

Dictamen n.º: **293/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 23 de mayo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero 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 la asistencia prestada en el Hospital Universitario de Getafe y en el Hospital Universitario 12 de Octubre, a los que atribuye un retraso de diagnóstico y tratamiento en relación con un cáncer de tiroides.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 1 de julio de 2022, la persona citada en el encabezamiento, actuando asistida de letrado, presentó en el registro del SERMAS, una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que considera deficiente la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital Universitario de Getafe y en el Hospital Universitario 12 de Octubre, a los que atribuye un retraso de diagnóstico y tratamiento en relación con un cáncer de tiroides.

Explica la reclamante la secuencia de sus asistencias desde que el día 30 de septiembre de 2019, acudiera al Hospital Universitario de Getafe, por presentar desde al menos dos semanas atrás, una lesión

nodular en la región anterior del cuello, no dolorosa, en relación temporal con un proceso catarral, sin fiebre y sin otra sintomatología.

En adelante se le realizaron diversas atenciones, que se relatan con todo detalle, hasta que la paciente fue intervenida el 11 de febrero de 2021 en el Hospital Universitario 12 de Octubre, realizándole hemitiroidectomía izquierda, con resección de las adenopatías del lóbulo tiroideo izquierdo.

El informe de Anatomía Patológica de 4 de marzo de 2021, denotó la presencia de una neoplasia compatible con un carcinoma papilar de tiroides, de 2,5 cm de diámetro, de patrón folicular y papilar, con áreas oncocíticas y de degeneración quística, que quedaba en la inmediata vecindad (a menos de 1 mm) del borde quirúrgico anterior; con estadio tumoral pT2N0x.

Relata que hubo de practicársele una segunda intervención el 18 de octubre de 2021, para extirpar el lóbulo tiroideo derecho, aunque considera que el procedimiento no se desarrolló correctamente puesto que no se completó la extirpación, como se debía.

El 4 de abril de 2022, se le indicó a la paciente que era preciso realizarle una nueva cirugía (la tercera), para extirpar el resto del tiroides derecho, que supuestamente se había resecaado en la segunda operación, dado que, de no ser así, el tratamiento definitivo con radioyodo, no podría administrarse, al estar contraindicado por la existencia de tejido tiroideo de gran tamaño.

Considera la reclamante que dados los rasgos y el tamaño del nódulo hubiera sido preciso realizarle un PAAF, desde el principio, pese a lo que el Servicio de Radiología del HUG únicamente la realizó una prueba de imagen, pero no la punción y afirma que, ello retrasó el inicio del proceso curativo. Además, refiere que desde su centro de salud se solicitó valoración por el Servicio de Endocrinología con fecha el 9 de

octubre de 2019, aunque no fue vista en dicho servicio hasta el 1 de mayo de 2020.

Por tanto, considera que desde que se solicitó la punción del nódulo, el 30 de septiembre de 2019, hasta que se realizó, el 4 de junio de 2020, transcurrieron 8 meses y, desde que la paciente fue remitida al Servicio de Endocrinología por su médico de Atención Primaria, el 9 de octubre de 2019, hasta que fue atendida por dicha especialidad, el 8 de mayo de 2020, transcurrieron casi 7 meses.

Además del retraso indicado, también considera la reclamante que, desde el principio debiera habersele practicado una tiroidectomía total, y no la hemitiroidectomía izquierda, que fue la que se le practicó, puesto que presentaba tiroiditis, tanto bioquímicamente como en imagen, lo que obligó a practicar una segunda intervención el día 18 de octubre de 2021.

Añade que, una vez fue sometida a la segunda cirugía con intención de extirpar el tejido tiroideo restante y realizar la totalización, la misma no fue completa y, por dicha razón, hubo de ser sometida a una tercera cirugía, para extirpar el hemitiroides derecho, supuestamente resecado en la segunda cirugía.

Finalmente, explica que aún después de la tercera intervención se comprobó que persistía parte del tiroides derecho, con la aparición - además-, de una parálisis laríngea.

Por otro lado, considera que los anteriores errores en las intervenciones, determinaron que no se le pudo administrar el tratamiento con radioyodo, de elección para el cáncer de tiroides en esta paciente, a la vista de la evolución clínico-analítica, dado el hallazgo de tejido tiroideo en la ecografía realizada seis meses después de la segunda cirugía, supuestamente de totalización y que, tampoco se pudo

pautar el mencionado tratamiento después de la tercera cirugía, dado que no se extirpó el hemitiroides y que, por tanto, no se resecó ni tras la segunda ni tras la tercera cirugía, con el añadido de que tras la última intervención, se produjo una parálisis de la cuerda vocal derecha.

En definitiva, reprocha:

-No se cumplieron los protocolos, que exigían, debido al tamaño del nódulo de la paciente, la punción del mismo.

-Cuando la punción se realizó, habían transcurrido 8 meses desde su indicación.

-La paciente fue vista en el Servicio de Endocrinología, 7 meses después de que se solicitara por su médico de Atención Primaria.

-Se realizó una hemitiroidectomía izquierda cuando lo que estaba indicado era una tiroidectomía total, y más cuando existían anomalías (tiroiditis) en el lóbulo contralateral.

-Deficiente proceso de información, que resultó contradictorio: primero se le indicó a la paciente que no era necesaria la totalización, y poco después, se le indicó lo contrario.

-Cuando se realizó la segunda hemitiroidectomía, se practicó de manera deficiente e incompleta, requiriéndose una tercera cirugía que fue también fallida, ya que persiste el mismo tejido tiroideo que tras la segunda intervención, habiéndose producido, además, una parálisis de la cuerda vocal derecha que, a fecha de la formulación de la reclamación persiste, considerando que, evidentemente, el riesgo de parálisis permanente se incrementa notablemente a medida que se realizan más cirugías en la zona.

-Se afirma que la reclamante ha perdido la oportunidad de someterse a tratamiento con radioyodo, que es el indicado en la patología y estadio de la paciente.

-De manera previa a la tercera cirugía, no fue derivada al Servicio de Otorrinolaringología, como establecen los protocolos y como sí se hizo en las anteriores ocasiones.

A consecuencia de todo lo expuesto, se indica que, la paciente está siendo atendida por el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario 12 de Octubre, debido a las alteraciones causadas a causa de la situación relatada, presentando un trastorno adaptativo. Además, está en tratamiento de rehabilitación foniatría, a fin de mejorar la voz y el resto de problemas asociados a la parálisis de la cuerda vocal que presenta, que, además, impresiona de irreversible.

Todo ello ha causado, además, daños estéticos subsiguientes a las tres cirugías sobre la región anterior del cuello, con la cicatriz consiguiente, una disfonía que pudiera ser permanente y un pronóstico incierto de la patología de base: un cáncer de tiroides, debido al retraso diagnóstico y terapéutico, con los consiguientes daños morales, baja laboral, daño psicológico, etc.

Por todo lo expuesto y para la reparación económica de los daños y perjuicios sufridos la reclamante solicita una indemnización por importe de 300.000€.

Junto con la reclamación, se adjunta diversa documentación médica.

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

La paciente, de 24 años de edad en ese momento, sin antecedentes médicos previos reseñables, fue vista en la consulta de Medicina Interna del Hospital Universitario de Getafe (en adelante, HUG) el 30 de septiembre de 2019, por presentar desde al menos dos semanas atrás, una lesión nodular en la región anterior del cuello, no dolorosa, en relación temporal con proceso catarral, sin fiebre y sin otra sintomatología.

Se realizó exploración física, y en el apartado correspondiente a cabeza y cuello, se anotó que se constataban carótidas rítmicas y simétricas, sin aumento del pulso venoso yugular, sin bocio, y sin adenopatías. Se alcanzó el diagnóstico de “*nódulo cuello*”.

Se solicitaron pruebas de imagen, en cuyo informe de resultados se recoge: *“Información clínica: nódulo sobre región anterior de cuello (izquierdo) que parece depender de tiroides. Solicito ecografía cuello y, en su caso, PAAF.”*

Se realizó dicha ecografía tiroidea el 15 de octubre de 2019, siendo informada de la siguiente manera: *“Tiroides de tamaño y ecogenicidad normales. En LTD (lóbulo tiroideo derecho) sólo se identifica un pequeño nódulo con componente microquístico de 4 mm en la porción más medial del lóbulo.*

En LTI (lóbulo tiroideo izquierdo) en tercio medio se identifica una formación nodular heterogénea, ovalada, de contornos precisos, de predominio hiperecogénico con áreas quísticas en su interior, de 2,4 cm de diámetro máximo, de aspecto ecográfico benigno, adenomatoso.

