

Señor

JUEZ CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA - SANTANDER

E. S. D.

Proceso: ORDINARIO
Demandante: PAULINO RODRÍGUEZ MENDEZ Y OTROS
Demandado: CLÍNICA BUCARAMANGA Y OTRO
Radicación: 680013103004-2009-00405-00

Llamado en garantía: Dr. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI

Ref: Contestación llamamiento en garantía.

YANETH ALEXANDRA OSORIO QUIÑÓNEZ mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.098.643.708 de Bucaramanga, y portadora de la tarjeta profesional No. 208.539 del C. S. de la J., actuando como apoderada judicial del Dr. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI, estando dentro del término legal y por medio del presente escrito me permito presentar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA QUE FORMULÓ ALIANSALUD EPS.**, con base en los siguientes términos:

I. CONSIDERACIÓN PREVIA

De antemano debo indicar al Juzgado que me reservo la posibilidad de modificar, ampliar, sustituir o retirar cualquiera de las argumentaciones de la defensa en lo que resta del término para contestar el llamamiento, por lo que la presentación del presente escrito no debe entenderse como renuncia al término restante.

II. A LAS PRETENSIONES

Muy respetuosamente me permito presentar OPOSICIÓN a todas y cada una de las pretensiones declarativas y de condena formuladas por el llamante en garantía, por carecer de fundamento fáctico y jurídico para solicitar a mi prohijado el reembolso de suma alguna de dinero; pues la atención brindada por el Dr. Rafael Eugenio González Uscategui a todas luces fue diligente, prudente y ajustada a la *lex artis ad hoc*, conforme a sus estudios profesionales y científicos para hacerlo completamente perito al desarrollar el procedimiento quirúrgico de **ORQUIDECTOMIA RADICAL DERECHA + FIJACIÓN TESTICULAR IZQUIERDA**, por lo que, no se encuentra relación de causalidad entre la conducta de la profesional y el daño que menciona haber sufrido la paciente.

Así las cosas señor juez deberán negar las pretensiones elevadas por el llamante en garantía referente a la declaratoria de reembolsar suma de dinero alguna en caso de efectuarse condena en contra ALIANSALUD EPS por la presunta falla médica, en razón a que si bien al paciente Paulino Rodríguez se le tuvo que extraer quirúrgicamente su testículo derecho, ello no es prueba suficiente en contra de mi mandante que permita establecer que su actuación fue negligente, imprudente o descuidada, por lo que, no ha de ser condenado como lo deprecia la parte accionada y a su vez llamante en garantía –Aliansalud EPS-.

III. RESPECTO A LOS HECHOS ENUNCIADOS EN EL LLAMAMIENTO

AL HECHO PRIMERO: ES CIERTO que el señor Paulino Rodríguez, su hija Belkyn Rodríguez Olaya, y su esposa, Chiquinquirá Olaya, iniciaron demanda de responsabilidad en contra de COLEMEDICA EPS –para aquella época, hoy Aliansalud EPS- y CLÍNICA BUCARAMANGA, por la presunta falla médica, en la prestación de los servicios de salud que se le brindaron al paciente Rodríguez Méndez.

AL HECHO SEGUNDO: Al Dr. RAFAEL GONZÁLEZ USCATEGUI **NO LE CONSTA** que la atención en salud que recibió el paciente PAULINO RODRIGUEZ MENDEZ obedeció a la afiliación al POS contrato No. F238103729762CC0013221476 que señor Rodríguez Mendez tenía con ALIANSALUD EPS.

AL HECHO TERCERO: Para mayor precisión me permito dividir este hecho.

Al Dr. RAFAEL GONZÁLEZ USCATEGUI **NO LE CONSTA** que tipo de vínculo contractual de prestación de servicios mantienen o mantenían la CLÍNICA BUCARAMANGA y ALIANSALUD EPS.

ES CIERTO que el Dr. Rafael Eugenio González, en su calidad de médico especialista en urología, atendió al paciente Paulino Rodríguez Méndez, del 11 de junio de 2004 al 17 de junio de 2004, en la IPS CLÍNICA BUCARAMANGA.

AL HECHO CUARTO: Este hecho contiene varias afirmaciones, para mayor precisión me permito dividirlo.

Al Dr. RAFAEL GONZÁLEZ USCATEGUI **NO LE CONSTA** si la Clínica Bucaramanga Centro Médico Daniel Peralta y Aliansalud EPS hubiesen suscrito el contrato de prestación de servicios médicos CLINICOS 06-050-2000, y si el mismo se encontraba o no vigente para el momento de los hechos que reclama el demandante, es decir, para el año 2004.

4. La CLINICA BUCARAMANGA – CENTRO MEDICO DANIEL PERALTA S.A.S., suscribió contrato de prestación de servicios médicos CLINIPOS 06-050-2000 con duración indefinida, Contrato que se encontraba vigente a la fecha de ocurrencia de la prestación del servicio de salud al señor PAULINO RODRIGUEZ MENDEZ, con la EPS que represento, objeto de la demanda y está a vez tenía contratado en su staff de médicos especializados, entre ellos el Doctor RAFAEL EUGENIO GONZALEZ USCATEGUI quien con lectura a histórica clínica (folio 705 al 706) fue el que atendió a la parte demandante.

FRENTE AL HECHO QUINTO: NO ES CIERTO que para el caso concreto sea procedente el llamamiento en garantía que realizó Aliansalud EPS al Dr. RAFAEL GONZALEZ USCATEGUI, toda vez que, no se cumplen los requisitos exigidos en el artículo 57 del Código de Procedimiento Civil, es decir que, entre las partes –llamante y llamado- no existe ningún vínculo legal ni contractual que permita a la EPS ALIANSALUD llamar en garantía al médico especialista en urología, Dr. Rafael González, con la finalidad de exigir un reembolso en caso de salir condenada en el presente asunto.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE AL LLAMAMIENTO

4.1. INEXISTENCIA DE VÍNCULO DE ORDEN LEGAL O CONTRACTUAL ENTRE ALIANSALUD EPS Y EL DR. RAFAEL GONZÁLEZ USCATEGUI PARA EFECTUAR LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Los requisitos y el trámite aplicables a esta figura de vinculación procesal, el Código de Procedimiento Civil, en aplicación de la previsión legal contenida en el artículo 57, dispone:

*“Quien **tenga derecho legal o contractual** de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación. El llamamiento se sujetará a lo dispuesto en los dos artículos anteriores.” (Negritas fuera del texto).*

De la norma transcrita se tiene que el llamamiento en garantía es una figura procesal que se basa en una relación de carácter sustancial, la cual solo es procedente respecto de quienes son ajenos al proceso pero que se encuentran relacionados legal o contractualmente con una de las partes demandadas.

De conformidad con los artículos 55 y 57 del Código de Procedimiento Civil, debe la parte interesada –llamante- cumplir con una serie de requisitos mínimos para efectos de que prospere su solicitud de llamamiento en garantía. El artículo 55 señala que le corresponde a la parte llamante

mencionar en el escrito de su solicitud, entre otras cosas: (a) la identificación del llamado, (b) la información del domicilio y de notificación tanto del convocante como del citado, y (c) los hechos en que se fundamenta el llamamiento. Adicionalmente, y en virtud de lo previsto en el Art. 57 del CPC, el llamante tiene la carga de aportar prueba, de la existencia del vínculo legal o contractual que da lugar al derecho para formular el llamamiento en garantía. Es decir, es indispensable, además del cumplimiento de los requisitos formales –artículo 55-, que el llamante allegue prueba del nexo jurídico en que apoya la vinculación del tercero al proceso, dado que su vinculación al proceso, implica la extensión de los efectos de la sentencia judicial al convocado, causándole eventualmente una posible afectación patrimonial.

Si se analiza el escrito de llamamiento en garantía tenemos que, ALIANSALUD EPS simplemente señaló:

(a) que el señor Paulino Rodríguez Méndez recibió atención en salud en la Clínica Bucaramanga en virtud del contrato de afiliación No. F238103729762CC0013221476 que éste tiene con la entidad llamante en garantía –ALIANSALUD EPS-,

(b) que la atención que el señor Paulino Rodríguez recibió en el servicio de urgencias de la Clínica Bucaramanga obedeció a la relación contractual que Aliansalud EPS tenía para la época de los hechos con la referida IPS,

(c) que la clínica Bucaramanga suscribió con Aliansalud EPS el contrato de prestación de servicios médicos CLINIPOS 06-050-2000,

(d) que la clínica Bucaramanga –no aliensalud– tenía contratado dentro de su staff de médicos especialistas al Dr. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI, y

(e) que el Dr. RAFAEL GONZÁLEZ USCATEGUI fue quien atendió al señor Paulino Rodríguez según da cuenta la historia clínica, folios 705 al 706.

De las anteriores afirmaciones que la entidad llamante en garantía, surge el siguiente interrogante, **¿cuál es el vínculo legal o contractual que existe entre ALIANSALUD EPS y al doctor RAFAEL EUGENIO GONZÁLES USCATEGUI que le permita a esta efectuar el llamamiento en garantía conforme lo establece el artículo 57 del C. de P.C.?** la respuesta al anterior planteamiento es que, **NO EXISTE** ni vínculo legal ni mucho menos contractual que permita que la entidad demandada, ALIANSALUD EPS, llame en garantía a mi mandante el Dr. RAFAEL GONZÁLEZ USCATEGUI.

A folio 923 del expediente obra oficio de Aliansalud EPS dirigido al Juzgado en el que relacionó y aportó la documentación que se le había requerido en el auto de pruebas de fecha 13 de noviembre de 2015. Si se revisa detalladamente el punto No. 7 del oficio remitido por la entidad llamante en garantía se logra concluir que la misma confiesa que no tiene ni ha tenido vínculo contractual con el Dr. Rafael Eugenio González Uscategui, veamos:

Ref. Respuesta a oficio No 2116 proceso ordinario No 6800131030004-2009-00405-00
Demandante: Chiquinquirá Olaya Pinilla
Demandado: Clínica Bucaramanga Centro Médico Peralta – Otro.

En respuesta a oficio mediante el cual solicitó aportar la siguiente documentación como parte del proceso citado en el asunto de referencia, nos permitimos adjuntar:

1. Certificado de afiliación del señor PAULINO RODRÍGUEZ MÉNDEZ al Plan Obligatorio de Salud con Aliansalud EPS (antes Colmédica EPS).
2. Contratos establecidos con Clínica Bucaramanga- Centro Médico Daniel Peralta S.A
3. Certificado de existencia y representación de Clínica Bucaramanga-Centro Médico Daniel Peralta S.A con fecha del 30/03/2004.
4. Certificado de Habilitación de la Clínica Bucaramanga con vigencia 15/04/2003 hasta 14/04/2006.
5. Contrato de prestación de Servicios con la Clínica San Pablo S.A con fecha del 01/08/2000.
6. Contrato de Transacción con Servicios Integrales de Colombia SILCO LTDA con fecha del 18/05/2004. Se aclara que anteriormente Servicios Integrales de Colombia SILCO LTDA era la antigua razón social de Medired LTDA.
7. Por último, se informa que Colmena Salud EPS, Colmédica EPS, ni Aliansalud ha tenido vínculo contractual con los profesionales Juan Daniel Rodríguez ni Rafael Eugenio Uscategui al momento de la ocurrencia de los hechos.

Imagen 1: Prueba que fue aportada por la demandada Aliansalud EPS.

Además de lo anterior, en la contestación de la demanda que en su oportunidad presentó la entidad llamante en garantía, ALIANSALUD dejó claro que los profesionales de la salud –entre ellos mi poderdante- que atendieron al paciente Paulino Rodríguez, estaban adscritos a la IPS CLÍNICA BUCARAMANGA y que Aliansalud como Entidad Promotora de salud, se encarga de contratar una red de servicios para la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, sin que ellos tengan vínculo alguno con los profesionales de la salud.

Con esto, resulta claro que en el expediente no obra prueba que acredite tal vínculo convencional, insistiéndose que es claro que entre ALIANSALUD EPS y el Dr. RAFAEL GONZÁLEZ no existe vínculo contractual que le permita a esta llamarlo en garantía. De ser así, la entidad llamante en garantía debió aportar junto con el llamamiento el referido contrato, lo cual no ocurrió por la sencilla razón de que dicho contrato no existe, ya que el Dr. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI jamás ha tenido ningún vínculo contractual con ALIANSALUD EPS.

Teniendo en cuenta que no existe vínculo contractual que permita que Aliansalud EPS llame en garantía al Dr. González Uscategui, resta preguntarse si dentro del presente asunto existe vínculo legal que permita que la EPS llame en garantía al Dr. Rafael Eugenio.

La respuesta es **NO**. No existe norma legal que faculte a la EPS ALIANSALUD a llamar en garantía al Dr. Rafael González. Frente a la relación de tipo legal que debe existir entre llamante y llamado a efecto de la prosperidad del

llamamiento en garantía conforme lo dispone el Art. 57 del C.P.C., en sentencia del 27 de abril de 2018¹, se precisó lo siguiente:

“(…)

En efecto, el citado autor explicaba que:

“con alguna frecuencia ocurre que una de las partes —demandante o demandada— tiene el derecho contractual o legal de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio o la restitución del pago que llegue a soportar como resultado, por existir entre él y ese tercero una relación de garantía, es decir, aquella en virtud de la cual ese tercero (garante) está obligado a garantizar un derecho del demandante y, en consecuencia, a reponer a la parte principal (garantizada) lo que haya dado o perdido en virtud de la acción de otra persona. En otras ocasiones, el derecho a citar al tercero proviene de una relación jurídica distinta, existente entre los dos, respecto a la cosa materia del litigio, como cuando el tenedor demandado en reivindicación denuncia al verdadero poseedor en cuyo nombre tiene el inmueble. Esa citación puede provenir (sic) también de la pretensión excluyente de un tercero sobre la misma cosa”

Agrega que esa garantía puede ser de dos clases: “real, cuando consiste en responder por el goce y disfrute de un derecho real que ha sido transferido por el garante al garantizado y que, por tanto, tiene siempre un origen contractual, como sucede en la evicción de que responde el vendedor al comprador; o garantía personal, cuando se trata de responder por obligaciones personales, como la de indemnizar perjuicios o de restituir lo pagado, de modo que puede originarse directamente en la ley, como el caso del patrón que responde por los daños causados a terceros por su empleado o dependiente y queda con derecho a repetir contra este, o un contrato, como el caso del fiador que es obligado a pagar por su fiado y queda con derecho a repetir contra él”

Para aclimatar esta posición doctrinal, y ya en vigencia del Código de Procedimiento Civil, reiteró la Corporación:

“como el vocablo mismo así lo indica, para que proceda el llamamiento en garantía requiérese que la halla; es decir, que exista un afianzamiento que asegure y proteja al llamante contra algún riesgo, según la definición que de garantía da la Real Academia Española. O, en otras palabras, que el llamado en garantía, por ley o por contrato, esté obligado a indemnizar al llamante por la condena al pago de los perjuicios que llegare a sufrir, o que esté obligado, en la misma forma, al “reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia”, según los términos del artículo 57 del C. de P. Civil”. Agregó además que “el llamamiento en garantía se produce,

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia 27 de abril de 2018. Rad. 13001-31-03-004-2000-00556-01. Rad. Interno SC1304-2018. Magistrada Ponente: Dra. Margarita Cabello Blanco.

al decir de Guasp, "cuando la parte de un proceso hace intervenir en el mismo a un tercero, que debe proteger o garantizar al llamante, cubriendo los riesgos que se derivan del ataque de otro sujeto distinto, lo cual debe hacer el tercero, bien por ser transmitente: llamado formal, o participante: llamado simple, de los derechos discutidos". En uno y otro caso precísase, como se dejó dicho antes, que haya un riesgo en el llamante, que por ley o por contrato deba ser protegido o garantizado por el llamado; o según palabras del Art. 57 ya citado, que el llamante tenga "derecho legal o contractual de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia" (GJ CLII, primera parte N°. 2393, pág. SC del 14 oct. 1976).

Refrendando esa posición, en fecha más reciente proclamó:

"El llamamiento en garantía es uno de los casos de comparecencia forzosa de terceros, que se presenta cuando entre la parte y el tercero, existe una relación legal o contractual de garantía que lo obliga a indemnizarle al citante el "perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia" que se dicte en el proceso que genera el llamamiento.

La justificación procesal del llamamiento en garantía, previsto en el artículo 57 del Código de Procedimiento Civil, no es otra que la de la economía, pues lo que se procura es hacer valer en un mismo proceso, las relaciones legales o contractuales que obligan al tercero a indemnizar, sin perjuicio, claro está, de las garantías fundamentales del proceso, que en manera alguna se ven conculcadas. Por tal razón, la Corte ha sostenido que "El texto mismo del precepto transcrito indica que el llamamiento en garantía requiere como elemento esencial que por razón de la ley o del contrato, el llamado deba correr con las contingencias de la sentencia, como consecuencia de la cual el demandado se vea compelido a resarcir un perjuicio o a efectuar un pago" (Sent. de 11 de mayo de 1976).

(...)

Al punto bien vale recordar que la Corte en **providencia ya reseñada acudió a ejemplos de llamamiento en virtud de ley o convenio, dentro de los cuales descuella la solidaridad contractual y extracontractual**. Dijo entonces:

Ejemplos de derecho legal son múltiples. Estos, entre otros: **el deudor solidario que es demandado para pagar el monto de un perjuicio (Arts. 1579 y 2344 C.C.)**; **el codeudor solidario demandado por obligación que no es posible cumplir por culpa de otro codeudor (Art. 1583-3 ibídem)** **el codeudor de obligación indivisible que paga la deuda (Art. 1587 ibídem)**; **el comprador que sufre evicción que al vendedor debe sanear (Art. 1893 ibídem)**; Y de derecho contractual, se tiene el caso clásico de la condena en perjuicios al demandado, por **responsabilidad civil contractual o aquiliana, que tiene amparados con póliza de seguro**" (GJ CLII, primera parte N°. 2393, pág. SC del 14 oct. 1976)." (Negrillas fuera del texto original)

Así las cosas, revisado el llamamiento en garantía se tiene que la entidad llamante, ALIANSALUD EPS, no tiene derecho legal o contractual de exigirle al Dr. RAFAEL EUGENIO GÓNZÁLEZ USCATEGUI la indemnización que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, porque no hay un vínculo jurídico preexistente entre ellos.

4.2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE REEMBOLSAR SUMA DE DINERO ALGUNA EN CASO DE EVENTUAL CONDENA EN CONTRA DE ALIANSALUD EPS. LA SOLIDARIDAD EN MATERIA CIVIL DEBE SER PACTADA.

El Artículo 1568 del Código Civil establece la definición de obligaciones solidarias, señalando que:

“En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.

Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.

La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.”(Negrillas propias)

De la norma transcrita se entiende que, en materia de responsabilidad, la solidaridad puede venir impuesta por la ley, sin perjuicio de la autonomía de la voluntad de las partes en pactar esa solidaridad a través de un contrato, siguiendo las pautas de la buena fe de los contratantes –artículo 1603 del Código Civil y Art. 83 de la Constitución Nacional-, para la cual solo basta que aparezca de modo evidente la voluntad de los contratantes de haberse obligado en forma solidaria o resulte dicha solidaridad de la propia naturaleza de lo pactado.

Para el caso de las obligaciones civiles, el Código Civil, el artículo 1568 ya citado, recoge la regla de la no solidaridad, haciendo énfasis que la solidaridad debe tener su fuente en la convención, el testamento o la ley. Lo anterior implica, que la solidaridad debe provenir de la ley o del negocio jurídico –contrato-, es decir, debe ser expresamente declarado, de lo contrario, se entiende que no existe solidaridad.

Si la fuente de la solidaridad proviene de un contrato y en éste se regulan las relaciones jurídicas internas entre los contratantes, que vendrían siendo codeudores solidarios, con mayor razón, el derecho contractual legitima la posibilidad de realizar el llamamiento en garantía, y la finalidad del llamamiento es que la persona que es citada pueda ser vinculada a las

resultas del proceso, en especial para que sea obligada a efectuar un pago que sea impuesto en la sentencia.

Para llamar en garantía Aliansalud EPS a mi poderdante, Dr. Rafael González, simplemente se limitó a indicar que la figura del llamamiento era procedente toda vez que se fundamenta en la existencia de un vínculo legal o contractual que une al llamante con el llamado –hecho 5 del llamamiento en garantía-, sin embargo no aportó al proceso el referido vínculo contractual, que la llamante afirma tener con el Dr. Rafael González, y como se indicó en la excepción antes enunciada, la entidad llamante en garantía jamás ha tenido vínculo contractual alguno con Aliansalud EPS, al no existir contrato alguno, es factible concluir, que no existe cláusula de solidaridad, conforme lo dispone el Art. 1568 del C.C., por lo que, no hay razón legal ni contractual que faculte a ALIANSALUD EPS solicitar en caso de una eventual condena que mi poderdante sea obligado de manera solidaria a reembolsar suma alguna de dinero en favor de quien hoy llama en garantía.

4.3. NO EXISTE SOLIDARIDAD ENTRE EL DR. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI Y ALIANSALUD EPS, EN TANDO LA RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ES DIFERENTE A LA RESPONSABILIDAD DE LAS EPS.

En el presente asunto, inicialmente, fueron llamados al proceso la IPS CLÍNICA BUCARAMANGA y la EPS ALIANSALUD por los daños causados a los demandantes por la presunta falla médica derivada de las acciones y omisiones en atención al diagnóstico y tratamiento al que fue sometido el paciente Paulino Rodríguez.

Con posterioridad y estando en la etapa probatoria, la EPS ALIANSALUD llamó en garantía al Dr. Rafael Eugenio González. En el escrito de llamamiento la EPS accionada se limitó a indicar que llamaba en garantía al profesional de la salud, toda vez que, según da cuenta la historia clínica y en específico los folios 705 al 706, fue el Dr. González Uscategui quién atendió al paciente Paulino Rodríguez.

Frente a la responsabilidad de las Entidades Prestadoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Magistrado ponente WILLIAM NAMÉN VARGAS, 17 de noviembre de 2011 Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01 señaló:

“Pertinente advertir, en las voces del artículo 177 de la Ley 100 de 1993 (D.O. 41148, 23 de diciembre de 1993), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral conformado con los regímenes de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios definidos por la ley para la efectiva realización de los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia enunciados en el artículo 48 de la Constitución Política, la función básica de las Entidades Promotoras de Salud de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”, y la de “establecer procedimientos para controlar la atención

integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" (artículo 177, num. 6º, ibídem, subraya la Sala), que les impone el deber legal de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, por cuya inobservancia comprometen su responsabilidad, sea que lo presten directamente o mediante contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y profesionales respectivos (artículo 179, ejusdem).

Es principio del sistema organizado, administrado y garantizado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la calidad en la prestación de los servicios de salud, atención de las condiciones del paciente según las evidencias científicas, y la provisión "de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada" (artículo 153, 3.8, Ley 100 de 1993).

En idéntico sentido, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados, organizar y garantizar la prestación de los servicios integrantes del POS, orientado a obtener el mejor estado de salud de los afiliados, para lo cual, entre otras obligaciones, han de establecer procedimientos garantizadores de la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a los usuarios en las instituciones prestadoras de salud (art. 2º, Decreto 1485 de 1994).

Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.

La responsabilidad de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación, para estos efectos, materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la Ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS "en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados", y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994, relativos a los "contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados" y los planes complementarios. Contrario sensu, la responsabilidad en que pueden incurrir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extracontractual.

Ahora, cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil; cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415).

Frente al mismo tema y en sentencia más reciente de la misma corporación, del 30 de septiembre de 2016, radicado 05001-31-03-003-2005-00147-01, Magistrado ponente Ariel Salazar Ramírez, señaló:

“6.2. La imputación del daño a las empresas promotoras de salud, a las instituciones prestadoras del servicio y a sus agentes.

Se ha afirmado líneas arriba que la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)).» (Art. 177)

Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.

(...)

De igual modo, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que «son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley».

La función que la ley asigna a las IPS las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les imponen ese deber de prestación del servicio.

El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención

jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito. La atención médica de hoy en día requiere habitualmente que los pacientes sean atendidos por varios médicos y especialistas en distintas áreas, incluyendo atención primaria, ambulatoria especializada, de urgencias, quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación. Los usuarios de la salud se mueven regularmente entre áreas de diagnóstico y tratamiento que pueden incluir varios turnos de personas por día, por lo que el número de agentes que están a cargo de su atención puede ser sorprendentemente alto.

Todas esas personas podrían tener un influjo decisivo en el desenvolvimiento causal del resultado lesivo; sin embargo, para el derecho civil no es necesario, ni posible, ni útil realizar un cálculo matemático del porcentaje de intervención de cada elemento de la organización en la producción física del evento adverso. Para atribuir la autoría a los miembros particulares, basta con seleccionar las operaciones que el juez considera significativas o relevantes para endilgar el resultado a uno o varios miembros de la organización, tal como se dijo en páginas precedentes (punto 3.2).

De manera que para imputar responsabilidad a los agentes singulares de la organización, el juez habrá de tomar en cuenta sólo aquellas acciones, omisiones o procesos individuales que según su marco valorativo incidieron de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario y cargarlos a la cuenta de aquellos sujetos que tuvieron control o dominio en la producción del mismo. De este modo se atribuye el hecho dañoso a un agente determinado, quien responderá en forma solidaria con la EPS y la IPS, siempre que confluyan en ellos todos los elementos de la responsabilidad civil.

El agente médico singular se exonerará del juicio de imputación del hecho como suyo siempre que se demuestre en el proceso que no tenía un deber de cuidado en la atención que brindó al paciente, lo que ocurre, por ejemplo, cuando su intervención no fue jurídicamente relevante o estuvo amparada en una causal de justificación de su conducta; cuando el daño se debió al quebrantamiento de una obligación de acción de la EPS o de la IPS y no a la desatención del deber personal de actuar; o cuando no intervino de ninguna manera ni tenía el deber jurídico de hacerlo.

Así, por ejemplo, si se demuestra en el proceso que el evento adverso se produjo por falencias organizacionales; errores de coordinación administrativa; políticas empresariales que limitan al médico en la utilización del tiempo que requiere para brindar una atención de calidad al usuario; o restringen su autonomía para prescribir los procedimientos, medicamentos o tratamientos que se requieren para la recuperación de la salud del usuario, tales como exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas o ecografías, tomografías axiales computarizadas, etc., o cualquier otra razón atribuible a las empresas promotoras o a las instituciones prestadoras del servicio de salud, entonces los agentes médicos quedarán exonerados de responsabilidad porque el daño ocasionado al cliente del sistema de salud no podrá considerarse como obra suya sino de la estructura organizacional."

De las jurisprudencias antes citada se logra concluir que, la culpa de las entidades del sistema de salud –IPS y EPS- y la de las profesionales de la salud, se debe examinar siempre en forma individual, muy a pesar de que todos puedan controvertir ese juicio de responsabilidad civil con la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado en la atención médica que se le prestó al paciente.

La primera vez que el Dr. Rafael Gonzalez atendió al señor Paulino Rodríguez fue el 11 de junio de 2004 a las 8:33 de la noche cuando acudió al llamado de interconsulta solicitado por el médico general en la Clínica Bucaramanga, resaltándose que la atención al llamado de interconsulta se dio en un término inferior a las dos horas, lo cual se corrobora con la historia clínica que obra en el proceso.

Como bien aparece en la historia clínica, el paciente llevaba 5 días de dolor testicular derecho, fiebre y escalofríos. Al examen físico tenía el testículo derecho aumentado de tamaño, muy doloroso a la palpación. No se diferenciaban estructuras testiculares. Ante esa clínica el Dr. Rafael González planteó dos diagnósticos diferenciales, una orquiepidemitis derecha interrogada y una torsión testicular derecha interrogada. Teniendo en cuenta que, clínicamente era difícil saber cuál de los dos posibles diagnósticos presentaba el paciente Paulino Rodríguez, el Dr. Rafael González solicitó con carácter **urgente** una gammagrafía testicular para tener certeza si se trataba de una inflamación del testículo o había una ausencia de función del mismo. El mencionado examen se ordenó desde el día 11 de junio de 2004 a las 8:33 pm –en la primera consulta de mi mandante con el hoy demandante-, sin embargo y por cuestiones que se escapan de las manos del médico tratante, la gammagrafía testicular se practicó hasta el día 15 de junio de 2004.

Los resultados de la gammagrafía fueron revisados por el Dr. González el mismo 15 de junio de 2004 a las 6:48 PM y desde ese momento se ordenó el procedimiento de “*ORQUIDECTOMIA RADICAL DERECHA + FIJACIÓN TESTICULAR IZQUIERDA*”, el cual se realizó el 17 de junio de 2004, una vez el mismo fue autorizado por la EPS accionada –llamante en garantía-. La cirugía se realizó sin ningún tipo de complicaciones, como da cuenta la historia clínica, y el testículo derecho que se le extrajo al paciente fue enviado a patología, cuyo resultado fue “*NECROSIS ISQUEMICA CON INFILTRACIÓN HEMORRAGICA POR TORSIÓN DEL PEDICULO VASCULAR*”. Quiere decir lo anterior que el testículo del paciente efectivamente debía ser extraído en cirugía, pues no existía posibilidad de salvarlo. El procedimiento se realizó sin complicaciones, el paciente evolucionó satisfactoriamente y en ese sentido se le dio salida el 18 de junio de 2004 en horas de la tarde.

Hasta aquí, el resumen de la actuación desplegada por mi mandante en relación con el paciente Paulino Rodríguez evidencia que fue prudente, diligente y con estricto apego a la lex artis. Atendió al paciente de manera inmediata al llamado de interconsulta, como impresiones diagnosticas señaló que podía tratarse de una orquiepidemitis derecha o de una torsión testicular, para salir de la duda y teniendo en cuenta que el examen clínico del paciente no era suficiente, ordenó con carácter urgente la gammagrafía testicular, examen que por excelencia le permitiría saber si el

paciente tenía una inflamación del testículo o había una ausencia de función del mismo, y hasta tanto no se obtuvieron los resultados el Dr. Rafael no pudo adoptar la conducta a seguir, pues no todo cuadro inflamatorio testicular se resuelve con cirugía.

Es de resaltar que tan pronto se obtuvieron los resultados de la gammagrafía se ordenó el procedimiento indicado, es decir, retirar el testículo del paciente, ya que como se ha indicado en extenso no había posibilidad de salvarlo si el testículo no tenía función, pues estaba perdido y era irreparable. No hacerlo significaba dejar un foco de dolor e infección en el paciente que sin lugar a dudas ponía en riesgo su vida.

Debe precisarse que no existe reproche alguno en la atención que brindó el Dr. Rafael González al paciente Paulino Rodríguez, así como tampoco se le endilgó un error en el diagnóstico ni reproche frente a las ordenes médicas dadas por mi mandante; las demoras que se dieron a nivel institucional y que fueron de orden administrativo para la práctica de exámenes así como del procedimientos se escapaban de las manos del médico tratante.

4.4. AUSENCIA DE CULPA DEL DR. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI EN LA ATENCIÓN MÉDICA DESPLEGADA CON EL PACIENTE PAULINO RODRÍGUEZ MÉNDEZ

La responsabilidad en general, está construida sobre la existencia de un hecho, un daño, y un nexo de causalidad entre estos, sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito indispensable que la conducta generadora del daño sea jurídicamente reprochable, siendo el hecho generador del daño una conducta culpable, es decir, que el médico no cumpla con la correcta técnica exigida para el caso concreto, situación que como se ha expuesto, no sucede en el presente asunto, ya que mi poderdante desplegó su acto médico conforme lo indica la literatura científica.

Respecto de la culpa en la Responsabilidad Civil derivada del acto médico la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 8 de agosto de 2011², señaló:

“Quiérase poner de presente, entonces, que la responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, envuelve un reproche culpabilístico respecto de la diligencia, pericia y cuidados exigibles al facultativo. El nivel de esa exigencia se configura, principalmente, a partir de lo que establecen las reglas de la lex artis ad hoc, que constituye, en ese orden de ideas, el primordial criterio de valoración de la conducta médica, junto con un patrón de comparación que no es otro que el obrar de un buen profesional. Así las cosas, no puede exigirse del médico algo más, como una diligencia diligentissimi propia de la culpa levísima, sino la corrección que se espera de un buen profesional de su especialidad, es decir de quien acata debidamente los preceptos

² Sentencia Ref.: Expediente No.2001 00778 01 del 8 de agosto de 2011, Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil; M.P. Pedro Octavio Munar Cadena.

que gobiernan su ciencia, pero tampoco menos". (Negrilla y subraya fuera de texto.)

En ese orden, se precisa que el Dr. Rafael Eugenio González Uscategui actuó con total diligencia, prudencia y cuidado, desplegó un acto médico adecuado y ajustado a la *lex artis*, realizando el procedimiento quirúrgico de ORQUIDECTOMIA RADICAL DERECHA + FIJACIÓN TESTICULAR IZQUIERDA, procedimiento que finalizó sin ninguna complicación intraoperatoria, el paciente tuvo una evolución satisfactoria luego del procedimiento por lo que lo se le dio salida el día 18 de junio de 2004 con fórmula para tratamiento ambulatorio y cita de control en 10 días.

Además que, fue perito en su actuar, puesto que es un médico de reconocida trayectoria profesional, quien se ha desempeñado como médico general, especialista en urología y se ha desempeñado en su especialidad a lo largo de 26 años, que lo faculta completamente para desarrollar esta clase de procedimiento quirúrgico. Desestimando así, señor juez todos los elementos constitutivos de la culpa.

Al mismo tiempo, tanto la ley como la jurisprudencia han señalado expresamente que la obligación médica es de medio y no de resultado. Así, basta citar la prescripción del 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*", a saber:

"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".

Resulta importante resaltar que la obligación del profesional de la medicina es de medio o comportamental, es decir, el médico 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.

En este orden de ideas, 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*"³.

³ Citada en la sentencia de Ref.: 20001-3103-005-2005-00025-01 del 5 de noviembre de 2013, Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, M.P. Arturo Solarte Rodríguez.

Revisada la historia clínica, se observa con claridad que mi defendido actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, por cuanto, desplegó en debida forma su acto médico propio de la especialidad en urología y la técnica empleada durante la intervención quirúrgica, la cual finalizó sin ninguna complicación, siendo dado de alta el paciente al presentar una evolución satisfactoria.

Finalmente, vale la pena recordar que el médico está en la obligación de aplicar todo su conocimiento en busca de un resultado beneficioso para el paciente, pero no está sujeto a que el resultado tenga que ser el esperado, pues escapa a su esfera de responsabilidad que pese a aplicar la correcta *lex artis ad hoc*, se produzcan eventos inevitables que son consecuencia de causas ajenas al actuar del profesional o inherentes al procedimiento quirúrgico, es decir, la obligación del médico es de medio y no de resultado.

Por esta razón, resultan ajenos a mi poderdante los padecimientos que el paciente indicó manifestar con posterioridad, pese a haber realizado un adecuado procedimiento –y evitar un mal mayor en el paciente, por ejemplo, la muerte por un proceso infeccioso-. Se resalta que los resultados de la gammagrafía confirmaron que el testículo derecho del señor Paulino Rodríguez no tenía función y por consiguiente el paso a seguir era retirarlo a través de procedimiento quirúrgico, logrando mejorar de esta manera la salud general del paciente.

En ese orden, señor Juez, con todo respeto solicito se declare probada la excepción de ausencia de los elementos constitutivos de la culpa y cumplimiento de la *lex artis ad hoc* y, en consecuencia, se desestimen las pretensiones de la demanda, absolviendo a mi poderdante de cualquier consecuencia económica derivada del presente asunto.

4.5. CONDUCTA MÉDICA ADECUADA: EL ACTO MÉDICO DEL DR. RAFAEL EUGENIO GÓNZALEZ SE AJUSTÓ A LA LEX ARTIS Y ESTÁ EXENTO DE CULPA.

El acto médico dispensado por el Dr. Rafael Eugenio González Uscategui en la especialidad de urología fue adecuado y cumplió con los postulados de la *lex artis ad hoc*. A esta conclusión puede arribarse con base en la descripción de las atenciones brindadas al paciente Paulino Rodríguez Méndez que se hace a continuación:

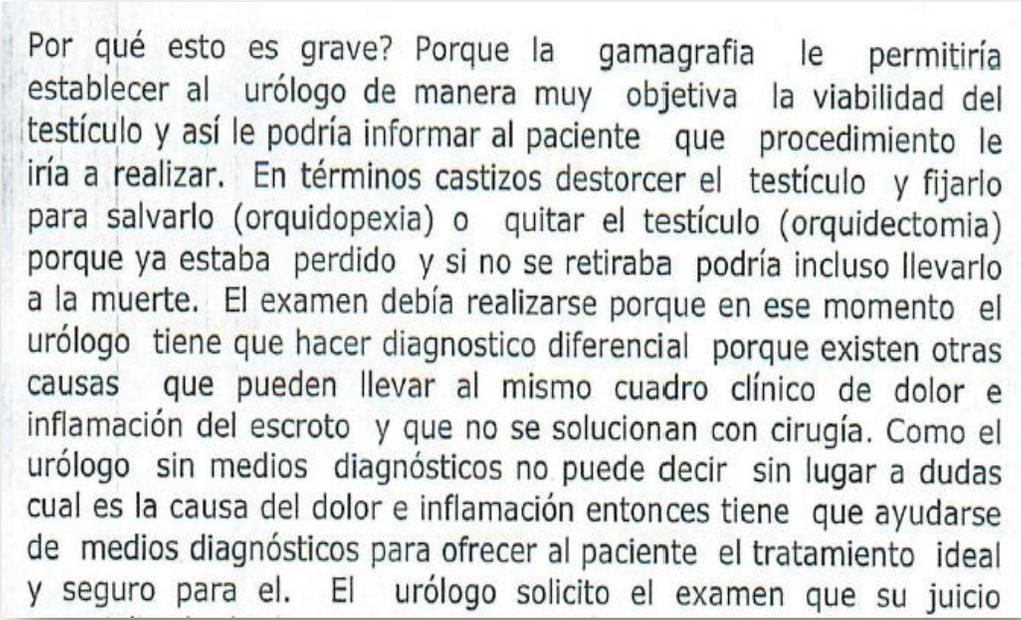
Las atenciones del Dr. Rafael Eugenio González consistieron en:

1. Primera atención: 11 de junio de 2004 a las 8:33 P.M.

El Dr. Rafael atendió la interconsulta en un término inferior a las dos horas. Al examen físico, el paciente tenía el testículo derecho aumentado de tamaño, muy doloroso a la palpación. No se diferenciaban estructuras testiculares. Ante esa clínica se plantearon

dos diagnósticos diferenciales "1. *orquiepidimitis derecha?* 2. *Torsión testicular derecha?*". Clínicamente era difícil saber cuál de los dos diagnósticos era el que tenía el paciente, por lo anterior, el Dr. Rafael González ordenó hospitalizar y solicitó la gammagrafía testicular URGENTE para tener la certeza de si el paciente tenía una inflamación del testículo o si por el contrario había una ausencia de función del mismo, último diagnóstico que finalmente se confirmó.

Conducta adecuada: Frente a este punto cabe resaltar lo indicado por el Dr. Víctor Manuel Pinzón Hernández, perito médico legal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el dictamen pericial que aporta la parte demandante junto con los anexos de la demanda.



Por qué esto es grave? Porque la gamagrafia le permitiría establecer al urólogo de manera muy objetiva la viabilidad del testículo y así le podría informar al paciente que procedimiento le iría a realizar. En términos castizos destorcer el testículo y fijarlo para salvarlo (orquidopexia) o quitar el testículo (orquidectomia) porque ya estaba perdido y si no se retiraba podría incluso llevarlo a la muerte. El examen debía realizarse porque en ese momento el urólogo tiene que hacer diagnostico diferencial porque existen otras causas que pueden llevar al mismo cuadro clínico de dolor e inflamación del escroto y que no se solucionan con cirugía. Como el urólogo sin medios diagnósticos no puede decir sin lugar a dudas cual es la causa del dolor e inflamación entonces tiene que ayudarse de medios diagnósticos para ofrecer al paciente el tratamiento ideal y seguro para el. El urólogo solicito el examen que su juicio

Imagen 2: Dictamen Pericial aportado por la parte demandante.

Lo aquí expuesto por el perito de la parte demandante confirma la importancia del examen ordenado por mi mandante, pues el mismo le permitió establecer el diagnóstico del paciente y adoptar el tratamiento a seguir.

2. Segunda atención: 12 de junio de 2004.

Estando hospitalizado el paciente, el Dr. Rafael González lo valoró nuevamente, le realizó examen físico y evidenció que estaba pendiente el examen de gammagrafía testicular ordenado el día anterior, por lo que, ordenó seguir con el tratamiento médico ya indicado y solicitó valoración del paciente por el área de cirugía general.

FECHA DE ELABORACION	DEPENDENCIA	MEDICO AUTOR	SINCC	Convenio
12/06/2004	HOSPITALIZACION	GONZALEZ USCATEGUI RAFAEL EUGENIO		
SUBJETIVO DOLOR TESTICULAR DOLOR EN LA HERIDA QX. DIFICULTAD PARA LA MICCION.				
OBJETIVO PACTE ESTABLE FC 80 XM ABD GLOBO VESICAL NEG HERIDA EQUIMOSIS. GE TESTICUOLO DERECHO MUY DOLOROSO E INFLAMADO				
ANALISIS PENDOENTE GAMAGRAFIA TESTICULAR. ENELMOMENTONOHAY GLOBO VESICAL SI HACE RETENCION SE COLOCARA SONDA FLEY. NO 18				
PLAN IGUAL TTOPEND GAMAGRAFIA SS VAL POR CIRUGIA GENERAL.				

Imagen 3: Historia Clínica del paciente Paulino Rodríguez. Atención del 11 de junio del 2004. Clínica Bucaramanga.

Conducta adecuada: Para este momento al paciente no se le había realizado el examen ordenado por mi mandante, por lo que para el Dr. Rafael González era imposible adoptar una conducta médica, toda vez que era necesario tener la certeza de si el paciente presentaba una inflamación del testículo o había una ausencia de función del mismo, pues no todo cuadro de dolor testicular se resuelve con cirugía.

3. Tercera atención: 13 de junio de 2004

Estando hospitalizado el paciente, el Dr. Rafael González lo vuelve a valorar, le realiza examen físico y evidenció que aún estaba pendiente el examen de gammagrafía, por lo que, ordenó seguir con el tratamiento médico.

FECHA DE ELABORACION	DEPENDENCIA	MEDICO AUTOR
13/06/2004	HOSPITALIZACION	GONZALEZ USCATEGUI RAFAEL EUGENIO
SUBJETIVO DOLOR EDEMA TESTICULO DERECHO.		
OBJETIVO PACRTE ESTABEL AFEIBIL. FC 88XM ABD NROAL HERIDA HERNIA MEJORA DE LA EQUIMOSIS NO SIGNOS DE INFECCIN.		
ANALISIS TESTICULODERECHO AUMENTADO DE TAMADO DURO MUY DOLORROSO ALA PALPACIN NO SEIDENTIFICAN ESTRUCTRUAS		
PLAN NO SE A REALIZADO AL GAMAGRAFIA TESTICULAR TODAVIA. IOGUA TTO PENDIENTE GAMAGRAFIA TESTICULAR.		

Imagen 4: Historia Clínica del paciente Paulino Rodríguez. Atención del 13 de junio del 2004. Clínica Bucaramanga.

Conducta adecuada: Para esta valoración seguía pendiente el examen de gammagrafía testicular, insistiéndose que hasta tanto no se obtuvieran los resultados del referido examen, mi mandante no podía adoptar tratamiento alguno.

4. Cuarta atención: 15 de junio de 2004 a las 11:18 de la mañana

Según la historia clínica el Dr. Rafael González hizo ronda en la habitación del señor Paulino Rodríguez a la hora señalada, para ese momento el paciente se encontraba en la práctica del examen que se había ordenado desde el 11 de junio de 2004, por lo anterior, se consigna dicha situación y que está pendiente el resultado del mismo.

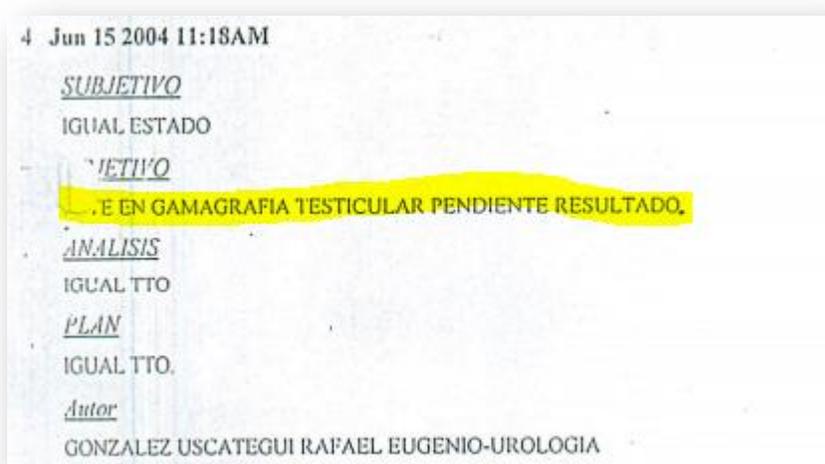
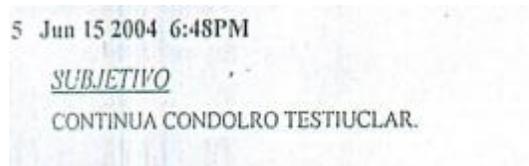


Imagen 5: Historia Clínica del paciente Paulino Rodríguez. Atención del 15 de junio del 2004. Clínica Bucaramanga.

El mismo 15 de junio de 2004 a las 6:48 PM, el Dr. Rafael González valoró al paciente y en la consulta reportó los resultados de la gammagrafía testicular: “AUSENCIA DE FUNCIÓN TESTICULAR”,. Teniendo en cuenta los resultados descritos, y ante la imposibilidad clínica de salvar el testículo derecho del señor Paulino González, mi mandante ordenó el procedimiento de “ORQUIDECTOMIA RADICAL DERECHA + FIJACIÓN TESTICULAR IZQUIERDA”



OBJETIVO
PCTE ESTABLE TESTICULODURO DERECHO.
ANALISIS
REPORTE DE MAGAGRAFIA TESTIUCLAR AUSENCIA DE FUNCION TESTICULAR.
PLAN
SS ORQUIDECTOMIA RADICAL DERECHA+ FIJACION TESTICULAR IZQUIERDA.
Autor
GONZALEZ USCATEGUI RAFAEL EUGENIO-UROLOGIA

Imagen 6: Historia Clínica del paciente Paulino Rodríguez. Atención del 15 de junio del 2004. Clínica Bucaramanga.

5. **Quinta atención:** 16 de junio de 2004 a las 10:22 de la mañana.

El Dr. Rafael González valoró al paciente y anotó que se encontraba pendiente la autorización del procedimiento que él había ordenado desde el 15 de junio a las 6:48 PM.

6 Jun 16 2004 10:22AM
SUBJETIVO
MASA TESTICULAR DURA DOLOROSA EL CUAL CEDE AL TTO ANALGESICO
OBJETIVO
PACTE ESTABLE ABD NORAL GE TESTICULOS DERECHO MASA DE IGUALES CARACTERISTICAS.
ANALISIS
PENDIENTE QUE SE AUTORIZE EXPLORACION QUIRURGICA PARA POSIBLE ORQUIDECTOMIA RADICAL DERECHA + FIJACION TESTICULAR IZQUIERDA.
PLAN
VER ANALISIS SE PROGRAMA PARAMADANA 10 .30 AM
Autor
GONZALEZ USCATEGUI RAFAEL EUGENIO-UROLOGIA

Imagen 7: Historia Clínica del paciente Paulino Rodríguez. Atención del 16 de junio del 2004. Clínica Bucaramanga.

6. **Sexta atención:** 17 de junio de 2004.

El paciente Paulino Rodríguez fue intervenido quirúrgicamente por el Dr. Rafael Eugenio González Uscategui, quien realizó los siguientes procedimientos: 1. *Orquidectomía, epididimectomía*, 2. *Fijación testicular profiláctica*.

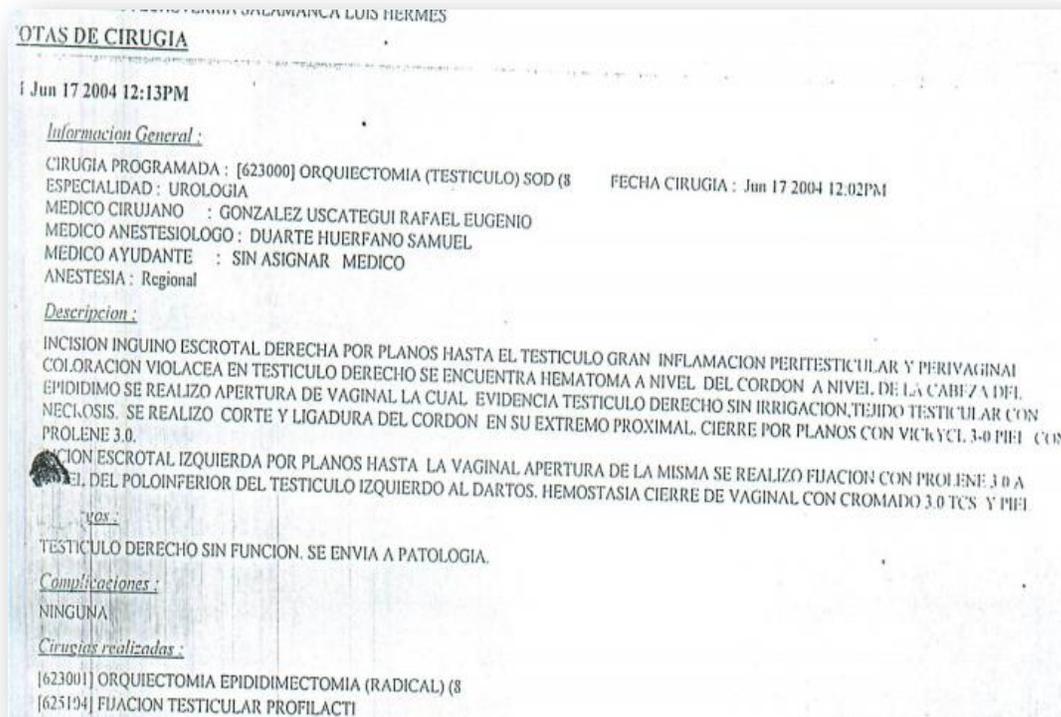


Imagen 8: Historia Clínica del paciente Paulino Rodríguez. Nota quirúrgica del 17 de junio del 2004. Clínica Bucaramanga.

Conducta adecuada: El procedimiento quirúrgico que realizó el Dr. González era el que requería el paciente, pues según los resultados de gammagrafía arrojó "AUSENCIA DE FUNCIÓN TESTICULAR". quiere decir lo anterior, que el testículo del paciente efectivamente debía ser extraído en cirugía, no había posibilidad de salvarlo. El retiro del testículo era lo correcto para salvaguardar la salud integral del paciente.

7. Séptima atención: 18 de junio de 2004 a las 10:53 am

El Dr. Rafael valoró al paciente en su primer día del post operatorio, en la referida consulta encontró un paciente con buena evolución, por lo que generó orden de salida, fórmula para tratamiento ambulatorio y cita de control en 10 días.

Conducta adecuada: Teniendo en cuenta la evolución satisfactoria del paciente, se le ordenó salida para su recuperación en casa con la respectiva orden de medicamentos.

Como se evidencia del anterior resumen de las atenciones brindadas por el Dr. Rafael González, su acto médico fue el correcto y actuó con diligencia y cuidado buscando la recuperación del paciente, el señor Paulino Rodríguez.

La historia clínica permite establecer que no existió demora injustificada en la atención que como profesional de la salud le correspondía al Dr. Rafael González, también se demostró que no existió un error en el diagnóstico, que ante la sospecha de dos posibles diagnósticos se ordenó el examen – gammagrafía testicular- que por excelencia le permitía establecer cuál era diagnóstico del paciente, pues sin el mismo era imposible que se adoptara alguna conducta. Una vez se obtuvieron los resultados del examen que demostraron ausencia de función testicular, el Dr. Rafael González ordenó el procedimiento idóneo para retirar el testículo del paciente, pues no había tratamiento alternativo, la única solución viable era retirar el testículo que ya no tenía función como bien lo indicó el resultado histopatológico.

4.6. EXCEPCIÓN GENÉRICA (Art. 282 del C.G.P.)

De conformidad con el artículo 282 del CGP, solicito señor Juez se sirva declarar probada cualquier otra excepción que resultare en el proceso.

V. PRUEBAS DE LA DEFENSA

5.1. DOCUMENTALES

- Hoja de vida del Dr. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI, para acreditar la experticia y la experiencia del galeno en el acto médico desplegado.
- Literatura científica

5.2. CONCEPTO DE EXPERTO O ESPECIALISTA:

- Solicito respetuosamente señor Juez, se sirva citar al **Dr. EMILIO JOSÉ MARÍN NIÑO**, quien podrá ser ubicado en la carrera 26 No. 48-26, en la Unidad Médica San Luis de la ciudad de Bucaramanga, o por medio de esta defensa, en su condición de profesional de la salud en la especialidad de Urología y basado en su experiencia absuelva las preguntas que le formularé sobre los hechos referentes al diagnóstico y tratamiento del paciente PAULINO RODRÍGUEZ MENDEZ, exámenes y ayudas diagnósticas, tratamientos, pronóstico, sobrevida, entre otros aspectos relacionados con los hechos que dan origen al presente proceso e incumban a su especialidad. Lo anterior teniendo en cuenta el principio de libertad probatoria contemplado en el artículo 175 del C.P.C., hoy 165 del C.G.P.

5.3. INTERROGATORIOS DE PARTE

- Solicito señor juez decretar el interrogatorio de los demandantes: CHIQUINQUIRA OLAYA PINILLA; PAULINO RODRÍGUEZ MENDEZ y; BELKIN RODRÍGUEZ OLAYA, para que absuelvan el cuestionario que les formularé el día de la audiencia sobre los hechos que dieron origen a la presente demanda.

5.4. DICTAMEN PERICIAL

- Atendiendo lo establecido en el Art. 183 del C. de P. C., me permito aportar dictamen pericial elaborado y suscrito por el Dr. JAIME ANDRES CAJIGAS PLATA, médico especialista en urología, en que da cuenta la atención médica brindada por mi mandante frente al paciente Paulino Rodríguez Méndez.

VI. ANEXOS

Los enunciados en el acápite de PRUEBAS DE LA DEFENSA.

VII. NOTIFICACIONES

En la secretaría de su Despacho, o en la calle 45 No. 28-36 edificio Verona Plaza en Bucaramanga. Correo electrónico: asjubu01@gmail.com.

Con todo respeto,



YANETH ALEXANDRA OSORIO QUIÑÓNEZ
C. C. No. 1.098.643.708 de Bucaramanga
T. P. No. 208.539 del C. S. de la Jud.

Señores:
JUZGADO CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA
E. S. D

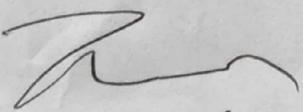
Proceso:	Ordinario de responsabilidad
Radicado:	680013103004-2009-00405-00
Demandantes:	Paulino Rodríguez Méndez y otros
Demandados:	Clínica Bucaramanga y otros.
Llamado en	
Garantía:	Rafael Eugenio González Uscategui

ASUNTO: Poder.

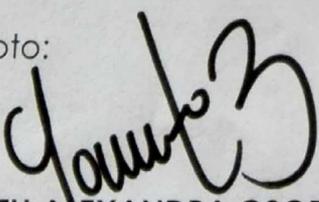
RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía 79.354.391, mediante el presente escrito manifiesto al despacho que **OTORGO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a **YANETH ALEXANDRA OSORIO QUIÑÓNEZ**, abogada, identificado con la C.C. 1.098.643.708 de Bucaramanga y con Tarjeta Profesional No. 208.539 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que me represente como **APODERADA** en el proceso de la referencia.

Mi apoderado cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de recibir, conciliar, transigir, desistir, sustituir, renunciar, reasumir, suscribir acuerdos de pagos, presentar recursos, corregir, adicionar, objetar y las demás consagradas en el Art. 77 del CGP. En consecuencia, sírvase reconocerle personería jurídica a mi abogado en los términos del poder conferido.

Atentamente:


RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCATEGUI
C.C. 79.354.391 de Bucaramanga

Acepto:


YANETH ALEXANDRA OSORIO QUIÑÓNEZ
C.C. 1.098.643.708 de Bucaramanga
T.P. No. 208.539 del C. S. de la J.

NOTARIA NOVENA Bucaramanga PRESENTACIÓN PERSONAL

El Notario Noveno del Circulo de Bucaramanga CERTIFICA QUE:
el contenido de este documento y la firma que lo suscribe fue reconocido como cierto ante el suscrito notario por su compareciente.

GONZALEZ USCATEGUI RAFAEL EUGENIO
Identificado con C.C. 79354391

X 
El compareciente

Bucaramanga, 2020-03-04 14:24:33 Func.: 1892-be6c15aa

SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ
NOTARIA NOVENA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

Ingrese a www.notariaenlinea.com
para verificar este documento
Cod.: 5rdc6



CURRICULUM VITAE



I. DATOS PERSONALES

Nombre	Rafael Eugenio González Uscátegui.
Fecha de nacimiento	18-07-64
Lugar de nacimiento	Bucaramanga, Colombia.
Estado civil	Casado
Dirección	Carrera 33 N° 49-35 Apto 202. Bucaramanga, Colombia. Teléfono:6899071 e-mail: olnieto@hotmail.com
Consultorio	Centro Médico Clínica Bucaramanga. Calle 54 N° 33-45. Cons 903 Bucaramanga, Colombia Teléfono 6851177 -6850804 Celular: 3208023313 / 3134083674

II. EDUCACION.

1982-1988.	M.D. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
1988-1989	MD. Rural Hospital de Piedecuesta (Santander)
1990-1993	MD. Urólogo Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia

III. ENTRENAMIENTO POST-DOCTORAL

I. Fellowships Post-doctoral :

1994-1995	Residente en Urología y Andrología de « Les Hopitaux de Paris. Francia Centre Hospitalier Universitaire – Bichat – Tenon. Francia Dr. L. Boccon-Gibod.
-----------	---

- 1993-1994. Dr. G. Arvis.
Residente en Urología. Departamento de Urología.
Centre Hospitalier regional Universitaire de Rennes. France.
- 1993-1994. Dr. F. Guillé.
Residente en Urología. Departamento de Urología.
Clinique de la Porte de Choisy. Paris. France.
- 1989-1993. Dr. Guy Vallencien.
Residente Departamento de Urología
Hospital Universitario "San José". Bogotá. Colombia.
Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. Colombia.
Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos. Bogotá. Colombia.
Hospital Militar Central. Bogotá. Colombia.
Universidad del Rosario. Bogotá. Colombia.
- 1988-1989 Medicatura Rural
Hospital de Piedecuesta, Santander, Colombia.
- 1986-1987. Internado . Hospital Universitario San José.
Bogotá. Colombia.

IV. CARGOS ACADÉMICOS.

- 1997-2004 Profesor de Urología
Universidad de Santander-UNDES. Bucaramanga, Colombia.
- 1996 MD Urólogo Instructor a Universidad del Rosario.
Hospital San José. Bogotá. Colombia.
- 2010-hasta la fecha:
Profesor Cátedra Urología
Universidad de Santander UNDES.

V. PREMIOS Y DISTINCIONES

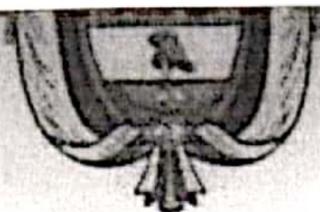
- 1993-1995. BECA "The College de Médecine des Hôpitaux de Paris",
Assistance Public - Ministère des Relations Etrangères – Paris, France.
Department of Urology and Andrology – Hopital Tenon and Bichat.

VI. ASOCIACIONES

- 1 Sociedad Colombiana de Urología.
- 2 Sociedad Americana de Urología.
- 3 Confederación Americana de Urología.
- 4 Fertility and sterility Colombian Association
- 5 International de investigación sexual e impotencia – ISSIR.

VII IDIOMAS Inglés – Francés

DUPLICADO
RESOLUCIÓN No. 008 2010



La República de Colombia
y en su nombre el,

COLEGIO LA SALLE

BUCARAMANGA

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental
según Resolución No 1227 del 28 de octubre de 1999

Confiere a

Rafael Eugenio González Uscategui

TI.640718-02769 de Bucaramanga

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación
Media Vocacional, según las orientaciones vigentes del Ministerio de
Educación Nacional y del Proyecto Educativo Institucional



H. Sr. Jorge Enrique Molina Valencia
Rector

Diego Fernando Beltrán Rico
Secretario Académico

Dado en Bucaramanga, a los 25 días del mes de Noviembre del año 1981

Anotado al Folio No. 002 del Libro de Registro del Colegio No. 2 Acta No. 01



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

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

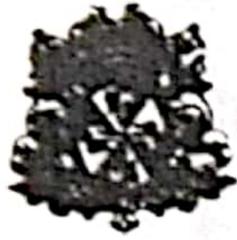
Rafael Eugenio González Uzcátegui

FOR EL TERNOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE *el alumno* IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA *UNO DE NUESTROS* GRADUARSE BACHILLER. HA OIDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACION LAS LECCIONES DE NUESTRA FACULTAD DE MEDICINA EN TODA LA EXTENSION QUE PUEEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGULAMIENTOS. ASI COMO LOS DECRETOS DEL GOBIERNO NACIONAL. HABIENDO DADO MUSTRAS PERMANENTE MANTENIMIENTO DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEORICOS Y PRACTICOS. POR LO CUAL EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES Y CONFORME A LA RESOLUCION N. 8357 DE JUNIO Y DE VITI DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL Y AL CONTRATO CELEBRADO CON LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA EN JUNIO 18 DE 1968, CONVENIMOS 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 NUESTRO ESTABLECIMIENTO. Y PARA QUE CONSTE, LE REPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERECTOR, EL DECANO Y EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA, BELLADAN CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO Y REFRENADAS POR EL SECRETARIO GENERAL EN EL AULA MAXIMA DE NUESTRO COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS *veinte* DIAS DEL MES DE *diciembre* DEL AÑO DEL SEÑOR MIL NOVECIENTOS *ochenta y siete*

[Signatures and stamps of the Rector, Vicerector, Decan, and Society of Surgeons]

[Circular seal of the Colegio Mayor]

[Handwritten mark]



**Colegio Mayor
de
Nuestra Señora del Rosario
Facultad de Medicina**



Hospital: de San José

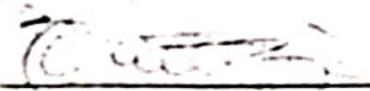
En consideración a que el Dr. Rafael González Ascátegui

C. C. 19.351.591 Bogotá

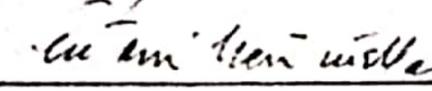
ha cumplido con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en:

Urología

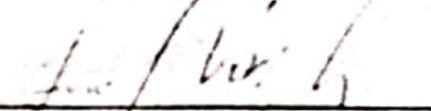
Terminó en Enero 31 de 1993
Dado en Santafé de Bogotá D. C. a Enero 29 de 1993



Rector



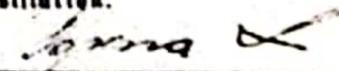
Decano



El Secretario General de la Universidad

Educación Médica

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
hace constar:
Que el programa de Urología
llebado a cabo por el Dr. Rafael González Ascátegui
en la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Fecha: 25 de febrero de 1993
Días: 25
de febrero de 1993


Presidente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

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, en constancia que el presente folio corresponde a una copia de una copia...

Manuel Salvador Vega Nieto
EL SUSCRITO SECRETARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
Dr. MANUEL SALVADOR VEGA NIETO
Secretario Octubre 1987

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

Que en el Libro de Actas No. TRES Folio 3 consta que en ceremonia realizada en el aula Máxima del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario el día 9 de diciembre de 1987 la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario tomó el JURAMENTO de rigor y otorgó el Título de MEDICO y CIRUJANO a:

Dr. GONZALEZ USCATEGUI RAFAEL EUGENIO

C. de C. 79'354.391 de Bogotá

L. M. No. 79'354.391

Con las firmas del Rector Dr. ROBERTO ARIAS PEREZ

El Presidente de la Sociedad de Cirujía Dr. ROBERTO JARAMILLO URICOECHA

Decano Dr. ANTONIO BECERRA LARA

En constancia se firma, en Bogotá D. E. el día 9 de diciembre de 1987

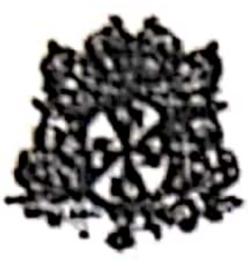


Manuel Salvador Vega Nieto
El Secretario

14 FEB 1987
JOSMAN TELLEZ GOMEZ
SECRETARIA FACULTAD DE MEDICINA
COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

F.125

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE EDUCACION MEDICA
HOSPITAL DE SAN JOSE



República de Colombia
Santafé de Bogotá D. C.

El suscrito Jefe de la División de Educación Médica de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Hospital de San José

HACE CONSTAR:

Que en el Libro de Actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el día 31 de Enero de 1993, fue aprobado el Título de Especialista en UROLOGIA

al Doctor RAFAEL EUGENIO GONZALEZ USCATEGUI

C. C. 79.354.391 Expedida en Bogotá

Con las firmas del Rector, Dr. MARIO SUAREZ MELO

El Decano, Dr. ANTONIO UCROS CUELLAR

El Jefe de Educación Médica, Dr. OSWALDO CEBALLOS BURBANO

En constancia se firma en la ciudad de Santafé de Bogotá D. C., el día veintinueve (29) del mes de Enero de de mil novecientos noventa y tres (1993).

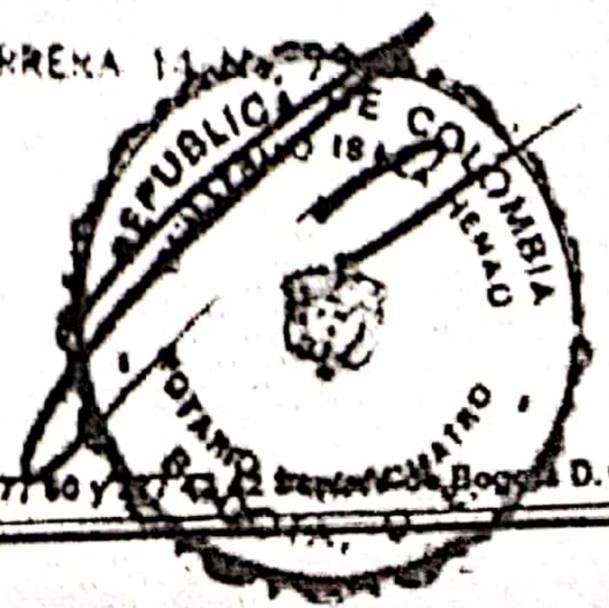
Autenticada por corresponder a la firma registrada de _____

OSWALDO FERNAN CEBALLOS B

ABR. 19 1993

CARRERA 11 No. 99

El Jefe de Educación Médica



**ACTUALIZACION EN MEDICINA
DE URGENCIAS. PRIMERA PARTE
(EDICIÓN 2001-2002)**

ESCROTO AGUDO

**Emilio Julve Villalta
Antonio Quiñonero Díaz
Diego Pérez Rodríguez
Alejandro Galacho Bech
Servicio de Urología
Hospital Clínico Universitario de Málaga
Campus Universitario de Teatinos 29010 Málaga
Tfno: 952649495
e-mail: julve @ pulso.com**

- I. INTRODUCCIÓN
- II. ANATOMIA DEL TESTICULO
- III. ETIOLOGÍA
- IV. TORSIÓN DEL CORDÓN ESPERMATICO O TORSIÓN TESTICULAR
 - 1. INCIDENCIA
 - 2. ETIOLOGÍA
 - 3. FORMAS ANATOMOCLINICAS
 - A. TORSIÓN EXTRAVAGINAL
 - B. TORSIÓN INTRAVAGINAL
 - 4. EXPLORACIÓN FÍSICA
 - 5. EXAMENES COMPLEMENTARIOS
 - A. ESTUDIO ANALÍTICO
 - B. ECOGRAFIA-DOPPLER TESTICULAR
 - C. GAMMAGRAFIA ISOTÓPICA TESTICULAR
 - 6. TRATAMIENTO
 - 7. PRONOSTICO
- V. TORSIÓN DE LOS ANEJOS TESTICULARES
 - 1. CLINICA
 - 2. EXPLORACIÓN FÍSICA
 - 3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
 - A. ANALÍTICA
 - B. ECOGRAFIA-DOPPLER TESTICULAR
 - C. GAMMAGRAFIA ISOTÓPICA TESTICULAR
 - 4. TRATAMIENTO
- VI. EPIDIDIMITIS AGUDA
 - 1. ETIOLOGÍA
 - 2. CLINICA
 - 3. EXPLORACIÓN FÍSICA
 - 4. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
 - A. ANALÍTICA
 - B. ECOGRAFIA TESTICULAR
 - 5. TRATAMIENTO
- VII. ORQUITIS AGUDA
- VIII. INFARTO TESTICULAR
- IX. OTRAS CAUSAS DE ESCROTO AGUDO
 - 1. HIDROCELE
 - 2. VARICOCELE
 - 3. QUISTES EPIDIDIMARIOS Y ESPERMATOCELE
 - 4. TRAUMATISMOS ESCROTALES
 - 5. TUMORES TESTICULARES
 - 6. TUMORES EPIDIDIMARIOS Y PARATESTICULARES
 - 7. GANGRENA PENOESCROTAL O DE FOURNIER
 - 8. EDEMA ESCROTAL IDIOPATICO
 - 9. FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR
 - 10. PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH
 - 11. TROMBOFLEBITIS DE LA VENA ESPERMATICA
 - 12. VAGINALITIS MECONIAL
 - 13. NECROSIS GRASA ESCROTAL
 - 14. VASCULITIS GANGRENOSA JUVENIL DEL ESCROTO

I. INTRODUCCIÓN

El escroto agudo es un cuadro sindrómico reconocido como una urgencia urológica en la que el paciente presenta dolor intenso de aparición brusca con irradiación ascendente, en la bolsa escrotal o en su contenido, y en la mayoría de las ocasiones con aumento de su tamaño. Se trata de un síndrome de aparición aguda, de etiología variable y tratamiento específico, por lo que pueden existir diferencias clínicas dependiendo del proceso que lo genera¹.

En la evaluación clínica de este síndrome es fundamental alcanzar un diagnóstico correcto, ya que del mismo dependerá la viabilidad posterior del órgano, con la consiguiente repercusión para el paciente desde el punto de vista de la fertilidad así como de las posibles implicaciones médico-legales².

Existe una estrecha relación entre los grupos de edad y las patologías responsables de este síndrome.

II. ANATOMIA DEL TESTICULO

Los testículos son dos órganos glandulares con forma ovoidea, aplanados por los lados, de aproximadamente 5 cm de longitud, 3 de diámetro anteroposterior y 2,5 cm de ancho; su superficie es lisa y su consistencia firme. Su peso oscila entre 15 y 20 gramos. El parénquima testicular está rodeado por una túnica fibrosa muy resistente denominada túnica albugínea. Está suspendido por su región posterior y superior del cordón espermático y está fijado por su polo inferior a las cubiertas escrotales mediante una condensación de tejido fibroso denominada "gubernaculum testis". Cuelga en el escroto con su polo superior inclinado hacia delante unos 30 grados y con el epidídimo descansando posteriormente. Están separados por un tabique medio y alojados en el interior de la bolsa escrotal, donde se diferencian siete capas que los revisten. Estas capas son: piel, dartos, túnica celular subcutánea, fascia espermática externa, cremáster, fascia espermática interna, túnica vaginal parietal y túnica vaginal visceral³.

La vascularización procede de las arterias espermática, deferencial y funicular y su drenaje venoso se realiza por medio de una red anastomótica pampiniforme que confluye formando la vena espermática³.

El epidídimo está adosado a la parte posterior del testículo, adoptando forma de coma y consta de cabeza, cuerpo y cola.

Los apéndices testiculares son restos embriológicos intraescrotales y se distinguen cuatro: apéndice testicular, apéndice epididimario, paradídimo y conducto aberrante del epidídimo³. (Figuras 1 y 2)



Figura 1: Anatomía macroscópica de un testículo normal.

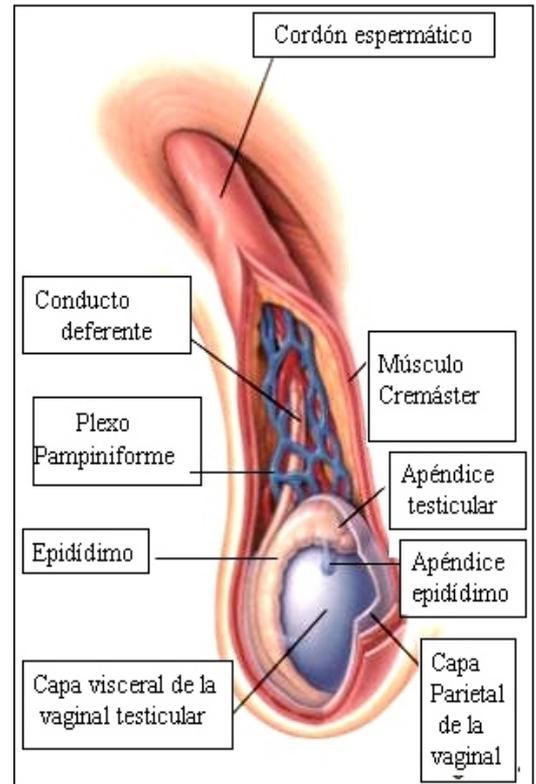


Figura 2: Esquema anatómico del testículo⁴.

III. ETIOLOGÍA

Las causas fundamentales del síndrome del escroto agudo son la torsión del testículo, o más correctamente denominada torsión del cordón espermático, la orquiepididimitis aguda y la torsión de los apéndices testiculares, que constituyen el 95% de los casos^{5,6,7,8}.

El resto de las causas son muy variadas y las distintas entidades responsables de su presentación se detallan en la tabla 1.

ETIOLOGIA DEL ESCROTO AGUDO
VASCULAR
☐Torsión de cordón espermático.
☐Torsión de apéndices testiculares.
☐Infarto testicular.
☐Tromboflebitis vena espermática.
INFECCIOSA
☐Orquitis.
☐Epididimitis.
☐Gangrena de Fournier.
TRAUMATICA
☐Traumatismo escrotal.
SISTEMICA Y DERMATOLÓGICA
☐Púrpura de Schonlein-Henoch.
☐Edema escrotal idiopático.
☐Fiebre mediterránea familiar.
☐Dermatitis medicamentosa.
☐Eritema multiforme.
☐Eccema de contacto.
PATOLOGÍA DE VICINIDAD
☐Hernia inguinal.
☐Hidrocele.
☐Vaginitis meconial.
☐Varicocele.
☐Quiste epididimario y espermatocelo.
MISCELÁNEA
☐Tumores de testículo.
☐Tumores epididimarios y paratesticulares.
☐Necrosis grasa escrotal.
☐Necrosis escrotal idiopática.

Tabla nº 1: Etiología del escroto agudo (Modificado de Martín et al²).

IV. TORSIÓN DE CORDÓN ESPERMATICO O TORSIÓN TESTICULAR

La torsión del cordón espermático se considera una urgencia quirúrgica, ya que si no se establece el tratamiento en un plazo de aproximadamente seis horas puede evolucionar hasta el infarto de testículo, con la consiguiente pérdida del órgano^{1,2,4,7} (Figura 3).

Aunque los términos de torsión testicular y torsión del cordón espermático se utilizan de forma indistinta, la torsión testicular verdadera es muy rara y tiene lugar cuando el testículo se retuerce sobre el epidídimo a nivel del mesorquio¹. (Figura 4)

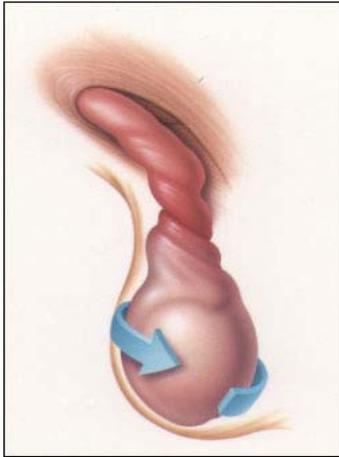


Figura 3: Torsión del cordón espermático (Modificado de Galens et al⁴).

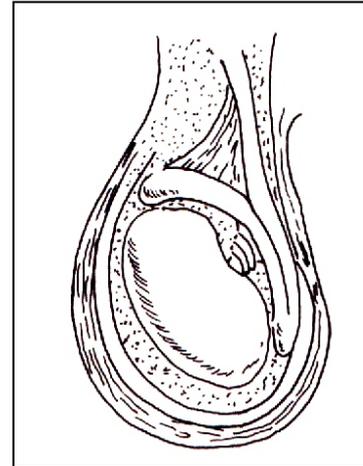


Figura 4: Torsión testicular verdadera (Modificado de Martín et al²).

IV.1 INCIDENCIA

Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente durante la adolescencia. Se calcula en 1 de cada 4.000 hombres menores de 25 años^{2,4,7,9}. Un segundo pico de incidencia se presenta durante el periodo neonatal, siendo durante el mismo predominante la torsión de tipo extravaginal^{7,8}. A partir de la adolescencia la incidencia disminuye progresivamente.

Suele afectar a ambos testículos con igual frecuencia.

IV.2 ETIOLOGÍA

Existen factores anatómicos predisponentes como un gubernaculum testis demasiado largo o inexistente, mesorquio redundante o ausente, anomalías de la unión testículo-epididimaria o un cordón espermático demasiado largo. En la anomalía anatómica más frecuente, denominada testículo en "badajo de campana", la túnica vaginal visceral rodea por completo el testículo y el epidídimo, impidiendo la unión del epidídimo a la pared escrotal^{2,5,7,8,10}.

Tras un estímulo físico intenso, un traumatismo, un coito, o incluso durante el sueño puede producirse la rotación del cordón espermático.

IV.3 FORMAS ANATOMOCLINICAS

A/ TORSIÓN EXTRAVAGINAL

Su presentación es infrecuente y se produce casi exclusivamente en el recién nacido. Representa el 5 % de las torsiones. Clínicamente se manifiesta como una masa escrotal firme y dura que no transilumina, con edema y enrojecimiento escrotal (figura 5).

Se debe realizar diagnóstico diferencial con la hernia inguinal estrangulada, la vaginitis meconial y el hidrocele a tensión.

El testículo suele estar necrótico y el tratamiento es la orquiectomía^{1,7,8,11}.



Figura 5: Aspecto de hemiescrotos derecho en un caso de torsión testicular en un neonato⁵.

B/ TORSIÓN INTRAVAGINAL

Es la forma común de presentación en la adolescencia y se caracteriza por la torsión del testículo situado dentro de la túnica vaginal. Este hecho da lugar a una detención del retorno venoso del testículo, lo que ocasiona una congestión y edema intersticial del mismo. Ambos fenómenos, ocasionan obstrucción de la circulación arterial, lo que determinará la presencia de un infarto hemorrágico con la consecuente pérdida irreversible del órgano^{5,11}.

De forma típica, los testículos rotan hacia dentro cuando el paciente es colocado en posición de litotomía.

El dolor constituye el principal síntoma de presentación y se caracteriza por ser de aparición brusca, de gran intensidad y localizado en el hemiescrotos afectado. Puede referirse a la región inguinal o hipogastrio, simulando cuadros de apendicitis aguda, crisis renoureteral o gastroenteritis y puede acompañarse de náuseas y vómitos¹². En casos evolucionados puede aparecer fiebre secundaria a necrosis testicular.

En algunas ocasiones la torsión se resuelve de forma espontánea, lo que explica la alta frecuencia con la que los pacientes refieren episodios previos de clínica similar^{7,12}.

IV.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

El hemiescrotos afectado suele presentar signos flogóticos como enrojecimiento y edema dependiendo del tiempo de evolución. El testículo se presenta a la inspección ascendido y horizontalizado^{4,5} (signo de Gouverneur) (Figura 6).

La elevación del testículo hacia el canal inguinal aumenta el dolor (signo de Prehn) al contrario que en la epididimitis, en la que esta maniobra alivia el dolor. En ocasiones puede palparse el epidídimo en posición anterior y, en casos poco evolucionados pueden palparse las vueltas del cordón².



Figura 6: Testículo izquierdo ascendido y horizontalizado a la inspección (Signo de Gouverneur)⁵.

IV.5 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

A/ ESTUDIO ANALÍTICO

El análisis de orina suele ser normal, al contrario que en las epididimitis, donde en la mayor parte de los casos se objetiva piuria. La leucocitosis a menudo también está presente¹.

B/ ECOGRAFIA-DOPPLER TESTICULAR

Permite la visualización de la anatomía intraescrotal y su vascularización, y puede distinguir áreas de flujo vascular intratesticular normal, aumentado o ausente¹³.

Alcanza una sensibilidad del 90% y una especificidad del 100%¹⁴. La ausencia de flujo arterial es típico de la torsión (figura 7), mientras que la hipervascularización es típica de lesiones inflamatorias¹⁵.

En casos de duda diagnóstica es la técnica de elección.

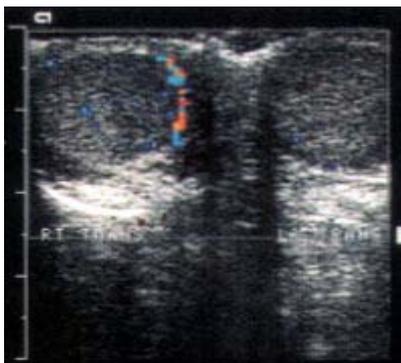


Figura 7: Ecografía-doppler color que muestra ausencia de flujo vascular en el testículo izquierdo⁴.

C/ GAMMAGRAFIA ISOTÓPICA TESTICULAR

Es una técnica diagnóstica consistente en la realización de una angiografía isotópica que emplea Tc^{99m} . En los casos de torsión testicular se aprecia un área de captación ausente o disminuída rodeada de un área de captación aumentada por hiperemia reactiva. En los casos de epididimitis se observa un aumento de la captación a nivel testicular debido a la hiperemia, también denominado "gammagrafía caliente". Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90%^{2,5,7,12}.

Sin embargo su valor es limitado ya que no está disponible en todos los Servicios de Urgencias¹.

IV.6 TRATAMIENTO

La torsión testicular es un cuadro de escroto agudo que requiere tratamiento quirúrgico urgente. La precocidad en la instauración del tratamiento es clave para la preservación del órgano. Únicamente aquellos casos con una evolución superior a las 24 horas permitirán cierta demora terapéutica por la evolución prácticamente segura hacia la necrosis testicular².

Con la sospecha clínica de torsión testicular, la exploración quirúrgica debe ser inmediata. Puede intentarse la reducción manual en la sala de urgencias para mitigar el cuadro álgico en espera de tratamiento quirúrgico. La torsión testicular más frecuente es aquella cuyo giro lleva el sentido desde afuera hacia el rafe medio escrotal con el paciente colocado en posición de litotomía, por lo que la detorsión debe hacerse a la inversa^{2,5,7,8}.

La vía de acceso quirúrgico habitualmente es la escrotal. Una vez exteriorizado el testículo y reducida la torsión, debe valorarse el cambio de coloración del mismo tras su calentamiento con suero fisiológico, desde el tinte típico cianótico del testículo isquémico (figura 8), hasta el color nacarado habitual de la albugínea testicular. Otro signo pronóstico intraoperatorio de viabilidad testicular es la existencia de sangrado arterial tras la incisión de la túnica albugínea⁵.



Figura 8: Imagen intraoperatoria de un testículo isquémico evolucionado que muestra la típica coloración cianótica de la túnica albugínea⁵.

En el mismo acto operatorio debe realizarse la fijación del testículo u orquidopexia con el objetivo de impedir la recidiva del cuadro. Debe realizarse también la fijación del testículo contralateral ya que la causa anatómica que predispone a la torsión del cordón espermático es bilateral en más del 50% de los casos².

Cuando se objetiva intraoperatoriamente que el testículo está necrótico y por tanto su conservación es inviable debe realizarse una orquiectomía.

IV.7 PRONOSTICO

El pronóstico del testículo torsionado está en correlación con el tiempo transcurrido antes de la intervención. Se puede hablar de buen pronóstico si la orquidopexia tiene lugar dentro de las primeras 6 horas del comienzo de los síntomas. A medida que pasan las horas el porcentaje de atrofia testicular se incrementa, de forma que por encima de las 24 horas, el 100% de los testículos sufren necrosis y atrofia^{1,2,4,5,7,8}. También es importante en la viabilidad del testículo el grado de torsión del cordón espermático, pues a mayor número de vueltas del cordón, mayor grado de isquemia.

En lo que respecta a la posible alteración de la fertilidad posterior al episodio isquémico, existen opiniones dispares, ya que según algunos autores puede afectar a la espermatogénesis del testículo contralateral y según otros no se han encontrado alteraciones en el mismo².

En resumen, el retraso en el diagnóstico es la principal causa de los resultados desfavorables en el caso de la torsión testicular y es por ello por lo que el clínico debe estar alerta y tener un buen conocimiento y alto índice de sospecha en el caso del escroto agudo^{2,7,8}.

V. TORSIÓN DE LOS ANEJOS TESTICULARES

Constituye la segunda causa por orden de frecuencia del escroto agudo en la edad pediátrica.

Los apéndices testiculares rudimentarios que pueden sufrir torsión son cuatro (Figura 9).

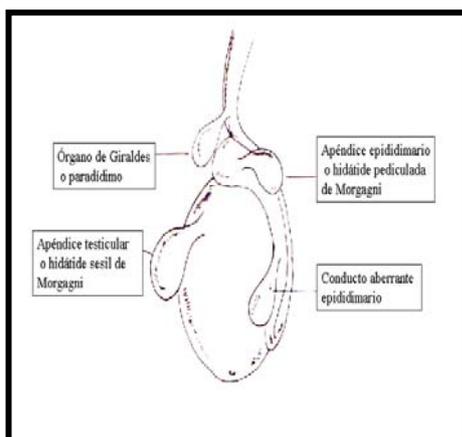


Figura 9: Esquema anatómico de los apéndices testiculares rudimentarios (Modificado de Martín et al²).

La hidátide sésil de Morgagni o apéndice testicular es un resto del conducto mülleriano, está presente en el 90% de los testículos y su torsión es responsable del 90% de las torsiones de los apéndices^{5,7}.

La hidátide pediculada de Morgagni o apéndice epididimaria es un resto del conducto de Wolf y representa solamente el 7% de los apéndices torsionados^{5,7}.

El órgano de Giraldes o paradídimo y el conducto aberrante del epidídimo son también restos wolffianos pero rara vez están presentes y muy pocas veces se torsionan^{5,7}.

V.1 CLINICA

Consiste en dolor escrotal de inicio brusco, raramente acompañado de síntomas sistémicos como náuseas o vómitos y generalmente de menor intensidad que en el caso de la torsión testicular^{11,12}.

V.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

Se objetiva masa palpable localizada entre el testículo y la cabeza del epidídimo. En ocasiones puede apreciarse el signo del punto azul que es patognomónico de esta afectación y que se aprecia cuando la piel escrotal se mantiene tensa sobre la masa (Figura 10)^{1,2,5,11}.

En casos evolucionados el importante edema escrotal que provoca puede impedir su palpación, por lo que el diagnóstico diferencial con la torsión testicular se hace más difícil.



Figura 10: Inspección escrotal en un caso de torsión de apéndice testicular derecho. Signo del punto azul⁵.

V.3 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

A/ ANALÍTICA

Es rara la aparición de leucocitosis, al contrario que en la epididimitis y en la torsión testicular¹.

El sedimento urinario habitualmente es normal.

B/ ECOGRAFIA DOPPLER TESTICULAR

Puede ser de gran utilidad para establecer el diagnóstico diferencial con la torsión testicular al objetivarse flujo intratesticular normal e importantes signos de edema en el polo superior del testículo^{13,14,15}.

C: GAMMAGRAFIA ISOTÓPICA TESTICULAR

Puede ser útil para distinguirlo de la torsión testicular, no así de la orquiepididimitis en la que también se aprecia un área de captación aumentada^{2,7}.

V.4 TRATAMIENTO

Si el diagnóstico clínico de la torsión del anejo está claro no es necesaria la exploración quirúrgica, por lo que el tratamiento es sintomático, a base de analgésicos y antiinflamatorios. Habitualmente el cuadro álgico e inflamatorio remitirá en unos 5-7 días.

Si tras la valoración clínica existen dudas diagnósticas, está indicada la exploración quirúrgica⁵ (Figura 11).



Figura 11: Visión intraoperatoria de apéndice de Morgagni torsionado⁵.

VI. EPIDIDIMITIS AGUDA

Constituye la causa más frecuente de escroto agudo a partir de los 18 años de edad. Su patogenia se relaciona con la infección ascendente tras la colonización bacteriana o la infección de vejiga, próstata y uretra.

Las vías de infección hematógica y linfática son menos frecuentes^{16,17,18,19}.

VI.1 ETIOLOGÍA

Los organismos más prevalentes dependen de los grupos de edad. En varones menores de 40 años predominan las enfermedades de transmisión sexual (ETS), fundamentalmente las causadas por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. En varones mayores de 40 años,

en niños, y en pacientes portadores de catéter uretral el organismo hallado con mayor frecuencia es *Escherichia Coli*. En estos casos hay que investigar antecedentes de infecciones urinarias, manipulación uretral o trastornos de la fase de evacuación vesical^{16,17,18,19}.

En un pequeño grupo de pacientes puede deberse a enfermedades sistémicas como la tuberculosis, brucelosis o criptococosis¹⁷.

Una causa de epididimitis no infecciosa es el tratamiento con el fármaco amiodarona, perteneciente al grupo de los antiarrítmicos, y cuyo tratamiento se basa en la disminución de la dosis del fármaco²⁰.

VI.2 CLINICA

Se caracteriza por dolor y tumefacción en el hemiescrotal afectado de intensidad progresivamente creciente e irradiación al trayecto del cordón espermático. Simultáneamente aparece un incremento gradual del tamaño del hemiescrotal afectado, que puede llegar a duplicar su volumen. La afectación del epidídimo se inicia en la cola, para progresar en su evolución hacia la cabeza. En ocasiones se desarrolla un hidrocele reactivo. En casi la mitad de los casos se acompaña de fiebre y síntomas irritativos de vías urinarias bajas^{11,16,19}.

El periodo de incubación depende del organismo responsable del cuadro, siendo de 2 a 7 días para el gonococo y de 14 a 21 días para la *chlamydia*.

Aunque los síntomas iniciales pueden ceder en varios días con el tratamiento, el edema escrotal puede persistir de 4 a 6 semanas y la induración epididimaria de forma indefinida².

VI.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

Se objetiva aumento de tamaño del hemiescrotal correspondiente, apreciándose inicialmente un engrosamiento del epidídimo, que posteriormente puede afectar al testículo. En casos evolucionados se desarrolla un hidrocele reaccional que impide la correcta palpación del contenido intraescrotal. La elevación del escroto disminuye el cuadro álgico (signo de Prehn positivo)^{5,16}.

La piel escrotal puede tornarse eritematosa, tensa y brillante en casos evolucionados, siendo estos signos cutáneos más intensos en los casos de absceso epididimario (Figura 12). Puede objetivarse también engrosamiento e hiperestesia del cordón espermático correspondiente⁵.



Figura 12: Signos cutáneos típicos de epididimitis aguda⁵.

VI.4 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

A/ ANALÍTICA

En el hemograma destaca la presencia de leucocitosis con desviación izquierda, que mostrará cifras más elevadas cuando el microorganismo causal sea un gram negativo y más discretas cuando se trate de una ETS. En el sedimento urinario se detectará piuria en la mayor parte de los casos. Si el microorganismo es un gram negativo la bacteriuria será franca y en estos casos el urocultivo suele ser positivo, lo que constituye la prueba diagnóstica definitiva. En los casos provocados por ETS suele aparecer discreta piuria sin bacteriuria^{16,17}.

Sin embargo, existe un importante grupo de pacientes en los que el examen del sedimento urinario no muestra ninguna alteración, sin que exista incluso síndrome miccional asociado y que no reconocen ningún contagio sexual¹⁷.

B/ ECOGRAFIA TESTICULAR

Mediante estudio ecográfico se objetiva un aumento del volumen global o parcial del epidídimo y un patrón ecogénico heterogéneo. En los casos evolucionados pueden apreciarse zonas anecoicas que corresponden a zonas abscesificadas^{13,14,15}. Es importante en los casos de epididimitis evolucionadas la realización de una ecografía escrotal para descartar absceso o neoplasia testicular. En la mayoría de los casos se evidencia también un hidrocele reaccional de cuantía variable.

VI.5 TRATAMIENTO

Debe instaurarse de forma empírica, de acuerdo con la edad del paciente y el agente infeccioso sospechado^{17,18,19}.

-En pacientes mayores de 40 años:

- Amoxicilina-clavulánico (500/125) / 8 horas VO dos semanas.
- Fluorquinolonas como ciprofloxacino 500 mg VO / 12 horas dos semanas.

-En pacientes menores de 40 años (excepto niños):

- Doxiciclina 100 mg / 12 horas VO dos semanas.

-Fluorquinolonas como ciprofloxacino 500 mg VO / 12 horas dos semanas.

-Azitromicina 250 mg / 12 horas VO durante 3 días, descansar 7 días y repetir el ciclo dos veces más.

Los enfermos que presentan síntomas de sepsis o un riesgo elevado como pacientes diabéticos e inmunodeprimidos precisan hospitalización, sueroterapia y antibioterapia parenteral hasta la desaparición de la fiebre².

Por lo que respecta al tratamiento sintomático es aconsejable guardar reposo en cama durante la fase aguda. La elevación testicular mediante suspensorio escrotal disminuye el dolor de forma importante. La terapia con analgésicos y antiinflamatorios debe ajustarse según la tolerancia del enfermo al dolor².

En casos de dolor resistente o recidivante la infiltración del cordón espermático con anestésicos locales proporciona una importante mejoría sintomática.

Las complicaciones son raras siempre que se establece un diagnóstico y tratamiento precoz. Entre ellas, la más frecuente es la aparición de un absceso, cuyo tratamiento requiere drenaje quirúrgico. Menos frecuente es la epididimitis crónica o el dolor crónico, que en ocasiones obligan a la realización de una epididimectomía^{1,2}.

VII. ORQUITIS AGUDA

La orquitis aislada suele presentarse de forma secundaria a un cuadro vírico sistémico, frecuentemente causado por el virus de la parotiditis. El cuadro álgico y flogótico suele durar unos 10 días y habitualmente provoca atrofia testicular. El tratamiento debe limitarse a las medidas generales y sintomáticas descritas en la epididimitis. Otros virus responsables de orquitis agudas son el de la gripe, varicela o mononucleosis infecciosa^{2,6}.

VIII. INFATO TESTICULAR

Se trata de una entidad infrecuente, de difícil diagnóstico y de etiología no aclarada, que afecta fundamentalmente a adultos. Clínicamente se manifiesta como un cuadro álgico en el hemiescrotal afectado, de aparición más o menos brusca y de duración variable, que no suele acompañarse de fiebre ni de síntomas generales².

La exploración física es inespecífica. La ecografía-doppler color y la angiografía isotópica con Tc^{99m} son útiles para establecer el diagnóstico diferencial.

El tratamiento consiste en la orquiectomía².

IX. OTRAS CAUSAS DE ESCROTO AGUDO

Diversas patologías escrotales, algunas de ellas de infrecuente presentación, inducen al paciente a consultar en un Servicio de Urgencias, por lo que deben ser conocidas y etiquetadas correctamente con vista a su derivación posterior a la consulta externa del especialista correspondiente, que habitualmente será el Urólogo.

IX.1 HIDROCELE

Consiste en la acumulación de líquido progresiva e indolora entre las capas visceral y parietal de la túnica vaginal. Constituye una causa frecuente de masa escrotal, tanto en niños como en varones adultos^{1,9} (Figura 13). En algunas situaciones y de forma excepcional se puede desarrollar de forma acelerada, como en casos de traumatismo local, radioterapia, neoplasia testicular u orquiepididimitis^{1,9}.

Ante la sospecha diagnóstica de hidrocele debe realizarse estudio ecográfico escrotal, para confirmar el mismo y excluir la presencia de una neoplasia testicular subyacente. En la ecografía se objetiva una colección líquida que rodea al testículo¹³.

El tratamiento es quirúrgico y su finalidad es doble; por un lado evacuar el líquido intraescrotal y por otro prevenir la recidiva del proceso.



Figura 13: Hidrocele bilateral de gran tamaño en un paciente adolescente que provoca enterramiento del pene⁵.

IX.2 VARICOCELE

Es una dilatación del plexo venoso pampiniforme localizada cranealmente al testículo que afecta al 10% de los varones jóvenes y al 30% de los varones infértiles⁸. Habitualmente la clínica consiste en una sensación de peso en el testículo afectado, sobre todo tras largos periodos de bipedestación. La exploración física suele ser diagnóstica en los casos de varicocele clínico, palpándose una masa de venas dilatadas posteriores y por encima del testículo, que aumentan con la maniobra de Valsalva (Figura 14). La mayoría de los

varicoceles presentes en el varón adolescente tienen lugar en el testículo izquierdo, debido a la peculiar desembocadura de la vena espermática izquierda en la vena renal.

En casos de varicocele derecho en pacientes adultos es importante la realización de ecografía abdominal para descartar la presencia de una masa sólida renal derecha con afectación de vena cava inferior.

Como exploración complementaria, la ecografía-doppler testicular es de elección, siendo también diagnóstica en los casos de varicocele subclínico^{13,15}.

El tratamiento de esta afectación consiste en la oclusión de la vena espermática, ya sea mediante ligadura quirúrgica o embolización percutánea con espirales metálicas o sustancias esclerosantes¹.



Figura 14: Varicocele clínico izquierdo en varón adolescente⁵.

IX.3 QUISTES EPIDIDIMARIOS Y ESPERMATOCELE

El epidídimo es con frecuencia sede de quistes simples de naturaleza benigna y de diferentes dimensiones. Su origen deriva de restos embrionarios o ectasias de los conductos de transporte de los espermatozoides. En el primer caso se habla de quiste simple y en el segundo caso de espermatocèle. Tanto el quiste simple como el espermatocèle se localizan frecuentemente en la cabeza del epidídimo⁹.

Su diagnóstico es clínico, basado en la exploración física y en el estudio ecográfico. El tratamiento es la exéresis quirúrgica en los casos muy voluminosos y en los clínicamente sintomáticos^{9,13}.

IX.4 TRAUMATISMOS ESCROTALES

(Ver capítulo correspondiente).

IX.5 TUMORES TESTICULARES

Son los tumores sólidos más frecuentes en los varones entre los 15 y los 35 años de edad, y actualmente constituyen una de las neoplasias más curables. Aunque habitualmente debutan como una masa escrotal indolora, en un 10% de los casos el síntoma de presentación es un dolor escrotal de aparición aguda, resultado de un infarto o hemorragia intratumoral, o bien de una torsión testicular².

La ecografía escrotal es la técnica diagnóstica de elección, alcanzando una sensibilidad cercana al 100%¹³.

IX.6 TUMORES EPIDIDIMARIOS Y PARATESTICULARES

Los tumores epididimarios y paratesticulares son raros, se dan más frecuentemente en el adulto joven y habitualmente no presentan carácter de malignidad. Clínicamente se acompañan frecuentemente de hidrocele reactivo y se reconocen mediante palpación del escroto como pequeñas masas epididimarias duras y tensas. La forma más frecuente de tumor epididimario son los adenomas quísticos que en un tercio de los casos son bilaterales. Estos últimos acompañan con frecuencia al síndrome de Von-Hippel-Lindau⁹.

En general, cualquier lesión de naturaleza incierta que afecte al epidídimo o al cordón y que no sea quística requiere exploración escrotal y examen histológico¹⁰.

IX.7 GANGRENA PENOESCROTAL O DE FOURNIER

Se trata de una gangrena genito-perineal necrosante y rápidamente progresiva, que afecta al pene y al escroto y determina una elevada mortalidad. Afecta fundamentalmente a varones adultos entre la sexta y séptima década de la vida y constituye una urgencia urológica. Se da con mayor frecuencia a individuos diabéticos, alcohólicos e inmunodeprimidos.

El mecanismo desencadenante y la puerta de entrada suelen ser patologías genitourinarias y anorrectales. La infección suele ser multibacteriana incluyendo gérmenes aerobios y anaerobios.

Los síntomas son de rápida instauración, evolucionando en horas, con fiebre, escalofríos, dolor intenso penoescrotal y perineal y grave alteración del estado general. En la exploración física se aprecia inicialmente que la región cutánea afectada está eritematosa y edematosa, transformándose en su evolución en áreas necróticas, con enfisema subcutáneo, crepitación y dolor a la palpación (Figura 15).

La rápida progresión hacia el abdomen, tórax y miembros inferiores de la infección necrotizante suprafascial determina un cuadro séptico de gravedad.

El tratamiento comienza con el reconocimiento precoz del cuadro. Tras la estabilización hemodinámica inicial y la oportuna reposición hidroelectrolítica, se iniciará una agresiva antibioterapia junto con el drenaje y desbridamiento radical de toda el área necrótica².



Figura 15: Inspección genital de un paciente con gangrena de Fournier donde se aprecian intenso edema escrotal y un área necrótica declive.

IX.8 EDEMA ESCROTAL IDIOPATICO

Consiste en edema e inflamación de la piel escrotal sin afectación del testículo. Su etiología es desconocida, aunque se han implicado fenómenos alérgicos y picaduras de insectos.

Afecta a varones prepúberes y puede ser uni o bilateral.

Clínicamente se manifiesta como un proceso edematoso de un hemiescrotal, con enrojecimiento y tumefacción y raramente tiene carácter doloroso (Figura 16). Ocasionalmente puede presentarse eosinofilia en el hemograma.

El estudio ecográfico es normal y no existe tratamiento efectivo, desapareciendo espontáneamente de forma gradual⁵.



Figura 16: Edema escrotal idiopático bilateral en un varón prepúber⁵.

IX.9 FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR

Es una enfermedad genética que afecta principalmente a judíos sefardíes, armenios, turcos y árabes.

Clínicamente se caracteriza por ataques recurrentes de fiebre con afectación de una o más membranas serosas, presentándose como pleuritis, peritonitis o sinovitis.

Se han descrito casos de afectación aislada de túnica vaginal, simulando cuadros de escroto agudo². Para el diagnóstico es importante tener en cuenta los antecedentes familiares y personales de fiebre mediterránea familiar y la ecografía-doppler escrotal, que demuestra un flujo testicular normal.

El tratamiento consiste en 1 mgr de colchicina al día².

IX.10 PÚRPURA DE SCHOLEIN-HENOCH

Es una vasculitis necrotizante sistémica de etiología desconocida, caracterizada por púrpura no trombocitopénica con afectación de piel, articulaciones, intestino y riñón. La afectación escrotal tiene lugar entre un 2 y un 38% de los casos. En caso de dolor escrotal agudo la asociación con púrpura cutánea puede orientar hacia el diagnóstico. Sin embargo se han descrito casos asociados con torsión, siendo el eco-doppler color de gran utilidad, al demostrar hipervascularidad²¹.

IX.11 TROMBOFLEBITIS DE LA VENA ESPERMÁTICA

Es una causa excepcional de escroto agudo. Aunque puede ocurrir a cualquier edad es más frecuente en adultos, existiendo una fuerte asociación con la tromboangeítis obliterante o enfermedad de Büerguer.

La clínica consiste en dolor e inflamación inguinoescrotal, palpándose el cordón espermático indurado.

El tratamiento se basa en heparinización y antibioterapia sistémica¹.

IX.12 VAGINALITIS MECONIAL

Es una causa infrecuente de escroto agudo en el neonato secundaria al paso de meconio a la cavidad peritoneal tras una perforación intestinal limitada y próxima a la vaginal.

Clínicamente simula un hidrocele comunicante y cursa con indemnidad del testículo y epidídimo, determinando a largo plazo el desarrollo de calcificaciones intraescrotales.

El diagnóstico es radiológico y ecográfico.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la resolución de la perforación intestinal^{5,6}.

IX.13 NECROSIS GRASA ESCROTAL

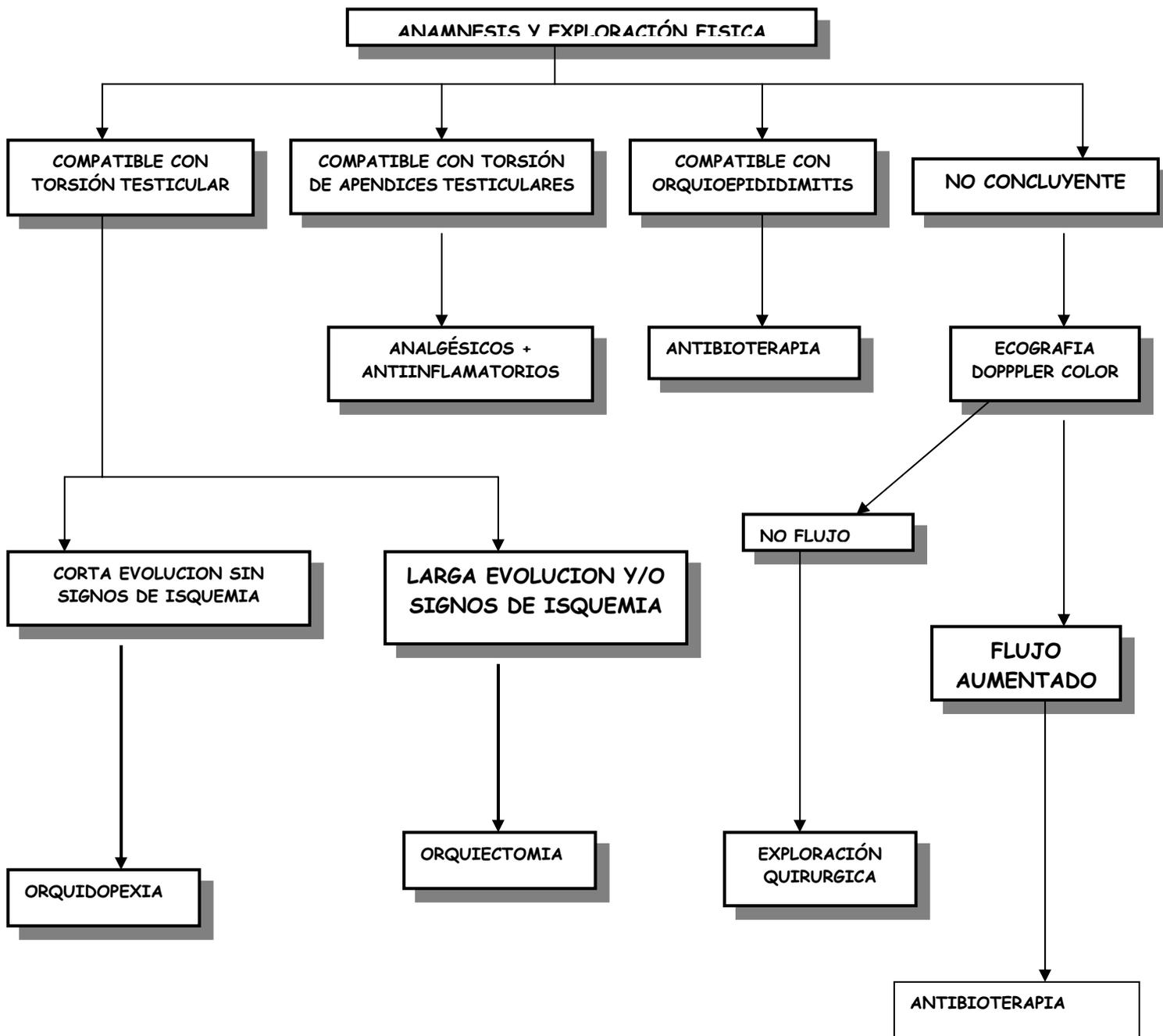
Es una entidad poco frecuente que se produce casi exclusivamente en niños de constitución pícnica, en los que mecanismos físicos como el frío o microtraumatismos actúan como factores predisponentes.

Clínicamente se presenta como un nódulo doloroso en un hemiescrotal, independientemente del contenido escrotal.

No precisa tratamiento, ya que el nódulo graso se reabsorbe gradualmente^{2,6}.

IX.14 VASCULITIS GANGRENOSA JUVENIL DEL ESCROTO (NECROSIS ESCROTAL IDIOPATICA)

Cuadro infrecuente pero bien definido que afecta exclusivamente a varones jóvenes. Se caracteriza por afectación del estado general, fiebre y la aparición de una zona ulcerocostrosa a nivel de la piel escrotal, con cultivos bacteriológicos negativos. La lesión escrotal suele aparecer pocos días después de un cuadro gripal o faringoamigdalino, y evoluciona hacia la curación espontánea en dos o tres semanas, sin que ocurran recidivas²².



Resumen nº1: Pauta de actuación en escroto agudo^{2,23}.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL ESCROTO AGUDO

	TORSIÓN TESTICULAR	EPIDÍDIMO-ORQUITIS	TORSIÓN DE APENDICES
EDAD	-Infancia y adolescencia	-Adolescencia y edad adulta	-Adolescencia
CLINICA -Dolor -Fiebre -Vómitos -Disuria	-Intenso y agudo. -Testículo, ingle e hipogastrio. -Antecedente de cuadro similar. -Infrecuente. -Frecuentes. - Infrecuente.	-Intensidad progresiva. -Testículo y epidídimo. -No antecedentes. -Frecuente. - Infrecuente. -Frecuente	-Comienzo e intensidad progresivas. -Polo superior del testículo. -Antecedente de cuadro similar. - Infrecuente. - Infrecuente. - Infrecuente.
EXAMEN FISICO	-Testículo elevado y horizontalizado, ↑ tamaño y doloroso.	-Testículo y epidídimo ↑ tamaño, firmes y dolorosos.	-Testículo y epidídimo normales. -Masa firme dolorosa en polo superior de testículo.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS -Piuria -Eco-doppler teste	-Infrecuente. -Flujo disminuido.	-Frecuente. -Flujo aumentado.	-Infrecuente. -Flujo normal o disminuido.

Resumen n° 2: Dianóstico diferencial del escroto agudo².

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez E, Diez JM, Moncada I, Sánchez F, Leal F. Escroto agudo. En: Urgencias urológicas. Tema monográfico LXI Congreso de la A.E.U. ENE ediciones. Madrid 1996. p: 43-52.
2. Martín C, Rodríguez G, Rengifo D. Escroto agudo. En: Urgencias en Urología: Manual para residentes. Jarpyo editores. Madrid 1995. p: 205-230.
3. Sarrat R. Anatomía del aparato urogenital. En: Tratado de Urología Dres. Jiménez Cruz y Rioja Sanz. Tomo I. Prous Editores. Barcelona 1993. p: 17-40.
4. Galens LE, Kas EJ. Diagnosis and treatment of the acute scrotum. En: American Academy of Family Physician. . National Guideline Clearinghouse. U.S.A. 1999.
5. Gil H, Caldamore AA, Elder JS, Skoog SS. The acute scrotum. Update in Pediatric Urology. En: Postgraduate Course Handouts. 95th Annual Meeting A.U.A. Atlanta, Georgia 2000. p: 141-167.
6. Edelsberg JS, Surh YS. The acute scrotum. Emerg Med Clin North. 1988: 6(3): 521-546.
7. Garat JM. Torsión de testículo e hidátide. En: Práctica andrológica. Dres. Pomerol y Arrondo. Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona 1994. p: 687-692.
8. McAninch W. Padecimientos del testículo, escroto y cordón espermático. En: Urología General de Smith 9ªEd. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1989. p: 532-539.
9. Colpi GM. Escroto agudo. En: V Curso de Actualización en Andrología. Publimed Comunicación. Pamplona 1999. p: 406-423.
10. Rasfer J. Congenital anomalies of the testis En: Campbell,s Urology 6th . Ed. Saunders Co. Philadelphia 1992 . p: 1556-1557.

11. Canning DA. Acute scrotal pain in children: results of 543 surgical explorations. *J Urol* 2000. 164(1): 256-257.
12. Hawtrey CE. Valoración de los síntomas y signos agudos del escroto: un dilema clínico. En: *Clínicas de Urología de Norteamérica*. McGraw-Hill Interamericana Editores. México D.F. 1998. p:775-784.
13. Horstman WG. Estudio por imagen del escroto. En: *Clínicas de Urología de Norteamérica*. McGraw-Hill Interamericana Editores. México D.F. 1997. p:747-768.
14. Süzer O, Ozcan H, Küpeli S, Gheiler EL. Color doppler imaging in the diagnosis of the acute scrotum. *Eur Urol* 1997. 32(4): 457-461
15. Vidal JF, Jiménez JF. Eco-doppler en Urología. . En: *Tratado de Urología* Dres. Jiménez Cruz y Rioja Sanz. Tomo I. Prous Editores. Barcelona 1993. p: 223-237
16. Ruiz J, Sarquella J, Ruiz E. Patología infecciosa del contenido escrotal y diagnóstico diferencial con otros procesos inflamatorios. En: *Práctica andrológica*. Dres. Pomerol y arondo. Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona 1994. p: 643-663.
17. Gelabert A. Infecciones urinarias sintomáticas. En: *Tratado de Urología* Dres. Jiménez Cruz y Rioja Sanz. Tomo I. Prous Editores. Barcelona 1993. p: 447-467.
18. Meares EM. Infecciones inespecíficas del aparato genitourinario. En: *Urología General de Smith 9ªEd*. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1989. p: 211-213.
19. Berger RE, Alexander ER, Harnish JP. Etiology, manifestation and therapy of acute epididymitis: prospective study of 50 cases. *J Urol* 1979. 121: 750-753.
20. Gasparich JP, Mason JT, Greene HL. Amiodarona-associated epididymitis: drug related epididymitis in the absence of infection. *J Urol* 1985. 13: 971-972.

21. Suarez JA, Pello JM, Rivas M, Cuervo FJ, Castaño D, Alonso MA et al. Acute scrotum: unusual presentation of Schönlein-Henoch purpura. *Actas Urol Esp* 1997. 21(1): 78-81.
22. Rioja LA, Benejam J. Vasculitis gangrenosa juvenil de escroto. En: *Patologías excepcionales en Urología*. Ediciones Grupo Luzan-5. Madrid 1998. p: 399-414.
23. Vicente J. Síndrome escrotal agudo. En: *Pautas de actuación y protocolos asistenciales del Servicio de Urología de la Fundación Puigvert*. Ediciones Pulso. Barcelona 1995. p: 35-39.

PREGUNTAS EVALUACIÓN ESCROTO AGUDO

1. La estructura fibrosa que envuelve el parénquima testicular se denomina:

- a) Túnica vaginal visceral.
- b) Túnica vaginal parietal.
- c) Túnica albugínea.
- d) Dartos.
- e) Fascia espermática interna.

2. La causa más frecuente del denominado síndrome del escroto agudo es:

- a) Orquiepididimitis aguda.
- b) Torsión de apéndices testiculares.
- c) Hidrocele.
- d) Gangrena de Fournier.
- e) Torsión del cordón espermático.

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera cierta con respecto a la torsión intravaginal del cordón espermático?

- a) Habitualmente tiene lugar en el recién nacido.
- b) Habitualmente el tratamiento es la orquiectomía.
- c) El dolor es de aparición gradual.
- d) El testículo afectado se presenta a la inspección ascendido y horizontalizado.
- e) Siempre se objetiva piuria en el sedimento de orina.

4. El signo del "punto azul" habitualmente se presenta en la exploración física de:

- a) Epididimitis aguda.
- b) Vaginalitis meconial.
- c) Torsión del cordón espermático.
- d) Torsión de la hidátide sesil del testículo.
- e) Varicocele clínico.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa con respecto a la epididimitis aguda?

- a) Es la causa más frecuente de escroto agudo a partir de los 18 años de edad.
- b) En varones mayores de 40 años el germen productor más frecuente es la E. Coli.
- c) El hemograma se sitúa dentro de parámetros normales.
- d) Ecográficamente se aprecia un aumento de tamaño global o parcial del epidídimo y un patrón heterogéneo.
- e) En la ecografía-doppler testicular se objetiva hiperaflujo vascular.

6. ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuente de un cuadro de orquitis aguda sin epididimitis asociada?:

- a) Virus de la mononucleosis infecciosa.
- b) Virus de la parotiditis.
- c) Escherichia coli.
- d) Ureaplasma urealiticum.
- e) Amiodarona.

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa con respecto al varicocele?

- a) Se localiza cranealmente con respecto al testículo.
- b) Afecta al 10% de los varones jóvenes.
- c) Es más frecuente en el lado derecho.
- d) El diagnóstico se basa en la exploración física y el estudio ecográfico.
- e) El tratamiento consiste en la oclusión de la vena espermática.

RESPUESTAS EVALUACIÓN ESCROTO AGUDO

- 1) C
- 2) E
- 3) D
- 4) D
- 5) C
- 6) B
- 7) C

4.3 Tratamiento

En la mayoría de los casos, el tratamiento quirúrgico del hidrocele no está indicado durante los 12-24 primeros meses debido a la tendencia a su resolución espontánea (grado de comprobación científica: 4, grado de recomendación: C). La cirugía precoz está indicada cuando existe sospecha de una hernia inguinal concomitante o una enfermedad testicular subyacente (6). La cuestión de la enfermedad contralateral debe abordarse mediante la anamnesis y la exploración en el momento de la consulta inicial (5). La persistencia de un hidrocele escrotal simple transcurridos los 24 meses de edad puede ser una indicación de corrección quirúrgica. Sin embargo, no hay pruebas de que este tipo de hidrocele entrañe riesgo de lesión testicular. En el grupo de edad pediátrico, la operación consiste en una ligadura del proceso vaginal permeable a través de una incisión inguinal y se deja abierto el muñón distal, mientras que en el hidrocele del cordón se extirpa o se elimina el techo de la masa quística (1, 5, 6) (grado de comprobación científica: 4, grado de recomendación: C). En manos expertas, la incidencia de lesiones testiculares durante la reparación de un hidrocele o hernia inguinal es muy baja (0,3 %) (grado de comprobación científica: 3, grado de recomendación: B). No deben utilizarse productos esclerosantes debido al riesgo de peritonitis química en el proceso vaginal peritoneal comunicante (5, 6) (grado de comprobación científica: 4, grado de recomendación: C). El abordaje escrotal (técnica de Lord o Jaboulay) se utiliza para tratar un hidrocele no comunicante secundario.

4.4 Bibliografía

5. ESCROTO AGUDO EN NIÑOS

5.1 Generalidades

El escroto agudo es una urgencia urológica pediátrica, debida con mayor frecuencia a una torsión testicular, torsión del apéndice testicular o epididimitis/epididimoorquitis (1-6). Otras causas de dolor escrotal agudo son edema escrotal idiopático, orquitis urliana, varicocele, hematoma escrotal, hernia incarcerada, apendicitis o enfermedad sistémica (púrpura de Henoch-Schonlein) (7-19).

La torsión del testículo se produce con mayor frecuencia en el período neonatal y en torno a la pubertad, en tanto que la torsión del apéndice testicular tiene lugar en un intervalo más amplio de edad. La epididimitis aguda afecta a dos grupos de edad: menores de un año y entre los 12 y 15 años (5, 20, 21). La epididimitis aguda se observa con mayor frecuencia (37 %-64,6 %) en niños con escroto agudo (1-4). En un estudio se calculó una incidencia de epididimitis de alrededor de 1,2 casos por cada 1.000 niños varones y año (22).

5.2 Diagnóstico

Los pacientes suelen comenzar con dolor escrotal. La duración de los síntomas es más breve en la torsión testicular (el 69 % consulta en el plazo de 12 horas) que en la torsión del apéndice testicular (62 %) y la epididimitis aguda (31 %) (5, 6, 20).

En la fase inicial, la localización del dolor puede conducir al diagnóstico. Los pacientes con epididimitis aguda presentan un epidídimo doloroso, mientras que los afectados por una torsión testicular tienen más probabilidades de presentar un testículo doloroso y aquellos con torsión del apéndice testicular perciben dolor aislado en el polo superior del testículo (20).

Una posición anormal del testículo es más frecuente en caso de torsión testicular que en los pacientes con epididimitis (20). La búsqueda de ausencia del reflejo cremastérico es un método sencillo con una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 66 % en presencia de torsión testicular (21, 23) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C).

En la epididimitis aparece fiebre con frecuencia (11 %-19 %). El signo clásico de un 'punto azul' sólo se identifica en el 10 %-23 % de los pacientes con torsión del apéndice testicular (4, 6, 21, 24).

En muchos casos, no es fácil determinar la causa del escroto agudo a tenor exclusivamente de la anamnesis y la exploración física (1-6, 21, 24).

Sólo se obtiene un urocultivo positivo en algunos pacientes con epididimitis (3, 21, 24, 25). Hay que tener en cuenta que un análisis de orina normal no excluye una epididimitis. Asimismo, un análisis de orina anómalo no descarta una torsión testicular.

La ecografía Doppler resulta útil para valorar un escroto agudo, con una sensibilidad del 63,6 %-100 % y una especificidad del 97 %-100 %, así como con un valor predictivo positivo del 100 % y un valor predictivo negativo del 97,5 % (26-31) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). El uso de la ecografía Doppler puede reducir el número de pacientes con escroto agudo que se someten a una exploración escrotal, pero depende de quien la lleva a cabo y puede ser difícil de realizar en pacientes prepuberales (29, 32). También puede mostrar un flujo arterial engañoso en las primeras fases de la torsión y en caso de torsión parcial o intermitente: un flujo arterial persistente no excluye una torsión testicular. En un estudio multicéntrico de 208 niños con torsión testicular, el 24 % de los pacientes presentó una vascularización testicular normal o aumentada (29). Se han comunicado mejores resultados con la ecografía de alta resolución (EAR) para visualizar directamente la torsión del cordón espermático, con una sensibilidad del 97,3 % y una especificidad del 99 % (29, 33) (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: C).

La gammagrafía y, más recientemente, la RM de sustracción con contraste dinámico del escroto también deparan una sensibilidad y especificidad comparables a las de la ecografía (34-37). Estas pruebas complementarias pueden utilizarse cuando el diagnóstico es menos probable y cuando la torsión testicular no puede descartarse a partir de la anamnesis y la exploración física. Han de efectuarse sin demoras excesivas para practicar una intervención urgente (24).

El diagnóstico de epididimitis aguda en un niño se basa principalmente en el criterio clínico y las pruebas complementarias. Sin embargo, no hay que olvidar que la observación de cambios inflamatorios secundarios en ausencia de indicios de un nódulo extratesticular mediante ecografía Doppler podría sugerir un diagnóstico erróneo de epididimitis en niños con torsión del apéndice testicular (38).

Los niños prepuberales con epididimitis aguda tienen una incidencia de anomalías genitourinarias subyacentes del 25 %-27,6 %. La realización de una evaluación urológica completa en todos los niños con epididimitis aguda sigue siendo objeto de debate (3, 21, 22).

5.3 Tratamiento

5.3.1 Epididimitis

En los niños prepuberales, la etiología suele ser poco clara, con una enfermedad subyacente en aproximadamente el 25 % de los casos. Un urocultivo suele ser negativo y, a diferencia de los niños mayores, es muy rara una enfermedad de transmisión sexual.

El tratamiento antibiótico, aunque se inicia a menudo, no está indicado en la mayoría de los casos a menos que el análisis de orina y el urocultivo revelen una infección bacteriana (22, 39). La epididimitis suele resolverse espontáneamente y, con tratamiento de apoyo (es decir, actividad física mínima y analgésicos), se cura sin secuelas (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). Sin embargo, la epididimitis bacteriana puede complicarse con abscesos o un testículo necrótico y se requiere exploración quirúrgica (40).

La torsión del apéndice testicular puede tratarse de manera conservadora (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C). Durante un seguimiento de seis semanas, clínico y ecográfico, no se observó atrofia testicular. La exploración quirúrgica se efectúa en los casos dudosos y en los pacientes con dolor persistente (27).

5.3.2 Torsión testicular

La detorsión manual del testículo se efectúa sin anestesia. Inicialmente debe hacerse mediante una rotación hacia fuera del testículo, salvo que aumente el dolor o exista resistencia evidente. El éxito se

define como un alivio inmediato de todos los síntomas y hallazgos normales en la exploración física (41) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). La ecografía Doppler puede utilizarse con fines de orientación (42).

Una orquidopexia bilateral sigue siendo necesaria después de una detorsión satisfactoria. No debe practicarse de forma programada, sino inmediatamente después de la detorsión. En un estudio se notificó una torsión residual durante la exploración en 17 de 53 pacientes, incluidos 11 que habían comunicado alivio del dolor tras la detorsión manual (41, 43).

5.3.3 Tratamiento quirúrgico

La torsión testicular constituye una urgencia y requiere un tratamiento quirúrgico inmediato. Los dos determinantes más importantes del rescate inicial del testículo son el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la detorsión y el grado de torsión del cordón (44). Se produjo atrofia testicular grave después de una torsión de tan sólo 4 horas de duración cuando la torsión fue de más de 360°. En caso de torsión incompleta (180° a 360°), con una duración máxima de los síntomas de 12 horas, no se observó atrofia. Sin embargo, se identificó un testículo ausente o muy atrófico en todos los casos de torsión mayor de 360° y una duración de los síntomas superior a 24 horas (45).

Se constató que la intervención quirúrgica precoz con detorsión (tiempo medio de torsión < 13 horas) conserva la fertilidad (46). La exploración quirúrgica urgente es obligatoria en todos los casos de torsión testicular en las 24 horas siguientes al inicio de los síntomas.

En los pacientes con una torsión testicular superior a 24 horas se precisa una exploración semi-programada (44, 45) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). Hasta la fecha, sigue habiendo controversia acerca de si se ha de realizar la detorsión y conservar el testículo ipsilateral, o practicar una orquiectomía, a fin de conservar la función contralateral y la fertilidad tras una torsión testicular de duración prolongada (> 24 horas).

Un estudio reciente realizado en seres humanos reveló que se conservó la calidad del semen en los grupos de orquiectomía y orquidopexia en comparación con los varones normales de control, aunque la orquiectomía deparó una mejor morfología de los espermatozoides (47).

Durante la exploración también se lleva a cabo una fijación del testículo contralateral. La recurrencia tras la orquidopexia es rara (4,5 %) y puede sobrevenir varios años después de la intervención. No hay recomendaciones comunes sobre el mejor tipo de fijación y material de sutura; sin embargo, muchos urólogos emplean actualmente una orquidopexia con bolsillo de dartos (48).

El enfriamiento externo antes de la exploración y varios tratamientos médicos parecen eficaces para reducir la lesión por isquemia-reperusión y mantener la viabilidad del testículo torsionado y el testículo contralateral (49-53).

5.4 Pronóstico

5.4.1 Fertilidad

Los resultados varían y son contradictorios. En un estudio, la torsión unilateral del testículo alteró gravemente la espermatogénesis ulterior en alrededor del 50 % de los pacientes y produjo un deterioro limitrofe en otro 20 %.

5.4.2 Subfertilidad

Se observa subfertilidad en el 36 %-39 % de los pacientes después de una torsión. El espermiograma puede ser normal en tan sólo el 5 %-50 % en caso de seguimiento a largo plazo (44). Se ha comprobado que la intervención quirúrgica precoz (tiempo medio de torsión < 13 horas) con detorsión conserva la fertilidad, pero los períodos prolongados de torsión (tiempo medio de torsión de 70 horas) seguidos de orquiectomía ponen en peligro la fertilidad (46).

En un estudio se identificaron anticuerpos antiespermatozoides en el semen de pacientes con torsión testicular y las concentraciones de anticuerpos se correlacionaron con la infertilidad, mientras que en otros estudios no se han confirmado estos resultados (44, 47). Anderson y cols. observaron anomalías preexistentes en el testículo contralateral en las biopsias efectuadas en el momento de la cirugía y no detectaron casos de anticuerpos antiespermatozoides después de la torsión testicular (46).

5.4.3 Concentraciones de andrógenos

En un estudio efectuado en ratas se demostró una reducción a largo plazo de la producción testicular de andrógenos después de una torsión testicular. Se consideró que este efecto fue causado por la reperfusión/agresión oxidativa en el testículo (45). Aunque las concentraciones de FSH, LH y testosterona son mayores después de una torsión testicular que en controles normales, la función testicular endocrina se mantiene dentro de los límites normales tras una torsión testicular (47).

5.4.4 Cáncer de testículo

Existe un riesgo 3,2 veces mayor de padecer un tumor testicular 6-13 años después de una torsión. Sin embargo, dos de nueve casos comunicados presentaron una torsión de un testículo que albergaba un tumor y cuatro tuvieron un tumor en el testículo contralateral al torsionado (44).

5.4.5 Óxido nítrico

En un estudio realizado con ratas se observó que la torsión del cordón espermático no produjo una alteración de las respuestas relajantes mediadas por el óxido nítrico del bulbo peniano aislado (54).

5.5 Torsión perinatal

La torsión perinatal del testículo se produce con mayor frecuencia de forma prenatal. Después del parto se producen el 25 % de las torsiones perinatales y la torsión perinatal bilateral representa el 11 %-21 % de todas ellas (55). La mayoría de los casos son torsiones extravaginales en comparación con la torsión intravaginal habitual, que aparece durante la pubertad.

La torsión intrauterina puede manifestarse como:

- Pacientes con un remanente testicular
- Pacientes con un testículo pequeño y duro
- Pacientes con un testículo de tamaño normal y duro
- Pacientes con un escroto agudo

La torsión que se produce en el período posnatal durante el primer mes de vida cursa con signos de escroto agudo. Los signos clínicos se correlacionan bien con los hallazgos quirúrgicos e histológicos, por lo que definen la necesidad y la urgencia por obtener la anamnesis (56). La ecografía Doppler puede ser otra herramienta diagnóstica. La sensibilidad en cuanto a diagnóstico de torsión testicular es elevada, aunque se desconoce su especificidad en los recién nacidos. También puede utilizarse para descartar una neoplasia testicular congénita (57). Los recién nacidos con signos escrotales agudos, así como los casos bilaterales, deben considerarse urgencias quirúrgicas (56, 58).

En caso de torsión posnatal, en un estudio se comunicó el rescate del 40 % de los testículos mediante una exploración urgente (59). El escroto contralateral también ha de explorarse debido al riesgo de torsión testicular contralateral asincrónica hasta en el 33 % de los casos (58).

5.6 Bibliografía

1. Varga J, Zivkovic D, Grebeldinger S, Somer D. Acute scrotal pain in children—ten years' experience. *Urol Int* 2007;78(1):73-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17192737>

2. Cavusoglu YH, Karaman A, Karaman I, Erdogan D, Aslan MK, Varikli O, Cakmak O. Acute scrotum- etiology and management. *Indian J Pediatr* 2005;72(3):201-3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15812112>
3. Sakellaris GS, Charissis GC. Acute epididymitis in Greek children: a 3-year retrospective study. *Eur J Pediatr* 2007;5. [Epub ahead of print].
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17786475>
4. Klin B, Zlotkevich L, Horne T, Efrati Y, Serour F, Lotan G. Epididymitis in childhood: a clinical retrospective study over 5 years. *IMAJ* 2001;3:833-35.
<http://www.ima.org.il/imag/dynamic/web/showArt.asp?id=543&nMonth=11&nYear=2001&sCat=Origina%20%20Articles&sJur=Vol%203,h>
5. McAndrew HF, Pemberton R, Kikiros CS, Gollow I. The incidence and investigation of acute scrotal problems in children. *Pediatr Surg Int* 2002; 18(5-6): 435-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415374>
6. Makela E, Lahdes-Vasama T, Rajakorpi H, Wikstrom S. A 19-year review of paediatric patients with acute scrotum. *Scan J Surg* 2007;96(1):62-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17461315>
7. Klin B, Lotan G, Efrati Y, Zlotkevich L, Strauss S. Acute idiopathic scrotal edema in children-revisited. *J Pediatr Surg* 2002;37(8):1200-2
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12149702>
8. van Langen AM, Gal S, Hulsmann AR, de Nef JJ. Acute idiopathic scrotal oedema: four cases and short review. *Eur J Pediatr* 2001;160(7):455-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11475590>
9. Hara Y, Tajiri T, Matsuura K, Hasegawa A. Acute scrotum caused by Henoch-Schonlein purpura. *Int J Urology* 2004;11(7):578-80.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15242376>
10. Singh S, Adivarekar P, Karmarkar SJ. Acute scrotum in children: a rare presentation of acute, nonperforated appendicitis. *Pediatr Surg Int* 2003;19(4):298-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12682749>
11. Bingol-Kologlu M, Fedakar M, Yagmurlu A, Dindar H, Gokcora IH. An exceptional complication following appendectomy: acute inguinal and scrotal suppuration. *Int Urol Nephrol* 2006;38(3-4):663-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17160451>
12. Ng KH, Chung YFA, Wilde CC, Chee C. An unusual presentation of acute scrotum after appendicitis. *Singapore Med J* 2002;43(7):365-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12437045>
13. Dayanir YO, Akdilli A, Karaman CZ, Sonmez F, Karaman G. Epididymoorchitis mimicking testicular torsion in Henoch-Schonlein purpura. *Eur Radiol* 2001;11(11):2267-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702171>
14. Krause W. Is acute idiopathic scrotal edema in children a special feature of neutrophilic eccrine hidradenitis? *Dermatology* 2004;208(1):86.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14730248>
15. Diamond DA, Borer JG, Peters CA, Cilento BG Jr, Sorcini A, Kaefer M, Paltiel HJ. Neonatal scrotal haematoma: mimicker of neonatal testicular torsion. *BJU Int* 2003; 91:675-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12699483>
16. Vlazakis S, Vlahakis I, Kakavelakis KN, Charissis G. Right acute hemiscrotum caused by insertion of an inflamed appendix. *BJU Int* 2002;89(9):967-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12010250>
17. Ha TS, Lee JS. Scrotal involvement in childhood Henoch-Schonlein purpura. *Acta Paediatr* 2007;96(4):552-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17306010>
18. Myers JB, Lovell MA, Lee RS, Furness PD 3rd, Koyle M. Torsion of an indirect hernia sac causing acute scrotum. *J Pediatr Surg* 2004;39(1):122-3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14694389>
19. Matsumoto A, Nagatomi Y, Sakai M, Oshi M. Torsion of the hernia sac within a hydrocele of the scrotum in a child. *Int J Urol* 2004;11(9):789-91.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15379947>

20. Sauvat F, Hennequin S, Slimane MAA, Gauthier F. [Age for testicular torsion?] Arch Pediatr 2002;9(12):1226-9. [article in French]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12536102>
21. Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. Pediatrics 1998;102(1 Pt 1):73-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9651416>
22. Somekh E, Gorenstein A, Serour F. Acute epididymitis in boys: evidence of a post-infectious etiology. J Urol 2004;171(1):391-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14665940>
23. Nelson CP, Williams JF, Bloom DA. The cremaster reflex: a useful but imperfect sign in testicular torsion. J Pediatr Surg 2003; 38(8):1248-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12891505>
24. Mushtaq I, Fung M, Glasson MJ. Retrospective review of pediatric patients with acute scrotum. ANZ J Surg 2003;73(1-2):55-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534742>
25. Murphy FL, Fletcher L, Pease P. Early scrotal exploration in all cases is the investigation and intervention of choice in the acute paediatric scrotum. Pediatr Surg Int 2006;22(5):413-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16602024>
26. Baker LA, Sigman D, Mathews RI, Benson J, Docimo SG. An analysis of clinical outcomes using color doppler testicular ultrasound for testicular torsion. Pediatrics 2000;105(3 Pt 1):604-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699116>
27. Schalamon J, Ainoedhofer H, Schleef J, Singer G, Haxhija EQ, Hollwarth ME. Management of acute scrotum in children—the impact of Doppler ultrasound. J Pediatr Surg 2006;41(8):1377-80.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16863840>
28. Günther P, Schenk JP, Wunsch R, Holland-Cunz S, Kessler U, Troger J, Waag KL. Acute testicular torsion in children: the role of sonography in the diagnostic workup. Eur Radiol 2006;16(11):2527-32.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16724203>
29. Kalfa N, Veyrac C, Lopez M, Lopez C, Maurel A, Kaselas C, Sibai S, Arena F, Vaos G, Breaud J, Merrot T, Kalfa D, Khochman I, Mironescu A, Minaev S, Averous M, Galifer RB. Multicenter assessment of ultrasound of the spermatic cord in children with acute scrotum. J Urol 2007;177(1):297-301.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162068>
30. Karmazyn B, Steinberg R, Kornreich L, Freud E, Grozovski S, Schwarz M, Ziv N, Livne P. Clinical and sonographic criteria of acute scrotum in children: a retrospective study of 172 boys. Pediatr Radiol 2005(3);35:302-10.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15503003>
31. Lam WW, Yap TL, Jacobsen AS, Teo HJ. Colour Doppler ultrasonography replacing surgical exploration for acute scrotum: myth or reality? Pediatr Radiol 2005;35(6):597-600.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761770>
32. Pepe P, Panella P, Pennisi M, Aragona F. Does color Doppler sonography improve the clinical assessment of patients with acute scrotum? Eur J Radiol 2006;60(1):120-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16730939>
33. Kalfa N, Veyrac C, Baud C, Couture A, Averous M, Galifer RB. Ultrasonography of the spermatic cord in children with testicular torsion: impact on the surgical strategy. J Urol 2004;172(4 Pt 2):1692-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371792>
34. Yuan Z, Luo Q, Chen L, Zhu J, Zhu R. Clinical study of scrotum scintigraphy in 49 patients with acute scrotal pain: a comparison with ultrasonography. Ann Nucl Med 2001; 15(3):225-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11545192>
35. Nussbaum Blask, Bulas D, Shalaby-Rana E, Rushton G, Shao C, Majd M. Color Doppler sonography and scintigraphy of the testis: a prospective, comparative analysis in children with acute scrotal pain. Pediatr Emerg Care 2002;18(2):67-71.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11973493>
36. Paltiel HJ, Connolly LP, Atala A, Altieri AD, Zurakowski D, Treves ST. Acute scrotal symptoms in boys with an indeterminate clinical presentation: comparison of color Doppler sonography and scintigraphy. Radiology 1998;207:223-31.
<http://radiology.rsnajls.org/cgi/content/abstract/207/1/223>

37. Terai A, Yoshimura K, Ichioka K, Ueda N, Utsunomiya N, Kohei N, Arai Y, Watanabe Y. Dynamic contrast-enhanced subtraction magnetic resonance imaging in diagnostics of testicular torsion. *Urology* 2006;67(6):1278-82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16765192>
38. Karmazyn B, Steinberg R, Livne P, Kornreich L, Grozovski S, Schwarz M, Nitza Z, Freud E. Duplex sonographic findings in children with torsion of the testicular appendages: overlap with epididymitis and epididymoorchitis. *J Pediatr Surg* 2006;41(3):500-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16516624>
39. Lau P, Anderson PA, Giacomantonio JM, Schwarz RD. Acute epididymitis in boys: are antibiotics indicated? *Br J Urol* 1997;79(5):797-800. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9158522>
40. Abul F, Al-Sayer H, Arun N. The acute scrotum: a review of 40 cases. *Med Princ Pract* 2005;14(3): 177-81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863992>
41. Cornel EB, Karthaus HF. Manual detorsion of the twisted spermatic cord. *BJU Int* 1999;83(6): 672-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10233577>
42. Garel L, Dubois J, Azzie G, Filiatrault D, Grignon A, Yazbeck S. Preoperative manual detorsion of the spermatic cord with Doppler ultrasound monitoring in patients with intravaginal acute testicular torsion. *Pediatr Radiol* 2000;30(1):41-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10663509>
43. Sessions AE, Rabinowitz R, Hulbert WC, Goldstein MM, Mevorach RA. Testicular torsion: direction, degree, duration and disinformation. *J Urol* 2003;169(2):663-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544339>
44. Visser AJ, Heyns CF. Testicular function after torsion of the spermatic cord. *BJU Int* 2003;92(3):200-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12887467>
45. Tryfonas G, Violaki A, Tsikopoulos G, Avtzoglou P, Zioutis J, Limas C, Gregoriadis G, Badouraki M. Late postoperative results in males treated for testicular torsion during childhood. *J Pediatr Surg* 1994;29(4):553-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8014814>
46. Anderson MJ, Dunn JK, Lishultz LI, Coburn M. Semen quality and endocrine parameters after acute testicular torsion. *J Urol* 1992;147(6):1545-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593686>
47. Arap MA, Vicentini FC, Cocuzza M, Hallak J, Athayde K, Lucon AM, Arap S, Srougi M. Late hormonal levels, semen parameters, and presence of antisperm antibodies in patients treated for testicular torsion. *J Androl* 2007;28(4):528-32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17287456>
48. Mor Y, Pinthus JH, Nadu A, Raviv G, Goliomb J, Winkler H, Ramon J. Testicular fixation following torsion of the spermatic cord- does it guarantee prevention of recurrent torsion events? *J Urol* 2006;175(1):171-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15406900>
49. Haj M, Shasha SM, Loberant N, Farhadian H. Effect of external scrotal cooling on the viability of the testis with torsion in rats. *Eur Surg Res* 2007;39(3):160-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17341878>
50. Aksoy H, Yapanoglu T, Aksoy Y, Ozbey I, Turhan H, Gursan N. Dehydroepiandrosterone treatment attenuates reperfusion injury after testicular torsion and detorsion in rats. *J Pediatr Surg* 2007;42(10):1740-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923206>
51. Akcora B, Altug ME, Kontas T, Atik E. The protective effect of darbepoetin alfa on experimental testicular torsion and detorsion injury. *Int J Urol* 2007;14(9):846-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17760753>
52. Yazihan N, Ataoglu H, Koku N, Erdemli E, Sargin AK. Protective role of erythropoietin during testicular torsion of the rats. *World J Urol* 2007;25(5):531-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17690891>
53. Unal D, Karatas OF, Savas M, Yeni E, Keser BS, Verit A, Erel O, Bitiren M. Protective effects of trimetazidine on testicular ischemia-reperfusion injury in rats. *Urol Int* 2007;78(4):356-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17495496>
54. Dokmeci D, Kanter M, Inan M, Aydogdu N, Basaran UN, Yalcin O, Turan FN. Protective effects of ibuprofen on testicular torsion/detorsion-induced ischemia reperfusion injury in rats. *Arch Toxicol* 2007;81(9):655-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17345063>

55. Turner TT, Bang HJ, Lysiak JJ. Experimental testicular torsion: reperfusion blood flow and subsequent testicular venous plasma testosterone concentration. *Urology* 2005;65(2):390-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15708073>
54. Ozkan MH, Vural IM, Moraloglu S, Umit S, Sanoglu Y. Torsion/detorsion of the testis does not modify responses to nitric oxide in rat isolated penile bulb. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2007;101(2):117-20.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17651313>
55. Yerkes EB, Robertson FM, Gitlin J, Kaefer M, Cain M, Rink RC. Management of perinatal torsion: today, tomorrow or never? *J Urol* 2005;174(4 Pt 2): 1579-83.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148656>
56. Cuervo JL, Grillo A, Vecchiarelli C, Osio C, Prudent L. Perinatal testicular torsion: a unique strategy. *J Pediatr Surg* 2007;42:699-703.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17448769>
57. van der Sluijs JW, den Hollander JC, Lequin MH, Nijman RM, Robben SG. Prenatal testicular torsion: diagnosis and natural course. An ultrasonographic study. *Eur Radiol* 2004;14(2):250-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12955451>
58. Baglaj M, Carachi R. Neonatal bilateral testicular torsion: a plea for emergency exploration. *J Urol* 2007;177(6):2296-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17509343>
59. Sorensen MD, Galansky SH, Striegl AM, Mevorach R, Koyle MA. Perinatal extravaginal torsion of the testis in the first month of life is a salvageable event. *Urology* 2003;62(1):132-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12837441>

6. HIPOSPADIAS

6.1 Generalidades

El hipospadias puede definirse como una hipoplasia de los tejidos que forman la superficie ventral del pene después de la división del cuerpo esponjoso. El hipospadias suele clasificarse en función de la localización anatómica del orificio uretral desplazado proximalmente:

- Hipospadias distal-anterior (localizado en el glande o la porción distal del cuerpo del pene y tipo más frecuente de hipospadias)
- Hipospadias intermedio-medio (peniano)
- Hipospadias proximal-posterior (penoescrotal, escrotal, perineal)

La afección puede ser mucho más grave después de la liberación de la piel.

6.1.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo relacionados con el hipospadias son probablemente genéticos, placentarios o ambientales (1) (grado de comprobación científica: 2b).

- Se detectan trastornos endocrinos en muy pocos casos.
- Los niños nacidos de madres jóvenes o de edad avanzada y los niños con un bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de hipospadias.
- Un aumento significativo de la incidencia de hipospadias durante los últimos 20 años sugiere la participación de factores ambientales (alteradores hormonales y pesticidas) (2-5).

El uso de anticonceptivos orales antes del embarazo no se ha asociado a un mayor riesgo de hipospadias en la descendencia (6) (grado de comprobación científica: 2a; grado de recomendación: B).

ESCROTO AGUDO

Emilio Jose Marin Niño
Urologo Pediatra

Introducción: La mayoría de causa de escroto agudo en niños y adolescente incluye torsión testicular, torsión de hidátide y epididimitis. Se ha observado en población de 0 a 19 años, una incidencia de Torsión de hidátide en un 46 %, epididimitis en un 35% y torsión testicular en un 16%. (1). El escroto agudo es una de las pocas condiciones urológicas que requiere intervención inmediata.(2)

1. Torsión Testicular:

La torsión testicular es una urgencia urológica que afecta 4,5 de cada 100.000 hombres menores de 25 años(3). Requiere un diagnóstico oportuno y una intervención en las primeras 4 a 6 horas para evitar la pérdida irreversible del parénquima testicular.

Se presenta por una predisposición dada por un defecto congénito de la inserción del testículo al escroto mediante un gubernaculum testis largo y/o con una implantación posterior que le permite al testículo girar libremente sobre su propio eje. (4).

La torsión testicular tiene dos pico de incidencia; un porcentaje pequeño en el periodo neonatal y un porcentaje grande durante la pubertad, pero puede ocurrir a cualquier edad. Aproximadamente 65 % de los casos ocurren en edad de 12 a 18 años. (5).

1.1 Presentación Clínica:

Los pacientes se presentan clásicamente con un inicio brusco de dolor testicular o escrotal severo, generalmente de menos de 12 horas de evolución(6) ;sin embargo, el dolor inguinal o abdominal inferior puede ser la queja de presentación

[7]. Casi el 90 por ciento de los pacientes pueden tener náuseas y vómitos asociados [8]. El dolor puede aislarse en el escroto o irradiarse a la parte inferior del abdomen [9]. Una presentación típica, particularmente en niños, es que el paciente despierte con dolor escrotal en medio de la noche o en la mañana. Muchos niños informan un episodio previo de dolor [10].

En el examen físico, el escroto puede estar edematoso, endurecido y eritematoso y el testículo afectado generalmente está sensible, hinchado y ligeramente elevado por acortamiento del cordón espermático. El testículo puede estar horizontalizado en su eje. Un hidrocele reactivo también puede estar presente. El reflejo cremastérico ausente en casi todos los casos de torsión. (11).

En nuestro medio se ha realizado una descripción de factores clínicos asociados a la torsión testicular encontrando 117 pacientes con torsión testicular. El 67% de los casos entre 10-18 años. Al examen físico el aumento del hemiescroto, la posición y orientación del testículo; se presentaron 85% aumentado, 60% ascendido y 67% horizontalizado. El dolor pulsátil fue el más frecuente descrito en un 63,4% de los casos. (12).

1.2 Diagnóstico:

El diagnóstico de torsión testicular se puede hacer clínicamente. Por lo tanto, cuando los hallazgos clínicos son definitivos para la torsión testicular, el médico debe consultar inmediatamente a un cirujano con experiencia en urología pediátrica para evaluar al paciente y tomar una decisión con respecto a la exploración y reparación quirúrgica.

En un estudio prospectivo de 338 niños con escroto agudo evaluado en una sola institución, se obtuvo el siguiente sistema de puntuación clínica para la torsión testicular (13):

- Náuseas o vómitos: 1 punto
- Edema testicular – 2 puntos
- Dolor a la palpación testicular – 2 puntos
- Testículo ascendido – 1 punto
- Ausencia de reflejo cremastérico– 1 punto

Una puntuación ≥ 5 diagnosticó torsión testicular con una sensibilidad del 76 por ciento, especificidad del 100 por ciento y un valor predictivo positivo del 100 por ciento. Una puntuación ≤ 2 excluyó la torsión testicular con una sensibilidad del 100 por ciento, una especificidad del 82 por ciento y un valor predictivo negativo del 100 por ciento.

No existen herramientas de laboratorio diagnósticas para la torsión. Una posibilidad de apoyo sería la ultrasonografía Doppler testicular. Sus ventajas son la accesibilidad y rapidez, además de ser una técnica no invasiva. Sin embargo, es operador dependiente.

La demostración de disminución de la perfusión testicular o torsión del cordón espermático es consistente con la torsión testicular. La disminución de la perfusión testicular también puede observarse en algunos pacientes con hidrocele grande, absceso, hematoma o hernia escrotal.

La ecografía Doppler puede discernir el tamaño testicular y epidídimo, el líquido escrotal, el engrosamiento de la pared escrotal, el apéndice testicular agrandado, la torsión del cordón espermático y el flujo arterial en los testículos y el epidídimo

(14). La sensibilidad y especificidad reportadas de la ecografía Doppler en la detección de torsión testicular oscilan entre 69 y 100 por ciento y 77 a 100 por ciento, respectivamente (15).

La exploración nuclear mide la perfusión testicular. La sensibilidad y la especificidad reportadas de la gammagrafía son 100 por ciento y 97 por ciento, respectivamente (16) . Sin embargo, un escaneo nuclear tarda varias horas en realizarse y, por lo general, no está disponible lo suficientemente rápido como para permitir la detorsión operativa y la orquiopexia a tiempo.

1.3 Manejo:

El diagnóstico de torsión testicular ya sea clínica o ecográfico, requiere interconsulta inmediata con un urólogo.

El tratamiento para un testículo torcido que sigue siendo viable implica la detorsión quirúrgica y la fijación (orquiopexia) de ambos testículos. La orquiectomía se realiza si el testículo no es viable. La viabilidad de un testículo torcido depende de la duración y la integridad de la torsión. Las tasas típicas de viabilidad según la duración de la torsión se han descrito de la siguiente manera (17):

- Destorsión entre 4 a 6 horas: 100 % viabilidad.
- Destorsión después de las 12 horas: 20 % de viabilidad.
- Destorsión después de 24 horas: 0% de viabilidad.

El hemiscroto contralateral generalmente se explora durante la cirugía porque la deformidad de la campana generalmente es bilateral. La exploración permite la fijación de los testículos contralaterales para evitar futuras torsiones (17).

2. Torsión Hidátide :

La hidátide testicular es una pequeña estructura vestigial en la cara anterosuperior del testículo, un remanente embriológico del sistema de conductos de Müller. La torsión de hidátide ocurre con mayor frecuencia en niños entre 7 y 12 años (18).

2.1 Presentación clínica:

El dolor de torsión de hidátide es de inicio repentino, como el dolor de la torsión testicular.

El examen físico de los niños con torsión de hidátide generalmente muestra un testículo no distendido y una masa localizada sensible que es palpable, generalmente en el polo superior o inferior (19). La hidátide puede ser gangrenoso o negro y aparece a través del escroto como el "signo de punto azul".

Puede haber un reflejo cremastérico normal y palpar un hidrocele reactivo. El flujo sanguíneo al testículo afectado es normal o está aumentado y puede demostrarse mediante ecografía Doppler o exploración nuclear (19).

2.2 Diagnóstico:

El diagnóstico de torsión de hidátide se puede realizar clínicamente, como se describió anteriormente. La ecografía Doppler o la exploración nuclear pueden ser útiles en casos en los que la torsión testicular no puede excluirse de otra manera.

2.3 Tratamiento:

El tratamiento de la torsión de hidátide es de apoyo, con analgésicos, reposo en cama y soporte escrotal para ayudar a aliviar el edema testicular. El dolor debe resolverse en 5 a 10 días. (20).

3. Epididimitis Aguda:

La inflamación del epidídimo se conoce como epididimitis. La epididimitis ocurre con mayor frecuencia entre los adolescentes tardíos, pero también ocurre en niños

más jóvenes que niegan la actividad sexual (19). Varios factores pueden predisponer a los niños pos púberes a desarrollar epididimitis subaguda, incluida la actividad sexual, el esfuerzo físico intenso y el trauma directo como andar en bicicleta o en motocicleta. La epididimitis bacteriana en niños pre púberes se asocia con anomalías estructurales del tracto urinario. (19).

3.1 Presentación Clínica:

Los pacientes con epididimitis pueden presentar dolor agudo o subagudo e inflamación aislada del epidídimo (20). Puede haber antecedentes de aumento de la frecuencia, disuria, secreción uretral y / o fiebre. Al examen físico destaca edema y eritema marcado. Testículo normosituado. A la elevación escrotal se observa alivio parcial del dolor (signo de Prehn), cordón espermático doloroso, pero no engrosado y reflejo cremastérico conservado. Ecográficamente se puede identificar hiperemia local y engrosamiento del epidídimo y/ o testículo. Puede haber engrosamiento de la túnica albugínea e hidrocele secundario.

3.2 Diagnóstico:

El diagnóstico de epididimitis se puede realizar clínicamente. Sin embargo, si el diagnóstico es incierto, la ecografía Doppler o la exploración nuclear pueden ser útiles, revelando un aumento del flujo sanguíneo al epidídimo afectado (21).

3.3 Tratamiento:

El tratamiento varía de acuerdo a la severidad de presentación y de la posible etiología. Tratamiento para epididimitis de origen sexual incluye antibiótico, analgésico, reposo y soporte escrotal. (22). La primera línea recomendada por el CDC para epididimitis de origen de transmisión sexual consiste Ceftriaxona 250 mg dosis única IM mas docixiclina 100 mg / 12horas por 7 días o azitromicina

1 gramo dosis única vo. (22). El anterior esquema busca cobertura para gonococo y chlamydia.

El tratamiento para niños pre púberes depende si se asocia a episodios de infección urinaria. En aquellos que se asocia a infección urinaria se debe iniciar manejo empírico antibiótico, se puede utilizar una cefalosporina de primera generación.

En los casos de epididimitis no bacteriana el tratamiento es de apoyo con soporte escrotal, reposo, aines. (21)

Referencias:

1. Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, et al. Evaluation of acute scrotum in the emergency department. *J Pediatr Surg* 1995; 30:277.
2. Srinath H. Acute scrotal pain. *Aust Fam Physician* 2013; 42 (11) 790-792
3. Mergers H, Feb VW. Harvard University; Testicular torsion and risk factors for orchiectomy discussed. *Resumen* 2006; 762: 1-3
4. Yu Y, Zhang F, An Q, Wang L, Li C, Xu Z. Scrotal Exploration for Testicular Torsion and Testicular Appendage Torsion: Emergency and Reality. *Iran J Pediatr* 2015; 25 (01) e248
5. Edelsberg JS, Surh YS. The acute scrotum. *Emerg Med Clin North Am* 1988; 6:521.
6. Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. *Pediatrics* 1998; 102:73.
7. Karmazyn B, Steinberg R, Kornreich L, et al. Clinical and sonographic criteria of acute scrotum in children: a retrospective study of 172 boys. *Pediatr Radiol* 2005; 35:302.
8. Tunnessen WW Jr. Scrotal swelling. In: *Signs and Symptoms in Pediatrics*, 3rd, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia 1999. p.606.
9. Weiss DA, Jacobstein CR. Genitourinary emergencies. In: *Fleisher and Ludwig's Textbook of Pediatric Emergency Medicine*, 7th ed, Shaw KN, Bachur RG (Eds), Wolters Kluwer, Philadelphia 2016. p.1353
10. Pillai SB, Besner GE. Pediatric testicular problems. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45:813.
11. Nelson CP, Williams JF, Bloom DA. The cremasteric reflex: a useful but imperfect sign in testicular torsion. *J Pediatr Surg* 2003; 38:1248.
12. José Nicolás Fernández Bonilla, Mauricio Medina-Rico, Luisa Fernanda Rincón, Jaime Francisco Pérez Niño. Descripción de factores clínicos asociados a la torsión testicular. *Urol Colomb* 2018;27:167-173
13. Barbosa JA, Tiseo BC, Barayan GA, et al. Development and initial validation of a scoring system to diagnose testicular torsion in children. *J Urol* 2013; 189:1859.
14. Nussbaum Blask AR, Bulas D, Shalaby-Rana E, et al. Color Doppler sonography and scintigraphy of the testis: a prospective, comparative analysis in children with acute scrotal pain. *Pediatr Emerg Care* 2002; 18:67
15. Baker LA, Sigman D, Mathews RI, et al. An analysis of clinical outcomes using color doppler testicular ultrasound for testicular torsion. *Pediatrics* 2000; 105:604.
16. Paltiel HJ, Connolly LP, Atala A, et al. Acute scrotal symptoms in boys with an indeterminate clinical presentation: comparison of color Doppler sonography and scintigraphy. *Radiology* 1998; 207:223.
17. Jefferies MT, Cox AC, Gupta A, Proctor A. The management of acute testicular pain in children and adolescents. *BMJ* 2015; 350:h1563.

18. Fisher R, Walker J. The acute paediatric scrotum. *Br J Hosp Med* 1994; 51:290.
19. Boettcher M, Bergholz R, Krebs TF, et al. Differentiation of epididymitis and appendix testis torsion by clinical and ultrasound signs in children. *Urology* 2013; 82:899.
20. Baldisserotto M. Scrotal emergencies. *Pediatr Radiol* 2009; 39:516.
21. Somekh E, Gorenstein A, Serour F. Acute epididymitis in boys: evidence of a post-infectious etiology. *J Urol* 2004; 171:391.
22. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64:1.

**DICTAMEN PERICIAL
ESPECIALIDAD UROLOGÍA**

Doctor

RAFAEL EUGENIO GONZALEZ USCÁTEGUI

Médico Urólogo

Bucaramanga

REFERENCIA:	Dictamen Pericial para proceso civil ORDINARIO
DEMANDANTE:	PAULINO RODRIGUEZ MÉNDEZ Y OTROS
DEMANDADO:	COLMEDICA EPS; CLINICA BUCARAMANGA CENTRO MEDICO DANIEL PERALTA S.A. Y SERVICIOS INTEGRALES DE COLOMBIA SILCO LTDA.
RADICACIÓN:	680013103004-2009-00405-00
LLAMAMIENTO EN GARANTÍA:	DR. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCÁTEGUI

Atendiendo su requerimiento de rendir: “Peritaje Médico Especializado en Urología”, respecto la atención del señor **PAULINO RODRIGUEZ MENDEZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No 13221476, en la CLINICA BUCARAMANGA S.A., por parte del urólogo, **DR. RAFAEL EUGENIO GONZALEZ USCÁTEGUI**, conforme Historia Clínica facilitada al suscrito para este fin, procedo a rendirlo de la siguiente manera:

I. SOBRE LOS HECHOS

Se revisa la Historia Clínica aportada, la cual reposa en la Clínica Bucaramanga, S.A del Señor **PAULINO RODRIGUEZ MENDEZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No 13221476, y se encuentra:

1.1 Ingreso a **urgencias** de la Clínica Bucaramanga el día **7 de junio de 2004**, por dolor en región inguinal y testicular derecho, de **8 días de evolución**.

1.1.2 Es valorado por **cirugía general** quien diagnostica **HERNIA INGUINAL DERECHA ENCARCELADA** y lo lleva a cirugía el 7 de junio de 2004, a las 12:00 PM, realizando **herniorrafia inguinal e hidrocelectomia derecha**.

1.1.3 Evoluciona adecuadamente y se da salida el día **7 de junio de 2004 a las 12:13**. *(según fechas y horas de Historia Clínica)*

1.2 Reingresa a **urgencias** el día **11 de junio de 2004**, a las **6:29 pm**, es valorado por el **Médico de Urgencias, DR. RICARDDO ANDRES FONSECA DÍAZ**, por presentar **cuadro de 5 días de dolor testicular, fiebre, escalofríos, vomito, hiporexia**, asociado a aumento de tamaño de escroto derecho, desde hace un día eritema escrotal. Al examen físico el médico de urgencias encuentra testículo derecho aumentado de tamaño, doloroso, eritematoso y duro. Hace un diagnóstico de Epididimitis y orquitis. Solicita valoración por urología.

cf.

1.3 Es valorado por urología, **Dr. RAFAEL GONZALEZ USCATEGUI**, el día **11 junio de 2004**, a las **8:33 pm.** por presentar dolor testicular derecho severo **desde hace 5 días**, posterior a herniorrafia inguinal derecha; refiere fiebre, escalofríos; desde esa fecha el dolor se ha intensificado y aumento de volumen testicular derecho. Al examen físico encontró: "herida de herniorrafia con equimosis por hematoma. GE Testículo derecho aumentado de tamaño, muy doloroso a la palpación. No se diferencian estructuras. Paraclínicos cuadro hemático, leucocitos 11.000, parcial de orina normal. "

1.3.1 El Dr. González Uscátegui lo hospitaliza con diagnostico presuntivo de:

- 1). Orquiepidimitis derecha?
- 2). Torsión testicular derecha?.

1.3.2 Inicia tratamiento con antibióticos (ciprofloxacina endovenosa y analgésicos) y solicita Gamagrafia testicular **urgente.**

1.3.3 Durante los días de hospitalización posteriores no presentó fiebre y persistía con dolor y la masa testicular derecha sin cambios. Pasaba buena noche, según notas de enfermería.

1.3.4 La Gamagrafía llevo a manos del Dr. Rafael Eugenio Gonzalez Uscátegui el **15 de junio de 2004**, a las **6:48 pm.** El resultado fue: "**ausencia de función testicular derecha**". Se le explicó al paciente el reporte de la gamagrafía y se solicito orquidectomía radical derecha. Pendiente trámite administrativo, informándole al paciente y sus familiares.

1.3.5 El paciente siguió hospitalizado.

1.3.6 Se realizó Orquidectomía radical por el Dr. **RAFAEL EUGENIO GONZALEZ USCÁTEGUI**, el día **17 de junio de 2004**, a las **12:13 pm.** La descripción quirúrgica reporta que el testículo tenia una "**Gran inflamación peritesticular y perivaginal, coloración violácea, hematoma a nivel de cordón, a nivel de la cabeza del epididimo, se realizó apertura de vaginal la cual evidencia TESTICULO DERECHO SIN IRRIGACION, TEJIDO TESTICULAR CON NECROSIS**". Se envía órgano a patología.

1.3.7 El paciente evolucionó satisfactoriamente, se encontraba en buenas condiciones generales y se le dio salida el **18 junio de 2004** a las **10:34 am.**

II. ANALISIS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL URÓLOGO, Dr. RAFAEL EUGENIO GONZALEZ USCÁTEGUI.

2.1 Es evidente que el cuadro clínico actual llevaba **5 días de evolución** y era compatible con uno de los dos diagnósticos que acertadamente el Dr. González Uscátegui dio: (*ver hecho 3.1 de este peritaje*)

- 1). Orquiepidimitis derecha?
- 2). Torsión testicular derecha?.

Al Examen físico éstas dos posibilidades diagnosticas tienen las mismas manifestaciones clínicas y el examen clínico es muy similar, por lo cual no se puede confirmar en ese momento cual de las dos posibilidades es, sin un examen paraclínico totalmente confiable. En este momento, a los 5 días de evolución de esta sintomatología no era una urgencia quirúrgica inmediata.

2.2 La conducta del Dr. González Uscátegui fue adecuada:

2.2.1 Iniciar antibiótico, por cuanto se buscaba controlar la posible infección que pudiera tener si el diagnóstico era de "orquiepidimitis derecha", posterior a una cirugía que podría comprometer el testículo derecho por proximidad a la hernia inguinal derecha encarcelada; O, en el caso de que se tratara de una infección sobreagregada a una posible torsión testicular. Fue acertado, toda vez que **el paciente no volvió a presentar fiebre y estaba estable.**

2.2.2 Solicitar una gamagrafia testicular, para confirmar lo siguiente:

PRIMERO: La función testicular comprometida. Este examen determina: La vitalidad vascular del testículo dada por la irrigación, ya que en el caso de una isquemia testicular el testículo estará perdido totalmente y esto puede ser debido a: 1.) A una torsión testicular (espontánea) o, 2) a una lesión de la irrigación del testículo secundaria al trauma ocasionado por la herniorrafia inguinal. Si se confirma este diagnóstico es necesario una exploración quirúrgica porque el paciente tenía una masa dolorosa. (1) (4)

SEGUNDO: La función testicular NO comprometida. Este examen determina si la irrigación testicular está íntegra y presenta signos inflamatorios compatibles con una orquiepidimitis (*Inflamación por infección del testículo y epidídimo*), y así confirmar el diagnóstico de orquiepidimitis, en cuyo caso se debe continuar solo con tratamiento antibiótico.

En el caso particular en estudio, **éste último no fue el caso**, por cuanto arrojó **fue ausencia de función testicular** y era necesario realizar la exploración quirúrgica. Es decir, determinó una **FUNCIÓN TESTICULAR COMPROMETIDA.**

2.3 la conducta del Dr. GONZÁLEZ USCÁTEGUI fue la correcta, toda vez que estudios especializados han demostrado que con la Gamagrafia testicular se puede confirmar la viabilidad testicular con una Sensibilidad y especificidad del 100% y del 97% respectivamente. (1)

Otro examen posible, como lo es la Ecografía Doppler testicular, para el caso particular de estudio **no es lo correcto**, ya que es un examen con **menor efectividad a la gamagrafia**, ya que los resultados de la Ecografía Doppler depende de muchas variables como son: La experiencia e idoneidad del Ecografista y la calidad del equipo, principalmente.

Por ello es que los estudios arrojan que la **ecografía doppler testicular tiene una inferior Sensibilidad y Especificidad a la gamagrafia**, que oscilan entre el 69% y 100% y del 77% a 100% respectivamente. (1)(4)

Por lo anterior la ecografía doppler en el caso en estudio constituye un examen no adecuado, siendo superior y acertado el solicitar la Gamagrafia, máxime para la fecha de la Historia clínica, conducta desplegada correctamente por el Dr. González Uscátegui. (4)(1) Estoy de acuerdo que el mejor examen a pedir es el de la Gamagrafia, si se tiene además en cuenta el hecho de tener 5 días de evolución la sintomatología del paciente para cuando fue atendido por primera vez por el Dr. González Uscátegui.

2.4. Siguiendo con el análisis de la conducta del urólogo, Dr. Rafael Eugenio González Uscátegui, hay que tener en cuenta que con 5 días de la sintomatología del paciente, si fuera un compromiso vascular del testículo, que sería el diagnóstico más grave, este compromiso ya **era irreversible y no era susceptible de ningún tratamiento médico ni quirúrgico, que lograra salvar el testículo.**

Es de advertir, que una torsión testicular para que pueda ser recuperable el testículo debe ser intervenido entre **6-8 horas** de evolución en promedio, **contado desde el inicio de la sintomatología**. Lamentablemente, según la historia clínica, **el paciente consultó 5 días después del inicio de la sintomatología**, con las consecuencias que reposan en la Historia Clínica. (1)(2)(4)

2.5 Por otra parte, pasados 5 días de los síntomas de dolor testicular, aumento de tamaño y otros, no hay una urgencia quirúrgica inmediata, por lo que comparto totalmente la necesidad de pedir una gamagrafía testicular, que es el examen con mayor precisión para confirmar el diagnóstico, antes de proceder a retirar el testículo. Y si, por fortuna solo fuera una infección o inflamación (orquiepidimitis) el tratamiento quirúrgico no hubiera sido necesario.(1)

2.6. El resultado de la gamagrafía llegó 5 días después de estar hospitalizado, esto es **el 15 de junio de 2004. 6:68 pm**. El resultado del examen fue: el de **AUSENCIA DE FUNCION TESTICULAR**, según Historia clínica, lo que significa: **ausencia total de irrigación testicular**. Por tal razón es totalmente válido proceder a realizar la orquidectomía radical, la cual no solo tiene el fin de retirar el testículo por ser un órgano que no esta funcionando y esta ocasionando dolor, además de conocer la causa por la cual se comprometió la irrigación del testículo. (2)(3)

2.7. La cirugía de orquidectomía se realizó el 17 de junio de 2014, según la Historia Clínica, encontrando que el testículo tenía una "Gran inflamación peritesticular y perivaginal, coloración violácea, hematoma a nivel de cordón y a nivel de la cabeza del epididimo. Se realizó apertura de vaginal la cual evidencia **TESTICULO DERECHO SIN IRRIGACION, TEJIDO TESTICULAR CON NECROSIS**. Se realizo corte y legadura de cordón en su extremo proximal, cierre por planos". Se envía órgano a patología.

Frente a este resultado existen 2 posibilidades diagnósticas enunciadas en el numeral **PRIMERO** del punto **2.2.2** de este peritaje, posibilidad **que se confirma** en la cirugía de orquidectomía testicular.

Respecto la información que arroja la cirugía de orquidectomía, según historia clínica, es que el trauma quirúrgico de la disección, necesaria en una herniorrafia inguinal encarcelada, es la que produce inflamación, congestión venosa y linfática y en casos graves puede producirse trombosis venosa y eventualmente daño isquémico del testículo. (3)

Esta isquemia parcial o total, que conduce a una necrosis testicular y atrofia testicular son observados en el 0,5 % de los pacientes sometidos a una herniorrafia. (5) (6).

Recordemos que el paciente consulto al 5 día postoperatorio y el testículo con este tiempo con una lesión isquémica vascular grave es irre recuperable, bien sea por tratarse de una torsión testicular o como consecuencia de una complicación secundaria a la disección necesaria en una herniografía inguinal encarcelada.

2.8 Se confirmo en la exploración quirúrgica (*17 de junio de 2004*) que el testículo tenía una "Gran inflamación peritesticular y perivaginal, coloración violácea, hematoma a nivel de cordón y se evidencio **TESTICULO DERECHO SIN IRRIGACION, TEJIDO TESTICULAR CON NECROSIS**". Razón por la cual se realizo la orquidectomia. Conducta adecuada y respaldada por la literatura al respecto (5)

2.9. El reporte de patología de fecha 18 de junio del 2004, por el **Dr. LUIS ROBERTO CARVAJAL TAPIAS**, reporta: testículo derecho (orquidectomía): necrosis isquémica con infiltración hemorrágica por torsión del pedículo vascular. Inflamación crónica activa de la superficie externa. (Antecedente de herniorrafia)". 

Este reporte es concordante con lo encontrado en los hallazgos intraoperatorios: necrosis isquémica testicular, reportado en la Historia Clínica por el urólogo, Dr. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCÁTEGUI, mencionado en la historia clínica y analizado por el suscrito en el punto 2.7 de este escrito.

Sin embargo, éste Médico Patólogo "asume" erróneamente, que fue por una torsión del pedículo vascular, pero el Dr. Gonzalez Uscátegui en la cirugía no encontró el testículo torcido, como claramente consta en la descripción quirúrgica. Lo que encontró el Dr. González Uscátegui fue un hematoma a nivel del cordón testicular, el testículo sin irrigación y necrótico (sin Función).

Luego, esto confirma una lesión vascular del cordón testicular secundaria a la disección necesaria en una herniorrafia inguinal encarcelada, la cual llevaba 10 días del postoperatorio de la herniorrafia inguinal, y 9 días de inicio de la sintomatología. Es importante advertir en el análisis del presente caso, que el paciente consulta demasiado tarde, esto es por urología **5 días después del inicio** de la sintomatología testicular.

La conducta del Dr. Rafael González Uscátegui fue adecuada. En ningún caso este testículo se hubiere podido salvar con este tiempo de evolución, lastimosamente por una consulta tardía del paciente a urología (5)

2.10 Prueba de que el tratamiento Quirúrgico realizado por el urólogo, Dr. González Uscátegui fue exitoso, es que el paciente a las 24 horas de haberse realizado la orquidectomía, estaba asintomático, en buenas condiciones generales y se le dio salida.

III. CONCLUSION DEL PERITAJE MÉDICO.

En mi concepto, la actuación del urólogo, Dr. Rafael Eugenio González Uscátegui fue la correcta y ajustada a la Lex Artis, en cuanto a la atención y procedimiento quirúrgico realizados.

Respecto los inconvenientes del paciente respecto los trámites administrativos, en la realización de la gammagrafía testicular y la cirugía no me refiero por cuanto solo estoy dando un concepto sobre la actuación del Dr. Rafael Eugenio Gonzalez Uscategui, la cual fue la necesaria, correcta y totalmente ajustada a la Lex Artis.

IV. BIBLIOGRAFIA

1. European Association of Urology 2010
Guías Clínica Urología Pediátrica
Paginas 995-1002
2. Joao Arthur Brunhara Alves Barbosa, Francisco Tibor Denes, Ans Hiep T. Nguyen. Testicular Rorsion. Can We Improve the Management of Acute Scrotum?. J. Urol. Vol 196. Issue 6 . June 2016
3. Elberto Acevedo Antonio Gallegoa. Aqjiles Vitergog, Joprge Bravol. Veronica Dellepiane T. Spermatic Cord and testicular Swellin as a complication of inguinal hernia repair. Rev Chil Cir. V 59. N 1. Febrero 2007. Pags 55-60
4. H J Paltiel, L P Connolly, A Atala, A D Paltiel, D Zurakowski, S T Treves. Acute Scortal Syntoms in boys with an Indeterminate Clinical Presentacion : Comparasion of Color Doppler Sonograpy ans Scintigraphy. 
Radiology. 1998. Apr; 207(1): doli. 1148/ radiology. 207. 19530319

5. Erthan Ates, Hakan Gorkem Kazini, Alkin Sones Amasyali. Department of Urology Adnan Menderes University School of Medicine, Aydin, Turkey. "A rare complication of inguinal repair: Total testicular ischemia and necrosis". Archivio Italiano di Urologia e Andrologia 2019;91, 1. 46

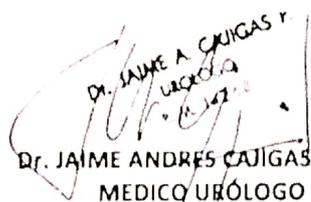
6. Wantz GE. Testicular Atrophy A risk of Inguinal Hernioplasty. Chirurgie. 1991;117:645-51

V. HOJA DE VIDA DEL AUTOR DEL PERITAJE MÉDICO EN UROLOGÍA.

La hoja de vida del Urólogo Dr. JAIME ANDRÉS CAJIGAS se adjunta.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que NO HE SIDO DESIGNADO EN PROCESOS EN CURSO POR LA MISMA PARTE O POR EL MISMO APODERADO DE LA PARTE. NO ME ENCUENTRO INCURSO EN LAS CAUSALES CONTEMPLADAS EN EL ARTICULO 50 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.

Este peritaje fue realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia, a los 20 días del mes de marzo de 2020, a solicitud del interesado DR. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCÁTEGUI, con miras a atender un llamamiento en garantía en el proceso de la referencia.


Dr. JAIME ANDRÉS CAJIGAS PLATA
MEDICO URÓLOGO
c.c. 79351609
Avenida 9 No 116-20
Asociación Médica de los Andes
Bogotá - Colombia
Tel 2152300 ext 1311

**ANEXO 1 AL
DICTAMEN PERICIAL
ESPECIALIDAD UROLOGÍA**

Referencia:	Dictamen pericial para proceso Civil
Proceso:	ORDINARIO
Demandante:	Paulino Rodríguez Méndez y otros
Demandado:	Clínica Bucaramanga y otro
Radicación:	680013103004-2009-00405-00
Llamada en Garantía:	Dr. Rafael Eugenio González Uscategui

1. MOTIVO DE LA PERITACIÓN

Atendiendo su requerimiento de rendir: **“Peritaje Médico Especializado en Urología”** respecto la atención del señor **PAULINO RODRIGUEZ MENDEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 13221476, en la CLÍNICA BUCARAMANGA S.A., por parte del urólogo, **DR. RAFAEL EUGENIO GONZÁLEZ USCÁTEGUI**, conforme a la Historia Clínica facilitada al suscrito para este fin.

2. IDENTIDAD DEL PERITO

JAIME ANDRÉS CAJIGAS PLATA
C.C. No. 79.351.604 de Bogotá
RM No. 14268
Médico Cirujano Especialista en Urología

3. DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES:

En el momento de notificaciones con relación a esta pericia, me pueden ser enviadas a la Asociación Médica de los Andes, Carrera 9° No. 117-20 Consultorio 311, en la ciudad de Bogotá.
Correo electrónico: jacajigas@hotmail.com

4. IDONEIDAD DEL PERITO

Anexo al presente informe mi Hoja de vida con los documentos que acreditan mi idoneidad profesional como médico especialista en urología.

5. DOCUMENTOS RECIBIDOS

Para este dictamen recibí la siguiente documentación:

5.1. Historia clínica del paciente

6. 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.

7. TÉCNICA DEL EXPERTICIO

Análisis documental allegado para el estudio, aplicando conocimientos como médico especialista en urología y la revisión comparativa y constante de guías y manejo y relacionadas con la materia.

8. ANÁLISIS DEL CASO

Se encuentra anexa al presente documento junto con mi hoja de vida.

INFORMACIÓN DEL PERITO TENIENDO EN CUENTA LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 226 DEL CGP

Numeral	ARTÍCULO 226 DEL CGP. De antemano manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma del presente dictamen, que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional.
1	JAIME ANDRÉS CAJIGAS PLATA C.C. No. 79.351.604 de Bogotá
2	Asociación Médica de los Andes, Carrera 9° No. 117-20 Consultorio 311, en Bogotá. Correo electrónico: jacajigas@hotmail.com Teléfono: 2152300 ext. 1311
3	Médico Cirujano Especialista en Urología
4	No he realizado publicaciones relacionadas con la materia del dictamen que me permito exponer.
5	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.
6	No he sido designado en procesos en curso por el misma parte o 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. 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.
9.	El método efectuado para la elaboración del presente dictamen es el mismo utilizado en el ejercicio regular de mi profesión, es decir, el análisis de los documentos allegados para el estudio, aplicando conocimientos como médico especialista en urología y la revisión comparativa y constante de guías y manejo y relacionadas con la materia.
10	En este mismo escrito se relacionan y adjuntan los documentos utilizados para la elaboración del dictamen.

HOJA DE VIDA

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	JAIME ANDRES CAJIGAS PLATA Médico Cirujano Especialista en Urología Registro Médico 14268
NACIONALIDAD	Colombiano
FECHA DE NACIMIENTO	Junio 3 de 1965
LUGAR	Bogotá
ESTADO CIVIL	Casado
HIJOS	Dos (2)
RESIDENCIA	Calle 91 A No. 19-21
TELEFONO	257 17 56
CONSULTORIO	Asociación Médica de los Andes Carrera 9º No.117 - 20 Consultorio 311
TELEFONO	Directo: 214 55 66 Conmutador : 215 23 00 Ext. 239 Buscapersonas 6187000 cód. 23885 Celular 310 8145261
E-MAIL	jacajigas@hotmail.com
CEDULA	No. 79.351.604 de Bogotá

ESTUDIOS

UNIVERSITARIOS	Universidad Militar Nueva Granada Facultad de Medicina Santafé de Bogotá, D.C. 1983 1988 Título: Médico cirujano
SECUNDARIOS	Colegio San Tarsicio Santafé de Bogotá 1977 1982 Título: Bachiller

PRIMARIOS

Colegio San Tarsicio
Santafé de Bogotá
1972 1976

POSTGRADO

Universidad Militar Nueva Granada
Hospital Militar Central
Servicio de Urología
Santafé de Bogotá
1990 1994
Título: Urólogo

The George Washington University
George Washington Medical Center
Washington D.C.
Septiembre 1994 Enero 1996
Fellow in Urology-Research

Certificado ECFMG 0-529-859-1

EXPERIENCIA LABORAL

INTERNADO ROTATORIO Hospital Militar Central
Santafé de Bogotá
1987 1988

SERVICIO SOCIAL
OBLIGATORIO

Policía Nacional
Hospital Central de la Policía
Santafé de Bogotá
1989

INSTRUCTOR

Hospital Militar Central
Servicio de Urología
Santafé de Bogotá
Febrero 1994 Agosto 1994

ESPECIALISTA
UROLOGIA

Hospital Militar Central
Servicio de Urología
Santafé de Bogotá
Marzo 1996

Hospital Universitario de la Samaritana
Servicio de Urología
Santafé de Bogotá
Diciembre 1996 – Octubre 1999

Clínica de Marly
Servicio de Urología
Bogotá D.C.
Enero 2002 – a la fecha

JEFE DEL SERVICIO

Hospital Militar Central
Servicio de Urología
Bogotá D.C.
Abril 24 del 2000 a la fecha

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTRUCTOR

Hospital Militar Central
Servicio de Urología
Bogotá D.C.
Febrero 1994 Agosto 1994

DOCENTE
INVESTIGADOR

Universidad Militar Nueva Granada
Facultad de Medicina
Centro de Investigaciones
Bogotá D.C.
Marzo 1994 Agosto 1994

PROFESOR DE
UROLOGIA

Universidad Militar Nueva Granada
Facultad de Medicina
Servicio de Urología
Bogotá D.C.
Julio 1996

Colegio Mayor Ntra Sra del Rosario
Facultad de Medicina
Cátedra de Urología
Junio 1998 – Octubre 1999

SOCIEDADES

Sociedad Colombiana de Urología
Miembro Afiliado 1991 1994
Miembro Correspondiente 1996 1997
Miembro de Número 1997

Sociedad Colombiana de Golf
Miembro Activo 1978

Asociación Médica de los Andes
Miembro Activo
1997

Uromedica de Colombia
Presidente Junta Directiva
2000 - 2001

PUBLICACIONES

Rojas J., Reyes L., Quiroga W., Cajigas JA. Estado actual de los Antiandrógenos.
Urología Panamericana Volumen 15 N 1 Enero-Marzo 2003

Jiménez-Cruz F., Jasovich A., Cajigas J., Jiang Q., Imbeault D., Woods G.L., Gesser R.M. A Propective, multicenter, randomized Double-blind Study comparing ertapenem and ceftriaxone followed By appropriate oral therapy for complicated urinary tract infections In adults. Urology 60 (1) July 2002

Lattif A., Serrano A., Medina C. Cajigas J., Gómez F.
Guia de manejo para el tratamiento del Carcinoma avanzado de La próstata
Urología Panamericana Volumen 14 N 2 Abril-Junio 2002

Reyes L.E., Forero L.F., Quiroga W., Schlesinger R., Cajigas J.A.
Comportamiento de los valores séricos de antígeno específico prostático Con la administración de antibiótico terapia. Urología Colombiana Vol. XI No 2 Julio 2002:27-31

Forero L.F., Caicedo C., Cajigas J.A. Relación entre el tamaño de los Tumores renales y el estado de extensión evidenciado luego del manejo Quirúrgico. Urología Colombiana Vol. XI No 2 Julio 2002:55-59

- Cajigas J.A., Latiff A., Cáncer de próstata (Epidemiología y ETIOLOGIA). UROLOGIA Colombiana Vol. IX No.2 Agosto 2000:7-12
- Cajigas J.A., Manejo del cáncer de próstata localizado. Urologia Colombiana Vol. IX No. 2 Agosto 2000:13-20
- Cajigas J.A., Vallejo F., Caicedo C. Lapso de tiempo adecuado entre la realización de la ecografía trasrectal con biopsia prostática y la prostatectomía radical. Urologia Colombiana Vol. IX No.2 Agosto 2000:47-50
- Cajigas J.A., Schlesinger R., Velásquez N., Gracia C.M., Quiroga W., Uso del Cabestrillo bulbouretral en pacientes con incontinencia post prostatectomía radical. Urologia Colombiana Vol. IX No. 2 Agosto 2000:57-60
- Cajigas J.A., Rodríguez C.A., Manejo costo-eficiente de Prostatectomía Radical. Urología Colombiana Vol. IX No. 1 Abril 2000:47-51
- Cajigas J.A., Quiroga W., Prostatectomía radical en hombres mayores de 70 años. Urología Colombiana Vol. VIII No.3 Diciembre 1999:31-33
- Cajigas J.A., Schlesinger R., Hernández J., Rangel J., Quiroga W., Vallejo F. Cáncer de próstata en el Hospital Militar Central. Urología Colombiana Vol. VIII No. 2 Agosto 1999:57-63
- Vargas, M., Juliao A., Cajigas J.A., Bloqueo Androgenico intermitente. Alternativa de manipulación hormonal en pacientes con carcinoma de próstata. Urología Colombiana Vol. VII No. 3 Diciembre 1998: 61-65
- Cajigas J.A., Existe el T1a en cáncer de próstata? Urología Colombiana, Vol. VII No. 2 Agosto 1998: 39-42
- Cajigas J.A., Deprivación androgénica total previa a prostatectomia radical. Urología Colombiana Vol. VII No. 1 Marzo 1998:35-41
- Weeraratna A.T., Cajigas J.A., Schwartz A., Enquist E.G., Manyack M.J. and Patierno S.R. Loss of Uteroglobin Expression in Prostate Cancer: Relationship to Advacing Grade. Clinical Cancer Research. Vol 3 December 1997: 2295-2300

Cajigas J.A. Estados T1 y T2 del Ca de Próstata. Urología Colombiana
Vol. VI No. 1 Abril 1997:45-46

Cajigas J.A., Rangel J., Diagnostico del Adenocarcinoma de Próstata.
Revista MED, Vol. 4 No. 1 Noviembre 1994: 12-17

CONFERENCIAS EN CONGRESOS

Bifosfonatos en Cancer de Próstata y riñón
XVIII Congreso Peruano de Cancerología
Lima, Perú 24-27 Septiembre del 2003

Prostatectomía Radical retropúbica
Séptimo Foro academico para residentes de Urología
Girardot, Mayo 17-18 2003

Bifosfonatos en metástasis de cáncer de próstata
XXXVII Congreso Sociedad Colombiana de Urología, Cartagena, Agosto
15 – 18 2002

Estado actual de hormonoterapia en CA próstata
Sexto Foro académico para residentes de Urologia
Girardot, Mayo 3-5 2002

Manejo del cáncer de próstata localmente avanzado
XXXVI Congreso Sociedad Colombiana de Urologia, Santa Marta,
Septiembre 12-15 2001

Manejo bordes positivos
XXXV Congreso Sociedad Colombiana de Urología, Cartagena, Octubre
18-25, 2000

Prostatectomía Radical Perineal
Foro de actualización para Instrumentadoras
Clínica San Rafael, Junio 17 del 2000

Prostatectomia radical perineal
Cuarto Foro académico para residentes de Urología
Villa de Leyva, Marzo 11,12 del 2000

Disfunción eréctil en Prostatectomía radical
Simposio de Actualización en Disfunción Eréctil
Bogotá, Enero 26 del 2000

Prostatectomía Radical Perineal
Foro tratamiento hormonal en Cáncer de Próstata
XXXIV Congreso Sociedad Colombiana de Urología. Ibagué, Septiembre
8-11, 1999

Prostatectomia Radical, 1999
Finasteride e Hiperplasia prostática
Estudio de Masas Renales
Tercer Foro académico para Residentes de Urología. Girardot, Marzo
13.14 1999

Utilidad del PSA 3 Generación
Simposio Científico Velez Lab 15 años, Bogotá Abril 16-17 1998

Clasificación del Estadio del Cáncer de Próstata. Curso de Oncología,
Fundación Santafé de Bogotá. Bogotá, Abril 17-18, 1998

Recaída Tumoral en CA Renal
Segundo Foro académico para Residentes de Urología. Melgar Marzo 7-
8, 1998

Curso Prostatectomia Radical paso a paso: Linfadenectomia Pélvica.
XXXII Congreso Colombiano de Urología. Paipa Septiembre 11-13
1997

Estados T1 Y T2 en CA de Próstata
Primer Foro académico para Residentes de Urología. Paipa, Marzo 8-9
1997

Antígeno Prostatico Específico. XIV Congreso Colombiano de Medicina
Interna. Santafé de Bogotá Octubre 10-14 1996

CONFERENCIAS EN SIMPOSIOS

Cancer de próstata

Reunión trabajo Novartis, Panamá Julio 2002

Cancer localizado de próstata
Reunión Capitulo I S.C.U., Bogota Mayo 16 2002

Prostatectomía Radical en T3
Clínica de Marly
Mayo 9 del 2002

Prostatectomia Radical
Reunión Capitulo IV S.C.U, Medellín Septiembre 2000

Cáncer de Próstata
Hiperplasia Prostática Benigna
Foro de actualización para Médicos Generales
Junio 9-10 del 2000, Cúcuta

Prostatectomía Radical año 2000
Cirugía preservadora de Nefronas en CA Renal
Reunión Capitulo II de Urología, Bucaramanga, Abril del 2000

Tratamiento incontinencia urinaria tras Prostatectomia Radical
Reunión Capitulo I de Urología, Bogotá, Abril del 2000

Prostatectomia radical de rescate tras radioterapia
Reunión Capitulo I de Urología, Bogotá, Febrero del 2000

Manejo del CA de Testículo T1-T2a y T2b
Reunión Capitulo I de Urología, Bogotá Julio 1999

Bloqueo Androgenico Intermitente en CA de Próstata
Reunión Capitulo III de Urología, Cartagena Junio 1999

Prostatectomia Radical
Reunión Capitulo III de Urología, Cartagena, Agosto 1998

Manejo de la Hipertrofia Prostatica
XL Aniversario Sociedad Colombiana de Urología
Cartagena, Junio 1998

Nefrectomía parcial en CA Renal
Reunión Capitulo I de Urología, Bogotá, Enero 1998

Prostatectomía Radical modificada
Reunión Capitulo V de Urología, Cali, Abril 1998

Bloqueo Androgenico Intermitente
Reunión Capitulo I de Urología, Bogotá, Agosto 1997

Cáncer de Próstata
Reunión Capitulo II de Urología, Bucaramanga, Mayo 1997

Estado actual del CA de Próstata
Reunión Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Urología
Montería, Abril 1997

Papel de la Linfadenectomía y la Gamagrafía Ósea
Controversias en Urología, Bogotá Febrero 1997

Actualizaciones en Cáncer de Próstata
Reunión Capitulo VIII de Urología, Ibagué, Abril 1996

TRABAJOS PRESENTADOS EN CONGRESOS

A randomized, Double-blind study of ertapenem (ETP) vs. Ceftriaxone (CRO) in complicated Urinary tract infections
ICAAC, 2001
Chicago, Illinois

Comportamiento de los valores de P.S.A con la administración de antibiótico terapia
Es útil la anestesia perineal en la realización de biopsia transrectal
Márgenes positivos post-prostatectomía radical
°Resultados de prostatectomía radical en pacientes con adenocarcinoma de próstata pT3
°RTU diagnóstica, elemento útil ante elevación persistente de PSA y múltiples biopsias negativas
Correlación imagenológica y espécimen quirúrgico en pacientes con nefrectomía radical
°Tumores bilaterales de testículo
°Correlación entre hematuria y enfermedad litiasica
Disfunción eréctil luego de resección transuretral de próstata
XXXVI Congreso nacional de Urología
Santa Marta, Septiembre 12-15 2001

°La reserva de sangre o autotransfusión es innecesaria en prostatectomía radical.

°Prostatectomía radical en hombres mayores de 70 años.

°Vídeo de Cistectomía radical + salpingooforectomía radical + histerectomía y realización en el sexo femenino

°Vídeo del uso del ácido 5-aminolevulínico en el diagnóstico fotodinámico del cáncer de vejiga.

°Valor normal del PSA en la población colombiana

°El tiempo entre la biopsia y la prostatectomía radical no es importante

°Justificación del tamizaje de hematuria en adultos para la detección del CA vesical en el Hospital Militar Central

°Uso del cabestrillo uretral como tratamiento de la incontinencia urinaria en el varón posterior a prostatectomía radical (Premio como mejor Póster presentado durante el congreso)

Manejo costo eficiente de la prostatectomía radical

XXXIV Congreso Nacional de Urología

Ibague, Septiembre 8 al 11 de 1999

°Deprivación androgénica total previa a prostatectomía radical

°¿Existe el T1a en cáncer de próstata?

°Prostatectomía radical modificada

°Bloqueo Androgénico intermitente

XXXII Congreso Colombiano de Urología, Paipa Septiembre 11-13 1997

Analysys of uteroglobin expression in benign prostatic hyperplasia (BPH) prostatic intra-epithelial neoplasia (PIN), prostate cancer (PC), a prostate lymph node metastasis and metastatic human prostate tumour cell lines.

87th Annual Meeting of the American Association for Cáncer Research

Washington, DC April 20-24 1996

Loss of uteroglobin expression in metastatic human prostate cancer cell lines.

5th Annual Fall Symposium of The Society for Basic Urologic Research

Chapel Hill, North Carolina, December 7-10, 1995

Tratamiento de la litotricia extracorporea sin uso de anestesia

XXVIII Congreso Nacional de Urología

Bucaramanga, Octubre 14-17 de 1993

ASISTENCIA A CONGRESOS-CURSOS

BAUS 2003

Manchester Inglaterra
Junio 24-28 del 2003

97 Annual Meeting of the American Urological Association
April 26 – May 1 2003 Chicago, Illinois

World Meeting of Renal Surgery
Febrero 5-7 2003
Cleveland Clinic, Cleveland Ohio

XXXVII Congreso Colombiano de Urología
Agosto 15-18, Cartagena

96 Annual Meeting of the American Urological Association
May 25 – 30 2002 Orlando, Florida

Workshop en Zoledronato
25-28 Abril, Iguazú, Brasil

XXXVI Congreso Colombiano de Urología
Septiembre 12-15 2001, Santa Marta

XVIth Congress of the European Association of Urology
April 7-10 2001, Geneva, Switzerland

5 Foro Académico para Residentes de Urología
Marzo 30-31 2001 Villa de Leiva

First Annual meeting of Urologic Oncology
December 2-3 2000, NIH Bethesda, Maryland

XXXV Congreso Colombiano de Urología
Octubre 18-21 2000, Cartagena

94 Annual Meeting of the American Urological Association
April 30 - May 4 2000, Atlanta, Georgia

Zoledronato en Cáncer de Prostata
Abril 7-9, Mar del Plata Argentina

XXXIV Congreso Sociedad Colombiana de Urología
Septiembre 8-11, Ibagué

Entrenamiento en Prostatron
Edap Technomed
Agosto 16-18 1999, Lyon, Francia

XIVth EAU Congress
April 7-11, 1999 Stockholm, Sweden

Advances in Bladder and Prostate Cancer
March 19-20, 1999 Fort Lauderdale, Florida

Braquiterapia en cáncer de Próstata
Marzo 5-6, 1999, Bogotá

MC286 en Infecciones Urinarias complicadas
Diciembre 1998, Miami, Florida

Prostate Cancer Workshop
September 1-4 1998 Cambridge, U.K.

93rd Annual Meeting of the American Urological Association
May 30-June 4 1998 San Diego, California

XXXII Congreso Colombiano de Urología
Septiembre 11-13, 1997, Paipa

92rd Annual Meeting of the American Urological Association
April 11-17 1997 New Orleans, Louisiana

Holmium Laser in Urology/Lithtripsy procedures
April 11, 1997, New Orleans, Louisiana

1996 International Urology Preceptorship Program
October 6-11, 1996 Denver Colorado

Actualización en Urología Pediátrica
Septiembre 4, 1996, Cali

XXXI Congreso-curso Internacional de Urología
Septiembre 5-7, 1996, Cali

91rd Annual Meeting of the American Urological Association
May 4-8 1996, Orlando, Florida

International Speakers' Forum
April 11-13, 1996 West Point Pennsylvania

Innovations in the Diagnosis and Treatment of Benign Prostatic
Hyperplasia
September 14, 1995, McLean, Virginia

Prostate HealthUpdate
August 25, 1995, Washington D.C.

Therapeutic Innovations in BPH and Prostate Cancer
June 8-10, 1995, Williamsburg, Virginia

Urotrend 2000, Columbia University
May 20, 1995 New York, New York

Advanced Surgical Techniques with the Nd: YAG laser
February 24, 1995, Washington DC

Ier Congreso Colombiano de Disfunción Eréctil
Marzo 22-23 1994, Bogotá

Normas de Autoria e Investigación científica
Marzo 17-18 1994, Bogotá

4th International Conference on Prostate and Urothelial Cancer
March 10-12, 1994, Orlando. Florida

Lasers in Urology
November 14, 1993, Fort Lauderdale, Florida

Laser Certification for Urologists
November 13, 1993, Fort Lauderdale, Florida

XXVIII Congreso Nacional de Urología
Octubre 14-17 1993, Bucaramanga

Simposio Internacional Infecciones Herpéticas
Octubre 5 1993, Bogotá

Curso Teórico-practico Ultrasonografía en Urología
Septiembre 10-11, 1993 Cali

Trauma Genito-Urinario
Agosto 27, 1993, Bogotá

Primer Curso Internacional de Video-laparoscopia en Ginecología Y
Urología
Julio 29-31, 1993, Bogotá

Curso Teórico Práctico sobre aplicaciones del Láser
Mayo 29 1993, Bogotá

2o. Curso de VLAP en Urología
Abril 29-30 1993, Bogotá

Jornada Internacional de Actualización en Urología
Marzo 1-2 1993, Cartagena

II Taller de Anastomosis en Cirugía
Julio 24-25 1992, Bogotá

Curso Internacional de Urología
Agosto 21-22 1990, Bogotá

El Medico General ante Patología frecuente
Julio 21-22, 1988 Bogotá

Manejo del paciente pediatrico Quirurgico en Estado Critico
Agosto 16-17 1986. Bogotá

XVIIIth International Congress of Internal Medicine
July 29-August 2, 1986 Bogotá

III Curso Iatrogenia en Medicina
Mayo 1-3 1986, Bogotá

6o. Congreso Colombiano de Cirugía Pediatrica
Agosto 16-18 1985, Manizales

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

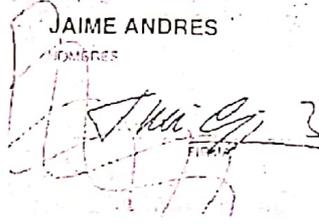
NUMERO 79.351.604

CAJIGAS PLATA

APELLIDOS

JAIME ANDRES

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1965

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

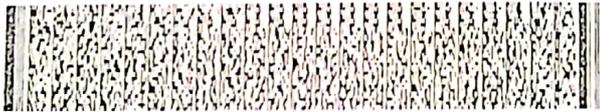
1.70
ESTATURA

B+
GRUPO SANGUINEO

M
SEXO

15-JUL-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
FRANCISABEL SANCHEZ TORRES



A 1580105-6014061 M 0028351631 20006418 001078444A 1 6170900044



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JAIME ANDRES

CAJIGAS PLATA

C.C 79351604

MEDICO(A)

Jaime Andres Cajigas Plata
FRENTE DISTRITAL DE SALUD

Expedicion 03/01/2008



LA COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES
ACERCA TUS METAS

ASOCIADO

JAIME ANDRES CAJIGAS P.

CODIGO 569186

c.c. 79351604

INGRESO 1997/01/01

Solidaridad para progresar



MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 4342

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 03301 y 03302 de 1980 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que JAI ME ANDRES CAJIGAS PLATA con cédula de ciudadanía número 79'351.604 de BOGOTA ha solicitado el registro de su TITULO

De MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

El 15 de diciembre de 1988

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refinanciado en la Secretaría de Educación de BOGOTA

Al folio 36-C del Libro 98 de 20 de diciembre de 1988

Que CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA BOECIA NACIONAL

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorízase a JAI ME ANDRES CAJIGAS PLATA para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud

WILLIAM RODRIGUEZ URIBE
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN
Jefe Sección Profesional de Vigilancia y Control



República de Colombia
Ministerio de Defensa Nacional

LA Universidad Militar Nueva Granada

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
PATRIAS
Cumpliendo en su misión que:

Jaime Andrés Cájigas Plata

C.C. No. 79.551.604 de Bogotá, D.C.

Por cumplimiento con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le otorga

El título de:

Médico y Cirujano

Del Valle

En constancia se firma y sella el presente Diploma en Bogotá, B.C. a los 15 días del mes de Diciembre de 1955

Mano: LOP
Director de la Universidad

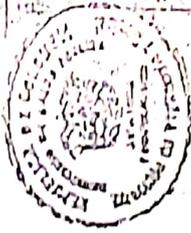
Folio de Grabo No. 069
Registro No. 803

C.D. *[Signature]*

[Signature]
Subdirector Académico

DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE SALUD
[Signature]
SECRETARÍA DE SALUD

República de Colombia y por

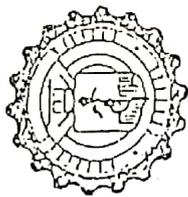


LIBRERÍA
CALLE 100 No. 100-100
BOGOTÁ

[Signature]
10/12/55

[Signature]
Escuela de la Facultad

Registro Oficial
76.0



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



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

Jaime Andrés Gajigas Plata

C.E. 79.554.604 Expedida en Bogotá, D.E.

ha cumplido en el

Hospital Militar Central

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

Urología

Requerido

Bogotá, D.E. 25 de Febrero de 1994

[Signature]
Rector Universidad Militar

[Signature]
Director Hospital Militar Central

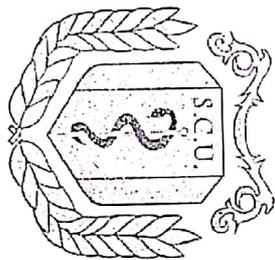
[Signature]
Director Sisenmio

[Signature]
Director Educación Médica Hospital Militar Central

[Signature]
Director Escuela Militar de Medicina

[Signature]
Director Servicio Hospital Militar Central

[Signature]



SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGIA

CERTIFICA

Que el Dr. CAJIGAS PLATA JAIME ANDRES, cumplió con los requisitos establecidos en el reglamento del Programa de Certificación de Actualización en Urología P.C.A.U. entre 1 de Enero de 2004 y 31 de Diciembre de 2005.

HERNAN ALONSO APONTE VARON
Director Sección de Docencia

JAIIME FRANCISCO PEREZ NIÑO
Secretario Ejecutivo

PABLO GOMEZ CUSNIR
Presidente

Certificate of Attendance

This certifies that

CAJIGAS JAIME ANDRES

has participated in the 2006 Annual Meeting of the
American Urological Association
in Atlanta, Georgia
May 20-25, 2006



American
Urological
Association

Education and Research, Inc.

Executive Director

CONSTANCIA DE RENOVACION DE LA HABILITACION

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

El prestador de servicios de salud JAIME ANDRES CAJIGAS PLATA con código de habilitación 110010200001 realizó la renovación de la habilitación el día 2010/11/10 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 00001998 de 2010 y se encuentra habilitado para prestar servicios de salud hasta el 2012/11/02.



Bogotá, D.C., 18 de Noviembre de 2008.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

Que el prestador de servicios de salud CAJIGAS PLATA JAIME ANDRES identificado con CC. 79351604 se inscribió en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, como profesional Independiente el día 02/11/2006 con código 11 001 02000 01, ubicado en la AK 9 # 116 20 CS 311. Fue visitado por una comisión de Inspección y Vigilancia de la Oferta de Servicios de Salud verificando que a la fecha 14/10/2008 cumple con los requisitos establecidos en el Manual Único de Estándares y de Verificación donde se establecen las condiciones de capacidad tecnológica y científica para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, definidas en el Sistema Único de Habilitación de acuerdo con la normatividad vigente (Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006 y demás normatividad pertinente) en el (los) servicio (s) de:

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G. COMPLEJIDAD		
			BAJO	MEDIO	ALTO
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	355	UROLOGIA		X	

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRAÑA
Profesional Especializado Vigilancia y Control de la Oferta

Elaboró: Liliana Camargo Avila
Revisó y Aprobó: Beatriz Correa

Firma de recibido: Cabuel Lara

Fecha Nov 26/08

Esta Secretaría se reserva el derecho de revocatoria de la presente certificación al comprobar el incumplimiento en la normatividad verificada.



SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE

Miembro Fundador:

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas A.C.S.C

Asociación de Anestesiólogos del Área del Caribe A.A.A.C.

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología C.L.A.S.A.

World Federation of Societies of Anesthesiology W.F.S.A.

CERT - 5,172

BOGOTÁ D.C. mayo 27 de 2010

E L GERENTE REGIONAL CENTRO

CERTIFICA:

Que, **JAIME ANDRES CAJIGAS PLATA** con cédula 79,351,804, (UROLOGIA) y documento de afiliación 08014480, en calidad de Socio Activo Solidario de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE se encuentra afiliado al Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas FEPASDE, desde el día 5 de septiembre de 2002; el cual le brinda apoyo jurídico económico a los profesionales de la salud, dentro del territorio Colombiano, que sean sujetos pasivos de acciones judiciales de responsabilidad civil, penal, contenciosa administrativa o de ética en Colombia, y por excepción en reclamaciones prejudiciales o extrajudiciales en las cuales aparezcan plenamente demostrados los elementos de la responsabilidad, ocasionadas por el ejercicio mismo de su profesión y por actos que tengan directa relación con el ejercicio de la misma.

Cubrimiento: Territorio Nacional

Beneficios:

- a) Las consultas jurídicas que requieran con relación a actos propios de su ejercicio profesional.
- b) La asistencia jurídica en procesos éticos o disciplinarios.
- c) La Asistencia jurídica para la defensa del socio solidario para dos procesos, incluida la asistencia en el trámite de los recursos extraordinarios de Revisión y de Casación, sin perjuicio de los beneficios por asistencia jurídica estipulados en los parágrafos uno, dos, tres y cuatro siguientes.
- d) El pago al socio solidario, hasta por cuatrocientos (400) salarios mínimos mensuales legales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de cada pago, por concepto de apoyo económico al socio solidario, en caso de condena al pago de alguna suma de dinero en proceso judicial, o pago prejudicial derivado de su ejercicio profesional por la segunda y última reclamación.
- e) El pago al socio solidario, hasta por doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de cada pago, por concepto de apoyo económico al socio solidario, en caso de condena al pago de alguna suma de dinero en proceso judicial, o pago prejudicial derivado de su ejercicio profesional por la segunda y última reclamación.
- f) Por reembolso de gastos del proceso, el socio solidario, una vez aprobada la solicitud para asistencia jurídica dentro de un proceso, recibirá hasta el equivalente a dos (2) salarios mínimos mensuales vigentes en el territorio colombiano, para sus gastos personales relacionados con el proceso. Deberá presentar los soportes correspondientes en un lapso no mayor de tres (3) meses. Entiéndase por gastos personales relacionados con el proceso, aquellos tales como uso de transporte para comparecer ante la autoridad judicial, ética o administrativa que lo requiera, adquisición de copias del expediente para su uso exclusivo y traslado de testigos ante los estrados judiciales, éticos o administrativos. Este beneficio sólo podrá ser utilizado por el socio solidario que haya efectuado una reclamación en los términos contemplados en este reglamento y por un único proceso y una única vez. De otra parte, los gastos necesarios para el adelantamiento del proceso tales como copias, notificaciones, peritajes, así como honorarios del abogado tal y como se expresa en el artículo séptimo del presente Reglamento, son sufragadas por la SCARE; razón por la cual en caso de ser condenado el demandante al pago de costas, estas pertenecen a la SCARE.
- g) Tres Conciliaciones prejudiciales o judiciales cuyo monto total no supere los 15 SMMLV. El monto asignado se podrá agotar en una sola, dos o hasta tres conciliaciones. Este beneficio estará sujeto al previo visto bueno del Comité Técnico Regional de SCARE el cual una vez analizado el caso desde el punto de vista jurídico y científico decidirá si otorga o no el beneficio. Este comité estará integrado por el presidente de la seccional sede de la regional o su vicepresidente, por el gerente regional, por el coordinador jurídico regional y por el coordinador científico regional.

Lo anterior se sujeta a lo establecido en el reglamento del FEPASDE

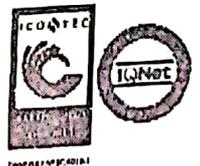
La presente certificación es válida hasta el 04 de junio de 2010

Se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Antiangela Ortiz
ANTANGELA ORTIZ
GERENTE REGIONAL CENTRO

Grupo Corporativo SCARE



Carrera 15 A No. 120 - 74 PBX: 619 6077 FAX: 620 3230 e-mail: iniscare@scare.org.co
www.scare.org.co Bogotá, D.C. Colombia

POLIZA

**R.C. PROFESIONAL COLECTIVO
COOP DE PROFESIONALES**

POLIZA GRUPO : 2201308900050

RENOVACION ORIGINAL
Tel de Pago 30302781304

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACION GENERAL														
RAMO / PRODUCTO	375 780	POLIZA	2201308002736	CERTIFICADO	3	FACTURA	1	OPERACION	016 - B	OFICINA MAPFRE CORREDORES	DIRECCION	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	CIUDAD	BOGOTA D C
TOMADOR	COOPERATIVA DE PROFESIONALES SANITAS													
DIRECCION	CL 125 # 21 A - 70 OFI 501													
				CIUDAD	BOGOTA D C						NIT / C.C.	8201139168		
											TELEFONO	6197466		
ASEGURADO	CAJIGAS PLATA JAIME ANDRES													
DIRECCION	AV 9 117-20 CONS 311													
				CIUDAD	BOGOTA D C						NIT / C.C.	79351604		
											TELEFONO	2145566		
ASEGURADO	N D													
DIRECCION	N D													
				CIUDAD	N D						NIT / C.C.	N D		
											TELEFONO	N D		
BENEFICIARIO	CUAL QUIER TERCERO AFECTADO													
DIRECCION	N D													
				CIUDAD	N D						NIT / C.C.	N D		
											TELEFONO	N D		

INFORMACION DE LA POLIZA														
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS
22	3	2011	TERMINACION	00:00	1	4	2008	1461	TERMINACION	00:00	1	4	2011	395
				24:00	31	3	2012			24:00	31	3	2012	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS									
NOMBRE DEL PRODUCTOR	SUCURSAL CORREDORES	CLASE	DIRECTO OF	CLAVE	9220	TELEFONO	2102555	% PARTICIPACION	
ACTIVIDAD	CLINICA								
ESPECIALIDAD	URCLOGIA								
DIRECCION DEL RIESGO	NO								
DEPARTAMENTO	DISTRITO CAPITAL								
CIUDAD	BOGOTA D C								



OBJETO DEL CONTRATO
- FIN DE LA SECCION -

DESCRIPCION DEL RIESGO

COBERTURAS	EVENTO	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
AVISO BASICO		VIGENCIA	
R.C. adic. medicos - Medicos	\$ 250.000.000,00	\$ 250.000.000,00	10% PERD. Min 1000000 PESO COLOMBIANO
COBERTURAS ADICIONALES		VIGENCIA	
Gastos de defensa	\$ 250.000.000,00	\$ 250.000.000,00	10% PERD. Min 1000000 PESO COLOMBIANO
Responsabilidad Civil adic. m. aux. e dependiente	\$ 250.000.000,00	\$ 250.000.000,00	10% PERD. Min 1000000 PESO COLOMBIANO
Asistencia medica emergente	\$ 250.000.000,00	\$ 250.000.000,00	10% PERD. Min 1000000 PESO COLOMBIANO

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares: COBERTURAS ADICIONALES.
Observaciones: RENOVACION MASIVA - RENOVACION 2011 - 2012
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

Total Prima Neta	Gastos Expedición	Subtotal en	Valor en Pesos Colombianos	Total a Pagar
Pesos Colombianos	Pesos Colombianos	Pesos Colombianos	Impuesto a las Ventas	en Pesos Colombianos
\$ 214.500,00	\$ 0,00	\$ 214.500,00	\$ 34.320,00	\$ 248.820,00

POLIZA

R.C. PROFESIONAL COLECTIVO
COOP DE PROFESIONALES

POLIZA GRUPO : 2201308900050

RENOVACION ORIGINAL

Ref. de Pago: 30302781304

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	RIESGO	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
575 780	22013089002735	1	816 - 8	01CORREDORES	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	BOGOTA D C

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
22	3	2011	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
			TERMINACION	00:00	1	4	2008	366	TERMINACION	00:00	1	4	2011	366
				24:00	31	3	2012			24:00	31	3	2012	

PLAN PAGO POR PERIODO

AÑO	MES	VALOR FACTURA ANTERIOR	VALOR DEL MOVIMIENTO	VALOR ACTUAL
2011	ABRIL	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	MAYO	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	JUNIO	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	JULIO	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	AGOSTO	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	SEPTIEMBRE	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	OCTUBRE	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	NOVIEMBRE	0,00	20.735,00	20.735,00
2011	DICIEMBRE	0,00	20.735,00	20.735,00
2012	ENERO	0,00	20.735,00	20.735,00
2012	FEBRERO	0,00	20.735,00	20.735,00
2012	MARZO	0,00	20.735,00	20.735,00
TOTAL				248.820,00

Coberturas Adicionales:

Gastos Defensa: Hasta el 100% del Valor Asegurado

Nota Aclaratoria: Para los gastos en que se incurra por pago de honorarios de abogados en las audiencias de conciliación prejudicial y Asesoría en Tribunal de ética Médica, la Compañía Aseguradora pagara hasta \$ 2.000.000

Daños Extra Patrimoniales al 100%

Nota Aclaratoria: Las clausulas arriba citadas tendrán cobertura a partir del 01 de Abril de 2010 exceptuando Daños Extra Patrimoniales que tendrá cobertura a partir del 01 de Abril de 2011

REGIMEN COMUN S O M O S G R A N D E S C O N T R I B U Y E N T E S - R E S O L U C I O N 2229 D E O C T U B R E D E 1993 A G E N T E R E T E N E D O R D E L V A - E S T E D O C U M E N T O E Q U I V A L E A U N A F A C T U R A D E C O N F O R M A D A C O N E L A R T 5 D E C R E T O 1105 D E 1993

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

2. Concepto 01

4. Número de formulario



(415)7707212484(8020)001400395360 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6. DV:

12. Administración

14. Buzón electrónico

7 9 3 5 1 6 0 4

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

25. Tipo de documento:

26. Número de identificación:

27. Fecha expedición:

Persona natural o sujeta

Cédula de ciudadanía

7 9 3 5 1 6 0 4

1983 07 15

Lugar de expedición:

28. País:

29. Departamento:

30. Ciudad/Municipio:

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá

0 0 1

31. Primer apellido:

32. Segundo apellido:

33. Primer nombre:

34. Otros nombres:

SAS

PLATA

JAIME

ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Signa:

UBICACION

38. País:

39. Departamento:

40. Ciudad/Municipio:

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá

0 0 1

41. Dirección:

C L 9 1 A 1 9 1 2 1 A P 5 0 2

45. Teléfono 2:

42. Correo electrónico:

JACAJIGAS@HOTMAIL.COM

43. Apatado aéreo:

44. Teléfono:

1 3 1 0 8 1 4 5 2 6 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

47. Fecha inicio actividad:

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 1 2

1988 12 16

1

2 2 2 1

Responsabilidades

53. Código:

0 5

05. Impuesto sobre la renta y complementarios 16

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

57. Medo

58. CPC

1

2

3

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de folios:

61. Fecha:

2005

01

13

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia comprometerá a la DIAN, por lo anterior, cualquier falsedad en sus datos podrá ser sancionada. Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2000.

Si en perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma del funcionario autorizado:

Cinco del suscrito:

7937160-1

Leonardo Leguizamón Gutiérrez

604. Nombre:

LEONARDO LEGUIZAMON GUTIERREZ

605. Cargo:

AUX III 12-07