A-PDF Watermark DEMO: Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

ORGANOS CON JURISDICCION ESTATAL

MADRID

AUDIENCIA NACIONAL
JUZGADO CENTRAL 2
SECRETARIA
24 AGO 2012
HORA
ENTRADA

Audiencia Nacional.

Juzgado Central de Menores (con funciones de Vigilancia Penitenciaria).

Asunto: LIBERTAD CONDICIONAL 000138 / 2003 001

Interno: JESÚS MARÍA URIBECHEVARRÍA BOLINAGA

Centro Penitenciario: ÁLAVA

INFORME MÉDICO-FORENSE

En Madrid, a veinticuatro de agosto de 2012.

Ante el Ilmo. Magistrado-Juez de este Juzgado, presente yo, el Secretario Judicial, comparece la Médico Forense de este Instituto de Medicina Legal Dª Mª Carmen Baena Salamanca quien, en cumplimiento de las obligaciones que su cargo le impone, y en virtud del juramento que tiene prestado, informa:

En relación a lo solicitado en la presente causa respecto del estado de salud del interno referenciado, y a la vista de los informes médicos que se adjuntan:

Los datos médicos relativos a Jesús María Uribechevarría Bolinaga en base a los cuales se elabora el presente informe Médico Forense, son los contenidos en los siguientes documentos.

- Informe Médico emitido el día 16 de agosto de 2012 por la Comisión Médica de Osakidetza, formada por el Director de Asistencia

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

Sanitaria, Eduardo Gárate Guisasola, y otros ocho componentes, responsables del seguimiento del enfermo.

- Informe del Subdirector-Jefe de los Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Álava, de fecha 16 de agosto de 2012.
- Informe de la Comisión Médica de Osakidetza, emitido con fecha 20 de agosto de 2012.
- Informe Médico firmado el día 21 de agosto de 2012 por Paulina Etxeandía Barrera, médico generalista del Centro de Salud Zaballa C.P.
- Informe Médico de Alta del Complejo Asistencial Universitario de León, firmado el día 31 de julio de 2012 por la Dra. P. Rivas, médico adjunto de neumología.
- Copia del Historial Clínico elaborado por los Servicios Médicos de diversos Centros Penitenciarios (Puerto I, Nanclares de la Oca, León, Araba y otros sin identificar), con fechas comprendidas entre el 6-7-1997 y el 20-8-2012.

Según los cuales el paciente, de 56 años de edad, presenta:

- Antecedentes oncológicos:

El día 9 de junio de 2005 se le practicó Nefrectomía radical izquierda por carcinoma renal de células claras de 10x8 cm. de diámetro, grado 3 de Fuhrman, estadio II de la UICC. En estudio de extensión mediante Ecografía, TAC y RMN, se descubrió un nódulo de 1 cm. de diámetro en lóbulo hepático derecho que fue considerado como posible hemangioma (formación vascular benigna) y una lesión nodular de 1 cm. de diámetro y características inespecíficas radiológicamente, en lóbulo inferior del pulmón derecho. Se realizaron controles periódicos desde entonces hasta el año 2009 sin que se apreciase recidiva de la neoplasia renal ni cambios en los nódulos pulmonar ni hepático. En diciembre de 2010 se detectó un aumento del tamaño del nódulo pulmonar (11,9 mm. de diámetro) con broncoscopia y citología normales. En junio de 2011 se objetivó un nuevo crecimiento del nódulo pulmonar (13,9 mm. de diámetro) y, tras estudio por TAC, se valoró como malformación arteriovenosa probablemente trombosada. En el último control realizado en

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

junio de 2012 el nódulo pulmonar había crecido nuevamente (18,5 mm.), decidiéndose la práctica de controles periódicos.

- Historia actual:

El día 19 de julio de 2012 ingresó en el Servicio de Neurología por presentar un cuadro de cefalea frontal, pérdida de fuerza progresiva en especial a nivel del miembro inferior izquierdo e inestabilidad en la marcha, sin otra sintomatología acompañante. Analítica normal. Tras la práctica de TAC y RMN craneal se detectaron varias lesiones en el sistema nervioso central: dos en hemisferio cerebeloso izquierdo de 14 y 10 mm. de diámetro respectivamente y una a nivel del lóbulo parietal derecho de 8 mm. de diámetro, todas ellas compatibles con metástasis. Se instauró tratamiento con corticoides intravenosos tras el cual se normalizó casi al completo la sintomatología neurológica.

El día 1 de agosto de 2012 el paciente presentaba leve inestabilidad residual en la marcha y en la exploración física se apreciaba únicamente ligera pérdida de fuerza en la extremidad inferior izquierda, sin más alteraciones. La analítica completa y de coagulación resultó normal, salvo elevación de las cifras de colesterol. Se le practicó nueva broncoscopia y citología bronquial que resultaron negativas para células malignas.

El día 8 de agosto el enfermo inició huelga de hambre con ingesta de agua y medicación oral.

El día 13 de agosto de 2012 se realizó punción del nódulo pulmonar resultando citología positiva para células malignas de carcinoma. Los resultados de las técnicas inmunohistoquímicas utilizadas no permitieron diferenciar entre un origen tumoral renal o pulmonar de células no pequeñas. Se encuentra pendiente de realizar nueva tinción complementaria para concretar este diagnóstico.

El día 14 de agosto de 2012 se realizó nueva RMN craneal con una interpretación de los resultados distinta a la realizada el día 19 de julio de 2012: en este caso, se describe la existencia de una única lesión cerebelosa a nivel del hemisferio izquierdo, bilobulada, con diámetro máximo de 20 mm. Se objetiva la misma lesión descrita en la RMN anterior, en lóbulo parieto-occipital derecho, de 15 mm. de diámetro, y se detecta una posible nueva lesión en la profundidad del lóbulo parietal derecho de unos 8 mm. de diámetro.

El Confidencial

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

El día 16 de agosto de 2012, tras ocho días en huelga de hambre, el paciente presentaba debilidad y pérdida de peso (no cuantificada), sin que hubieran aparecido otras complicaciones. En la analítica se evidenció aumento de la bilirrubina, urato y colesterol y disminución de las proteínas, siendo normales el resto de la bioquímica y coagulación. Por parte de los Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Álava, no se considera que en esta fecha el paciente se encuentre en situación terminal, estimándose un pronóstico desfavorable en un año. En la valoración de la calidad de vida actual, a día 16 de agosto de 2012, se indica que el enfermo requiere asistencia importante y atención médica frecuente.

El día 20 de agosto de 2012, el enfermo persistía en huelga de hambre, se encontraba consciente y con constantes vitales normales y había perdido aproximadamente 3 Kg. de peso.

El tratamiento que se instauró al alta en el Complejo Asistencial Universitario de León (31 de julio de 2012), consistía en la siguiente medicación vía oral: Fortecortín 4 mg./ 8 h con descenso progresivo de la dosis, Pantoprazol 1 comp./ día y Keppra 500 mg./ 12 h. No se indica el tratamiento médico que recibe en la actualidad.

Respecto del tratamiento específico de las metástasis, el plan terapéutico previsto consistirá en Radioterapia holocraneal en una primera fase, Radiocirugía en función del diagnóstico definitivo sobre el número de metástasis cerebrales que se encuentra pendiente, Inmunoterapia y posible resección quirúrgica de la lesión pulmonar.

CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES

El enfermo ha sido diagnosticado de metástasis cerebrales de origen renal o pulmonar y carcinoma pulmonar de células no pequeñas. Dicha enfermedad presenta muy mal pronóstico a largo plazo.

En un intento de precisar el tiempo de supervivencia de los enfermos con metástasis cerebrales a corto-medio plazo, se han elaborado para la práctica clínica una serie de tablas que clasifican los índices pronóstico del paciente concreto. Dichos índices se basan en las evidencias radiológicas (número y

localización de las metástasis), así como en criterios clínicos: tipo e intensidad de los síntomas relacionados con la enfermedad tumoral, alteraciones analíticas y, muy en especial, capacidad vital de enfermo (índice Karnosfky)

De estas escalas de evaluación pronóstica para enfermos con metástasis cerebrales, una de las principales es el Graded Prognostic Assessment (GPA), elaborado por el grupo de Sperduto et al. (University of Minnesota, Minneapolis Radiation Oncology), del que recientemente se ha publicado un resumen para su empleo en la práctica clínica, aparecido en la publicación de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (Journal of Clinic Oncology, Vol.30, Number 4, February 1, 2012)

Non-small-cell and small-cell lung cancer

Prognostic Factor	GPA Scoring Criteria 0	0.5	1.0	Patient Score
Age, years	> 60	50-60	< 50	___
KPS	< 70	70-80	90-100	___
ECM	Present	—	Absent	___
No. of BM	> 3	2-3	1	___
Sum total				___

Median survival (months) by GPA: 0-1.0 = 3.0; 1.5-2.0 = 5.5; 2.5-3.0 = 9.4; 3.5-4.0 = 14.8

Melanoma

Prognostic Factor	GPA Scoring Criteria 0	1.0	2.0	Patient Score
KPS	< 70	70-80	90-100	___
No. of BM	> 3	2-3	1	___
Sum total				___

Median survival (months) by GPA: 0-1.0 = 3.4; 1.5-2.0 = 4.7; 2.5-3.0 = 8.8; 3.5-4.0 = 13.2

Breast cancer

Prognostic Factor	GPA Scoring Criteria 0	0.5	1.0	1.5	2.0	Patient Score
KPS	≤ 50	60	70-80	90-100	n/a	___
Subtype	Basal	n/a	LumA	HER2	LumB	___
Age, years	≥ 60	< 60	n/a	n/a	n/a	___
Sum total						___

Median survival (months) by GPA: 0-1.0 = 3.4; 1.5-2.0 = 7.7; 2.5-3.0 = 15.1; 3.5-4.0 = 25.3

Renal cell carcinoma

Prognostic Factor	GPA Scoring Criteria 0	1.0	2.0	Patient Score
KPS	< 70	70-80	90-100	___
No. of BM	> 3	2-3	1	___
Sum total				___

Median survival (months) by GPA: 0-1.0 = 3.3; 1.5-2.0 = 7.3; 2.5-3.0 = 11.3; 3.5-4.0 = 14.8

GI cancers

Prognostic Factor	GPA Scoring Criteria 0	1	2	3	4	Patient Score
KPS	< 70	70	80	90	100	___

Median survival (months) by GPA: 0-1.0 = 3.1; 2.0 = 4.4; 3.0 = 6.9; 4.0 = 13.5

Fig 1. Graded Prognostic Assessment (GPA) worksheet to estimate survival from brain metastases (BM) by diagnosis. Subtype: Basal: triple negative; LumA: ER/PR positive, HER2 negative; LumB: triple positive; HER2: ER/PR negative, HER2 positive. ECM, extracranial metastases; ER, estrogen receptor; HER2, human epidermal growth factor receptor 2; KPS, Karnofsky performance score; LumA, luminal A; LumB, luminal B; PR, progesterone receptor.

Para su utilización en este caso, deben realizarse las siguientes consideraciones:

El Confidencial

ADMINISTRACION
DE JUSTICIA

- Los casi 4.000 enfermos con metástasis cerebrales en los que se basa el estudio, habían completado el tratamiento específico de las metástasis cerebrales antes del cálculo de la supervivencia. En este caso, a fecha de la emisión de los informes remitidos, aún no se había iniciado el tratamiento, por lo que el pronóstico podría mejorar una vez completado el mismo.

- El estudio abarca enfermos valorados en un periodo que comprende entre los años 1993 y 2011. El propio grupo que elabora la tabla advierte que la introducción en los últimos años de nuevas posibilidades terapéuticas como son la Inmunoterapia y la Radiocirugía estereotáxica, (ambas planteadas en este caso), puede mejorar sensiblemente el tiempo de supervivencia.

- Uno de los principales factores para el manejo de la tabla es el índice Karnosfky, que se refiere a la situación clínica del enfermo en relación con su capacidad vital. Aunque en los informes que se remiten no se cuantifica específicamente, podría deducirse la puntuación a la vista de la sintomatología clínica que describen en relación exclusivamente con la enfermedad tumoral y sin tener en cuenta la debida a la huelga de hambre que mantiene: se indican como únicos síntomas en relación con la enfermedad tumoral una leve debilidad del miembro inferior izquierdo y leve inestabilidad residual en la marcha. Resultaría una puntuación del índice Karnofsky de 80-90.

- Otro criterio que influye en el cálculo de la supervivencia es el tipo de tumor de origen. En este caso se encuentran pendientes de completar el diagnóstico mediante técnicas inmunohistoquímicas, De cualquier forma, según se señala en el informe médico remitido, la hipótesis más probable es que se trate de metástasis cerebrales secundarias a carcinoma renal.

- Por último, para establecer el pronóstico se valora el número de metástasis cerebrales, que también influirá en la decisión sobre la actitud terapéutica a seguir y la posibilidad de Radiocirugía. En este caso, en el momento de la emisión del informe, se había constatado la existencia de, al menos, dos metástasis. Existía otra lesión pendiente de confirmar.

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

- Teniendo en cuenta estas consideraciones y aplicando los criterios de: carcinoma primario renal, Karnofsky 80-90, existencia de 2-3 metástasis cerebrales, se obtendría una puntuación total de los índices pronóstico de 2,5-3, que implicaría una mediana de supervivencia de 11,3 meses. (mediana es un concepto estadístico, equivalente al percentil 50 y que significa, en este caso, que el 50% de los pacientes con las mismas características que las del informado vivieron igual o menos de 11,3 meses y el otro 50% sobrevivió igual o mas de 11,3 meses)

En definitiva, la enfermedad tumoral diagnosticada es de muy mal pronóstico a largo plazo; sin embargo, en la actualidad el enfermo no se encuentra en fase terminal y únicamente presenta leves síntomas clínicos en relación con la misma. Está pendiente de que se complete el diagnóstico sobre el tumor de origen y el número de metástasis cerebrales, así como de la instauración del tratamiento del nódulo pulmonar y de las metástasis cerebrales. Sería conveniente una nueva evaluación clínica una vez que se realice la terapia específica para evaluar la posible mejoría debida a la misma.

El tratamiento actual del enfermo, a la vista de la sintomatología que presenta, es compatible con ser llevado a cabo por los Servicios Médicos del Centro Penitenciario. El tratamiento Radioterápico y/o Quirúrgico que se decida instaurar, deberá realizarse en un Centro Hospitalario. La Inmunoterapia con inhibidores de los receptores de la tirosina kinasa (Sunitunib), se administra vía oral y de forma ambulatoria. El tratamiento de las eventuales complicaciones y de los nuevos síntomas que previsiblemente surgirán en el curso evolutivo de la enfermedad, deberá ser valorado en el momento que éstos aparezcan.

Leída, se ratifica y firma con SSª; doy fe.

El Confidencial