En el resto del tiroides no se identifican otras lesiones focales significativas. No existen nódulos sospechosos, ni tampoco se identifican adenopatías de tamaño o aspecto reseñable en cadenas de vecindad”.

En determinación del laboratorio, de fecha 2 de octubre de 2019 se comprobó que la función tiroidea era normal, con TSH de 2.57 uUI/ml. La enferma, aparentemente, abandonó el seguimiento de su patología tiroidea por ese servicio hospitalario.

Posteriormente la paciente fue derivada por su médico de Atención Primaria por “nódulo tiroideo en LTD de 4 mm y nódulo en LTI de 24mm de diámetro con aspecto adenomatoso, no adenopatías”, al Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario 12 de Octubre, sin ninguna solicitud por parte de su médico, de valoración previa por especialista, ni mucho menos de sospecha de malignidad.

El Servicio de Admisión le dio cita como consulta nueva en la consulta del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Centro de Especialidades de Carabanchel. En fecha 8 de mayo de 2020 la paciente fue vista en la consulta virtual en el Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario 12 de Octubre, derivada desde Atención Primaria para valoración de nódulos tiroideos, con referencia a los resultados de la anterior ecografía.

Se anotó en la historia clínica que la función tiroidea era normal, según analítica de sangre de 2017, y que no existían en la familia antecedentes de cáncer de tiroides y se solicitó eco-PAAF, para valoración ecográfica del tiroides y PAAF del nódulo del lóbulo tiroideo izquierdo, si procediera.

La citada prueba se realizó el 4 de junio de 2020, indicándose en el informe correspondiente: *“Glándula tiroides aumentada de tamaño, de aspecto globuloso, con ecogenicidad heterogénea y ganglios prominentes pretraqueales y en espacio visceral. Todo ello en relación con enfermedad tiroidea difusa.*

En ambos lóbulos y en istmo se visualizan pequeños nódulos espongiiformes-coloide, sin criterios de sospecha. Nódulo dominante en LTI, de 25 mm, isoecogénico, heterogéneo, con halo hipoecogénico y zonas de degeneración quística en su interior. Ganglios laterocervicales de aspecto reactivo.

Se realiza punción con aguja de 25G (dos pases) bajo control ecográfico de nódulo de 25 mm en LTI, isoecogénico, con halo hipoecogénico con pequeñas áreas de degeneración quística en su interior (no sospecha, salvo tamaño); obteniéndose material que se remite para estudio citológico.

No se evidencian complicaciones tras el procedimiento.

PAAF con control ecográfico de tiroides (nódulo de 25 mm en lóbulo izquierdo) con atipias epiteliales indeterminadas (categoría III de Bethesda) sobre bocio coloide con signos de degeneración quística y hemorragia con inflamación crónica linfocitaria asociada.

Nota. - El cuadro citológico no permite discriminar de forma concluyente si las atipias epiteliales observadas corresponden a cambios reparativos en relación con la degeneración quística y hemorragia del nódulo o bien traducen la posibilidad de un carcinoma papilar quístico, por lo que aconsejamos nueva punción o estudio histológico del nódulo, según se considere preciso”.

El día 11 de agosto de 2020, desde el Servicio de Endocrinología y Nutrición se comunicó el resultado a la paciente, por teléfono y se solicitó nueva punción.

Los resultados de Anatomía Patológica, de fecha 1 de septiembre de 2020, indicaron: “*DIAGNÓSTICO DE PUNCIÓN ASPIRACIÓN: PAAF con control ecográfico de tiroides (nódulo en lóbulo izquierdo) con atipias epiteliales indeterminadas (categoría III de Bethesda) asentando sobre*

bocio coloide con signos de degeneración quística y hemorragia. Nota: Hemos revisado su punción previa (D-20-00759) y hemos constatado que se mantienen las atipias objetivadas en dicha ocasión. Debido a que no se puede descartar de forma totalmente concluyente la posibilidad de un carcinoma papilar aconsejamos estudio histológico del nódulo”.

A la vista de lo recomendado y puesto que, a la vista de los resultados no se podía descartar de forma totalmente concluyente la posibilidad de un carcinoma papilar, el día 5 de octubre de 2020, desde el Servicio de Endocrinología y Nutrición, se aconsejó un estudio histológico del nódulo, remitiendo a la paciente a cirugía.

En consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo, del 20 de noviembre de 2020, se informó debidamente a la paciente de la situación, incluyéndola en lista de espera quirúrgica para hemitiroidectomía y, en función de los hallazgos intraoperatorios, realizar tiroidectomía total.

Tras realizarse en fecha 16 de diciembre de 2020 el estudio preoperatorio, la paciente fue intervenida el 11 de febrero de 2021 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Se anotó que, habiendo sido valorada ese mismo día por Cirugía le habían informado que no se iba a completar la cirugía de momento, tras haberlo consultado con el endocrino.

La intervención consistió en una hemitiroidectomía izquierda, reseccándose las adenopatías del compartimento VI, de aspecto inflamatorio.

Asimismo, se realizó PAAF a cielo abierto del nódulo subcentimétrico del lóbulo tiroideo derecho. En cuanto a la descripción de la intervención, se anotó: “*Cervicotomía trasnversa de Kocher, realización de colgajo miocutáneo y apertura por línea media Hallazgos:*

Tiroides de aspecto carnosos y en el que se encuentra nódulo que de aproximadamente 3 cm de que ocupa prácticamente todo el LTI.

Técnica quirúrgica: Disección de pedículo superior que se secciona entre ligaduras y Ligasure.

Identificación de ambas paratiroides izquierdas, así como el NLR izquierdo que da señal positiva con NIOM (neuromonitorización) post resección. Posterior a la extracción de los cables no da señal de ninguno de los vagos y leve del recurrente izquierdo Resección de hemitiroides izquierdo, junto con adenopatías del compartimento VI de aspecto inflamatorio. Hemostasia de lecho tiroideo Drenajes: Exudrain del n°10 abocado paraincisional en el lecho izquierdo.

Verificación de recuento correcto de gasas, compresas e instrumental.

Especímenes remitidos a Anatomía Patológica: hemitiroides izquierdo con adenopatías de compartimento.

Se realiza PAAF a cielo abierto de nódulo subcentimétrico del lóbulo tiroideo derecho.

Incidencias: En el inicio de la intervención se arrancan los electrodos del hombro de la paciente y aunque se vuelven a recolocar no parece que la señal sea óptima”.

La evolución postquirúrgica fue favorable, con buen control del dolor con la analgesia pautada, y adecuada reintroducción de la dieta oral. Durante su estancia hospitalaria, no presentó disfonía, disfagia o disnea, así como tampoco clínica parestésica de miembros. Se retiraron los drenajes en 1 día y se decidió el alta a domicilio, con las recomendaciones pertinentes.

En nuevo control del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, de fecha 11 de marzo de 2021, se volvió a denotar una evolución postquirúrgica favorable, y en revisión de 16 de abril, seguía la evolución favorable.

Otros datos clínicos y diagnósticos reflejados fueron: *“Exploración física: cervicotomía con buen aspecto, bien consolidada.*

Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica: pieza de hemitiroidectomía izquierda con:

- Carcinoma papilar de 2,5 cm de diámetro, de patrón folicular y papilar, con áreas oncocíticas y de degeneración quística, que queda en la inmediata vecindad (a menos de 1 mm) del borde quirúrgico anterior. Estadio tumoral pT2N0x.

-Dos ganglios linfáticos sin alteraciones relevantes ni signos de metástasis.

- Resto del tejido tiroideo con tiroiditis crónica linfocitaria.

Diagnóstico principal: Nódulo tiroideo en LI de 25 mm, PAAF BTH III. Normofunción tiroidea.

Otros diagnósticos: Tiroiditis linfocítica crónica Procedimientos: Otra tiroidectomía parcial Monitorización neurofisiológica intraoperatoria”.

