

Dictamen nº: **346/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **25.08.20**

DICTAMEN de la Sección de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 25 de agosto de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por D. (en adelante “*el reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a un retraso en el diagnóstico de un glucagonoma en los Hospitales Universitario Severo Ochoa (HUSO) y Universitario 12 de Octubre (HUDO).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El reclamante presentó en el Servicio de Atención al Usuario del HUSO una reclamación, fechada el 29 de agosto de 2018, por la atención sanitaria recibida en el HUSO y en el HUDO. Consta en la misma un sello electrónico sin indicar su procedencia en el que figura como fecha la del 2 de octubre de 2018.

En el citado escrito expone que, desde el 2 de abril de 2012, comenzó a tener problemas en la piel. Primero en las piernas y luego en la espalda y abdomen presentando manchas, granos y picor. Acudió a

consultas generales y de Dermatología en el HUSO y se le pautaron corticoides tópicos y luego orales.

Al desaparecer los efectos de la medicación los problemas volvían con más virulencia extendiéndose a zonas con roce (axilas, rodillas) lo que afectó a su vida ordinaria debiendo pedir bajas laborales y acudir a Urgencias.

En 2014 se le realizaron diversas biopsias y análisis siendo diagnosticado de: urticariformes, psoriasis, ptiriasis, paraqueratosis, eritema purpúrico, psoriasis invertida y eritemas.

Presentó problemas de azúcar y tiroides siendo diagnosticado de diabetes 2. Es derivado a Endocrinología donde se le indica que puede tener problemas de páncreas pero se limitan a pautar Eucreas siendo remitido de nuevo a Dermatología donde se rechaza su derivación a otros servicios.

En el año 2016 recibe tratamiento con ciclosporina, sulfonas, antibióticos, espectrazol, metronidazol y corticoides.

Pierde peso y en octubre de 2016 acude a Urgencias de HUSO donde se le realiza una transfusión al presentar una fuerte anemia.

Es derivado a Dermatología del HUDO, su enfermedad se agrava y tras dos meses en dicho centro es remitido a Medicina Interna, según afirma, a solicitud propia.

Se le realizaron análisis especiales y un TAC. Asimismo, Dermatología diagnosticó un eritema necrolítico migratorio que Medicina Interna descubre que es debido a un glucagonoma en el páncreas en estadio IV.

Es ingresado durante 7 días y recibe el alta a la espera del tratamiento definitivo comenzando a recibir inyecciones de somastatina.

Considera que ha existido un retraso diagnóstico de cuatro años puesto que su patología se podía haber descubierto con la realización de un TAC.

Reclama una indemnización por tales hechos.

Afirma aportar documentación que no se identifica en el expediente toda vez que el primer documento que consta tras la reclamación es un informe del Servicio de Dermatología del HUSO relativo a la reclamación (folio 4).

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo, al que se han incorporado la historia clínica del HUSO y del HUDO, ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

El reclamante, nacido en 1959, comenzó en abril de 2012 con problemas dermatológicos en las piernas en un principio y, posteriormente, en la espalda y el abdomen. Se le pauta tratamiento con corticoides en crema y posteriormente vía oral.

El 14 de Enero de 2014 es atendido en el HUSO por lesiones eritemato-descamativas pruriginosas diseminadas, sobre todo en piernas, manos, ingles, pliegue intergluteo y periné. Se solicita analítica que resultó normal y se pautó prednisona oral en pauta descendente. Estas lesiones fueron calificadas inicialmente como eccematosas o psoriasiformes.

El 14 de marzo de 2014 se realiza biopsia cutánea en pierna, cuyo resultado fue: piel con edema superficial y extravasación hemática con infiltrados linfocitarios perivasculares y aislados eosinófilos con fenómenos espongiiformes y cambios reactivos del epitelio.

En junio de 2014 se describen lesiones eritematosas, exudativas, de varios meses de evolución en piernas, ingles, periné y espalda superior y se diagnostica como posible eczema alérgico de contacto, realizándose pruebas de contacto y descartándose sensibilización a corticoides. Se realiza biopsia (ingle): piel con edema e infiltrados inflamatorios mixtos perivasculares con mínimos fenómenos espongióticos y extensas áreas de paraqueratosis, sin presencia de microorganismos.

Las lesiones persisten y se siguen realizando revisiones periódicas. Se mantienen como diagnósticos más probables los de psoriasis invertida, eczema diseminado, púrpura eccematosa, disqueratosis acantolítica pautándose de nuevo ciclo de corticoides orales y corticoides tópicos de alta potencia y antihistamínicos.

En junio de 2015 fue evaluado por un cuadro de eritema en prepucio con escozor, quemazón y picor manteniéndose lesiones en ingles y perianales, habiendo mejorado las lesiones de piernas con la exposición solar y siendo tratado con corticoides tópicos y antifúngicos tópicos.

En noviembre de 2015 se aprecian lesiones papulosas y pustulosas en cara que son tratadas con minociclina oral y metronidazol tópico.

El 4 de diciembre de 2015 se realiza biopsia (pierna): Dermatitis de interfase con vasculitis linfocitaria. Piel con paraqueratosis y presencia de infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario perivascular superficial con extravasación hemática. La epidermis presenta leve acantosis, paraqueratosis, ausencia de estrato granuloso y leves cambios vacuolares de interfase.

Se identifican numerosos queratinocitos apoptóticos. El resultado de pruebas epicutáneas GEIDC (pruebas epicutáneas con batería estándar Marti Tor) negativas.

El reclamante es visto en consulta de Endocrinología del HUSO el 9 de diciembre de 2015 derivado por aumento de glucemias a raíz de tratamiento con corticoides por eccema. Tras realizar historia clínica, exploración física y revisión de pruebas complementarias se diagnostica de diabetes tipo 2 con buen rol metabólico (HbA1c: 6.5 %) e hipotiroidismo subclínico por probable síndrome de eutiroideo enfermo.

Se realiza revisión en consulta el 21 de junio de 2016, mantiene buen control metabólico pese a estar con corticoides orales. Se evidencia pérdida de peso de 4 kg. Se realiza anamnesis de nuevo en la que el reclamante refiere ánimo depresivo por lo que es derivado a psiquiatría y al médico de Atención Primaria para descartar depresión como causa de la pérdida ponderal. Se recomienda en el mismo informe valorar pruebas complementarias como colonoscopia si persiste la pérdida de peso.

Se realiza la colonoscopia el 9 de septiembre de 2016 sin mostrar hallazgos patológicos.

El 1 de julio de 2016 el paciente acude al servicio de Dermatología del HUDO. En la exploración inicial destacaban lesiones costrosas puntiformes en tronco y alguna también en miembros, más intensas en piernas. También presentaba lesiones descamativas con fisuras en dedos y nuca y alguna lesión tipo afta en lengua. Ese día es valorado en sesión clínica y, ante la sospecha de dermatosis ampollosa a filiar, se decidió repetir biopsias cutáneas, con estudios de Inmunofluorescencia directa (IFD) e indirecta (IFI).

Es valorado de nuevo en consultas de Dermatología del HUDO el 18 de julio de 2016. Las lesiones habían mejorado parcialmente con corticoides tópicos. Los resultados de la analítica eran normales, salvo elevación de glucosa (150 mg/dl), Proteína C reactiva (4,50 mg/dl) y velocidad de sedimentación globular (21 mm) junto con un hierro bajo

(53 ug/dl). Se le cita de nuevo en consultas en septiembre, al indicar que iba a estar fuera de Madrid.

En septiembre de 2016 el resultado de las biopsias es: psoriasis pustulosa y mínimos cambios inespecíficos con IFD Negativa. Es visto de nuevo en consulta y comenta que había tenido varios episodios de empeoramiento que precisaron asistencia en Urgencias en su lugar de vacaciones. Se tomaron nuevas biopsias de piel, el resultado de la colonoscopia era normal y, al seguir refiriendo pérdida de peso, se le deriva al servicio de Medicina Interna del HUDO para el estudio del síndrome constitucional.

Es atendido en Medicina Interna el 23 de septiembre de 2016 solicitando diversas pruebas y entre ellas un TAC.

A la espera de los resultados se decide iniciar tratamiento con sulfona oral que hubo que suspender a las dos semanas por anemia intensa y empeoramiento de las lesiones cutáneas por lo que acude de forma urgente a las consultas de Dermatología donde se objetivan unas lesiones con una morfología diferente a las que se habían visto en consultas anteriores. Se trataba de lesiones serpiginosas de borde necrótico y crecimiento excéntrico que afectaban principalmente a tronco, raíz de miembros, y alguna en cabeza.

Además presentaba lesiones en genitales y mucosa oral con lengua roja y depapilada y queilitis angular. Ante estas nuevas lesiones se llega al diagnóstico clínico de eritema necrolítico migratorio y se le ingresa ese mismo día para completar estudio, solicitando niveles de glucagón, realizando nuevas biopsias cutáneas y cursando interconsulta a Oncología y Endocrinología del HUDO.

El resultado del TAC informa de la *“presencia de metástasis hepáticas múltiples en ambos lóbulos y masa tumoral localizada en*

hipocondrio izquierdo con sospecha de neoplasia primaria siendo difícil confirmar organodependencia....” (folio 475).

Al recibirse los niveles de glucagón elevados (400 pg/ml) se procede a biopsiar las lesiones hepáticas confirmándose el diagnóstico de eritema necrolítico migratorio asociado a glucagonoma.

Recibe el alta del Servicio de Oncología Médica el 19 de noviembre de 2016 (folio 370).

Constan revisiones posteriores, la última de las cuales es de fecha 30 de julio de 2018 (folio 447).

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 13 de septiembre de 2018 el jefe de Sección de Dermatología del HUSO emite un informe en el que destaca que el reclamante ha sido atendido en ese Servicio desde el año 2014 al menos en 18 ocasiones. Describe las lesiones que padecía el reclamante, los diagnósticos que se realizaron y los tratamientos pautados incidiendo en que se realizaron cuatro biopsias ninguna de las cuales mostró signos de eritema necrolítico migratorio.

Destaca que esta patología es muy poco frecuente y que se puede asociar a un tumor pancreático como es el glucagonoma pero en ocasiones también existe sin estar ligado a ese tumor (síndromes pseudo-glucagonoma) asociados a enfermedad hepática, pelagra, acrodermatitis enteropática, enfermedad celiaca, abuso de heroína, abscesos, etc. Su incidencia es muy excepcional con una ratio de 1 caso en veinte millones por año.

Considera que la infrecuencia del proceso, las características clínicas de las lesiones cutáneas y los hallazgos histológicos sugestivos de otras patologías como dermatitis espongíotica, psoriasis y toxicodermia no permitieron efectuar el diagnóstico durante los años de seguimiento.

El 17 de septiembre de 2018 emite informe un facultativo de la Sección de Endocrinología y Nutrición del HUSO en el que se limita a exponer la asistencia prestada.

El 30 de octubre de 2018 emite informe el Servicio de Dermatología del HUDO.

Expone que las lesiones que presentaba cuando fue visto por primera vez eran costrosas puntiformes en tronco y alguna en miembros más intensas en piernas donde también se apreciaba alguna vesícula de contenido claro junto con pústulas aisladas. Presentaba lesiones descamativas con fisuras en dedos y nuca y alguna lesión tipo afta en lengua (se aportan fotos de fecha 1 de julio de 2016). Fue valorado en sesión clínica por todo el Servicio como una dermatosis ampollosa a filiar decidiéndose la práctica de biopsias y estudios de inmunofluorescencia.

Las pruebas se retrasaron por decisión del reclamante y en septiembre de 2016 las biopsias fueron informadas como psoriasis pustulosa. Las lesiones habían experimentado ciertos cambios (pigmentación residual y más lesiones en boca). Al no explicarse estas lesiones por la biopsia se acordó repetirlas y, como afirmaba que perdía peso y la colonoscopia realizada había sido normal, se decidió remitir al reclamante a Medicina Interna donde se solicitó un TAC.

Las nuevas biopsias se informaron como dermatitis de interfase con necrosis queratinocítica y espongiosis focal.

Se inició tratamiento con sulfonas que tuvo que ser suspendido por empeoramiento de las lesiones cutáneas que hizo que acudiera de forma urgente a la consulta donde se le apreciaron unas lesiones diferentes a las anteriores, lesiones serpiginosas de borde necrótico y crecimiento excéntrico que afectaban a tronco, raíz de miembros y alguna a cabeza. Tenía lesiones en genitales y mucosa oral con lengua depapilada y queilitis angular (se aportan fotos de 26 de octubre de 2016). En ese momento se llega al juicio clínico de eritema necrolítico migratorio estando aún pendiente el resultado del TAC. Al recibirse el resultado de este y de otras pruebas se confirmó el diagnóstico.

Destaca el informe la rareza de esta enfermedad con una tasa de 2,4 por 100 millones de habitantes al año. Existen 400 casos publicados en la literatura médica y el del reclamante es el primero que se diagnostica en ese servicio en sus 45 años de historia.

El 5 de noviembre de 2018 emite informe el jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del HUDO. Expone la asistencia prestada y destaca que los tumores neuroendocrinos productores de glucagón son muy infrecuentes, 0,1 a 1 por 1.000.000 habitantes. Su diagnóstico suele hacerse cuando la enfermedad manifiesta síntomas propios del tumor, como síndrome constitucional con astenia y pérdida de peso, trastorno de la coagulación con trombosis venosa profunda, o síntomas derivados de efecto masa o de alteraciones de los órganos donde aparezcan metástasis. Por eso, en hasta un 80 % de los casos existen ya metástasis en el momento del diagnóstico de esta neoplasia.

Otras manifestaciones asociadas a este tumor como es la alteración del metabolismo hidrocarbonado no se distinguen de la presentación de una diabetes mellitus tipo 2 no asociada a un tumor. Ha de tenerse en cuenta la elevadísima incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 que hace que en un área sanitaria como la que corresponde a un hospital de tercer nivel tenga alrededor de 50.000

pacientes con ese tipo de diabetes. Por otro lado, las lesiones cutáneas asociadas al glucagonoma pueden no ser específicas inicialmente y como tales pueden no permitir que se realice el diagnóstico de tumor neuroendocrino productor de glucagón. Por tanto, la forma de presentación y el momento de diagnóstico del reclamante son la norma en esta enfermedad y no puede decirse que se haya producido una demora injustificada en su diagnóstico. Cuando el reclamante presentó síntomas oncológicos, se buscó un tumor y, lamentablemente, se confirmó y se inició tratamiento.

El 19 de noviembre de 2018 emite informe el jefe de Servicio de Medicina Interna del HUDO en el que afirma que su actuación se limitó a apoyar al Servicio de Dermatología en la obtención del diagnóstico.

El 16 de septiembre de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria en el que considera la asistencia sanitaria correcta y ajustada a la *lex artis*.

El 2 de octubre de 2019 se concede trámite de audiencia al reclamante que presenta alegaciones el 13 de noviembre en las que se ratifica en su reclamación y solicita que la valoración del daño se realice aplicando las normas establecidas en el baremo para la indemnización de accidentes de tráfico.

Finalmente, la viceconsejera de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 16 de diciembre de 2019, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo a la *lex artis ad hoc*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 9 de junio de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo

deliberada y aprobada, por unanimidad, en la Sección de la Comisión en su sesión de 25 de agosto de 2020.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta y generadora del daño.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HUSO y el

HUDO, centros que forman parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC, se admitió la prueba documental aportada por el reclamante y se evacuó el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC.

Igualmente se recabó el informe de la Inspección Sanitaria.

TERCERA.- Debe hacerse una especial referencia al requisito temporal toda vez que las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC según el cual: *“Los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En primer lugar, conviene recordar que, tal y como se ha planteado la reclamación, esta considera que hubo un retraso diagnóstico que perjudicó sus posibilidades de curación toda vez que comenzó a ser atendido de sus lesiones cutáneas en el año 2012 en tanto que el diagnóstico definitivo de glucagonoma no se logró hasta el año 2016, momento en el que se instauró un tratamiento y recibió el alta del Servicio de Oncología del HUDO, alta a la que alude el propio escrito de reclamación.

En este caso, el *dies a quo* viene determinado por el diagnóstico definitivo del glucagonoma el 3 de noviembre de 2016 y el alta del

Servicio de Oncología el 19 de noviembre 2016. En ese momento el reclamante ya conocía su enfermedad, el tratamiento y su pronóstico por lo que disponía de los elementos necesarios para promover la acción de responsabilidad patrimonial.

Es por ello por lo que la reclamación interpuesta el 29 agosto de 2018 resulta extemporánea. Ha de estarse a esa fecha en cuanto es la única que consta en el escrito de reclamación ya que se ignora la procedencia de la fecha electrónica del 2 de octubre de ese año que consta en la misma si bien también estaría prescrita atendiendo a la misma.

No obstante lo anterior, ha de recordarse que en las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: “*según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate*”.

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. En este caso, el reclamante no aporta ninguna prueba, sino que se limita a afirmar que debía haberse realizado un TAC desde el primer momento.

Sin embargo, esa afirmación, además de incurrir en una patente prohibición de regreso, es imposible de compartir cuando resulta que el reclamante fue visto por diversos médicos de distintos servicios

(Dermatología, Endocrinología, Alergología) que no consideraron necesaria esa prueba a la luz de las lesiones y síntomas que padecía el reclamante.

Resulta muy significativo el que, tras el cambio del Servicio de Dermatología del HUSO al del HUDO, este, en sesión clínica conjunta de todo el Servicio tampoco considerase necesaria esa prueba, sino que optaron por otro diagnóstico y tratamiento. Solo cuando las lesiones cutáneas cambiaron ostensiblemente (lo que se puede apreciar en las fotografías aportadas) se sospechó de un eritema necrolítico migratorio posiblemente vinculado a un glucagonoma.

En definitiva, si el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su sentencia de 27 de febrero de 2020 (rec. 541/2017) destacó la dificultad del diagnóstico clínico en general, nos hallamos ante una patología que todos los informes coinciden en describir como muy excepcional y de diagnóstico difícilísimo que solo suele lograrse en etapas muy avanzadas. Es más, el citado TAC no se realizó con vistas a descartar un posible glucagonoma sino a raíz de la pérdida de peso del reclamante y después de que una colonoscopia realizada por ese motivo resultase normal.

Pretender un diagnóstico desde el primer momento en un caso como el presente equivaldría a entender que la asistencia sanitaria es una obligación de resultado lo cual ha sido constantemente rechazado por la jurisprudencia, así la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de julio de 2007 (rec. 4573/2003) y la más reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de septiembre de 2016 (rec. 659/2013).

En definitiva, ha de indicarse que no concluyen los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En mérito a cuanto antecede la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al haber prescrito el derecho a reclamar.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 25 de agosto de 2020

La vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 346/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid