

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA CIVIL**

Magistrado Ponente: CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ

Santiago de Cali, diecinueve de abril de dos mil veintiuno.

Proyecto discutido y aprobado en Sala Civil de Decisión, según acta No. 29 de la fecha.

Proceso:	Responsabilidad Médica
Demandantes:	Leidy Johana Palomino Estupiñán y otros
Demandados:	Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. y otros
Radicación:	76001-31-03-005-2018-00432-01
Asunto:	Apelación de Sentencia.

Sustentado el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, y vencido el respectivo término de traslado, procede el Tribunal, en atención a lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 806 de 2020, a dictar sentencia escrita a fin de resolver la alzada formulada contra la sentencia de 27 de octubre de 2020, proferida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Cali, dentro del proceso verbal adelantado por Leidy Johana Palomino Estupiñán y Carlos Arturo Sinisterra Castro, quienes actúan en nombre propio y en representación del menor Jean Carlos Sinisterra Palomino, contra Coomeva EPS S.A., el Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. y el radiólogo Gabriel Ángel Salom Piza.

ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA. Pidieron los libelistas que se declare que su contraparte es civilmente responsable de los daños ocasionados a

Leidy Johana Palomino Estupiñán y a su núcleo familiar, por el errado diagnóstico del radiólogo demandado, respecto a la existencia de una masa tumoral en la pelvis de la paciente.

Los actores relataron que en 2007, Leidy Johana Palomino Estupiñán fue diagnosticada con un tumor desmoide intra-abdominal; que esa masa, fue extirpada en un 80% mediante una cirugía practicada en 2009; que en 2015, le practicaron una resonancia magnética de pelvis con contraste y una resonancia magnética de cadera izquierda con contraste, las cuales evidenciaron una reducción moderada del tamaño del tumor, respecto a los resultados de 2012.

Añadieron que el 4 de septiembre de 2017, en el Centro Médico Imbanaco le fue practicada otra resonancia nuclear magnética de pelvis, cuyo hallazgo fue la presencia de una masa de 17 x 8 x 5 cm, “la cual, en forma comparativa respecto al estudio previo de junio de 2015, no presenta cambios significativos”; que el 12 de octubre de 2017, al evaluar los resultados de esa resonancia, el cirujano oncólogo dispuso llevar a la paciente nuevamente a cirugía para la extracción del tumor, procedimiento quirúrgico que se llevó a cabo el 14 de abril de 2018, sin que se lograra extraer la masa advertida por el radiólogo, porque la misma no fue hallada en el cuerpo de la paciente.

Resaltaron que el estado anímico de Leidy Johana se vio gravemente afectado al conocer los resultados de la resonancia magnética practicada en 2017, y que, debido al errado diagnóstico del radiólogo, fue sometida a una cirugía dolorosa e innecesaria, lo que a su vez impidió que se le practicara el cierre de la colostomía que tiene pendiente.

2. LAS OPOSICIONES. El radiólogo Gabriel Ángel Salom Piza alegó que al momento de practicar el examen de imagen - resonancia nuclear magnética- era clara la existencia de una masa de 17 x 8 x 5 cm, alojada en el lado izquierdo y aspecto posterior de la pelvis, la cual, como lo destacó en su informe, correspondía a la porción del tumor desmoide que no pudo ser resecado en 2007; que al evaluar el estudio que le había sido practicado a la paciente en 2015, advirtió que la masa tumoral no presentaba cambios significativos y que, en todo caso, tal impresión diagnóstica fue corroborada por el cirujano oncólogo, quien dispuso la práctica de una nueva cirugía para la resección del tumor, sin ordenar la realización de exámenes adicionales, por cuanto la imagen evidenciaba claramente la presencia de dicha masa.

Por su parte, el Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. señaló que las imágenes fueron analizadas en una estación de interpretación que permite medir, ver en diferentes planos, comparar y realizar reconstrucciones, generando una impresión diagnóstica que concordaba con el examen que le había sido practicado a la paciente en 2015, el cual, también evidenciaba la presencia de una masa tumoral en la región de la pelvis. Recalcó que no existe una relación causa-efecto entre la actuación del radiólogo y el daño cuya indemnización se pretende, dado que la cirugía que le fue practicada a la demandante el 14 de abril de 2018, no fue ordenada por el radiólogo demandado, sino por el cirujano oncólogo, José Fernando Reyes Cardozo.

A su turno, Coomeva EPS relató que Leidy Johana es una paciente con antecedente de tumor desmoide intraabdominal, el cual fue resecado parcialmente; en 2008 se le realiza una colostomía; en 2009, presentó progresión tumoral de gran tamaño, por lo que fue tratada primero con tamoxifeno, y luego con quimioterapia; por falta

de respuesta al tratamiento, el caso fue llevado a junta de tumores, la cual descartó la posibilidad de resecar el tumor mediante una intervención quirúrgica; en la resonancia magnética tomada en 2015 se evidenció una reducción del tamaño de la masa tumoral respecto a años anteriores y en la resonancia magnética practicada en 2017, se observó que la masa no presentaba variación frente al último estudio, con base en ese resultado, el cirujano oncólogo decidió llevar a la paciente a una nueva cirugía de resección de tumor.

3. LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA. Coomeva EPS llamó en garantía a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A., a Allianz Seguros S.A. y al Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. Este último, a su vez, llamó en garantía a Allianz Seguros S.A.

3. LA SENTENCIA RECURRIDA. El juez *a quo* denegó las pretensiones. Sostuvo que de la revisión de la historia clínica y de los testimonios recaudados, se puede concluir que la masa observada por el radiólogo demandado corresponde a la porción del tumor desmoide que no fue resecado en la cirugía de 2007, y que dicha lesión es la misma que se observó en el examen de 2015, solamente que en la impresión diagnóstica realizada en 2017, se anotaron las medidas de la masa, cosa que no se hizo en la de 2015.

Indicó que no puede hablarse de un “error de diagnóstico” en la interpretación de las imágenes obtenidas en 2017, por las siguientes razones:

i) Los médicos especialistas en radiología no emiten diagnósticos, sino que se limitan a realizar una impresión diagnóstica que le sirve de apoyo al médico tratante, y es este, quien debe corroborar esa información, ya sea con el historial clínico del paciente o con exámenes adicionales para dar un diagnóstico definitivo y

determinar el tratamiento a seguir. En este caso, fue el cirujano oncólogo que atendió a la paciente el 7 de noviembre de 2017, quien hizo el diagnóstico de tumor desmoide y decidió resecarlo mediante una intervención quirúrgica.

ii) Los dos peritos, especialistas en radiología, señalaron al unísono que las imágenes obtenidas en la resonancia magnética practicada en 2017, muestran en forma nítida la existencia de una masa en la zona izquierda y aspecto posterior de la pelvis, que fue lo que anotó el radiólogo demandado en su impresión diagnóstica.

iii) La testigo y también radióloga, Inés Castro Payán, quien practicó la resonancia magnética nuclear en 2015, indicó que al revisar las imágenes obtenidas en 2017, ella observa la presencia de la masa tumoral que describió el radiólogo demandado; que es la misma masa que ella describió en 2015, y que lo único que diferencia su impresión diagnóstica con la de del radiólogo demandado, es que este anotó cuáles eran las medidas del tumor.

iv) El Centro Médico Imbanaco, con su contestación de demanda, aportó una serie de documentos que demuestran que para septiembre de 2017, los equipos en los cuales se practicó la resonancia magnética, se encontraban en buen estado, pues habían sido objeto de mantenimiento y calibración recientemente, por lo que tampoco se puede sostener que el mal funcionamiento de esos equipos, fue lo que provocó el error en la interpretación del examen de imagen.

Recalcó que el hecho de que no se hubiere encontrado la masa en la cirugía de 2018, no puede llevar a concluir automáticamente que el radiólogo se equivocó en su impresión diagnóstica, por cuanto amén de que todas las pruebas recaudadas descartan el yerro del

profesional demandado, lo cierto es que la intervención quirúrgica se practicó siete meses después de haberse realizado la resonancia magnética, tiempo durante el cual, como lo señaló la oncóloga Ana Cristina Avendaño, el tumor pudo haber tenido una regresión espontánea, tesis que se ve reforzada con la manifestación que hizo la demandante en su interrogatorio de parte, donde manifestó que en las resonancias magnéticas que le fueron practicadas en 2019 y 2020, ya no se evidenció masa alguna.

Añadió que la cirugía practicada en 2018 no puede ser catalogada como innecesaria, porque tanto en la resonancia magnética de 2015, como en la de 2017, se evidenció que una de las trompas de Falopio se encontraba obstruida, por lo que durante el procedimiento quirúrgico, lo que hizo el cirujano oncólogo, fue hacer la resección de esa trompa.

Finalmente, destacó que tampoco puede sostenerse que la práctica de la cirugía de resección de tumor, impidió el cierre de la colostomía, pues nada en el expediente corrobora tal aserto. La historia clínica no muestra que dicho procedimiento se encontrara programado para la fecha en que se decidió resecar el tumor quirúrgicamente. Incluso, según lo confesó la misma demandante, para la fecha en que se practicó el interrogatorio de parte (octubre de 2020), aún no se le había realizado el cierre de la colostomía.

4. LA APELACIÓN. Los demandantes alegaron que la resonancia magnética no solo es un apoyo diagnóstico, como lo sostuvo el juez *a quo*, sino que “se utiliza para diagnosticar por imágenes enfermedades”, y que en tratándose de tumores, esta permite a los médicos tratantes definir cuál es el tratamiento adecuado para los pacientes; que en este evento, las resonancias magnéticas realizadas en 2009, 2012 y 2015, mostraban una

disminución progresiva del tamaño del tumor, pero que el resultado de 2017 fue anormal, porque al comparar la de 2012 con la última, el aumento era desproporcionado, y fue por ello que se decidió llevar a la paciente a cirugía.

Insistieron en que sí existe un error en el diagnóstico, porque en la cirugía practicada en 2018, no se encontró el tumor descrito por el radiólogo demandado y que resulta poco probable que el tumor haya desaparecido en un lapso de siete meses, porque no hubo cambio en el tratamiento, que lo único que podía esperarse, por el comportamiento que dicha masa había venido mostrando en años anteriores, era la disminución de su tamaño.

Agregaron que no se puede justificar la necesidad de la cirugía de 2018 con la resección de la trompa y el ovario izquierdos, porque con anterioridad a 2018, la paciente no presentaba síntomas o molestias que hicieran necesario ese procedimiento; que fue el cirujano, en forma autónoma, y sin el consentimiento previo de la paciente, quien decidió realizar esa resección.

Finalmente, indicaron que en la sentencia no se hizo una valoración conjunta de los elementos probatorios, en tanto que “solo se fundó en las pruebas que favorecían a los demandados”, sin hacer la más mínima mención de las pruebas que favorecían a los demandantes.

CONSIDERACIONES

1. Verificada la ausencia de irregularidades que impidan proferir decisión de fondo, anuncia la Sala que confirmará el fallo apelado, principalmente por cuanto coincide con el juez de primera instancia, en que la foliatura no contiene suficientes elementos de convicción

que evidencien la concurrencia de los presupuestos que requería el éxito del reclamo indemnizatorio que formularon los demandantes.

Al respecto, impera recordar que el tratamiento dado por la jurisprudencia a la responsabilidad civil médica, parte de considerarla como una responsabilidad profesional que obedece y estructura un comportamiento antijurídico como consecuencia del incumplimiento de deberes jurídicos a cargo de los médicos, relacionados con la práctica o ejercicio de su actividad.

Es por ello que la jurisprudencia ha señalado que “los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad: un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al profesional, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado”. (Cas. Civ., sentencia de 30 de enero de 2001, expediente 5507). ”.

De allí que en este tipo de disputas, sin duda alguna, concierne al demandante, para que salgan airoas sus pretensiones, la prueba de la conducta antijurídica por dolo o culpa y el perjuicio o daño causado, el cual, supone una lesión o menoscabo a su integridad física o moral, cierto, concreto y personal, así como la relación de causalidad entre ambos.

2. Acá, lo que plantearon los actores en su libelo incoativo es que debido al “error de diagnóstico” del radiólogo Gabriel Ángel Salom Piza, Leidy Johana fue sometida a una intervención quirúrgica innecesaria, en la cual no se logró extraer el tumor advertido por el radiólogo, porque el mismo no existía.

En ese escenario, se tornaba imperativo para el éxito del reclamo indemnizatorio formulado por los demandantes, que estos acreditaran, en forma contundente, que la interpretación que hizo el radiólogo de las imágenes obtenidas en la resonancia nuclear magnética realizada el 4 de septiembre de 2017, es completamente errada, y que la masa que él describió en su impresión diagnóstica, realmente no existía, que fue él quien la supuso; sin embargo, como lo destacó el juzgador de instancia, todas las pruebas recaudadas desvirtúan que el especialista hubiere incurrido en un yerro semejante.

En ese sentido, el primer elemento de juicio que importa destacar es la historia clínica de la paciente, la cual da cuenta que en 2007, a Leidy Johana le fue diagnosticado un tumor desmoide en la zona retroperitoneal; que ese año se le practicó una cirugía en la que se resecó el 80% de ese tumor; que la masa residual incrementó su tamaño en 2009, por lo que fue tratada con medicamentos y quimioterapia; que en 2015, le fue practicada una resonancia nuclear magnética de cadera izquierda, en la que se evidenció que la masa presentaba una reducción moderada, frente a los resultados de 2012, y que el 4 de septiembre de 2017, se le practicó una nueva resonancia nuclear magnética de pelvis, en cuya impresión diagnóstica, el radiólogo destacó que la masa no presentaba cambios significativos frente a los resultados de 2015.

Lo anterior muestra que la paciente tenía un antecedente de tumor desmoide desde 2007, y que la resonancia magnética realizada el 4 de septiembre de 2017, no es el primer examen de imagen en el que se describía la existencia de esa lesión en la pelvis de la paciente, pues la misma había sido observada también en las resonancias

magnéticas que le fueron realizadas a Leidy Johana en 2009, 2012 y 2015.

Adicionalmente, como lo recalcó el juzgador de instancia, en este caso ni siquiera puede hablarse, en estricto sentido, de un “error de diagnóstico”, porque los radiólogos no son quienes dan un diagnóstico definitivo, sus análisis e interpretaciones son apenas ayudas diagnósticas, pero es el médico tratante quien define el diagnóstico del paciente y toma las decisiones respecto al tratamiento a seguir.

Al respecto, la radióloga Inés Castro Payán¹, insistió en que los especialistas en imágenes diagnósticas son solo “apoyos diagnósticos, no somos diagnóstico definitivo (...) ni tampoco somos los que tomamos la decisión médica, porque ello lo hace el médico tratante”. Asimismo, el perito Guillermo Hurtado Aguirre², recalcó que “en lesiones de tejido blando, como en este caso, para realizar un diagnóstico, el análisis de la imagen debe ser contrastado con la clínica. Nosotros simplemente le hacemos una ayuda diagnóstica al médico tratante, pero es este quien toma la última decisión”.

Lo cual fue corroborado por la oncóloga Ana Cristina Avendaño³, quien señaló que las impresiones diagnósticas de los radiólogos son solo ayudas diagnósticas, y que en tratándose de tumores, “el diagnóstico lo define el patólogo, cuando se toma una muestra del tumor, se envía a patología y se dice qué clase de tumor es, la definición del tumor la da el patólogo y ella tenía un diagnóstico histológico o dado por el patólogo desde el año 2007”. Agregando que la decisión de resecar un tumor mediante cirugía no se basa exclusivamente en los resultados de los exámenes de imagen, sino que para ello el cirujano debe tener

¹ Profesional que realizó el análisis e interpretación de la resonancia nuclear magnética que le fue tomada a Leidy Johana en 2015.

² Médico especialista en radiología y subespecialista en radiología oncológica.

³ Profesional que atendió a la paciente el 12 de octubre de 2017, en una cita de control.

en cuenta muchos otros factores como las enfermedades asociadas, la localización de la masa, el compromiso de las estructuras cercanas, etc.

En su recurso de alzada, los actores vienen alegando que la resonancia magnética no es solo un apoyo diagnóstico, sino que se utiliza para diagnosticar por imágenes enfermedades. El Tribunal no difiere de tal apreciación, sin embargo, lo que sostuvo el juzgador *a quo*, y en esta instancia lo refrenda esta Sala, es que los radiólogos no emiten diagnósticos, sino impresiones diagnósticas, y por ende, el reclamo indemnizatorio no podía fundarse en el “error de diagnóstico” del especialista demandado, porque no fue él quien estableció el diagnóstico de tumor desmoide, y tampoco fue quien ordenó la práctica de la cirugía de resección de esa masa.

Sobre el punto resulta ilustrativo uno de los artículos de literatura médica aportados al trámite sobre el tumor desmoide intraabdominal, en el cual se explica que “las técnicas de diagnóstico por imagen (ultrasonografía, tomografía computarizada, resonancia magnética) aportan información sobre tamaño, la extensión y las relaciones anatómicas. **El diagnóstico de confirmación es histológico y por inmunohistoquímica**” (negritas fuera de texto)⁴.

Entonces, de lo dicho hasta aquí se tiene que la impresión diagnóstica del radiólogo demandado, no es la primera que daba cuenta de la existencia de una masa en la zona pélvica de la paciente; que él no fue quien hizo el diagnóstico de tumor desmoide, sino que el mismo se encontraba establecido desde 2007 y que tampoco fue él quien ordenó la práctica de la cirugía de la que se duelen los actores, sino que ello lo hizo el cirujano oncólogo.

⁴ Folios 110 y 111

Ello de por sí, ya representa un serio tropiezo para las aspiraciones indemnizatorias de los actores, sin embargo, lo que en definitiva sella la suerte adversa de las mismas, son las manifestaciones de los radiólogos Inés Castro Payán, Guillermo Hurtado Aguirre y Martín Eduardo Renjifo, la primera en calidad de testigo y los otros dos como peritos, quienes al unísono señalaron que las imágenes obtenidas en la resonancia magnética practicada el 4 de septiembre de 2017, muestran la presencia del tumor descrito por el especialista demandado.

La primera, la radióloga Inés Castro Payán, manifestó sin ambages: “Yo tengo las imágenes del estudio que leyó el doctor Salom y se ve la lesión, es una lesión grande, es una resonancia de muy buena calidad, uno ve muy claramente la lesión, sin duda la alteración estaba allí”. Igualmente, el perito Guillermo Hurtado Aguirre, tras precisar que revisó tanto el estudio como el informe del radiólogo demandado, indicó que “en radiología, y precisamente en este estudio, yo no creo que hubo dudas, porque la lesión se veía, el comportamiento de la lesión era el que dice el doctor, la lesión estaba ahí, él anatómicamente da los planos, dice de dónde a dónde va, porque la lesión se ve en todas las diferentes adquisiciones que tiene la resonancia”.

Asunto sobre el que el otro perito, el radiólogo Martín Eduardo Renjifo Duque tampoco discrepa, pues en su informe recalcó que “las secuencias implementadas en el estudio de pelvis realizado el 4 de septiembre de 2017, permiten una adecuada visualización y caracterización de la lesión descrita en el margen izquierdo de la pelvis”, agregando que “la impresión diagnóstica es acorde con los hallazgos en las imágenes obtenidas”.

De otro lado, debe destacarse que, en sentido contrario a lo que vienen planteando los demandantes en su escrito de sustentación, no es cierto que al contrastar los resultados de la resonancia magnética de 2012, con la de 2017, se evidencie que el tamaño del tumor tuvo un incremento desproporcionado.

En efecto, en la impresión diagnóstica de la radióloga Inés Castro Payán realizada en 2015, se describió que el tejido pélvico izquierdo “tiene componentes que sugieren zonas de fibrosis, con una reducción de tamaño moderada comparado con el estudio previo que trae la paciente del año 2012”. A su vez, el radiólogo Gabriel Ángel Salom Piza, tras analizar las imágenes de la resonancia magnética tomada en 2017, realizó la siguiente impresión diagnóstica: “presencia de masa sólida, irregular, en el lado izquierdo y aspecto posterior de la pelvis, la cual, en forma comparativa respecto al estudio previo de junio de 2015, no presenta cambios significativos”.

De ese modo, si en la impresión diagnóstica de 2015, se anotó que la lesión solo había tenido una reducción moderada⁵ frente al estudio de 2012, y en el estudio de 2017, se indicó que la lesión no presentaba cambios significativos frente a los resultados de 2015, la aseveración de los apelantes respecto a que en la última resonancia se advirtió que la masa había tenido un incremento desproporcionado, resulta del todo infundada.

Sobre el punto la radióloga Inés Castro Payán (quien analizó e interpretó los resultados de la resonancia de 2015), explicó que en su impresión diagnóstica describió la presencia de una lesión en el lado izquierdo de la pelvis, “que estaba comprometiendo el tejido posterior, es decir, que estaba adelante del hueso sacro, cerca de la región del recto, con un aspecto que se parecía al que ella tenía en los exámenes anteriores, esto es, había todavía allí un tejido de tumor, y que cuando uno miraba los exámenes anteriores, el de 2012, sobre todo, ella tenía una reducción de tamaño, pero no grande”.

⁵ En su declaración, la radióloga Inés Castro Payán indicó que al utilizar la expresión “reducción moderada”, lo que quería significar es que la disminución del tamaño de la masa no era considerable.

Al ser indagado sobre el tema, el radiólogo demandado relató que él hizo la medición tanto de la lesión reportada en el estudio de 2015, como de la que aparecía en las imágenes tomadas el 4 de septiembre de 2017, encontrando que la masa tenía el mismo comportamiento, la misma dimensión y la misma ubicación, y que por ello, en su impresión diagnóstica anotó que el tumor no presentaba cambios significativos frente a los resultados de 2015.

Aspecto sobre el que también se pronunció el perito Guillermo Hurtado Aguirre, quien señaló que tras observar las imágenes tomadas en 2015 y 2017, pudo establecer que “la masa era de igual tamaño, que no había cambiado en nada... la lesión de 2015 y 2017 se comportaba igual, yo estuve de acuerdo con Gabriel en que la lesión no había cambiado, continuó estable con respecto al tiempo”.

Por otra parte, los apelantes insisten en que si no se encontró el tumor en la cirugía realizada el 14 de abril de 2018, es porque el radiólogo se equivocó al analizar e interpretar las imágenes de la resonancia magnética practicada el 4 de septiembre de 2017. Tal razonamiento no puede ser acogido sin más por el Tribunal, porque como ya se explicó en las líneas anteriores, los dos peritos y la testigo Inés Castro Payán coinciden en señalar que la lesión se veía claramente en las imágenes tomadas en el Centro Médico Imbanaco. Aunado a ello, no puede perderse de vista que entre la fecha en que se realizó el estudio, y la fecha en que se intervino quirúrgicamente a la paciente, transcurrieron aproximadamente siete meses, tiempo durante el cual, como lo explicaron los especialistas en audiencia, el tumor desmóide de la paciente, cuyo comportamiento es completamente distinto al del resto de los tumores, pudo haber presentado una regresión espontánea.

Así lo explicó la oncóloga Ana Cristina Avendaño, quien señaló que los tumores desmoides no son tumores malignos, pero “tienen un

comportamiento que puede ser agresivo y sobre todo los intrabdominales pueden crecer muy grandes, pero con el tiempo, estos pueden aumentar y disminuir de tamaño espontáneamente sin hacerles ningún tratamiento”. Añadió que a su juicio, lo que pudo haber ocurrido en este caso, para que el cirujano oncólogo no encontrara el tumor observado en la resonancia magnética, es que este haya tenido una “regresión espontánea. En un tumor desmoide es posible, como en este caso, que en un lapso de siete meses pueda desaparecer. Lo que uno encuentra en la literatura es que los tumores desmoides pueden regresar (disminuir) espontáneamente, los tiempos claros no están definidos”.

La opinión de la oncóloga coincide con la hipótesis planteada por el radiólogo demandando, quien señaló que lo que pudo haber ocurrido en este caso es que “entre los siete meses que pasaron, la masa hubiere cedido al tratamiento médico, pues hay reporte en la literatura de masas fibróticas que pueden regresar (disminuir) espontáneamente, así como se generaron espontáneamente”.

Planteamientos que encuentran soporte en la literatura médica que obra en el expediente (folios 110 y 111), en donde se señala que “las características principales de los tumores desmoide son su alta capacidad de invasión local sin ocasionar metástasis a distancia y altas tasas de recurrencia local tras la cirugía, incluso con márgenes amplios de resección. Habitualmente tienen un patrón de crecimiento lento, alcanzando grandes tamaños que a veces impiden la resección completa, pero en un 10% se presentan patrones de crecimiento muy rápido y hay casos donde se estabilizan durante largos periodos, **e incluso se han descrito casos de regresión espontánea**” (folios 110 y 111).

Ahora, en la sentencia de primera instancia se indicó que aunque en la cirugía del 14 de abril de 2018 no se encontró el tumor que se pretendía resecar, durante el procedimiento se hizo la resección de la trompa y el ovario izquierdo para solucionar el problema de hidrosalpinx que presentaba la paciente. En su recurso

de alzada los demandantes vienen cuestionando ese intento de justificar la necesidad del procedimiento quirúrgico, pues dicen que Leidy Johana no presentaba molestias por el taponamiento de su trompa y que esa resección se hizo sin el consentimiento previo de la paciente.

Al respecto, lo primero que debe decirse es que dicho aspecto no debió ser abordado en la sentencia de primera instancia, porque no hacía parte de la problemática planteada en la demanda, referida solamente al yerro en la interpretación diagnóstica del radiólogo. Además, ninguno de los peritos ni de los testigos médicos refirió que el procedimiento de extracción del ovario y la trompa de Falopio fuere urgente o imprescindible para evitar molestias futuras a la paciente. Ese punto no fue abordado durante el debate probatorio ni en los escritos de contestación, por lo que sostener que la cirugía realizada el 14 de abril de 2018 era necesaria para la extracción de dichos órganos, es una simple especulación.

Lo que está probado en el expediente es que en las imágenes tomadas en la resonancia magnética tomada el 4 de septiembre de 2017 aparece claramente la lesión en la pelvis de la paciente; que en la consulta de 7 de noviembre de 2017, el cirujano oncólogo decidió realizar la resección del tumor mediante cirugía (las razones de dicha decisión no se conocen porque dicho profesional no rindió declaración en este proceso) y que en el procedimiento quirúrgico del 14 de abril de 2018, la masa no fue encontrada en el cuerpo de la paciente, por ello lo único que se hizo durante la cirugía fue resecar la trompa de Falopio que se encontraba taponada y el ovario izquierdo (problema que no tenía relación con el tumor desmoide).

Entonces, lo tocante a la necesidad de la cirugía es un aspecto que no puede definir el Tribunal con sus escasos conocimientos

médicos, pero lo que aquí no admite discusión es que el radiólogo no incurrió en el error que se le pretende atribuir: observar una masa que realmente no existía. Se insiste, el reclamo indemnizatorio se fundó en ese supuesto yerro, y por ello no es menester ocuparse de cuestiones adicionales (como la relativa a la necesidad de la cirugía para la resección de la trompa y el ovario izquierdos y al consentimiento informado previo para la práctica de dicho procedimiento), porque las mismas no hacen parte de los fundamentos fácticos del libelo introductorio.

Resta destacar que el juzgador de instancia valoró en conjunto todo el material probatorio obrante el expediente, sin dejar de lado las pruebas que “favorecían a la parte demandante”, pues, a decir verdad, las mismas son inexistentes. La revisión de la actuación procesal da cuenta que los actores fueron totalmente pasivos en su actividad probatoria, al punto que el único elemento de juicio que aportaron fue la historia clínica, fueron los demandados quienes procuraron el recaudo de testimonios técnicos y allegaron dos dictámenes periciales de especialistas en radiología, para desvirtuar la comisión del yerro que se le pretendía atribuir al radiólogo Gabriel Ángel Salom Piza.

Así las cosas, como quiera que los actores no lograron acreditar que el especialista demandado erró en la interpretación de las imágenes de la resonancia magnética realizada el 4 de septiembre de 2017, la sentencia desestimatoria de primera instancia, habrá de confirmarse.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil del Tribunal Superior de Cali, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y

por autoridad de la Ley, CONFIRMA la sentencia que el 27 de octubre de 2020 profirió el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Cali, en el proceso de la referencia. Costas de segunda instancia a cargo de la parte apelante, las cuales se fijan por el Magistrado sustanciador en la suma de \$1'000.000,00. Remítase el expediente a la oficina de origen.

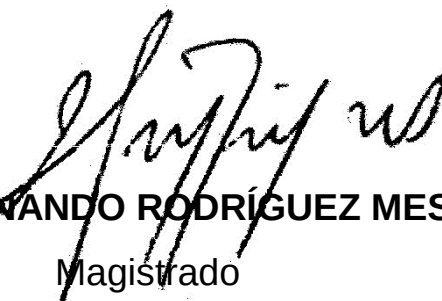
NOTIFÍQUESE,



CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ
Magistrado Ponente



HOMERO MORA INSUASTY
Magistrado



HERNANDO RODRÍGUEZ MESA
Magistrado