En esa misma consulta del día 16 de abril de 2021, se le explicó a la paciente la no necesidad de totalización de la extirpación del tiroides, según las últimas guías, pero que, en cualquier momento, -y siempre considerando la opinión de Endocrinología- se podría totalizar, realizando tiroidectomía total.

Se apuntó que tenía consulta con el endocrino a continuación, por lo que se adoptarían decisiones coordinadas con ese servicio.

En la referida consulta de Endocrinología y Nutrición, que tuvo lugar el mismo día, se incorporó el estudio inmunohistoquímico de la pieza intervenida, anotándose: *“especimen B-21-3213 (Bloque B-4) correspondiente a tejido tiroideo (de hemitiroidectomía izquierda) con diagnóstico de carcinoma papilar.*

MICROSCÓPICA:

- *Citoqueratina 19: (+)*
- *Anti-mesotelio: (+) parcheado*
- *Galectina-3: (+)*
- *CD56: (+) parcheado*
- *BRAF: (-)*
- *Índice proliferativo (MIB-1): 4%*

DIAGNÓSTICO INMUNOHISTOQUÍMICO: Tejido tiroideo (lóbulo izquierdo) con neoplasia de fenotipo compatible con carcinoma papilar de tiroides”.

En las analíticas tiroideas se reflejó: TSH 6.69 μ U/ml, T4 libre 1.02 ng/dl y se determinó como plan terapéutico el inicio del tratamiento con levotiroxina 50mcg/día, 1 comprimido en ayunas cada día, solicitando además analítica con control de TSH y Tg y cita en consulta de Cáncer de Tiroides para seguimiento.

El diagnóstico principal fue que presentaba un carcinoma papilar de 2,5 cm de diámetro, de patrón folicular y papilar, con áreas oncocíticas y de degeneración quística. Estadio tumoral pT2N0.

Otros diagnósticos: hipotiroidismo subclínico y tiroiditis linfocitaria crónica.

Entre tanto, el 19 de mayo de 2021, la paciente fue vista en la consulta de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, siendo diagnosticada de trastorno adaptativo, con síntomas de ansiedad leve, con anticipación respecto a la posibilidad de recidiva/metástasis.

En consulta de Endocrinología y Nutrición de fecha 16 de junio de 2021, se denotó que tras la cirugía la paciente presentaba unos niveles de anticuerpos anti-tiroglobulina elevados, en el contexto de su tiroiditis linfocitaria crónica de base, que dificultaba el seguimiento oncológico. Por ese motivo, el Servicio de Endocrinología y Nutrición recomendó completar la tiroidectomía y así poder administrar yodo radiactivo, para facilitar el seguimiento, a pesar de constar nódulos de aspecto esponjiforme y PAAF benigna en el lóbulo tiroideo derecho. Se hizo constar que la paciente también prefería completar la cirugía.

Sobre la exploración, se anotó: *“exploración cuello: palpo adenopatía laterocervical derecha, posterior alta, de aproximadamente medio cm. No palpo otras adenopatías LC plan: Eutirox 75 mcg/día. PIC a cirugía. Pido previo eco- PAAF”*.

En consonancia con la decisión adoptada de completar la tiroidectomía, el 6 de julio de 2021, se citó a la paciente en consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo, con motivo de valorar la totalización. Allí se acordó efectuar la cirugía después de verano: *“PLAN: Acordamos cirugía para después de verano Tiene pendiente ECO cervical de revisión y PAAF de adenopatía Incluimos en LEQ y entrego CI”*.

La referida punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía se efectuó el día 9 de julio, recogiendo en el informe que, coincidiendo con el ganglio palpable, en la región posterolateral derecha del cuello que refiere la paciente, se identifica un ganglio de 3 mm de eje transversal, de aspecto reactivo (*“Lóbulo tiroideo derecho con signos sugestivos de tiroiditis linfocitaria”*.), visualizándose también en el resto de la región cervical algunos ganglios laterocervicales y submandibulares bilaterales, sin observar ninguno sospechoso, por tamaño ni morfología, por lo que no se realizó punción de los mismos.

En consulta de Endocrinología y Nutrición, de fecha 26 de agosto de 2021, se recopiló el resultado de la anterior prueba, acordando remitir a completar la tiroidectomía. Se indicó también que debería efectuarse una valoración ecográfica previa, de la adenopatía laterocervical posterior dcha. y, en su caso, también de las adenopatías izquierdas. Además, se dispuso: *“Plan: revisión tras cirugía con analítica. Al alta tras completar tiroidectomía, poner Eutirox 88 mcg/día”*.

El día 1 de septiembre se atendió a la paciente en consulta de Otorrinolaringología, anotando: *“Historia actual: Paciente intervenida de hemitiroidectomía el 11/02/2021 de hemitiroidectomía izquierda por nódulo tiroideo, con parálisis de CVI en postoperatorio que se resolvió completamente, en protocolo quirúrgico se describe no lesión de recurrente comprobada con neuroestimulador. Actualmente pendiente de intervención para completar tiroidectomía total.*

Exploración física: NF: Motilidad de ambas cuerdas vocales-CCVV-móviles y simétricas con espacio glótico conservado. Diagnóstico principal: CCVV normales”.

También se le realizó otra PAAF el mismo día 1 de septiembre, reflejándose: *“Bajo control ecográfico se realiza punción de nódulo sólido isoecoico del lóbulo tiroideo izquierdo de 2,5 cm de eje mayor con aguja de 23 G (un pase). Se extienden 5 cristales, 2 en alcohol y 3 en seco, que*

se envían al Servicio de anatomía patológica para estudio citopatológico. No hay complicaciones inmediatas”.

El 18 de octubre de 2021 fue intervenida quirúrgicamente por segunda vez, realizándose, según el protocolo de la intervención, hemitiroidectomía derecha.

Recibió el alta al día siguiente, con las indicaciones y medidas de higiene y cuidados oportunas e indicándole que continuará con su medicación habitual: *“si dolor tomará Paracetamol 650 mg, 1 comprimido vía oral cada 8 horas. Si persistiera dolor, se tomaría Metamizol 575 mg, 1 comprimido vía oral cada 8 horas alternando con Paracetamol. Además, debería continuar tomando Levotiroxina, en dosis de 88 mcg/día, 1 comprimido en ayunas (20 minutos antes del desayuno)”.*

Acudió a consulta de revisión, en el Servicio de Endocrinología y Nutrición el día 27 de octubre, constatando la normal evolución posoperatoria.

La PAAF intraoperatoria del nódulo derecho, fue remitida el día 4 de noviembre al Servicio de Endocrinología y Nutrición, constatando: *“Material remitido como PAAF de tiroides (nódulo de 5 mm en lóbulo derecho) congruente con tiroiditis crónica linfocitaria, con intensa actividad inflamatoria, en el muestreo realizado (categoría II de Bethesda)”.*

En consulta telefónica del Servicio de Endocrinología y Nutrición, del día 24 de noviembre, se analizó con la paciente el estudio histológico de la pieza quirúrgica, los resultados analíticos del día 19 de noviembre y el tratamiento a seguir, determinando: *“Se identifican 3 ganglios linfáticos sin evidencia de malignidad y restos tímicos, sin alteraciones.*

...

Plan: eutirox 100 mcg/día. rev con analítica a partir de 1-2 meses. En función de resultados de tg y TgAb valorar remitir a tto con I131 -yodo radiactivo, para facilitar el seguimiento”.

El 29 de noviembre de 2021, la paciente fue vista en la consulta de Cirugía para revisión postquirúrgica.

Consta otra consulta telefónica del 19 de enero de 2022, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario 12 de Octubre, informando a la paciente de la necesidad de remitir a tratamiento to con I 131 -yodo radioactivo-, dados los resultados de Tg y TgAb. Igualmente se solicitó Eco de control, para la siguiente revisión.

La ECO tiroidea, que se le realizó el día 4 de marzo, se informó indicando: *“Ecografía tiroidea: hemitiroidectomía izquierda. En la cadena laterocervical izquierda se ve una imagen de ganglio de morfología normal con un diámetro anteroposterior de 2mm.*

El lóbulo tiroideo derecho es de tamaño grande con unos diámetros de 13 x 19 x 28mm.

Presenta una alteración difusa de la ecoestructura que sugiere tiroidopatía crónica. En el polo superior se visualiza un nódulo sólido bien definido de 5 mm ya referido anteriormente. En la cadena laterocervical derecha se ven varias imágenes de ganglios linfáticos de morfología normal con un diámetro anteroposterior inferior a 4 mm. En zona posteroinferior al lóbulo derecho se ven 2 imágenes de 4 mm que probablemente corresponden a ganglios linfáticos, aunque por su localización no se podría descartar crecimiento paratiroideo. Valorar determinación analítica paratiroidea”.

El 8 de marzo de 2022 se le realizó un RM de cuello en el Hospital Universitario de Getafe, con los siguientes hallazgos: *“Cambios post tiroidectomía izquierda, con ausencia de LTI e istmo. Se identifica LTD*

con morfología e intensidad de señal normal. Mide 20 x 15 x 30 mm (diámetro transverso, anteroposterior y craneocaudal). Con realce homogéneo e intenso habitual en tiroides normal.

Múltiples ganglios laterocervicales bilaterales, levemente aumentadas de tamaño (aunque eje corto subcentimétrico), aunque de aspecto reactivo. Con distribución en cadenas yugulares y cervicales posteriores. Sin otras alteraciones significativas”.

En otro TAC del día 16 de marzo de 2022, se revisaron los estudios previos realizados en el Hospital Universitario de Getafe, donde no se describía presencia de resto tiroideo en el lecho quirúrgico izquierdo. El informe confirmó esa circunstancia: *“Cambios de hemitiroidectomía izquierda con ausencia de lóbulo tiroideo izquierdo e istmo. NO se observan restos tiroideos en lecho quirúrgico. El lóbulo tiroideo derecho de 1,7 x 1,6 x 2,8cm, de aspecto heterogéneo, en relación con patología tiroidea difusa, también descrita en estudios ecográficos previos. Porción visualizada del compartimento intracraneal, sin hallazgos relevantes. El tracto aéreo digestivo no muestra alteraciones, sin detectarse anomalías en el revestimiento mucoso ni identificando alteraciones en el espacio submucoso. La cavidad oral, trigono retromolar, compartimentos craneofaciales y espacio submandibular sin hallazgos relevantes.*

Pequeños ganglios laterocervicales bilaterales de apariencia radiológica NO sospechosa. No se observan nódulos en la porción visualizada del parénquima pulmonar.

CONCLUSIÓN: - *Cambios de hemitiroidectomía izquierda SIN evidencia radiológica de restos tiroideos en lecho quirúrgico”.*

El 23 de marzo de 2022, la paciente fue vista en la consulta de Endocrinología del Hospital Universitario 12 de Octubre, anotándose que se revisó el protocolo de la intervención y el informe de

neuroestimulación y se constata que se realizó exéresis de tejido tiroideo de 2x 1 x 0,5 con tiroiditis linfocitaria, aunque en el TAC del 16 de marzo de 2022 se describe presencia de lóbulo tiroideo derecho. Se reflejó que, dada la situación: *“Se comenta con la paciente que se planteará con Cirugía General y se avisará a la paciente.*

Por el momento mantener tratamiento sin cambios TSH 0.1-0.5.-Cita en 4-6 meses”.

De conformidad con ese planeamiento, el día 4 de abril de 2022, se llevó a efecto el procedimiento de Recervicotomía del lóbulo tiroideo derecho, a cargo de la consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo, al visualizan restos de indicado lóbulo tiroideo que impedían iniciar el tratamiento con yodo radioactivo. Las anotaciones de la intervención fueron: *“VÍA DE ACCESO: Recervicotomía de Kocher. HALLAZGOS: mínimos restos de tejido tiroideo en polo superior de 2x1 cm y retronevrio laríngeo recurrente inferior de 2x2. Identificación de glándula paratiroides superior e inferior.*

TÉCNICA: Retiroidectomía de totalización lóbulo derecho tiroideo, de restos en polo superior y posterior y lateral traqueal en región posterior a trayecto de NLR derecho en su entrada laríngea, que obligan a disección meticulosa del mismo para separarlo del resto tiroideo, quedando esqueletizado en todo su trayecto desde mediastino hasta la larineo (nervio integro anatómicamente).

Pérdida de señal en el momento de la disección y separación del nervio laríngeo recurrente –NLR- derecho, del tejido tiroideo paratraqueal posterior (en nervio vago y sobre NLR derecho). Revisión de hemostasia, con maniobra de Valsalva...

Anatomía Patológica de la pieza Quirúrgica: Pendiente al alta.

Evolución postquirúrgica: Favorable. Diagnóstico principal: Remanente lóbulo dcho de tiroides”.

El estudio de Anatomía Patológica, no denotó que en los restos hubiera evidencia de metástasis. Así se indicó: «...DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS:

A: "Retiroidectomía de totalización de lóbulo derecho tiroideo (polo superior)": Tejido fibroadiposo con escasos restos de tejido tiroideo con cambios de tiroiditis crónica linfocitaria y cinco ganglios linfáticos de características habituales, sin evidencia de metástasis.

B: "Retiroidectomía de totalización del lóbulo derecho tiroideo (retronervio laríngeo inferior)": Tejido fibroadiposo con siete ganglios linfáticos de características habituales, sin evidencia de metástasis. No se reconoce tejido tiroideo.»

En consulta de Endocrinología y Nutrición, un mes después, el día 4 de mayo de 2022, se valoró la correcta evolución del postoperatorio, salvo por la parálisis de la cuerda vocal derecha, que estaba siendo vista por ORL. Además, se solicitó una gammagrafía tiroidea, para detectar eventuales restos tiroideos y una PET-TAC, por elevación de la tiroglobulina y se pautó el incremento de la medicación: Eutirox 112 mcg de lunes a viernes y Eutirox 100 mcg jueves, sábados y domingos, con el objetivo de obtener un valor de TSH < 0.1 y cita en 15 días presencial.

También se anotó que se priorizó la realización del PET-TAC, para valorar el empleo de yodo radioactivo.

La gammagrafía de tiroides y SPECT/TC cervical fue realizada el día 10 de mayo de 2020, denotando la presencia de restos tiroideos, a confirmar con ecografía. (*"Zona hipercaptadora a nivel de región teórica*

de tercio medio y posterior del lecho tiroideo derecho que sugiere restos tiroideos y que impresionan de menor tamaño que en el TC previo, sin embargo, recomendamos valorar con ecografía para determinar sus dimensiones”.)

En consulta de Endocrinología y Nutrición del día siguiente, el 11 de mayo, se anotó que se solicitaba la ecografía tiroidea, y se informaba a la paciente: *“Hablo con la paciente. Pido ecografía tiroidea. Me indica que le han comentado en Medicina Nuclear que queda resto tiroideo. Me comenta que le han adelantado el PET-TAC a este viernes. Reviso gammagrafía tiroidea 10/05/2022 Fármaco: 99m Tc Dosis: 8 mCi”.*

El PET-TAC se llevó a efecto el día 13 de mayo, denotando posible resto tiroideo. Así, el informe indicó: *“HALLAZGOS: La interpretación del estudio está limitada por la ausencia de contraste intravenoso.*

No se observan adenopatías cervicales metabólicamente significativas ni alteraciones metabólicas en la vía aerodigestiva superior.

Asimetría de la actividad metabólica en laringe, en probable relación con parálisis de cuerda vocal derecha.

En lecho quirúrgico de tiroidectomía se observa un acúmulo focal del radiofármaco que parece corresponder a la región posterior del lóbulo tiroideo derecho, con actividad metabólica leve (SUVmax 4,12) que pudiera deberse a resto tiroideo. Este hallazgo coincide en morfología y localización con el observado en gammagrafía tiroidea realizada el 10/05/2022”.

En cuanto a la ecografía de cuello, que había sido solicitada el día 10, se practicó el 17 de mayo de 2022, confirmando la presencia del resto tiroideo derecho: *“DATOS CLÍNICOS: eco tiroidea, posible resto tiroideo. Ausencia de lóbulo tiroideo izquierdo e istmo.*

En teórica zona del lóbulo tiroideo derecho se observa tejido tiroideo en relación con resto tiroideo del lóbulo derecho de 3,1x 1,4 x 1,5 cm de ecogenicidad heterogénea con múltiples imágenes nodulares milimétricas relación con su diagnóstico de tiroiditis crónica linfocitaria. Presenta un nódulo dominante en polo superior de unos 5 mm de eje mayor. No se han visto adenomegalias sospechosas en la región cervical explorada”.

En ese estado del desarrollo terapéutico se decidió la valoración del caso por el Comité de Tumores, el 18 de mayo de 2022. Sobre el desarrollo de esa evaluación multidisciplinar, la historia clínica recoge: *“Se comenta en Comité a las 13:30 h del día 18 de mayo de 2022 conjuntamente con el Servicio de Cirugía General (Drs...). Anatomía Patológica, Bioquímica, Medicina Nuclear (Dr....) y Endocrinología (Drs...) y se decide conjuntamente tras revisar el caso y las pruebas complementarias (gammagrafía con captación en región de tercio medio y posterior de tiroides derecho que sugiere restos tiroideos, eco tiroidea donde se visualiza un resto tiroideo de 3,1x 1,4 x 1,5 cm de ecogenicidad heterogénea con múltiples imágenes nodulares milimétricas relación con su diagnóstico de tiroiditis crónica linfocitaria.*

Presenta un nódulo dominante en polo superior de unos 5 mm de eje mayor y PET-TAC con acúmulo focal del radiofármaco en región cervical que coincide con el descrito en la gammagrafía tiroidea del 10/05/22 y que, en el contexto clínico, sugiere presencia de un resto de tejido tiroideo correspondiente al margen posterior del lóbulo derecho.

Se decide conjuntamente la punción PAAF del resto tiroideo, para decidir actitud terapéutica. Por otro lado, se comenta la posibilidad en caso de presentar hallazgos compatibles con viabilidad tumoral, de reintervenir y, en caso de encontrarse hallazgos de benignidad, mantener actitud expectante con seguimiento ecográfico, levotiroxina a dosis supresoras y analítico con tiroglobulina, puesto que, dado las características del nódulo inicial con Anatomía Patológica de carcinoma

papilar de 2,5 cm de diámetro, de patrón folicular y papilar, con áreas oncocíticas y de degeneración quística, que queda en la inmediata vecindad (a menos de 1 mm) del borde quirúrgico anterior se podría asumir, según las guías de la ATA, hemitiroidectomía exclusivamente.

Por otro lado, se comenta la posibilidad de aplicar yodo radiactivo I-131 de forma conjunta, indicándose por parte de Medicina Nuclear que no está indicado con persistencia de resto tiroideo ante la posibilidad de edema asociado y de necrosis del tejido tiroideo”.

El 26 de mayo de 2022 la paciente acudió a la consulta de Endocrinología del Hospital Universitario 12 de Octubre, comentándosele la decisión del Comité de Tumores, solicitando PAAF. Asimismo, se anotó lo siguiente: “Hablamos de las opciones. Seguimiento activo. La paciente refiere que tiene miedo de seguimiento. Se explica que es una opción. Se plantea la posibilidad de una dosis baja y posteriormente una dosis ablativa. La paciente refiere que no contempla la opción de seguimiento.

Quedamos en PAAF de la zona de resto tiroideo y decidir. La paciente insiste en que es la opción que se le planteo como mejor opción. Le explico que todo es dinámico y que ahora tenemos que valorar la opción según las circunstancias.

Le indico que teníamos un escenario y que según guías los nódulos entre 2.5-4 cm sin otros factores de riesgo podría realizarse sólo hemitiroidectomía y seguimiento activo. Me indica que ella tiene miedo al seguimiento activo.

Vuelve a plantear una 4º cirugía. Se le explican los riesgos asociados a una 4º cirugía que parecen superar riesgo beneficio, si bien, se decidirá en función de PAAF. Su padre tampoco está a favor de una 4º cirugía. Continúa con la parresia de la cuerda vocal, pendiente de ORL”.

La última consulta documentada en la historia clínica, se corresponde con una consulta en el Servicio de Endocrinología y Nutrición, del 22 de junio de 2022. Sobre la misma, se anotaron las preferencias de la reclamante y su familia a mantener una actitud expectante y, en ese momento, contraria a una cuarta cirugía, ajustando la medicación y las revisiones siguientes: *“Estamos en la consulta el cirujano el Dr... y yo para poder explicar con detalle el plan a seguir y aclarar las dudas de la paciente. Plan: Se decide junto con la paciente seguimiento activo con ecografía y analítica. Se dejará comentado el plan a seguir en el Comité.*

Eutirox 112mcg todos los días. Objetivo de TSH < 0.1.

Revisión a partir de 3 meses con eco de cuello y analítica”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, mediante diligencia de la jefa de la Unidad Técnica de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, de 6 de julio de 2022, se comunicó el recibo del procedimiento a la interesada, con indicación de la normativa rectora y del sentido desestimatorio del silencio- folio 296-.

Consta a continuación incorporada la documentación de la historia clínica y los informes de los servicios involucrados en las asistencias cuestionadas, tanto del Hospital Universitario 12 de Octubre – folios 298 al 662-, como del Hospital Universitario de Getafe- folios 663 al 684-.

En relación con la asistencia en el Hospital Universitario 12 de Octubre, además de las anotaciones clínicas por las diferentes citas, consultas e intervenciones, se incorporan dos documentos de consentimiento informado para la realización de tiroidectomía total y subtotal, fechados el 20 de noviembre de 2020 y el 6 de julio de 2021 y

otros dos documentos de consentimiento anestésico, de 16 de diciembre de 2020 y de 30 de marzo de 2022.

En cuanto a los informes aportados, tenemos:

-Informe del Servicio de Endocrinología y Nutrición, de 14 de julio de 2022.

El mismo precisa que la paciente fue atendida inicialmente en otro hospital –el Hospital Universitario de Getafe-, abandonado el seguimiento en aquel, desde que fue al Hospital Universitario 12 de Octubre y repasa las asistencias dispensadas desde ese servicio. Concretamente fue valorada por primera vez el 8 de mayo de 2020, siendo derivada a Cirugía el 5 de octubre de igual año, ante los resultados citológicos indeterminados, y la imposibilidad de demostrar benignidad mediante el estudio por punción. Se explica que, en ese tiempo, el nódulo tiroideo en cuestión permaneció estable, midiendo en todo momento 25 mm, sin mostrar datos de crecimiento, ni aparecer adenopatías sospechosas, ni extensión extratiroidea y, se afirma que, teniendo en cuenta los resultados indeterminados de las citología, y *“conociendo el curso poco agresivo habitual de los carcinomas papilares de tiroides con patrón mixto papilar y folicular, como era el caso, se puede afirmar categóricamente que no se han alargado los plazos habituales para este tipo de diagnósticos y que el tiempo transcurrido entre la visita inicial y la derivación a cirugía no ha alterado el pronóstico de la enfermedad”*.

De esa forma, se indica que concurrió una total corrección de la primera intervención –tanto en la decisión sobre la extensión quirúrgica, como en cuanto a la técnica-. Sobre el particular, se indica que el día 11 de febrero de 2021 el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo realizó una hemitiroidectomía del lóbulo izquierdo, siendo habitual que la indicación última de la técnica quirúrgica corra siempre a cargo del servicio quirúrgico. Además, se explica que, según

las guías ATA 2015 (RECOMENDACIÓN 19), los nódulos únicos con citología indeterminada pueden tratarse mediante lobectomía, y así evitar la extirpación completa del tiroides, por un nódulo cuya anatomía patológica final puede ser benigno. Además, en esta enferma se practicó una PAAF intraoperatoria del nódulo de 5 mm del lóbulo contralateral, que fue diagnosticada de benignidad.

Finalmente, según el Protocolo de Manejo del Cáncer Diferenciado de Tiroides del Hospital 12 de Octubre (basado en la guía ATA 2015), en los nódulos tiroideos con citología prequirúrgica sospechosa o diagnóstica de malignidad (BETHESDA V o VI) con un tamaño entre 1 y 4 cm- en este caso la citología era indeterminada (BETHESDA III) y el nódulo medía 25 mm-, puede realizarse tanto lobectomía como tiroidectomía total, inclinándose hacia esta última opción siempre que haya extensión extratiroidea, metástasis locorregionales o a distancia, factores de riesgo asociados, intención de terapia con radioyodo o según las preferencias del paciente.

En cuanto a las siguientes intervenciones se explica que, tras la recuperación de la primera, la paciente presentaba unos niveles de anticuerpos anti-tiroglobulina elevados, en el contexto de su tiroiditis linfocitaria crónica de base, lo cual podía dificultar el seguimiento oncológico, porque la determinación de concentraciones de tiroglobulina, utilizado como marcador tumoral, es incierta en la presencia de esos anticuerpos. Por tal motivo, el Servicio de Endocrinología y Nutrición recomendó ante esta situación completar la tiroidectomía y así poder administrar yodo radiactivo para facilitar el seguimiento.

En la reclamación patrimonial se afirma que hubo un retraso en la realización de la ecografía tras la segunda cirugía, pero, el informe indica que el protocolo que aplican determina que nunca se solicite ecografía inmediata a la cirugía, porque la anatomía cervical está

distorsionada justo después de la intervención, por lo que normalmente se espera de 4 a 6 meses, tras la intervención. En este caso, se solicitó un estudio morfológico antes, cuando se conocieron los resultados elevados de tiroglobulina después de esa cirugía. Dicha ecografía reveló que el motivo del nivel elevado de tiroglobulina era el considerable remanente de tejido tiroideo en lóbulo derecho, tras la segunda cirugía.

La enferma fue operada en dos ocasiones más, puesto que subsistía un considerable remanente de tejido tiroideo en el lóbulo derecho y se añade que, no obstante, en el informe de Anatomía Patológica del material remitido subsiguiente a ambas cirugías se observó que concurría tiroiditis linfocitaria, sin datos de malignidad.

Esa subsistencia de tejido tiroideo se produce igualmente, tras la tercera intervención, aunque conforme a las decisiones del Comité Multidisciplinar de Cáncer de Tiroides del hospital, en este caso se decidió no reintervenir en una cuarta ocasión y continuar tratamiento con la hormona tiroidea, además del seguimiento clínico y radiológico; desaconsejando la administración de radioyodo con un fin ablativo, porque no se considera indicada en la situación clínica de la enferma, y porque no modificaría el pronóstico de su proceso, estando conforme con todo ello la paciente.

Finalmente indica el informe que, de acuerdo con los resultados de Anatomía Patológica y de Radiología, la paciente se puede considerar curada del cáncer papilar de tiroides, pero debe continuar con seguimiento periódico.

- El Informe del Servicio de Cirugía, de fecha 26 de julio de 2022.

Insiste en la corrección de la decisión quirúrgica y de la técnica de la primera intervención pues, según los protocolos y consensos anteriormente médicos en la materia que cita, la hemitiroidectomía puede ser tratamiento suficiente en este caso, al tratarse de un cáncer

papilar de tiroides sin factores de mal pronóstico que se encuadraría, según las guías ATA, en el grupo de muy bajo/bajo riesgo de recidiva y, en estos casos, no está demostrada una mejoría de resultados en cuanto a supervivencia libre de enfermedad ni global frente a una tiroidectomía total, y sí un mayor riesgo de morbilidad y iatrogenia.

A mayor abundamiento, indica que, el hecho de haber perdido señal del nervio laríngeo recurrente izquierdo durante la cirugía, justificaría la no totalización de la tiroidectomía, incluso, si esa hubiera sido la indicación inicial y que, todas esas consideraciones le fueron explicadas detalladamente a la paciente y su familiar.

En cuanto al posterior cambio de criterio, explica: *“Sin embargo, dado que en nuestro hospital existe un Comité de cáncer de tiroides, dirigido por el Servicio de Endocrinología y del que forma parte el Servicio de Cirugía, así como otros servicios implicados en esta patología, este caso fue comentado con ellos. Si bien en un principio consideraron la opción de no totalizar, dado que la paciente, según refieren sus informes de Psiquiatría, presentaba un trastorno adaptativo debido a la posibilidad de recidiva/metástasis de su cáncer extirpado, se reconsideró la indicación, siendo incluido en lista de espera para totalización, que se realizó el día 18 de octubre. En dicha intervención se extirpo el lóbulo tiroideo derecho sin incidencias, informándose histopatológicamente como tejido tiroideo de 2x1x0,5 cm”.*

Sobre las posteriores intervenciones, señala: *“Dado que se decidió tratar con radioyodo I131 a la paciente, posterior a su totalización, se realizó estudio de imagen previo donde informaban de persistencia de tejido tiroideo en el lado derecho a pesar de totalización, por lo que se programó una tercera cirugía para retotalización, explicando el riesgo creciente de iatrogenia. Dicha intervención se realiza en 4 de abril del 2022, donde no se evidencia tejido tiroideo remanente por lo que se explora concienzudamente el lecho de la lobectomía derecha, obligando a*

disección y movilización de nervio laríngeo recurrente y de los pedículos vasculares, extrayéndose dos fragmentos de 1,8 x 0,7 cm y de 2,1 x 1,3 cm, que fundamentalmente fueron ganglios de características normales (12 en total) y restos de tejido tiroideo. Se hizo reportaje fotográfico intraoperatorio, dada la discrepancia entre los informes radiológicos y los hallazgos quirúrgicos. ... Lamentablemente estudios de imagen posteriores a la cirugía de retotalización informan de persistencia de tejido tiroideo en el lado derecho.

Tras nueva valoración en el Comité de tumores se decide no realizar una cuarta cirugía y realizar PAAF del tejido tiroideo remanente, que finalmente no se realiza, por no presentar nódulos puncionables”.

En referencia a las complicaciones vocales en la paciente, el informe indica que la decisión de no derivar a la consulta de Otorrinolaringología a la paciente, con carácter previo a la tercera cirugía realizada abril, fue debido a que presentaba una exploración normal previa en noviembre del 2021. Por otra parte, sobre las complicaciones vocales surgidas tras la segunda intervención, se explica: *“Debido a la movilización del nervio laríngeo recurrente derecho se perdió señal que se tradujo en paresia de cuerda vocal derecha, que aún no se puede asegurar que sea definitiva, pues no han pasado de 6 meses a 1 año desde la intervención”.*

El informe extrae diversas conclusiones de todo el proceso. A saber:

* Se han cumplido los protocolos de manejo quirúrgico por parte del Servicio de Cirugía

* Se ha informado detalladamente de los pasos a seguir durante todo el proceso. La paciente lo ha entendido perfectamente y firmado los consentimientos informados.

* La técnica quirúrgica indicada en la primera cirugía era la de hemitiroidectomía. Sólo hubiera estado indicada la tiroidectomía total en caso que la paciente hubiera solicitado la misma, cosa que no hizo. La presencia de tiroiditis en la glándula, no tiene indicación quirúrgica.

- Informe del Servicio de Psiquiatría, de 14 de julio de 2022.

Se explica que la paciente inició seguimiento, con Psicología Clínica, en un centro de salud mental dependiente del Hospital Universitario 12 de Octubre, remitida desde Atención Primaria. Que acababan de extirparle el tiroides por nódulo maligno y presentaba gran ansiedad, tristeza y falta de concentración y, debidamente evaluada, se consideró que el cuadro era compatible con el diagnóstico de una reacción de adaptación y se procedió a mantener consultas psicoterapéuticas centradas en el abordaje y elaboración de estrategias de afrontamiento, referidas al manejo del estresor que suponía el diagnóstico de cáncer, así como las intervenciones necesarias y las repercusiones asociadas.

Al evolucionar favorablemente, se decidió de mutuo acuerdo con la paciente suspender las citas, siendo la última la de agosto de 2021, quedando abierta la opción de retomarlas.

En mayo de 2023, la paciente solicitó nuevamente cita, al apreciar recidiva del malestar emocional ansioso-depresivo, de tipo adaptativo, que la paciente relacionaba con el proceso de tratamiento de su cáncer de tiroides. En esa ocasión, la paciente comunicó insatisfacción con el proceso quirúrgico que se había llevado a cabo, considerando que iba a afectar negativamente a su evolución clínica y restablecimiento.

El diagnóstico principal fue que presentaba una reacción de adaptación, por la que precisaba mantener consultas psicoterapéuticas.

- Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 18 de julio de 2022.

Se indica que la paciente fue valorada por primera vez en consulta de foniatría, en abril de 2021, tras ser intervenida quirúrgicamente y presentar disfonía, pautando logopedia con buena evolución y alta en agosto de 2021.

Posteriormente, fue valorada otra vez el 7 de julio de 2022, por parálisis de cuerda vocal derecha, tras última intervención. Se le pautó tratamiento logopédico que, dada la fecha del informe, estaba pendiente de realizar.

-Informe del Servicio de Radiodiagnóstico, de fecha 18 de julio de 2022.

El informe enumera las exploraciones realizadas a cargo de ese servicio y sus principales conclusiones. A saber:

-El 4 de junio de 2020. Ecografía de tiroides y PAAF guiada por eco de nódulo tiroideo izquierdo de 24 mm, solicitada por Endocrinología el día 8 de mayo de 2020, por el motivo clínico de *“En ecografía realizada por Atención Primaria refieren nódulo tiroideo izquierdo de 24 mm”* Se confirma y caracteriza el nódulo tiroideo izquierdo.

-El 1 de septiembre de 2020. PAAF guiada por eco de nódulo tiroideo izquierdo, solicitada por Endocrinología el 11 de agosto de 2020 por *“Nódulo en LTI de 25 mm, con PAAF BTH III. Solicito nueva punción”*. Se recalca que en caso de PAAF con resultado BTH III, es necesario esperar al menos 6-8 semanas antes de nueva punción.

-El 11 de febrero de 2021. PAAF intraoperatoria guiada por ecografía, en este caso de nódulo tiroideo izquierdo de 5 mm. Solicitada por cirugía el mismo día de la intervención.

-El 9 de julio de 2021. PAAF guiada por eco solicitada el 16 de junio de 2021 por Endocrinología- antes de la segunda intervención-, con carácter preparatorio, para completar la tiroidectomía, indicando “...*Ruego valoración ecográfica previa. Adenopatía laterocervical posterior derecha. Valorar también si adenopatías izquierdas.*” En este caso, no se consideró indicado realizar PAAF de la adenopatía, dado su mínimo tamaño y su aspecto reactivo.

-El 4 de marzo de 2022. Ecografía de tiroides solicitada por Endocrinología el 19 de enero de 2022- tras la segunda intervención- por “*Ca de tiroides intervenido. Control*”. Los hallazgos fueron de hemitiroidectomía izquierda y signos de tiroidopatía crónica derecha con nódulo de 5 mm sin cambios y, con alguna adenopatía laterocervical de tamaño inferior a 4 mm.

-El 16 de marzo de 2022. TC de cuello solicitado por Endocrinología el 11 de marzo de 2022 con motivo de “*Valorar cuello tras tiroidectomía*” En este estudio se observó la hemitiroidectomía izquierda sin restos y lóbulo derecho presente, con volumen de 5 cc.

-El 17 de mayo de 2022, con posterioridad a la tercera intervención. Ecografía de tiroides solicitada por Endocrinología el 11 de mayo de 2022 por “*Eco tiroideo, posible resto tiroideo*”. Se constata la persistencia de lóbulo derecho tiroideo y del nódulo de 5 mm en el polo superior.

- El 10 de junio de 2022. Se realizó PAAF de tiroides, solicitada por Endocrinología el 19 de mayo de 2022 por “*Resto tiroideo del lóbulo derecho de 3,1x 1,4 x 1,5 cm, de ecogenicidad heterogénea, con múltiples imágenes nodulares milimétricas relación con su diagnóstico de TLC. Nódulo dominante en polo superior de unos 5 mm de eje mayor*”. Dado que la afectación tiroidea es difusa, con micronódulos menores de 5 mm, no se considera necesaria la punción.

A la vista de todo ello, se concluye que, todas las exploraciones en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario 12 de Octubre, se han realizado en un plazo razonable, en relación a la fecha de su indicación. Además, se realizó una PAAF intraoperatoria y otras, cuyas muestras fueron siempre valorables por Anatomía Patológica.

Además, se indica que, no existen incongruencias entre ninguno de los informes emitidos y que, a fecha del informe, se constata la hemitoridectomía completa izquierda y la presencia de resto tiroideo derecho con micronódulos, el mayor de 5 mm., aunque sin adenopatías sospechosas.

-Informe del Servicio de Otorrinolaringología, de 29 de julio de 2022.

En el mismo se describen todas las consultas que la paciente ha tenido con distintos profesionales del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

-El 11 de diciembre de 2020, la paciente fue valorada preoperatoriamente, comprobando movilidad laríngea normal.

-El 9 de marzo de 2021 fue valorada postoperatoriamente, comprobando parálisis de la cuerda vocal izquierda. Se remitió a Consulta de Voz.

-El 23 de marzo de 2021, se anotó que presentaba disfonía desde la cirugía, con mejoría progresiva y que en ese momento presentaba disfonía por tensión muscular (secundaria a parálisis de cuerda vocal izquierda, resuelta completamente). Se remitió a Foniatría.

-El 22 de noviembre de 2021, se comprueba la normalidad de la movilidad laríngea.

-El 4 de mayo de 2022, refería la paciente disfonía desde la tercera intervención. En la exploración se constató que la cuerda vocal derecha, se encontraba en posición intermedia, inmóvil, discretamente caída y moderadamente acortada. Compensación parcial con la otra cuerda. No se usaba de forma accesoria la musculatura supraglótica, concluyendo el juicio diagnóstico de parálisis de la cuerda vocal derecha.

-El 3 de junio de 2022, en laringovideoestroboscopia rígida, se objetivaron los mismos hallazgos que en la exploración anterior: cuerda vocal derecha en posición paramedia, no acortada pero sí algo caída.

Compensación buena con la otra cuerda, aunque tiempo fonatorio acortado. Se remite a foniatría.

-El 13 de junio de 2022, se confirmó la parálisis de la cuerda vocal derecha.

-El 24 de junio de 2022, en laringovideoestroboscopia rígida, se objetivó parálisis cuerda vocal derecha en posición paramedia, no descendida ni acortada. Compensación total con la cuerda vocal izda.

El 15 de noviembre de 2022, se efectuó comunicación de la reclamación a la aseguradora del SERMAS – folio 662-.

En cuanto a la asistencia en el Hospital Universitario de Getafe-HUG-, constan otros dos informes, suscritos por el responsable del Servicio de Radiología -folios 678 al 681- y por el del Servicio de Endocrinología y Nutrición.

-Informe del Servicio de Radiología, de fecha 17 de noviembre de 2022.

Se explican en este informe los tiempos en que se realizaron las primeras pruebas de imagen, radiología y punción del primer nódulo

detectado, descartando el retraso diagnóstico que se plantea en la reclamación.

Así, se indica que, el día 30 de septiembre de 2019, la paciente fue valorada por un facultativo del Servicio de Medicina Interna del HUG, quien, tras apreciar un nódulo no doloroso en la región anterior del cuello, solicitó una valoración mediante ecografía.

La ecografía en cuestión, se le realizó 15 días después de su solicitud, el día 15 de octubre de 2019 y, en la misma se encontraron diversos hallazgos ecográficos, no susceptibles de malignidad: un nódulo tiroideo de predominio hiperecogénico con áreas quísticas en su interior, de 2,4 cm de diámetro máximo, de aspecto ecográfico benigno, adenomatoso.

Se aclara en el mismo informe que, el tamaño en sí mismo de un nódulo y como elemento aislado, no es criterio suficiente para decidir la realización de una PAAF en ausencia de otros criterios de sospecha.

De ese modo, el informe cita hasta 8 sociedades profesionales y/o grupos de investigadores que proponen métodos y recomendaciones para seleccionar los pacientes en que es preciso hacer un PAAF e indica que, dentro de las características ecográficas que se valoran en un nódulo tiroideo, destaca la composición, la ecogenicidad, la morfología, los márgenes, la presencia de focos ecogénicos y/o presencia de calcificaciones y, si es así, el tamaño.

De conformidad con las guías de práctica clínica y, valorando todos esos elementos, el facultativo especialista en este caso no consideró necesaria la realización inicial de una PAAF, añadiéndose que, por otra parte, habitualmente esa indicación se realiza desde Endocrinología.

Por ello, es posible afirmar que en este caso se procedió conforme a las reglas de valoración de este tipo de lesiones, reconocidas por las sociedades científicas, descartando el retraso diagnóstico planteado.

- Informe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del HUG, de 23 de febrero de 2023.

El informe destaca los antecedentes de la paciente, respecto de ese servicio, recordando que era una paciente con tiroidectomía total en dos tiempos, realizada en el Hospital Universitario 12 de Octubre, tras haber realizado hemitiroidectomía en febrero de 2021, con diagnóstico de Ca papilar de 2,5 cm de patrón folicular y papilar con áreas oncocíticas y de degeneración quística, a menos de 1mm de borde quirúrgico, pt2NO. El diagnóstico onomatopatológico de la segunda cirugía fue de resto de Tiroiditis linfocitaria, 3 ganglios negativos y resto tímicos. Por tanto, el diagnóstico era de Carcinoma papilar de Toroides Pt2NOMx.

A continuación, se expone concretamente cual fue el contacto del servicio con la paciente: *“El padre de la paciente, facultativo especialista de Medicina Interna en nuestro centro, contacta con la Dra.... en enero de 2022, informándole de que su hija tiene un carcinoma de tiroides pendiente de recibir yodo radioactivo en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Le pregunta la posibilidad de que el tratamiento ablativo pueda ser administrado con más antelación en el HUG. La Dra... contactó de forma telefónica con la Dra. ... endocrinóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre, para acordar la iniciación del tratamiento ablativo. La paciente es citada de forma EXTRA, el 27 de enero de 2022 y, tras confirmarse la idoneidad del tratamiento, en base a las recomendaciones de las Guías de la ATA sobre el manejo de pacientes adultos con nódulos tiroideos y cáncer diferenciado de tiroides y a los niveles elevados de tiroglobulina se programó ingreso para recibir dosis de iodo-131 el 10 de marzo de 2022.*

La paciente y la Dra... firmaron el documento de consentimiento informado para este procedimiento...

Antes de la fecha prevista para el ingreso en nuestro centro el padre de la paciente, internista de nuestro centro, contacta de nuevo con la Dra...para comunicarle los hallazgos de una nueva ecografía de cuello en el hospital universitario 12 de Octubre y una RNM del HUG, del 8 de marzo de 2022, donde se objetivaba la presencia de restos tiroideos compatibles con hemitiroides derecho. Por ese motivo se suspende el ingreso para tratamiento con I-131, por no estar indicado en ese momento debido a la presencia de tejido tiroideos, recomendándose nueva valoración por Cirugía7 Endocrinología del Hospital Universitario 12 de Octubre, que es donde estaba realizando el seguimiento la paciente”.

El informe se acompañó del CD de las imágenes de las pruebas de imagen de la paciente, que obraban en el HUG-folios 684 y 685-.

El día 21 de diciembre de 2023, se emitió el informe de la Inspección Sanitaria que concluye que la asistencia sanitaria cuestionada fue adecuada y conforme a la *lex artis* -folios 687 al 724-.

Posteriormente, se concedió el trámite de audiencia a la reclamante el día 13 de febrero de 2024 – folio 90-, realizándose alegaciones finales de su parte, el día 4 de marzo de 2024. En las mismas se insiste en sus argumentos iniciales, afirmando que desde el principio debió realizarse una tiroidectomía total y considerando que, la no indicación de esa cirugía y el resultado fallido de la segunda y tercera intervención, que ya si pretendían la “retotalización”, impidieron el empleo al tratamiento inicialmente propuesto, que ya se había indicado el 19/01/2022, puesto que, no solo no se extirpó el tejido tiroideo (que era el objetivo de la segunda y tercera cirugía), sino que, además, se produjo tras la tercera una secuela grave y de por vida, como es la parálisis laríngea.

Mantiene que, ello va a dificultar el seguimiento de por vida, pues no se puede saber si los niveles de tiroglobulina y anticuerpos alterados son por la tiroiditis en el tejido tiroideo que queda, o por la recidiva tumoral, lo que va a obligar a hacer pruebas, algunas de ellas radiológicas de por vidas, que hubieran sido innecesarias de haberse hecho las cosas bien.

Incorporado todo ello al procedimiento, con fecha de 2 de abril de 2024, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS, fórmula propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación formulada.

CUARTO.- La consejera de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 10 de abril de 2024, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 23 de mayo de 2024.

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€ y por 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.

En cuanto a la legitimación activa, la reclamación se ha interpuesto por la propia afectada por la asistencia cuestionada, al amparo de las previsiones del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

En cuanto a la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, también concurre puesto que las asistencias cuestionadas se prestaron en el Hospital Universitario de Getafe y, principalmente, en el Hospital Universitario 12 de Octubre, dependientes de la administración sanitaria madrileña.

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, la reclamación se interpuso el 1 de julio de 2022, cuestionando diversas asistencias referidas a un proceso médico que, según consta documentado, se ha venido desarrollando hasta el propio mes de junio del año 2022, por lo que evidentemente se encuentra formulada en plazo legal.

TERCERA.- Debemos a continuación repasar la tramitación del procedimiento y efectuar una valoración sobre su adecuación a lo establecido en la LPAC.

En este caso, incorporada la prueba documental aportada por la reclamante junto a su reclamación, se han aportado las historias clínicas de los dos hospitales involucrados en la asistencia y diversos informes de los servicios que intervinieron en la atención de la paciente, conforme reclama el artículo 81 de la LPAC, para ofrecer explicaciones sobre los diversos reproches en que se fundamenta la reclamación.

De esa forma, han emitido informes los servicios de Endocrinología y Nutrición, Cirugía, Radiodiagnóstico, Psiquiatría, Otorrinolaringología y Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario de 12 de Octubre; además de los de los servicios de Endocrinología y Nutrición y Radiología del Hospital Universitario de Getafe.

Igualmente ha emitido informe la Inspección Sanitaria y, previo el correspondiente trámite de audiencia, se ha formulado la propuesta de resolución.

Se observa que, pese a la diversidad y amplitud de los informes emitidos, ninguno de ellos ofrece alguna explicación sobre la circunstancia que haya podido motivar que no se haya logrado extirpar por completo el tejido tiroideo del lado derecho, en la segunda cirugía, motivando sucesivamente dos intervenciones más, con el mismo propósito y -ya habiéndose producido la parálisis de la cuerda vocal derecha, por motivo de la reiterada manipulación de la zona-, todavía subsista parte de ese tejido, impidiendo al aplicación de radioyodo, para facilitar el seguimiento de la patología de la reclamante.

Tampoco los documentos de consentimiento informado que se han aportado –referidos sólo a dos de las tres intervenciones efectuadas-, recogen la circunstancia del riesgo de la posible subsistencia de parte del tejido tiroideo, tras la realización de una intervención destinada a extirparlo; ni se ofrece justificación sobre ese extremo por la Inspección Sanitaria, en su análisis y valoración sobre la praxis médica.

Llegados a este punto debemos recordar la importancia que en el procedimiento de responsabilidad patrimonial esta Comisión Jurídica Asesora atribuye al informe o informes del servicio/s supuestamente causante/s del daño, que resultan esenciales para la correcta tramitación y resolución del procedimiento, ya que aportan una versión directa y cercana de lo sucedido y una explicación técnico-científica relevante, para quien carece de dichos conocimientos.

Por tanto, teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante tanto de los derechos de los interesados como del acierto de la decisión de la Administración Sanitaria que ponga fin al procedimiento, se considera que procede la retroacción del procedimiento para que se complete en los términos anteriormente expuestos, informando por quien corresponda sobre las circunstancias que motivaron la subsistencia de tejido tiroideo derecho, después de las intervenciones practicadas los días 18 de octubre de 2021 y 4 de abril de 2022.

Además, deberá incorporarse el documento de consentimiento informado para la realización de la última de las intervenciones referidas y, valorarse todo ello nuevamente por la Inspección Sanitaria, conceder posterior trámite de audiencia a la reclamante y formular una nueva propuesta de resolución, remitiendo todo ello nuevamente a esta Comisión.

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

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para su adecuada tramitación, en la forma indicada en la consideración jurídica tercera.

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 23 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 293/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid