

Dictamen Núm. 190/2025

**V O C A L E S :**

*Baquero Sánchez, Pablo*  
Presidente  
*Díaz García, Elena*  
*Menéndez García, María Yovana*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Santiago González, Iván de*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 21 de octubre de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de agosto de 2025 -registrada de entrada el día 11 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados de, lo que considera, un error en la ejecución de una paratiroidectomía.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

**1.** El día 22 de enero de 2025, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito por el que interpone una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de, lo que considera, un error en la ejecución de una paratiroidectomía.

Expone que “con fecha 9-11-2022 debido a fuertes dolores en las manos” es derivada al Servicio de Reumatología del Hospital ..... donde le diagnostican “fibromialgia y (...) remiten a (Servicio de Endocrinología) con

diagnóstico de posible hiperparatiroidismo primario” como posible causa del dolor. Es vista en consulta de ese Servicio el 17-02-2023 “con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario indicando intervención quirúrgica por parte del Servicio de Otorrinolaringología para extirpar una de las cuatro glándulas paratiroides por mal funcionamiento. Paratiroidectomía”. Tras realizar varias pruebas entre las que se incluyen algunas determinantes de la situación de la paratiroides a extirpar, “con fecha 6-07-2023 (...) realizan tac de cuello y gammagrafía, y se programa intervención quirúrgica” realizada el día 6-02-2024 “por el Servicio de Otorrinolaringología recibiendo el alta de fecha 8-02-2024”. Refiere que, no obstante, “el informe, en vez de paratiroidectomía, indica” la realización de “hemitiroidectomía (tiroides) y paratirectomía (*sic*) (paratiroides); se verá más adelante que no (...) han extirpado la paratiroides, sino un trozo de tiroides y el timo ya que confundieron el tejido./ También en el mismo acto se aporta alta del Servicio de Endocrinología”. En el mismo momento indica, que afirman que no saben lo que han extirpado, “si ha sido la tiroides (estaba perfectamente, como se acredita en varios informes) o paratiroides (que era el objetivo) y que lo descifrará el informe de Anatomía Patológica al que han mandado la muestra que han sacado para analizar”. Continúa relatando que, el día 14 del mismo mes acude “al Servicio de Urgencias por parestesias y alta presión arterial” y que, tras unos análisis, comprueban que los “niveles de hiperparatiroidismo están igual que antes de la operación”. Ese mismo día, recibe “el informe de Anatomía Patológica que contradice los informes de alta de Otorrinolaringología y Endocrinología”. Según este se le “han extirpado restos tímicos y tejido tiroides”. En la revisión de fecha 18-03-2024 del Servicio de Otorrinolaringología, detalla que le pretenden dar el “alta inmediatamente” y que no consigue hablar con el cirujano que la operó y que “ante la contradicción de los informes anteriores (...) confirman que no (...) han hecho nada de lo que pone en los informes, no (...) han quitado la paratiroides tal como se relata en el informe en la página 2. Impresión y plan: ‘no se hizo hemitiroidectomía sino exéresis del tejido que estaba en el inferior (...), timo

y adenopatías (...) no localizándose el adenoma” y que la doctora aclara “con Endocrinología el caso”. Ante el desconocimiento de su situación consulta de forma privada a una clínica donde se le practica una ecografía para conocer el estado de la tiroides “con diagnóstico de tiroiditis (en anteriores informes constaba normal)”. Señala que, “según la opinión de experto, el cirujano que (...) operó confundió el tejido y por eso (...) quitó un trozo de tiroides y el órgano timo en vez de la paratiroides. No hay consentimiento informado para extirpar el timo. El consentimiento informado no dice que puede ser que no encuentren la paratiroides./ Si durante la intervención el cirujano no encontró la paratiroides o no lo tenía claro, podía haber hecho una biopsia intraoperatoria”.

Mantiene, finalmente, que “todo este cúmulo de errores evidencia una mala praxis”.

**2.** Mediante oficio de 28 de enero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere a la reclamante para que proceda a la “cuantificación económica del daño”, concediéndole, a tal efecto, un plazo de diez días.

Con fecha 13 de febrero de 2025, la interesada presenta un escrito solicitando la ampliación de plazo para la concreción de la cuantía reclamada, por cuanto se halla pendiente de la recepción de un informe pericial.

El día 17 del mismo mes, la mencionada Jefa de Sección, le informa de que puede proceder a la incorporación de la documentación justificativa del importe reclamado en cualquier momento, “siempre que se haga con anterioridad al trámite de audiencia”.

**3.** Fechado a 24 de febrero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas emite un oficio en el que comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las

normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**4.** El día 21 de marzo de 2025, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito por el que cuantifica la indemnización, “por el conjunto de los daños y perjuicios habidos hasta este momento”, en cuarenta mil euros (40.000 €).

**5.** Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 15 de abril de 2025, desde la Gerencia del Área Sanitaria IV se le remite una copia de la historia clínica de la paciente, así como un informe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital .....

En este informe, de 14 de abril de 2025, el Jefe del Servicio expone que pretende dar “respuesta a la queja presentada (...) acerca de que en su cirugía de paratiroides el cirujano se equivocó y confundió el tejido quitando un trozo de tiroides y timo en vez de la paratiroides (...). La paciente fue programada para una paratiroidectomía inferior izquierda por presentar niveles de PTH ligeramente elevados. Los estudios preoperatorios que se le hicieron (gammagrafía de paratiroides) encontraron una pequeña captación, menor de 5 mm, en posición ectópica (es decir fuera de su sitio habitual) en el lado izquierdo de la parte baja del cuello y alta del mediastino sugestiva de adenoma de paratiroides o paratiroides especialmente funcionante./ Durante la cirugía (6-2-2024) se observó un tejido sugestivo de restos de timo, que es una glándula que tiene que involucionar o desaparecer en los primeros años de vida pero que en un 20 % de los pacientes aproximadamente persiste”. Explica que “se exploró exhaustivamente en busca de la paratiroides -con la dificultad añadida de que no está en su sitio habitual (ectópica) y es muy pequeña (< 5 mm)- por toda el área que rodea las arterias subclavias, carótida interna, el mediastino superior y las área paratraqueal y paraesofágica. Para ello se disecó el nervio recurrente y se extirpó el tejido de aspecto tímico ya que en casi 1/3 de los casos la paratiroides buscada

puede estar en su interior.” Con todo ello, refiere que la reclamante “en el posoperatorio evoluciona sin ninguna complicación y posteriormente se ve que la PTH no ha disminuido. En estos casos (...) puede ser debido a que no se haya extirpado el adenoma paratiroideo (que no es el caso que nos ocupa) o bien que otra glándula u otras glándulas sean causantes del aumento de la PTH”. En el posterior análisis de “anatomía patológica no se identifica la paratiroides entre el tejido tímico y adiposo ganglionar, sin embargo hay que tener en cuenta su pequeño tamaño y que no necesariamente se hacen cortes seriados ultrafinos de toda la muestra./ No se identifica tampoco tejido tiroideo pero figura en el informe porque en la solicitud del estudio en el programa Millennium se pone por defecto ‘tiroides’ porque no hay desplegable de ‘timo’, aunque” insiste en que “lo analizado es timo”. Como está indicado, “pasado un tiempo (al menos 3 meses) se realizó la prueba de un PET-tac colina para ver cuál es la situación y se demuestra que el adenoma paratiroideo inferior izquierdo ha sido extirpado dentro del tejido extraído, no habiendo captación del mismo. Además, se observa que el tiroides está íntegro y que no tiene signos de tiroiditis de ningún tipo”. Por lo tanto, considera que en “la intervención a la cual se ha sometido la paciente, sí se ha extirpado el tejido identificado como paratiroideo inf. izq. en la gammagrafía y se ha realizado acorde al protocolo quirúrgico más adecuado”.

**6.** A continuación, consta incorporado al expediente un informe pericial librado el 16 de mayo de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Otorrinolaringología.

Tras un pormenorizado y documentado análisis del proceso asistencial, concluye que “todo el proceso diagnóstico constituye una asistencia médica adecuada que condujo al diagnóstico correcto (...). Se realizaron todas las pruebas diagnósticas que estaban indicadas (...). La indicación de una intervención quirúrgica para extirpar el adenoma, en donde todas las pruebas apuntaban que se encontraba, es una indicación absolutamente correcta y concorde a los protocolos establecidos para estos casos (...). La cirugía tenía

por finalidad extirpar la lesión sospechosa que mostraban las pruebas diagnósticas (...). El que no aparezca tejido paratiroideo en las muestras extirpadas, no significa ningún error, simplemente que la masa que se detectaba y que fue extirpada no se trataba de un adenoma paratiroideo (...). En casos de sospecha de adenoma paratiroideo es necesario extirpar muchos (y) diferentes tejidos para poder eliminar el sospechoso". Manifiesta que "la intervención quirúrgica fue realizada de forma escrupulosamente correcta, adecuada a los protocolos establecidos y con gran profesionalidad" y que "los cirujanos no confundieron ningún tipo de tejido, sino que realizaron la resección que estaba indicada". Recuerda que "las pruebas de imagen realizadas tras la cirugía demostraron que la lesión sospechosa había desaparecido", lo que "demuestra sin ningún género de dudas que la intervención había conseguido extirparla", reseñando, finalmente que, "tras la cirugía la paciente no presenta ningún tipo de alteración o secuela posterior".

**7.** Mediante oficio notificado a la interesada el 24 de junio de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia, en formato electrónico, de los documentos obrantes en el expediente.

El día 9 de julio de 2025, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que expone que "es diagnosticada de hiperparatiroidismo secundario a probable adenoma de paratiroides" y el día 6 de febrero de 2024 "es intervenida por el Servicio de ORL para extirparle la glándula paratiroides inferior izqda.". A continuación, "se informa de extirpación de tejidos (tiroides...), pero la anatomía patológica confirma que la información anterior no se ajusta a la realidad y se han extirpado restos tímicos (...). Posteriormente se confirma la persistencia de la hipercalcemia y el fracaso de la cirugía practicada y, actualmente tras realizar un PET-tac colina, el diagnóstico vuelve a ser el mismo, solo que el adenoma ahora es en paratiroides superior derecha". Informa que, actualmente, "está nuevamente pendiente de reintervención

quirúrgica” y entiende que “de todo ello se infiere el error médico (...), dado que la dolencia permanece y actualmente se prescribe nueva cirugía al comprobar que el adenoma es en el paratiroides superior derecha, habiendo sido intervenida inicialmente para extirpar la glándula paratiroides inferior izquierda -que nunca estuvo afectada- y, además, la intervención extirpó restos tímicos y no tejidos de tiroides”.

Adjunta una pericial elaborada por un especialista en Valoración del Daño Corporal en la que mantiene que “si el proceso hasta alcanzar el diagnóstico ha sido correcto” y desconoce por qué, “ante la persistencia de la misma sintomatología y pruebas analíticas, actualmente se le ha realizado un PET-tac colina y se le vuelve a diagnosticar de adenoma paratiroideo -ahora superior derecho- y se le indica nuevo tratamiento quirúrgico”. Recuerda que “la programación quirúrgica se hace para ‘paratiroidectomía VA’, sin embargo, en la descripción del acto quirúrgico se habla de disección del ‘lóbulo tiroideo inf. izq. de aspecto como timo que se disecciona y se extirpa junto’”. Sostiene que “tras los resultados anatomopatológicos, cabe concluir que en el acto quirúrgico no se identificó ningún tejido (tiroides, paratiroides, timo), cuando son estructuras anatomopatológicas distintas”. Y refiere ignorar “el motivo por el que no se ha realizado una biopsia y estudio anatomopatológicos intraoperatorios”.

Afirma que “existe una contradicción clara del acto quirúrgico realizado reflejado en el informe del 14-02-24 y lo que se refleja en el informe del 18-03-24, una vez que ya son conocidos los resultados anatomopatológicos” y que “la evidencia de que la cirugía practicada no ha sido correcta está en que la paciente, con sintomatología y analíticas que confirman la persistencia de un hiperparatiroidismo, se le ha vuelto a indicar el tratamiento quirúrgico para extirpar un adenoma paratiroideo -ahora superior derecho- evidenciado por el PET-tac colina”.

**8.** El día 16 de junio de 2025, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, concluye que

“tras el análisis de la documentación obrante en el expediente consta el estudio realizado en el Servicio de Endocrinología con el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario. El tratamiento indicado ha sido la extirpación del adenoma causante del exceso de producción de hormona. Se realizaron estudios para la localización del adenoma, en base a los cuales, se encontraba en forma de una lesión nodular milimétrica en situación paratraqueal izquierda entre la subclavia y la carótida a la altura aproximada de la tercera vertebra dorsal, que asocia un aumento de la captación de leve intensidad y que podría estar en relación con adenoma paratiroideo./ Se programó una hemitiroidectomía con disección de los vasos y nervios del tiroides por la localización de la masa en la zona cervical profunda, puesto que los estudios preoperatorios indicaban la posible existencia de un adenoma paratiroideo ectópico en situación paratraqueal izquierda. La localización de la lesión se localizaba fuera del tejido tiroideo y la hemitiroidectomía fue realizada al objeto de explorar todo el territorio sospechoso de contener un adenoma paratiroideo, lo cual incluye el tejido tiroideo. Durante la cirugía se extirpó también un tejido localizado en la mitad inferior del lóbulo tiroideo izquierdo, compatible con tejido tímico, junto al contenido del vaciamiento cervical izquierdo, para asegurar la extirpación de la lesión sospechosa de adenoma”. Explica que se envía “la masa extirpada para estudio anatomopatológico, por una parte, el tejido tímico, que por localización coincidía con la zona sospechosa del adenoma, y el resto como vaciamiento recurrencial. La disección del nervio recurrente se realizó hasta llegar al esófago, a la tráquea muy profunda y a la carótida interna izquierda hasta la salida de los troncos supraaórticos, lo cual evidencia la meticulosidad del cirujano para intentar extirpar la mayor parte de tejido tiroideo y paratiroideo, sin lesionar las estructuras vasculares y nerviosas limítrofes./ El estudio anatomopatológico determinó que la muestra etiquetada como posible paratiroides inferior izquierda y hemitiroides, se trataba de restos de timo, sin evidencia de hiperplasia paratiroidea, ni otras evidencias de tumores o alteraciones. De dicho resultado histológico no se deriva la existencia de



error quirúrgico, implica que la masa sospechosa por las pruebas de imagen y de gammagrafía previas realizadas se extirpó correctamente, pero en la misma, el estudio anatomopatológico no identificó el adenoma paratiroideo, sin embargo, las pruebas de imagen realizadas durante el seguimiento posterior a la cirugía demostraron que la lesión sospechosa había desaparecido, lo cual demuestra que en la intervención se ha extirpado exitosamente”. Respecto a las invocaciones efectuadas “sobre las deficiencias del consentimiento informado, consta en el mismo que las paratiroides pueden no identificarse y en relación con el reproche de no haber efectuado una biopsia intraoperatoria, señalar que no hubiera arrojado ninguna luz sobre el caso que nos ocupa, puesto que el estudio anatomopatológico definitivo no logró identificar dichas glándulas y, por definición, es mucho más exhaustivo que una biopsia intraoperatoria”. Finalmente estima que, “en base a la documental, la asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, con una cirugía exitosa que ha conseguido extirpar la lesión sospechosa tal y como confirman los estudios de imagen posteriores a la misma”.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de agosto de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. .... de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en Derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del

Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), la interesada está activamente legitimada, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación.

El Principado de Asturias se halla legitimado pasivamente, como titular del servicio público sanitario a cuyas concretas actuaciones se atribuye el daño por el que se reclama.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el expediente aquí examinado, el escrito inicial se presenta con fecha 22 de enero de 2025 y, de la documentación médica obrante, se extrae que la paciente fue intervenida el día 6 de febrero de 2024. A la vista de lo antedicho, cabe concluir que la reclamación resulta tempestiva, por haberse interpuesto dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta

las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Dicho esto, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC; no obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el

estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial, en el que la interesada reclama una indemnización por los daños derivados de, lo que considera, un error en la ejecución de una paratiroidectomía.

La pericial médica incorporada al expediente por la reclamante mantiene que “la cirugía practicada no ha sido correcta” y que la prueba de ello “está en que la paciente, con sintomatología y analíticas que confirman la persistencia de un hiperparatiroidismo, se le ha vuelto a indicar el tratamiento quirúrgico para extirpar un adenoma paratiroideo -ahora superior derecho- evidenciado por el PET-tac colina”. Así pues, aunque sin anticipar aquí conclusiones definitivas al respecto, cabe apreciar, *prima facie*, la eventual presencia y efectividad de un daño que justificaría un análisis sobre el fondo

de la cuestión. Dicho esto, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica atribuible a la actividad del servicio público sanitario no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación de la paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el asunto sometido a nuestra consideración, la reclamante mantiene que le “han realizado hemitiroidectomía (tiroides) y paratiroidectomía (paratiroides)”, que no le “han extirpado la paratiroides, sino un trozo de tiroides y el timo ya que confundieron el tejido” y que, “tan solo a unos días de la operación (...) comprueban que (sus) niveles de hiperparatiroidismo están igual que antes”. Refiere que, en una clínica privada, le informan que en la cirugía se “confundió el tejido” y por eso se le “quitó un trozo de tiroides y el órgano timo en vez de la paratiroides”. Sostiene que “no hay consentimiento informado para extirpar el timo”, que “el consentimiento informado no dice que puede ser que no encuentren la paratiroides” y que “si durante la intervención el cirujano no encontró la paratiroides o no lo tenía claro, podía haber hecho una biopsia intraoperatoria”. Concluye señalando, que “todo este cúmulo de errores evidencia una mala praxis”.

La interesada respalda sus afirmaciones en una pericial elaborada, a su instancia, por un médico especialista en Valoración del Daño Corporal (folios

59 y 60 del expediente). En ella, se señala que, “si el proceso hasta alcanzar el diagnóstico ha sido correcto”, desconoce la causa por la que, “ante la persistencia de la misma sintomatología y pruebas analíticas, actualmente se le ha realizado un PET-tac colina y se le vuelve a diagnosticar de adenoma paratiroideo -ahora superior derecho- y se le indica nuevo tratamiento quirúrgico”. Refiere que “en el acto quirúrgico no se identificó ningún tejido (tiroides, paratiroides, timo), cuando son estructuras anatomopatológicas distintas” y que ignora “el motivo por el que no se ha realizado una biopsia y estudio anatomopatológicos intraoperatorios”.

Vista la posición de quien reclama, procede ahondar en la restante documentación que figura en el expediente.

El informe del Servicio de Otorrinolaringología principia señalando que “la paciente fue programada para una paratiroidectomía inferior izquierda por presentar niveles de PTH ligeramente elevados” y que “los estudios preoperatorios que se le hicieron (gammagrafía de paratiroides) encontraron una pequeña captación menor de 5 mm en posición ectópica (es decir, fuera de su sitio habitual) en el lado izquierdo de la parte baja del cuello y alta del mediastino, sugestiva de adenoma de paratiroides o paratiroides especialmente funcionante”. De seguido, indica que “durante la cirugía (6-2-2024) se observó un tejido sugestivo de restos de timo que es una glándula que tiene que involucionar o desaparecer en los primeros años de vida pero que en un 20 % de los pacientes aproximadamente persiste”. Explica que “se exploró exhaustivamente en busca de la paratiroides -con la dificultad añadida de que no está en su sitio habitual (ectópica) y es muy pequeña (< 5 mm)- por toda el área que rodea las arterias subclavias, carótida interna, el mediastino superior y las área paratraqueal y paraesofágica” y que, “para ello se disecó el nervio recurrente y se extirpó el tejido de aspecto tímico ya que en casi 1/3 de los casos la paratiroides buscada puede estar en su interior”. Advierte, posteriormente, que la reclamante “en el posoperatorio evoluciona sin ninguna complicación y posteriormente se ve que la PTH no ha disminuido”, razonando que, “en

estos casos, ello puede ser debido a que no se haya extirpado el adenoma paratiroideo (que no es el caso que nos ocupa) o bien, que otra glándula u otras glándulas sean causantes del aumento de la PTH". Asimismo, puntualiza que "en la anatomía patológica no se identifica la paratiroides entre el tejido tímico y adiposo ganglionar, sin embargo hay que tener en cuenta su pequeño tamaño y que no necesariamente se hacen cortes seriados ultrafinos de toda la muestra", además afirma que "no se identifica tampoco tejido tiroideo, pero figura en el informe porque en la solicitud del estudio en el programa Millennium se pone por defecto 'tiroides' porque no hay desplegable de 'timo', aunque" insiste en "que lo analizado es timo". Por último, refiere que "como está indicado, pasado un tiempo (al menos 3 meses) se realizó la prueba de un PET tac colina para ver cuál es la situación y se demuestra que el adenoma paratiroideo inferior izquierdo ha sido extirpado dentro del tejido extraído, no habiendo captación del mismo" y que "además, se observa que el tiroides está íntegro y que no tiene signos de tiroiditis de ningún tipo", concluyendo que, en "la intervención a la cual se ha sometido la paciente, sí se ha extirpado el tejido identificado como paratiroideo inf. izq. en la gammagrafía y se ha realizado acorde al protocolo quirúrgico más adecuado".

La pericial aportada por la compañía aseguradora de la Administración, suscrita por un especialista en Otorrinolaringología, efectúa un detallado análisis del caso (folios 35 a 50 del expediente), determinando que "la indicación de una intervención quirúrgica para extirpar el adenoma, en donde todas las pruebas apuntaban que se encontraba es una indicación absolutamente correcta y concorde a los protocolos establecidos para estos casos", que "la cirugía tenía por finalidad extirpar la lesión sospechosa que mostraban las pruebas diagnósticas", que "el que no aparezca tejido paratiroideo en las muestras extirpadas, no significa ningún error simplemente que la masa que se detectaba y que fue extirpada no se trataba de un adenoma paratiroideo", que "en casos de sospecha de adenoma paratiroides es necesario extirpar muchos diferentes tejidos para poder



eliminar el sospechoso”, que “los cirujanos no confundieron ningún tipo de tejido, sino que realizaron la resección que estaba indicada” y que “las pruebas de imagen realizadas tras la cirugía demostraron que la lesión sospechosa había desaparecido”, lo que “demuestra, sin ningún género de dudas, que la intervención había conseguido extirpar la lesión sospechosa”.

Finalmente, la propuesta de resolución, que plantea la desestimación de la reclamación, refiere que “se programó una hemitiroidectomía con disección de los vasos y nervios del tiroides por la localización de la masa en la zona cervical profunda, puesto que los estudios preoperatorios indicaban la posible existencia de un adenoma paratiroideo ectópico en situación paratraqueal izquierda”, que “la lesión se localizaba fuera del tejido tiroideo y la hemitiroidectomía fue realizada al objeto de explorar todo el territorio sospechoso de contener un adenoma paratiroideo, lo cual incluye el tejido tiroideo” y que “durante la cirugía se extirpó también un tejido localizado en la mitad inferior del lóbulo tiroideo izquierdo, compatible con tejido tímico, junto al contenido del vaciamiento cervical izquierdo, para asegurar la extirpación de la lesión sospechosa de adenoma”. Señala que, posteriormente, “enviaron la masa extirpada para estudio anatomopatológico, por una parte, el tejido tímico que, por localización coincidía con la zona sospechosa del adenoma, y el resto como vaciamiento recurrencial”, que “la disección del nervio recurrente se realizó hasta llegar al esófago, a la tráquea muy profunda y a la carótida interna izquierda hasta la salida de los troncos supraaórticos, lo cual evidencia la meticulosidad del cirujano para intentar extirpar la mayor parte de tejido tiroideo y paratiroideo, sin lesionar las estructuras vasculares y nerviosas limítrofes”, que “el estudio anatomopatológico determinó que la muestra etiquetada como posible paratiroides inferior izquierda y hemitiroides, se trataba de restos de timo, sin evidencia de hiperplasia paratiroidea, ni otras evidencias de tumores o alteraciones” y que “de dicho resultado histológico no se deriva la existencia de error quirúrgico, implica que la masa sospechosa por las pruebas de imagen y de gammagrafía previas realizadas se extirpó correctamente, pero

en la misma, el estudio anatomopatológico no identificó el adenoma paratiroideo, sin embargo, las pruebas de imagen realizadas durante el seguimiento posterior a la cirugía demostraron que la lesión sospechosa había desaparecido, lo cual demuestra que en la intervención se ha extirpado exitosamente”. Asimismo, advierte que “respecto a las invocaciones efectuadas sobre las deficiencias del consentimiento informado, consta en el mismo que las paratiroides pueden no identificarse y en relación con el reproche de no haber efectuado una biopsia intraoperatoria, señalar que no hubiera arrojado ninguna luz sobre el caso que nos ocupa, puesto que el estudio anatomopatológico definitivo no logró identificar dichas glándulas y por definición es mucho más exhaustivo que una biopsia intraoperatoria”.

Planteados los aspectos esenciales de la controversia, cabe descender al fondo de la cuestión.

Teniendo presente lo apuntado con anterioridad, es notorio que nos encontramos ante pareceres médicos divergentes, por lo que este Consejo -obligado, a la hora de formar su convicción, a atender exclusivamente a la documentación que se le presenta- debe acudir al criterio de especialización médica y a la solidez que presenta el argumentario vertido por los intervinientes (en este sentido, y por todos, Dictamen Núm. 85/2024).

La reclamante presenta, como apoyatura a su tesis, la pericial que suscribe un especialista en Medicina del Trabajo y en Valoración del Daño Corporal, en la que se despacha la responsabilidad del sistema sanitario público con base en el mantenimiento de una sintomatología (sin cuestionarse, siquiera para descartarlos, otros orígenes que no sean el presunto fracaso de la cirugía practicada) y las eventuales discordancias entre la documentación clínica, prescindiendo de un análisis de conjunto y sin descender a las explicaciones que arrojan luz sobre el alcance de la patología, la cirugía y sus resultados. Debe reseñarse aquí que el escrito inicial de reclamación hace referencia al informe de un “experto” de una clínica privada a la que la perjudicada acudió para solicitar opinión sobre su caso, pero no consta entre la documentación incorporada al expediente remitido (al que ha

tenido acceso la interesada en trámite de audiencia, sin que nada advierta acerca de una ausencia de documentación) y, el aludido informe, parece versar sobre el estado de la paciente y no sobre la praxis médica precedente; de hecho, la pericial del especialista en Medicina del Trabajo y en Valoración del Daño Corporal es la única fundamentación técnica a la que acude la interesada en su escrito de alegaciones conclusivas.

La Administración aporta un detallado informe del Servicio de Otorrinolaringología que describe la intervención, los problemas surgidos en su transcurso y sus resultados, así como una explicación razonada para la sintomatología que seguiría presentado la paciente.

La compañía aseguradora presenta una amplia y documentada pericial, suscrita por un especialista en Otorrinolaringología, en la que se argumenta minuciosamente el porqué de la ausencia de error o confusión en la cirugía y se recuerda que las pruebas de imagen tras la cirugía evidenciaron que la lesión sospechosa había desaparecido, confirmando su extirpación.

Así las cosas, habiendo de conformar nuestro parecer, como antes recordábamos, con base en el contenido del expediente que se nos presenta, de lo actuado resulta imposible colegir la existencia de mala praxis médica en las actuaciones que conforman el proceso asistencial relativo a la paciente; más aún, tampoco resulta viable concretar la efectividad de un daño a resarcir. Precisamente en relación con esto último, no cabe orillar lo indicado en la pericial incorporada por la compañía aseguradora, al respecto de que “este exceso de hormona paratiroidea en el hiperparatiroidismo primario está producido por la excesiva secreción de esta hormona a nivel de un adenoma (tumoración benigna) de una de las cuatro glándulas paratiroides” y que “el tratamiento de elección en estos casos es la extirpación del adenoma causante del exceso de producción de hormona”; asimismo, la propuesta de resolución apunta que “se programó una hemitiroidectomía con disección de los vasos y nervios del tiroides por la localización de la masa en la zona cervical profunda, puesto que los estudios preoperatorios indicaban la posible existencia de un adenoma paratiroideo ectópico en situación paratraqueal

izquierda". En tal tesitura, si el objeto de la intervención era descartar o eliminar dicho adenoma y, como señala la propuesta de resolución, "las pruebas de imagen realizadas durante el seguimiento posterior a la cirugía demostraron que la lesión sospechosa había desaparecido", solo cabe concluir que la cirugía cumplió con la finalidad para la que se programó.

Llegados a este punto, es menester manifestarse también sobre dos extremos. Por lo que atañe a los resultados de la anatomía patológica, no identificando "la paratiroides entre el tejido tímico y adiposo ganglionar", el informe del Servicio de Otorrinolaringología advierte acerca de la necesidad de "tener en cuenta su pequeño tamaño y que no necesariamente se hacen cortes seriados ultrafinos de toda la muestra" (asimismo, aclara que "no se identifica tampoco tejido tiroideo, pero figura en el informe porque en la solicitud del estudio en el programa Millennium se pone por defecto 'tiroides' porque no hay desplegable de 'timo', aunque" insiste en que "lo analizado es timo"), añadiendo que la prueba de un PET-tac colina evidencia que "el adenoma paratiroideo inferior izquierdo ha sido extirpado dentro del tejido extraído, no habiendo captación del mismo" y que "el tiroides está íntegro y que no tiene signos de tiroiditis de ningún tipo". Por lo que se refiere a la eventual utilidad de una biopsia intraoperatoria, la propuesta de resolución es explícita al respecto, señalando que "no hubiera arrojado ninguna luz sobre el caso que nos ocupa, puesto que el estudio anatomopatológico definitivo no logró identificar dichas glándulas (paratiroides) y, por definición, es mucho más exhaustivo que una biopsia intraoperatoria".

En definitiva, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la actuación médica resultó ajustada a la *lex artis*, no habiéndose acreditado ni la existencia de mala praxis en la asistencia dispensada ni el engarce entre la cirugía denunciada y el daño por el que se reclama.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.