

Dictamen n.º: **655/25**

Consulta: **Consejera de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **10.12.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 de diciembre de 2025, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Sofía, donde se diagnosticó como epiteloma basocelular una lesión dermatológica en el cuero cabelludo que realmente era un melanoma.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 29 de diciembre de 2023 en el registro general de la Comunidad de Madrid.

La interesada indica que es paciente del Hospital Universitario Infanta Sofía y del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de modo que el 23 de septiembre de 2020 acudió al primero de ellos para la revisión de un lunar en el cuero cabelludo, registrándose en el historial: “*pápula*

de 1 cm sonrosada lisa brillante en vertex de 2 meses de evolución con crecimiento rápidos en el último mes", con diagnóstico de nevus melanocítico y recomendación de realizar biopsia para descartar un epiteliooma basocelular.

El escrito recoge que, realizada la biopsia el 24 de septiembre de 2020, se remitió a Anatomía Patológica, recibiendo el 13 de octubre de 2020 el diagnóstico anatomopatológico: "*epiteliooma basocelular de patrón expansivo que contacta con todos los márgenes quirúrgicos (laterales y profundos)*". La reclamante refiere que el 11 de noviembre de 2020 acudió a la doctora, quien le informó de los resultados de la biopsia y le indicó que, al tener un "*epiteliooma basocelular*", le recomendaba su extirpación mediante cirugía.

Según se expone, una vez realizada la cirugía, se remitió la muestra de nuevo a Anatomía Patológica, emitiéndose el 22 de febrero de 2021 nuevo diagnóstico anatomopatológico: "*piel, cuero cabelludo, extirpación: focal queratosis actínica con displasia moderada-intensa, sin evidencia de lesión de tipo epiteliooma basocelular residual en el material remitido. Fibrosis cicatrizal. Márgenes: libres*".

La reclamante señala que, con dicho resultado, la doctora le indicó que no se apreciaba tumor y fue citada para seguimiento en otoño. Relata que el 3 de noviembre de 2021 acudió a consultas, donde le indicaron lo siguiente: "*no se aprecia recidiva de EBc en cuero cabelludo, cito en un año*".

La interesada relata su evolución clínica posterior hasta que el 15 de diciembre de 2022 ingresó en el Hospital Universitario Ramón y Cajal para una cirugía programada de biopsia pulmonar VATS, y el 16 de diciembre de 2022 le dieron el alta con el diagnóstico de "*(segmentectomía atípica de pulmón de LID x2): metástasis de melanoma*", planificándose un "*estudio detallado para intentar localizar una lesión primitiva*".

Continúa el relato refiriendo que el 10 de enero de 2023 acudió al Servicio de Oncología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde le informaron de los resultados obtenidos, le indicaron la necesidad de un tratamiento sistémico y, además, *“me entregan nota para que les aporte bloque tumoral de epiteloma de cuero cabelludo resecado hace 2 años”*.

La interesada afirma que, ante la nueva situación clínica, el 12 de enero de 2023 el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Infanta Sofía acordó revisar su caso y, tras la realización de técnicas de inmunohistoquímica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, modificaron el diagnóstico inicial por el de *“melanoma nodular”*. Según se recoge en el escrito, el 18 de enero de 2023 el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Ramón y Cajal también revisó el tejido biopsiado en el 2020 por el Hospital Universitario Infanta Sofía, informando el 26 de enero de 2023 del siguiente diagnóstico: *“revisión caso externo {2089305 Al-A2} Piel, cuero cabelludo (extirpación): Melanoma tipo nodular, lacerado, nivel IV de Clark y Breslow de 3.57 mm. Estadio {AJCC}: pT3b Nx Mx. En contacto con uno de los márgenes laterales de resección”*.

La reclamante manifiesta que la imputación de responsabilidad se basa en la existencia de una demora diagnóstica de la patología oncológica (melanoma nodular), toda vez que la prueba realizada (biopsia) no fue debidamente valorada, pues la muestra biopsiada en el año 2020 confirmaba la presencia de un melanoma nodular, resultado que pasó totalmente desapercibido para los profesionales intervenientes. Refiere que *“es obvio que ese diagnóstico erróneo determinó la evolución y diseminación de la patología oncológica lo que, evidentemente, agravó la situación y pronóstico”*.

En consecuencia, según afirma, la existencia de un claro retraso en el diagnóstico constituye un perjuicio que debe ser indemnizado en el importe de 60.000 euros.

Con la reclamación sólo se adjunta una copia del DNI de la reclamante (folios 1 a 10 del expediente administrativo).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La paciente, nacida en 1968, con antecedentes de hipotiroidismo controlado, es atendida el 23 de septiembre de 2020 en Dermatología del Hospital Universitario Infanta Sofía, por pápula de 1 cm, sonrosada, lisa, brillante en vértez, de 2 meses de evolución con crecimiento rápido en el último mes. Firma el documento de consentimiento informado para biopsia programada para descartar epiteloma basocelular/nevus melanocítico, que se realiza el 24 de septiembre de 2020.

Con fecha 13 de octubre de 2020, consta el diagnóstico anatomo-patológico: biopsia de piel de vértez, epiteloma basocelular de patrón expansivo, que contacta con todos los márgenes quirúrgicos (laterales y profundos).

El 11 de noviembre de 2020, firma el documento de consentimiento informado para extirpación programada y el 16 de diciembre de 2020, se realiza la intervención quirúrgica, con envío de muestras a Anatomía Patológica.

Con fecha 22 de febrero de 2021, el informe de Anatomía Patológica indica: queratosis actínica con displasia moderada-intensa, sin evidencia de lesión de tipo epiteloma basocelular residual en el material remitido. Fibrosis cicatricial y márgenes libres. El 24 de febrero, en revisión de Dermatología, no se aprecia tumor y se programa “revisión en otoño”, que

tiene lugar el 3 de noviembre de 2021, no apreciándose recidiva. Se cita en un año.

En el primer trimestre de 2022, la paciente es estudiada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, por empeoramiento de su estreñimiento habitual. Se realiza TC colonoscopia, hallando en dolicosigma lesión tumoral estenosante en colon transverso, aproximadamente a 120 cm desde el margen anal. No se observan lesiones polipoideas de más de 10 mm ni engrosamientos sospechosos en el resto de marco cólico.

Tac toraco-abdomino-pélvico: se identifican varios nódulos pulmonares, sólidos en ambos lóbulos inferiores, todos ellos inferiores a 6 mm que, aunque indeterminados, en el contexto de la paciente, no se puede descartar que correspondan con incipientes depósitos metastásicos, requiriendo seguimiento estrecho. Masa tumoral de aspecto neoplásico de aproximadamente 52 mm, en colon transverso, con margen externo mal definido hacia la grasa adyacente y con varios ganglios locorregionales que, aunque subcentimétricos, resultan sospechosos, al estar agrupados. Lesiones hepáticas bilobares, la mayoría impresionan de angiomas. Se realiza resonancia magnética hepática, donde no se identifican claras lesiones focales sospechosas.

Con fecha 30 de marzo de 2022, se realiza hemicolectomía abierta asistida por laparoscopia con disección de vasos ileocólicos, cólica derecha superior y cólica media en su origen y anastomosis latero lateral mecánica.

El 8 de abril de 2022, en Oncología, se diagnostica un adenocarcinoma de colon derecho estadio II (pT3N0). Se solicita completar estudio de caracterización de nódulos pulmonares, siendo excepcional y una rareza la afectación metastásica pulmonar de un adenocarcinoma de colon estadio II, sin ningún factor de riesgo (no

indicación de tratamiento con quimioterapia adyuvante) y en ausencia de metástasis hepáticas.

Con fecha 25 de abril de 2022, se realiza PET CT. Conclusiones: estudio de evaluación de los nódulos pulmonares en ambos lóbulos inferiores que resultan sospechosos a pesar de su baja actividad metabólica y si tenemos en cuenta el contexto clínico de la paciente, en especial el ubicado en segmento posterior del lóbulo inferior derecho (LID). Esta técnica está limitada en el caso de lesiones subcentimétricas o de baja actividad metabólica. Se recomienda evaluar región de la cola de la mama derecha, así como las adenopatías en región axilar del mismo lado, y aparato ginecológico (ovario derecho).

El 17 de mayo de 2022, mamografía bilateral 2 proyecciones. Tomosíntesis en proyección oblicua. Patrón mamario de densidad intermedia tipo B. No se dispone de estudios previos para comparación. Mamoplastia bilateral con colocación de prótesis. Calcificaciones periprotésicas izquierdas, sin aparente significación patológica. No obstante, se recomienda valoración de reactividad de la prótesis en ecografía complementaria. A nivel de la cola mamaria derecha, se aprecian múltiples nódulos subcentimétricos hiperdensos, que obligan a descartar complicación protésica derecha. Impresión diagnóstica: BI-RADS 0. Se citará para ecografía complementaria.

Ecografía mamaria y axilar bilateral. Se realiza valoración comparativa con estudios previos. Tejido fibroglandular disperso, con ecoestructura de base homogénea. Prótesis retropectorales bilaterales de silicona unicamerales sin hallazgos de complicación actual. En cola mamaria derecha y en pectoral, en relación con los hallazgos descritos en PETTC, se aprecia silicona extracapsular en extensión difusa al pectoral, en todo su recorrido, con artefacto en tormenta de nieve que dificulta la valoración de planos profundos. Impresiona de infiltración por silicona. Así mismo se aprecian adenopatías axilares y una interpectoral, que

también presentan signos de infiltración por silicona. En el contexto clínico impresiona de rotura de la prótesis previa añosa con salida de silicona que se recambiaron, según me refiere la paciente, no obstante, no dispongo de estudios previos mamarios para comparar y la paciente me refiere que no tiene ninguno. No se aprecian nódulos ni adenopatías sospechosas. Impresión diagnóstica. Hallazgos benignos. BIRADS 2. Se recomienda valoración en contexto clínico y con Cirugía Plástica.

Con fecha 17 de mayo de 2022, la paciente acude a consulta de Oncología. Parece excepcional que un adenocarcinoma de colon (ADC) II derecho y sin factores de riesgo metastatice en el pulmón sin enfermedad metastásica en el hígado. Se recomienda realizar seguimiento evolutivo. Primer TAC realizado en marzo con PET en abril, recomendable realizar a los tres meses otro y ver comportamiento de nódulos pulmonares.

El 24 de mayo de 2022, se realiza ecografía vaginal. Útero: en anteversión, irregular y vacío de 76x39x45 mm. Forma: normal. Posición: anteversión. Endometrio: de 2.2 mm. Hallazgos: se aprecian pequeños miomas subcentriméticos. Mioma en canto izquierdo de 22 mm. Anejos: derecho: 29.4 mm. Formación quística 19x7 mm de características benignas. Izquierdo: 25.3 mm.

Conclusiones: útero miomatoso.

Con fecha 17 de junio de 2022, TAC toraco-abdomino-pélvico. Conclusión: nódulos pulmonares múltiples bilaterales, sólidos y subcentimétricos en lóbulos inferiores, (la mayoría menores de 6mm y algunos hiperdensos), estables en número, los cuales han crecido levemente (1mm) sin aparición de otros nuevos. Estos hallazgos obligan a descartar depósitos tumorales, pero también incluyen en su diagnóstico diferencial la posibilidad de granulomas pulmonares por cuerpos extraños secundarios a depósitos de silicona (siliconomas pulmonares), según los antecedentes referidos en ecografía previa y la presencia de

siliconomas axilares derechos. Se recomienda control mediante TC de tórax en 3-6 meses.

Comité de tumores el 24 de noviembre de 2022:

“Motivo de presentación: ADC CCR intervenido 30/03/2022 – estadio II sin factores de riesgo. Antecedente de rotura de prótesis de silicona y TC con lesiones pulmonares que plantean DDif (diagnóstico diferencial) con siliconomas pulmonares. TC 18/11 crecimiento milimétrico. PET TC 04/2022 sospechosos a pesar de su baja actividad metabólica. Solicitamos valoración: seguimiento, muestra AP o nuevo PET/TC2”.

TAC de tórax: prótesis mamaria bilateral retropectoral con calcificación capsular izquierda milimétrica. Adenopatías patentes axilares derechas estables en número y tamaño respecto a TC previa, caracterizadas como siliconomas en ecografía axilar anterior. No se observan adenopatías supradiafrámáticas de tamaño significativo a otros niveles. Restos tímicos en celda mediastínica prevascular. Arteria vertebral izquierda con origen en cayado aórtico como antepenúltima rama como variante de la normalidad.

Nódulos pulmonares múltiples bilaterales, sólidos y subcentimétricos con lóbulos inferiores (la mayoría menores de 6m, y uno de 6,5 mm subpleural pósterobasal en el lóbulo inferior derecho), algunos hiperdensos y estables en número, los cuales han crecido escasamente 1mm. No se identifican nuevos nódulos pulmonares. Estos hallazgos obligan a descartar depósitos tumores, aunque su diagnóstico diferencial también incluye la posibilidad de granulomas por cuerpo extraño secundarios o depósitos de silicona (siliconomas pulmonares) según los antecedentes que la paciente refiere en ecografía previa (*“rotura de la prótesis previa añosa con salida de silicona que se recambiaron, según me refiere la paciente”*).

Se recomienda seguimiento en 3-6 meses mediante TC de tórax. No se observan opacidades pulmonares agudas de aspecto neumónico. No hay derrame pleuropéricárdico.

El 18 de noviembre de 2022, se realiza TAC. Conclusión: crecimiento significativo de nódulos pulmonares múltiples bilaterales, sólidos y subcentimétricos en lóbulos inferiores estables en número, sin aparición de otros nuevos. A pesar del crecimiento significativo de todos los nódulos, se debería plantear diagnóstico diferencial entre granulomas por cuerpo extraño secundarios a depósitos de silicona (siliconomas pulmonares) frente a nódulos metastásicos.

Hemicolectomía derecha con cambios postquirúrgicos subcutáneos en la fosa ilíaca derecha, sin datos de dehiscencia de suturas ni recurrencia local. Resto sin cambios.

Con fecha 29 de noviembre de 2022, en consulta de Cirugía Torácica, se explica a la paciente la posibilidad de cirugía diagnóstica, así como los riesgos y complicaciones. Se solicita preoperatorio y pruebas de función respiratoria, se entrega el documento de consentimiento informado y se incluye en la lista de espera quirúrgica.

El 15 de diciembre de 2022, se realiza intervención quirúrgica: resección en cuña de dos nódulos pulmonares con endoGIAx60mm (x4). Uno en segmento posterior y basal de LID, y el otro en segmento lateral y basal de LID. Bloqueo intercostal con bupivacaína 0,25%. Se remiten a anatomía patológica cuña posterior y lateral de LID con informe de segmentomía pulmonares atípicas con metástasis de melanoma. Se aconseja estudio para localizar lesión primitiva (a realizar el 13 de febrero de 2023). Interrogada la paciente, no refiere lesiones cutáneas, fototipo blanco de piel. Indica que le han extirpado un epiteloma en el cuero cabelludo en el Hospital Universitario Infanta Sofía 2 años antes. Se ha solicitado a la paciente bloque tumoral.

Con fecha 26 de enero de 2023, se realiza revisión de muestras de Anatomía Patológica de otro centro. Diagnóstico anatomopatológico. biopsia de piel de vértez (dato clínico): epiteloma basocelular de patrón expansivo que contacta con todos los márgenes quirúrgicos (laterales y profundos). Ante la nueva situación clínica de la paciente. se procede a una revisión del caso y se realizan técnicas de inmunohistoquímica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, para realización de diagnóstico diferencial. Se observa una proliferación neoplásica que ocupa la totalidad de la dermis sin invadir el tejido celular subcutáneo con un crecimiento nodular, simétrico y con un collarete epidérmico, que es altamente celular y que muestra una distribución organoide, con nidos de pequeño tamaño con tendencia a una empalizada periférica, pero sin inducción estromal. La tumoración muestra un crecimiento expansivo sin bordes infiltrativos y se reconoce la presencia de ocasiones linfocitos en el margen de la lesión.

La celularidad es muy monótona, sin atipia llamativa pero también sin maduración en profundidad, observándose un tamaño y morfología uniforme desde la zona más superficial a la más profunda. La celularidad tiene hábito epitelioide con núcleos ligeramente irregulares y ocasionales nucléolos prominentes. La epidermis se encuentra ulcerada en la mayor parte de la tumoración, y en la zona más periférica que se encuentra conservada no se identifica diseminación pagetoide.

Los resultados de las técnicas de inmunohistoquímica (HMB45+, SOX10+, Melan a+, S100+, y BEREPI4-) demuestran la naturaleza melanocítica de la lesión y aunque esta tenga algún criterio orientativo de benignidad como la simetría, la ausencia de atipia significativa y la presencia de collarete epidérmico, otros datos como la ausencia de maduración en profundidad y la presencia de hasta 2 mitosis en 1 mm² son sugestivos de malignidad.

Diagnóstico modificado: pieza de extirpación sin márgenes de piel de cuero cabelludo (dato clínico) melanoma nodular. Tamaño: 10 mm (diámetro máximo en medición microscópica). Piel, cuero cabelludo (extirpación): melanoma tipo nodular, ulcerado, nivel IV de Clark y Breslow de 3.57 mm. Estadio (AJCC): pT3b Nx Mx. En contacto con uno de los márgenes laterales de rección.

Se informa a la paciente de que precisará tratamiento sistémico dirigido a estirpe tumoral. Tratamiento con inmunoterapia y seguimiento.

Con fecha 24 de enero de 2023, se realiza PET TC de seguimiento: aparición de nuevos nódulos pulmonares o el aumento de tamaño de los existentes en ambos lóbulos inferiores, que teniendo en cuenta su número, su pequeño tamaño con actividad metabólica y el estudio histopatológico de lesiones similares en el contexto clínico del paciente sugieren viabilidad tumoral y como 1^a opción lesiones de carácter metastásico.

Persistencia de la actividad metabólica periprotésica y de las adenopatías axilares ya estudiadas y en relación con proceso inflamatorio secundario a infiltración de silicona de las mismas por fuga de las prótesis. Captación en territorio paraaórtico izquierdo a nivel torácico de difícil filiación y que se recomienda seguir evolutivamente. Resto del estudio sin cambios significativos respecto al previo.

El 12 de febrero de 2023, TAC toraco-abdomino-pélvico con contraste intravenoso: metástasis pulmonares bibasales, con mínimo aumento de tamaño respecto a previos. Hidrómetra y quistes anexiales bilaterales, a valorar control ginecológico. Resto sin cambios respecto a previos.

Resonancia magnética craneal el 23 de febrero de 2023: lesiones milimétricas en número menor a 5 en total dispersas en la sustancia

blanca subcortical supratentorial compatibles con lesiones isquémicas de evolución crónica. No hay lesiones infratentoriales. Sistema ventricular proporcional al tamaño de los surcos. No se aprecia desplazamiento de las estructuras de la línea media. No hay lesiones intraorbitarias. La región selar es normal. Cambios degenerativos en columna cervical con complejo discoosteofitario posterior en C3-C4.

Con fecha 22 de marzo de 2023, se realiza ecografía de mama: ambas mamas presentan ecogenicidad fibroglandular homogénea. Mama izquierda: prótesis mamaria, sin signos de complicación. Mama derecha: prótesis mamaria derecha con moderada cantidad de líquido periprotésico, de hasta 8 mm. La porción visible de la prótesis está íntegra. No obstante, en el cuadrante superoexterno derecho se identifica abundante cantidad de silicona extraprotésica, que, aunque podría ser secundaria a prótesis rota previa (estas son las segundas prótesis mamarias), no se puede descartar rotura actual.

Se recomienda realizar resonancia magnética con contraste intravenoso para mejor caracterización, se explica a la paciente y se solicita desde Radiología. Regiones axilares normales. Opinión: BI RADS 0. Pendiente de pruebas complementarias.

Con fecha 14 de abril de 2023, resonancia magnética de mamas. Mama derecha: prótesis mamaria unicameral retropectora, con mínima cantidad de líquido periprotésico especialmente de localización craneal, de hasta 18 mm. No se observan signos de rotura intra ni extracapsular de la prótesis derecha. Engrosamiento difuso del músculo pectoral, que muestra un realce homogéneo, con silicona difusa, infiltrando todo el músculo pectoral, secundario a rotura de prótesis previa, extensión intramuscular de la silicona libre y cambios inflamatorios secundarios.

Estos hallazgos no muestran cambios significativos respecto a PET-Tc previo. No se observan nódulos ni áreas de realce patológico.

Mama izquierda: prótesis mamaria izquierda sin signos de rotura intra ni extracapsular. No se observan nódulos ni áreas de realce patológico.

Regiones ganglionares axilares y en cadena mamaria interna: adenopatías axilares derechas de hasta 11 mm, sin grandes cambios respecto a PETTc previo, en probable relación con siliconomas. Ganglios axilares izquierdos normales. Adenopatías en cadena mamaria interna alta derecha y media izquierda, sin grandes cambios respecto a TC de 2022.

Conclusión: prótesis mamarias bilaterales íntegras. Mínima cantidad de líquido libre periprotésico derecho. Cambios inflamatorios en músculo pectoral derecho secundario a silicona libre procedente de rotura protésica previa. Siliconomas en ganglios axilares derechos. Adenopatías reactivas en cadenas mamaria internas bilaterales, de carácter reactivo (a la presencia de prótesis). BI RADS 2. Hallazgos benignos.

Con fecha 17 de marzo de 2023, la paciente acude a revisión en Oftalmología, derivada para descartar lesión uveal. En estudio, hallazgo de GNA11 (NM_002067.4): c.626A>T p. Gln209Leu (exón 5), característico de melanoma uveal. Asintomática desde el punto de vista oftalmológico. Niega antecedentes oftalmológicos de interés. Agudeza visual con corrección: ojo derecho 0.8+2+E° NM. Ojo izquierdo: 1.0.

Biomicroscopía: ambos ojos sin lesiones melanóticas conjuntivales, córnea clara, iris normal sin lesiones, fáquica. Fondo de ojo: en ambos ojos papila oblicua de bordes nítidos, mácula normal. Sin lesiones periféricas. Juicio clínico: sin hallazgos patológicos oftalmológicos en ese momento y sin lesiones compatibles con melanoma ocular.

El 17 de abril de 2023, se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico. Se realiza el estudio tras administración de contraste intravenoso. Se

compara con estudio de TC previos, el último de 12 de febrero de 2023. Cambios post quirúrgicos en el lóbulo inferior derecho a correlacionar con técnicas realizadas. Moderada disminución de tamaño de los nódulos pulmonares compatibles con metástasis visibles en estudio previo localizados en múltiples segmentos pulmonares. Actualmente milimétricos (hasta 3-4 mm), marco flechas. Asociadas a la cisura del pulmón izquierdo, se observan 2 opacidades pseudonodulares poligonales, que han aumentado de tamaño respecto a previo, si bien podrían estar en relación con ganglios intrapulmonares más que con nódulos metastásicos. Reevaluar en futuros estudios. Micronódulo de 2 mm en el lóbulo superior izquierdo, inespecífico, estable.

Prótesis mamarias bilaterales. En la vertiente lateral de la prótesis mamaria derecha suprayacente a la misma se observa un material de densidad intermedia inespecífico en este estudio (correlacionar con estudio de ecografía y RM de mama reciente donde refiere “*cambios inflamatorios en músculo pectoral derecho secundario a silicona libre procedente de rotura protésica previa*”). Adenopatías axilares derechas de hasta 10 mm que ha aumentado de tamaño respecto al estudio previo de febrero 2023, indeterminadas en este estudio. Correlacionar con hallazgos de ecografía y resonancia magnética de mama de mama recientes.

Se identifica un leve aumento de tamaño de varios ganglios a nivel mediastínico (de hasta 10 mm paratraqueal derecho) e hilar bilateral con un patrón relativamente simétrico. Resulta indeterminados, si bien dado el contexto resto de hallazgos (mejoría de los nódulos pulmonares) no es descartable reacción sarcoidea (correlacionar con tratamientos administrados y cronología). Leve aumento de tamaño de un ganglio periesofágico interior de hasta 7 mm, inespecífico. Restos tímicos vs hiperplasia tímica en mediastino anterior. Sin derrame vertebral izquierdo desde el cayado como variantes anatómicas.

Conclusión: Moderada disminución de tamaño de los nódulos pulmonares compatibles con metástasis visibles en estudio previo. Se identifica un leve aumento de tamaño de varios ganglios a nivel mediastínico e hiliar bilateral con un patrón relativamente simétrico. Resulta indeterminados, si bien dado el contexto del resto de hallazgos (mejoría de los nódulos pulmonares) no es descartable reacción sarcoidea (correlacionar con tratamientos administrados y cronología).

En el riñón izquierdo, de forma sutil, se identifica probable nódulo sólido de hasta 15 mm. Para confirmación y estudio de este nódulo valorar estudio mediante resonancia magnética renal.

Con fecha 11 de mayo de 2023, se realiza resonancia magnética renal. Conclusión: lesión sólida renal izquierda estable desde 2022, no compatible con metástasis. Dada la presencia de grasa intracitoplasmática, su aspecto hipointenso en T2 y su estabilidad, la opción diagnóstica más probables es la de un angiomiolipoma pobre en lípidos. Otras opciones a considerar en el diagnóstico diferencial incluyen el carcinoma de celular claras de baja agresividad (grasa intralesional microscópica). Otro tumor hipointenso en T2 es el carcinoma papilar, pero suelen presentar comportamiento hipovascular, por lo que parece poco probable.

El 13 de noviembre de 2023, se realiza TAC de control, que concluye estabilidad radiológica. Prótesis mamaria bilateral con signos de rotura derecha sin cambios. Cambios postquirúrgicos en el lóbulo inferior derecho. Disminución de los micronódulos en el lóbulo inferior derecho y resolución del localizado en segmento superior, con estabilidad del nódulo en el lóbulo superior izquierdo y base derecha, compatibles con metástasis. No se objetivan nódulos pulmonares sospechosos de nueva aparición. Estabilidad de las adenopatías axilares derecha, en cadenas mamarias e hiliomediastínicas.

Con fecha 21 de febrero de 2024, se realiza PET-TC. A nivel de parénquima pulmonar, difícil valoración morfológica de los micronódulos del TAC de noviembre 23, dada la adquisición en respiración libre y su pequeño tamaño. Persiste micronódulo en el lóbulo superior izquierdo, indistinguible el micronódulo en base pulmonar derecha y resto de micronódulos en el lóbulo inferior derecho (limitado por la técnica), no se identifican nódulos ni consolidaciones hipermetabólicas. Hallazgos hipermetabólicos a nivel de contenido extraprotésico de mama derecha de mayor grado de captación y extensión que el PET-TC de enero del 23 y morfológicamente estable respecto al TAC de noviembre 23, compatible con proceso inflamatorio agudo. Resto del estudio sin hallazgos hipermetabólicos de moderada/elevada afinidad por el radiofármaco, que sugieran viabilidad tumoral de nueva aparición.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acuerda la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, consta también el informe del jefe del Servicio de Dermatología y Venereología del Hospital Universitario Infanta Sofía, de 16 de enero de 2023, quien relata la atención sanitaria dispensada a la reclamante en dicho servicio y concluye que, tras el resultado histológico y la extirpación completa de la lesión, “*se procede desde nuestro servicio a programar revisiones anuales, como seguimiento, por ser una localización de riesgo de recidiva local en el caso de los epitelomas*”.

Por su parte, el jefe del Servicio de Anatomía Patológica, en un informe sin fechar, tras relatar los diferentes diagnósticos obtenidos en el curso del proceso clínico de la paciente, concluye que “*en resumen, la actuación clínica ha sido la correcta, en consonancia a los datos habidos*

en cada momento, revisándose el caso ante la evolución de la paciente y la nueva situación clínica, con la información aportada por el hospital Ramón y Cajal, en colaboración con el Servicio de Anatomía Patológica de este hospital”.

Posteriormente, con fecha 5 de julio de 2023, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, indica que hubo “*un error en el diagnóstico anatomo-patológico de la lesión de cuero cabelludo extirpada el 16 de diciembre de 2020, en el Hospital Universitario Infanta Sofía con informe anatomo-patológico del 22 de febrero de 2021, de queratosis actínica con displasia moderada-intensa, sin evidencia de lesión de tipo epiteloma basocelular residual en el material remitido. Fibrosis cicatricial y márgenes libres. Lo que ha condicionado un retraso diagnóstico sin poder determinar si las lesiones metastásicas ya estaban presentes en el momento de la extirpación de la primera lesión, que de haber sido así, también hubiera habido un retraso en el tratamiento*”. Por ello, concluye que la asistencia sanitaria no fue adecuada y acorde a la *lex artis*.

Se ha incorporado al expediente un informe médico pericial de valoración del daño corporal, fechado el 21 de mayo de 2025 y elaborado a instancias de la aseguradora del SERMAS, en el que se señala que, tras el análisis de la documentación aportada, se observa que se produjo un error en la interpretación de la muestra por parte de Anatomía Patológica, lo que provocó una demora en el tratamiento correcto del proceso oncológico que la paciente presentaba, facilitando así la progresión tumoral. Se considera una pérdida de oportunidad de diagnóstico de melanoma en estadio previo al cual se llegó (estadio metastásico).

En consecuencia, se determina que “*el resultado de la pérdida de oportunidad con el cálculo supone un 44,5 % (57 % - 12,5 %). Por tanto; 125.929,09 X 44,5 % = 56.038,45 €, que sería la cantidad a indemnizar*”.

El 5 de junio de 2025, la aseguradora del SERMAS comunica que “*con relación al siniestro arriba referenciado, comunicamos que la negociación ha fracasado, dada la imposibilidad de acercamiento de posturas sobre la valoración del daño*”.

Concluida la instrucción del procedimiento, y mediante oficio de 23 de junio de 2025, se da traslado del expediente para alegaciones a la reclamante.

El 21 de julio de 2025, la reclamante presenta un escrito, en el que reitera el contenido de su reclamación inicial, apoyándose en el informe emitido por la Inspección Sanitaria, que, según afirma, “*no deja lugar a dudas: existió un error diagnóstico grave y continuado que impidió el tratamiento correcto y oportuno de un melanoma muy agresivo, permitiendo su diseminación*”.

De igual modo, cuestiona la valoración realizada a instancias de la aseguradora del SERMAS, pues basa su cálculo indemnizatorio en la premisa de su fallecimiento que, evidentemente, no se ha producido, y parte de unas circunstancias familiares de la reclamante que no se corresponden con la realidad.

Por último, aporta un informe médico pericial de valoración del daño, realizado por un licenciado en Medicina y Cirugía, experto en Oncología de Precisión y Cirugía Plástica de Mama, en el que se recoge que “*aplicando el porcentaje estimado de pérdida de oportunidad (40%) sobre la base indemnizatoria total calculada conforme a los baremos aplicables (281.946,40 €), el importe correspondiente al daño por esta pérdida asciende a 281.946,40 € X 40% = 112.778,56 €*”.

Finalmente, con fecha 29 de octubre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula una propuesta de resolución que estima parcialmente la reclamación formulada, fijando la indemnización en una cantidad global y actualizada de 60.000 €.

CUARTO.- El 17 de noviembre de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de diciembre de 2025.

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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), por cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el Hospital Universitario Infanta Sofía, integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, en el que se reclama por un diagnóstico erróneo, el *dies a quo* para el cómputo habrá que situarlo en la fecha en la que la reclamante conoció el diagnóstico correcto, es decir, el 26 de enero de 2023, según la historia clínica de la paciente antes transcrita. En consecuencia, la reclamación, presentada el 29 de diciembre del mismo año, ha sido formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe de los servicios de Dermatología y Venereología y de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, implicados en el proceso asistencial de la reclamante, y también ha emitido informe la Inspección Sanitaria. Posteriormente, se ha dado traslado del expediente a la

reclamante para alegaciones y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la

materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que, por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis*, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del

resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- La reclamante reprocha en su escrito que hubo una demora diagnóstica de la patología oncológica (melanoma nodular) que padecía, pues la prueba realizada en el año 2020 (biopsia) no fue debidamente valorada por el servicio correspondiente del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, la reclamante quien han de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente*

técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”.

Ahora bien, en este caso, no sólo la reclamante ha aportado al procedimiento un informe médico pericial que determina la existencia del retraso alegado, sino que también el informe de la Inspección Sanitaria incorporado al expediente, tal y como señalábamos anteriormente, considera concurrente el referido retraso pues hubo “*un error en el diagnóstico anatomo-patológico de la lesión de cuero cabelludo extirpada el 16 de diciembre de 2020, en el Hospital Universitario Infanta Sofía con informe anatomo-patológico del 22 de febrero de 2021, de queratosis actínica con displasia moderada-intensa, sin evidencia de lesión de tipo epitelio-ma basocelular residual en el material remitido. Fibrosis cicatricial y márgenes libres...*”.

En efecto, la propia historia clínica incorporada al expediente advera cómo, con fecha 26 de enero de 2023, se realiza en el Hospital Universitario Ramón y Cajal una revisión de las muestras de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Infanta Sofía, obteniendo el siguiente diagnóstico modificado: “*Revisión de caso externo (20B9305 A1-A2) Piel, cuero cabelludo (extirpación): melanoma tipo nodular, ulcerado, nivel IV de Clark y Breslow de 3.57 mm. Estadio (AJCC): pT3b Nx Mx. En contacto con uno de los márgenes laterales de rección*”.

En consecuencia, el referido error en el diagnóstico ha originado un daño que la reclamante no tiene el deber jurídico de soportar, cual es la ausencia de un tratamiento adecuado del melanoma durante un período de dos años, de modo que sólo cabe el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración y la estimación de la reclamación.

QUINTA.- Nos encontraríamos, pues, ante un supuesto de pérdida de oportunidad, que se caracteriza “*(...) por la incertidumbre acerca de si la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente*

estado de salud del paciente” [Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (Rec. 976/2016)].

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid viene recogiendo el concepto de pérdida de oportunidad admitido por el Tribunal Supremo. Así la Sala madrileña, en su Sentencia de 23 de junio de 2022 (Rec. 880/2020), recuerda las sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, definía la pérdida de oportunidad sobre la base de la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2009, según la cual: *“La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable...”*.

En los casos de responsabilidad por apreciar la concurrencia de una pérdida de oportunidad, tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en nuestros dictámenes 340/18, de 19 de julio; 450/19, de 7 de noviembre y 604/23, de 16 de noviembre, que el objeto de reparación no es el daño final, sino un daño moral, precisamente el perjuicio proporcional a la pérdida de oportunidad sufrida, valorando en qué

medida con una actuación a tiempo se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable para el paciente. Consecuentemente, la indemnización es inferior al daño real sufrido y proporcional a las expectativas de éxito de la oportunidad que se perdió. En este sentido, el propio informe pericial alude a la pérdida de oportunidad y a la pérdida de posibilidades de curación.

En este caso, tanto el perito médico de la reclamante (112.778,56 €) como el perito de la aseguradora del SERMAS (56.038,45 €) realizan una valoración medicolegal del daño corporal mediante la aplicación del Baremo contenido en la Ley 35/2015, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Sin embargo, en relación con la valoración de dicha pérdida de oportunidad, consideramos más acertado reconocer una cantidad global y no aplicar el baremo establecido para los accidentes de tráfico, pues entendemos que los conceptos que se recogen en el baremo no encuentran encaje para indemnizar el caso que nos ocupa. En este punto, cabe traer a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 15 de junio de 2016 (recurso 306/2013) en la que, en un caso parecido de pérdida de oportunidad, rechaza la aplicación del baremo respecto, del que destaca que *“según la doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera...no tiene carácter vinculante, pues, de acuerdo con la doctrina consolidada de esta Sala, antes citada, su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes”*.

La sentencia opta por la valoración global del daño, acogiendo la doctrina del Tribunal Supremo (así Sentencia de 17 de julio de 2014) en la que se dice que *«la jurisprudencia ha optado por efectuar una valoración*

global que, a tenor de la STS 3 de enero de 1990, derive de una “apreciación racional aunque no matemática” pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993, se “carece de parámetros o módulos objetivos”, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo en ocasiones en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la Sentencia de 23 de febrero de 1988, “las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria».

En el presente caso, teniendo en cuenta la dificultad de determinar la pérdida de expectativas de la paciente, pues tal y como señala la Inspección Sanitaria en su informe, no es posible determinar si las lesiones metastásicas ya estaban presentes en el momento de la extirpación de la primera lesión, entendemos adecuada la cantidad de 60.000 euros contemplada en la propuesta de resolución, que se considera ya actualizada y que resulta coincidente con la suma reclamada inicialmente por la interesada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada, indemnizando a la reclamante en la cantidad global y actualizada de 60.000 euros.

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 10 de diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 655/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid