada (19%) (Tabla 4).

En los problemas endonasaes encontrados, el más frecuente fue una desviación del tabique nasal (56%), seguido de colapso de la válvula nasal externa (9%) y de hipertrofia de cornetes (8%). Los colapsos de la válvula nasal interna son escasos porque se consideraron solo cuando no tenían ninguna de las siguientes condiciones: estrechez de dorso cartilaginoso, convexidad del septum cartilaginoso y/o hipertrofia de cornetes (Tabla 5).

Al comparar las rinoplastías secundarias de otro, con las de revisión se observó que en el tercio superior el 41% de los pacientes que fueron operados por otro cirujano presentaban desviación del dorso óseo, en comparación con 22% de los pacientes que su primera cirugía fue realizada por el autor LV con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,01$). También se observó que en las cirugías de revisión primaba una insuficiente resección (24%), sobre una resección exagerada del dorso óseo (3%) a diferencia de las cirugías secundarias de otro donde ambos problemas se presentaban en el 17% de los pacientes (Figura 2). En el tercio medio se encontró que el

34% de los pacientes de rinoplastía secundaria de otro presentaban desviación, y sólo 21% de los que se sometían a cirugía de revisión, lo cual también es una diferencia significativa ($p = 0,03$). Al igual que en el tercio superior, en el tercio medio se encontró que primaba una insuficiente resección (35%) sobre una resección exagerada (5%) en las cirugías de revisión, en comparación con las rinoplastías secundarias de otro donde las dos deformidades se presentaban en 21%. Además se observó que el 21% de los pacientes sometidos a rinoplastía secundaria de otro presentaban un dorso cartilaginoso muy estrecho, mientras en los pacientes sometidos a rinoplastía de revisión lo presentaba sólo el 7%, lo cual es una diferencia significativa ($p = 0,02$) (Figura 3).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran las preocupaciones más frecuentes que llevan a que un paciente busque una rinoplastía secundaria o de revisión en una serie de 277 pacientes. El porcentaje de revisión del autor principal fue de 11%, concordante

Tabla 4. Problemas más comunes en tercio inferior

Problema en tercio inferior	%
Punta hiporotada o caída	47
Punta muy ancha	21
Asimétrica	21
Punta hipoproyectada	19
Desviada	14
Muy estrecha	14

Tabla 5. Problemas endonasaes más comunes

Problemas endonasaes	%
Desviación del tabique nasal	56
Colapso válvula nasal externa	9
Hipertrofia de cornetes	8
Estenosis válvula nasal externa VNE	5
Sinequias	4
Falta soporte nasal	4

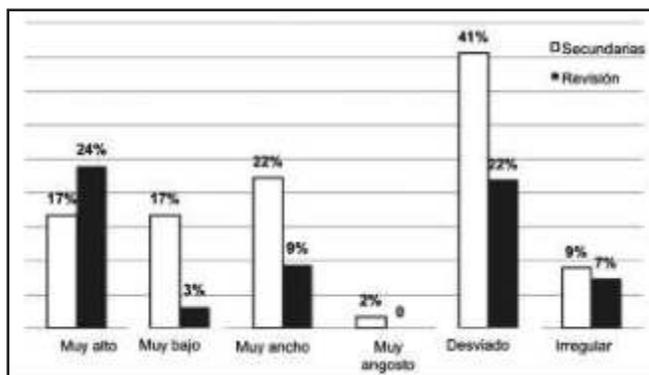


Figura 2. Problemas en el tercio superior en rinoplastías secundarias vs rinoplastías de revisión.

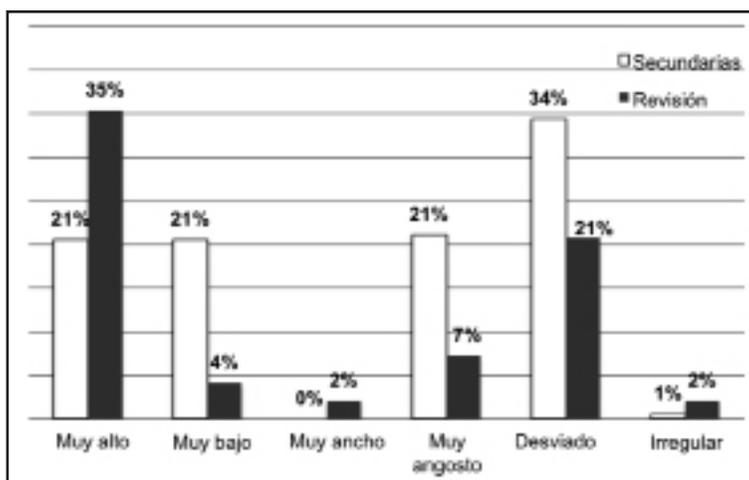


Figura 3. Problemas en dorso cartilaginoso rinoplastías secundarias.

con lo observado en la literatura donde se describe una tasa de revisión que varía entre 5% y 15%^{3,5-9}.

La motivación del paciente al buscar una rinoplastía secundaria fue en 73% en búsqueda de una mejora estética y funcional, 26% una mejora sólo estética y en 3% una mejora funcional. Nassab y Matti⁴ describen una tasa de problemas funcionales de 22% en su serie de 109 pacientes. Otros autores han presentado tasas variables de problemas funcionales, desde 59% a 68% en pacientes buscando rinoplastía secundaria luego de 1 o más procedimientos previos^{3,5,6,10,11}. La alta incidencia de oclusión de la vía aérea luego de una rinoplastía nos obliga a prestar atención durante la rinoplastía primaria y a realizar maniobras que ayuden a mantener la vía aérea permeable y a reducir su compromiso. Lee y cols³ demostraron que cuando se realiza una osteotomía, se puede medializar el cartilago superolateral o el cornete inferior, dando lugar a un estrechamiento de la válvula interna y por lo tanto al compromiso de la vía aérea. Este efecto se puede minimizar con injertos expansores, una osteotomía alta-baja-alta preservando el triángulo inferior de la abertura piriforme, y una reducción de los cornetes inferiores³.

El interés de analizar las deformidades luego de una rinoplastía se debe a la necesidad de prevenirlas, y para realizar esto debemos definir y entender nuestros fracasos.

En nuestra revisión los problemas más frecuentes fueron desviación del tabique nasal (56%),

punta hiporotada (47%), desviación del dorso óseo (34%) y del dorso cartilaginoso (30%). La clasificación de las deformidades reportadas en la literatura es heterogénea lo que dificulta la comparación de los datos obtenidos.

En nuestro trabajo se separó la nariz en 3 tercios, el 85% de los pacientes presentaron problemas en el tercio inferior, siendo el tercio más afectado, lo que es concordante con lo observado en la literatura^{4,5,12}, esto muestra la dificultad y especial cuidado que hay que tener con el tercio inferior al momento de la cirugía.

Sin embargo, tanto en la revisión de Rettinger⁶ como en la de Lee y cols³ el tercio que se encuentra afectado con mayor frecuencia es el tercio medio, siendo el problema más comúnmente identificado la asimetría dorsal y nariz “en pico de loro” respectivamente. Cabe destacar que a diferencia de la mayoría de las revisiones, Lee y cols³ describen causa funcional como principal motivación del paciente para someterse a una cirugía de revisión. El dorso cartilaginoso desviado está asociado a un tabique desviado y por lo tanto a una alteración funcional.

La deformidad preoperatoria más común en el tercio inferior fue la punta hiporotada o caída, similar a lo que describe Rettinger⁶, aun así en la literatura es más frecuente encontrar una punta irregular o asimétrica^{4,5,12}. La clave para una rinoplastía exitosa radica en la reestructuración del tercio inferior de la nariz, los elementos de soporte modificados deben tener tanto la forma adecuada

como la suficiente resistencia para dar forma a la piel y el tejido que los envuelven. Si un esqueleto carece de la integridad de soporte, se distorsiona o colapsa bajo el peso de los tejidos y las fuerzas de la contractura de la cicatriz^{13,14}. La reorientación y el reposicionamiento de los cartílagos de la punta producen una apariencia más favorable y previsible, la mayoría de los problemas que llevan a una cirugía de revisión son evitables con una filosofía conservativa^{13,15}. Las maniobras usadas para estabilizar la base nasal incluyen un puntal columelar, suturar la crura medial al borde caudal y anterior del septum (técnica de lengüeta en la ranura) o un injerto de extensión caudal del septum^{16,17}. Una vez que la base está estabilizada se puede modificar el lóbulo usando suturas interdomales o fijando un injerto al margen caudal de la crura medial e intermedia^{16,17}. Es necesario considerar esto durante la cirugía de manera de lograr una adecuada proyección con un buen contorno de la punta.

Luego de la rinoplastía, una capa de tejido cicatricial se forma rodeando las estructuras de la punta y tienden a contraer y deformar los cartílagos si no son afirmados adecuadamente.

Es necesario experiencia para entender y manejar a fondo la técnica quirúrgica, a medida que esto se logra, el énfasis debe colocarse siempre en la conservación de las estructuras anatómicas de la punta y evitar la resección radical y el sacrificio del tejido de la punta¹⁸.

Con respecto al tercio superior y tercio medio cobra mayor relevancia la desviación como deformidad, siendo la más frecuente en ambos tercios, concordante con lo obtenido por Yu y cols⁵ y por Rettinger⁶ quien describe que el 49% de los pacientes de su revisión presentan una desviación de al menos uno de estos tercios, siendo la más frecuente la combinada. Es importante destacar que al ser la nariz una estructura simétrica en la cara es muy evidente alguna desviación o asimetría y por lo tanto uno debe ser muy exigente con su resultado. En nuestra revisión muchos pacientes presentaban desviaciones leves, pero aun así exigen corregirla para lograr perfección.

Por el contrario, la revisión de Vuyk y cols¹² muestra la desviación como una de las deformidades menos frecuentes del tercio superior y medio, destacando en este caso la resección exagerada e insuficiente.

Es preferible un enfrentamiento conservador de la cirugía, debido a que en una cirugía insuficiente o poco agresiva, si hay problemas secundarios, éstos serán más fáciles de reparar ya que consiste en completar la operación, lo que faltó por hacer. Por el otro lado un enfrentamiento muy agresivo de las rinoplastías predispone a la necesidad de una cirugía secundaria en la que probablemente se requerirá el uso de injertos múltiples para reconstruir el soporte, estructura y forma de la nariz, lo que conlleva mayores dificultades y riesgos. Es debido a lo anteriormente mencionado que las técnicas quirúrgicas en la rinoplastía se han alejado de los métodos de resección y desplazado hacia el reposicionamiento y reestructuración de los tejidos existentes^{17,19,20}. Al realizar una resección cautelosa de las estructuras de soporte de la nariz y utilizando injertos cartilagosos para dar estabilidad se pueden prevenir muchas de las complicaciones luego de una rinoplastía^{13,14,19}.

Al revisar las rinoplastías de revisión del autor se aprecia que hay una mayor proporción de dorsos óseos y cartilagosos insuficientemente resecaados y menos dorsos exageradamente resecaados, también se observó una menor cantidad de dorsos cartilagosos pinzados o muy estrechos, lo que refleja un enfrentamiento quirúrgico más conservador, concordante con las recomendaciones de la bibliografía.

CONCLUSIÓN

Conocer las causas que llevan al paciente a buscar una rinoplastía de revisión permite identificar los errores más comunes para así evitarlos en el futuro. La literatura disponible evalúa las deformidades dentro de distintos parámetros, por lo que es difícil realizar una comparación, observándose resultados heterogéneos.

Por más experiencia que presente el cirujano siempre tendrá una tasa de rinoplastías de revisión, por lo que creemos importante que cada cirujano tenga su propia estadística para así poder identificar sus propios errores y si existe algún patrón en éstos.

En nuestra experiencia el tercio inferior es el que presenta mayor cantidad de problemas luego de una rinoplastía primaria, con una diferencia significativa con respecto al tercio medio y superior. Es funda-

mental asegurar una buena estructura de soporte de la punta de manera de lograr un buen resultado, además de tener un enfrentamiento conservador repositando y reorientando los cartílagos.

Al ser la nariz una estructura central en la cara cualquier deformidad es evidente. Lograr simetría es lo más difícil y la desviación es el problema

más frecuente tanto del tabique como del tercio superior y medio.

Es importante recalcar que existen cirugías agresivas y otras más conservadoras, son estas últimas las que permiten evitar muchas complicaciones o bien simplificar una posible rinoplastía de revisión en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. DORLAND, W. A. Dorland's illustrated medical dictionary. 28th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1994.
2. DURON JB, NGUYEN PS, BARDOT J, AIACH G. Rhinoplastie secondaire. *Ann Chir Plast Esthet* 2014; 59: 527-41.
3. LEE M, ZWIEBEL S, GUYURON B. Frequency of the Preoperative Flaws and Commonly Required Maneuvers to Correct Them: A Guide to Reducing the Revision Rhinoplasty Rate. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132(4): 769-76.
4. NASSAB R, MATTI B. Presenting Concerns and Surgical Management of Secondary Rhinoplasty. *Aesthet Surg J* 2015; 35(2): 137-44.
5. YU K, KIM A, PEARLMAN SJ. Functional and Aesthetic Concerns of Patients Seeking Revision Rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg* 2010; 12(5): 291-7.
6. RETTINGER G. Risks and complications in rhinoplasty. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2007; 6: Doc 08.
7. KAMER FM, McQUOWN SA. Revision rhinoplasty: analysis and treatment. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114(3): 257-66.
8. PARKES ML, KANODIA R, MACHIDA BK. Revision rhinoplasty: an analysis of aesthetic deformities. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118: 695-701.
9. DZIEWULSKI P, DUJON D, SPYRIOUNIS P, GRIFFITHS RW, SHAW JD. A retrospective analysis of the results of 218 consecutive rhinoplasties. *Br J Plast Surg* 1995; 48(7): 451-4.
10. FODA HM. Rhinoplasty for the multiply revised nose. *Am J Otolaryngol* 2005; 26(1): 28-34.
11. THOMSON C, MENDELSON M. Reducing the incidence of revision rhinoplasty. *J Otolaryngol* 2007; 36: 130-4.
12. VUYK HD, WATTS SJ, VINDAYAK B. Revision rhinoplasty: review of deformities, aetiology and treatment strategies. *Clin Otolaryngol* 2000; 25: 476-81.
13. DYER WK 2nd. Nasal tip support and its surgical modification. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2004; 12(1): 1-13.
14. JOHNSON, C.M, TORIUMI, D.M. Open structure rhinoplasty. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.
15. TARDY ME. Rhinoplasty: The Art and the Science. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997.
16. TORIUMI DM. Structure Concept in Nasal Tip Surgery. *Oper Tech Plast Reconstr Surg* 2000; 7(4): 175-86.
17. SWARTOUT B, TORIUMI DM. Rhinoplasty. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 15: 219-27.
18. TARDY ME JR, CHENG EY, JERNSTROM V. Misadventures in nasal tip surgery. Analysis and repair. *Otolaryngol Clin North Am* 1987; 20(4): 797-823.
19. RIEDEL F, BRAN G. Knorpeltransplantate bei der funktionell-ästhetischen Rhinoplastik [Cartilage grafts in functional and aesthetic rhinoplasty]. *HNO* 2008; 56(2): 185-98.
20. TORIUMI DM. Structure approach in rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2005; 13(1): 93-113.

MEMORIAL CONTESTACION DEMANDA RAD NO. 11001310304620210056100

Joan Marin <jsmarin@equipojuridico.com.co>

Jue 23/11/2023 11:42 AM

Para: Juzgado 46 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j46cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juzgado 46 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j46cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juzgado 46 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j46cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Joan Marin <jsmarin@equipojuridico.com.co>; Gabriel DiazGranados <gabriel DiazGranados@gmail.com>; linamariaguerrerom@hotmail.com <linamariaguerrerom@hotmail.com>; jjpqabogados@hotmail.com <jjqabogados@hotmail.com>; Caja Cafam <ccfcfam@ssf.gov.co>; Karla Vanessa Velasquez Orjuela <notificaciones@famisanar.com.co>

 1 archivos adjuntos (8 MB)

CONTESTACION DE DEMANDA NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ vf.pdf;

Respetado

JUEZ CUARENTA Y SEIS (46) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**E. S. D.**

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA
RADICADO N° 11001310304620210056100

DEMANDANTE: LINA MARIA MARTINEZ GUERRERO.**DEMANDADOS:** NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ Y OTROS.

<u>ASUNTO:</u>	CONTESTACION DE DEMANDA Y PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO DEL DEMANDADO DR. NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ
-----------------------	--

JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.037.522 de Bogotá y con Tarjeta Profesional de Abogado No. 278.639 expedida por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., actuando como apoderado especial del demandado Dr. **NORBERTO GABRIEL DIAZGRANADOS DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 11.187.617, domiciliado y residente en Bogotá D.C., a través del presente escrito y con el respeto acostumbrado **CONTESTO DEMANDA E INTERPONGO EXCEPCIONES DE MERITO**, asimismo allego dictamen de parte para que se surta el traslado y contradicción de conformidad con el art. 228 del C.G.P.

De conformidad con la ley 2213 de 2022 copio la presente misiva a las demás partes procesales.

Cordialmente,


JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO

C.C. 1.016.037.522 de Bogotá D.C.

T.P. No. 278.639 del C. S. de la J.