



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 5 3 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 22 de octubre de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.E.G.G., en nombre y representación de H.Á.T. y C.B.E., por el fallecimiento de su hija J.Á.B., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 358/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito con fecha de salida 11 de septiembre de 2013, y con entrada en este Organismo el 16 del mismo mes, la Consejera de Sanidad solicita Dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), y art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo, en relación con la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración sanitaria previa reclamación presentada por H.A.T. y C.R.E. (los reclamantes) por el fallecimiento de su hija, hecho que imputan a la deficiente asistencia prestada por parte del Servicio Canario de la Salud.

Se funda la reclamación en que, realizados varios diagnósticos en relación con las dolencias de la paciente y usadas diversas terapias, tras cuatro años de atención sanitaria se optó por la cirugía como medio curativo cuando ya era demasiado tarde para tratar la enfermedad que tenía realmente -un linfoma T periférico- no pudiéndose evitar el fatal desenlace. Hecho por el que solicitan 201.455,30 euros en

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

concepto de indemnización, desglosados en 124.000 euros por el fallecimiento, más 77.455,30 euros por los gastos ocasionados como consecuencia del traslado y tratamiento de la paciente a una clínica privada.

2. El procedimiento administrativo se ha tramitado de conformidad con las previsiones de índole legal y reglamentaria aplicables. Se ha de consignar al respecto que este asunto ya fue dictaminado por este Consejo, que en el Dictamen emitido (DCC 434/2011, de 17 de julio) no entró en el fondo al considerar que lo que correspondía era retrotraer el procedimiento a fin de que se pudieran “realizar los informes y actuaciones señaladas en los apartados 3 y 4 del Fundamento III”, a lo que se ha procedido mediante la oportuna instrucción complementaria.

Finalizada la misma, es decir, “emitidos los anteriores informes, procede efectuar el trámite de vista y audiencia a los interesados y, posteriormente, emitir la PR correspondiente, que se remitirá a este Consejo para su Dictamen”. Y a ello se ha procedido.

Sin perjuicio de remitirnos para detalles al Dictamen emitido, se recuerda que en este caso la reclamación ha sido interpuesta por personas legitimadas para ello [art. 31.1.a) LRJAP-PAC], en el plazo reglamentariamente dispuesto en el art. 4.2 RPAPRP; se han emitido los pertinentes informes por especialistas de los Servicios afectados por el daño (art. 10.1 RPAPRP), aportados en fase de instrucción complementaria; se han realizado los trámites probatorio (art. 9 RPAPRP) y de audiencia (art. 11 RPAPRP); finalmente, el procedimiento viene concluso con la procedente PR, desestimatoria, informada favorablemente por el Servicio Jurídico, de conformidad con el art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento. Aunque dictada cuando ha vencido sobradamente el plazo resolutorio reglamentariamente previsto, ello no obsta para que se resuelva expresamente, conforme la obligación legal de hacerlo (arts. 42.1 y 43.1 LRJAP-PAC).

3. Los hechos relevantes en el presente caso son los que a continuación se exponen.

Del 3 al 12 de junio de 2003, la paciente fue sometida a pruebas en hematología y reumatología, detectándose pancitopenia leve, aumento de la LDH y esplenomegalia leve con aspirado de medula ósea normal, por lo que se decide el ingreso para biopsia hepática y ocular por posible dermatomiositis, con intervención del Servicio de Reumatología, a donde acude la paciente el 12 de junio de 2003, confirmándose la dermatomiositis e indicándose pancitopenia a estudio.

El resultado del estudio anatomopatológico de 6 de junio de 2003 fue el de tejido fibroso y fascículos de músculo estriado con moderado infiltrado inflamatorio crónico perivascular, constituido por células linfocitarias, confirmando el del día siguiente "discreto infiltrado inflamatorio inespecífico".

El 15 de marzo de 2004, ingresa en Reumatología por elevación de enzimas musculares y valoración de proteinuria, siendo diagnosticada de lupus eritematoso sistémico con miositis inflamatoria. En nuevo informe anatomopatológico de 3 de noviembre de 2004, se ratifica el infiltrado celular de disposición perivascular constituido por linfocitos y elementos histiocitarios, demostrándose positividad para marcadores T (CD3+) en muchas de las células, algunas de las cuales tienen incluso CD30, confirmándose la población macrofágica previamente referida.

Del 1 al 11 de agosto de 2004, la paciente reingresa en Reumatología por elevación significativa de las enzimas musculares y descenso en los recuentos de las tres series hematológicas, diagnosticándose síndrome overlap (dermatomiositis juvenil/lupus eritematoso sistémico).

Vuelve al Servicio del 3 al 20 de mayo de 2005 por persistencia de actividad inflamatoria muscular, apreciándose pancitopenia secundaria a enfermedad de base y evidenciando la ECO de 10 de mayo de 2005 "hepatomegalia y esplenomegalia". Además, el informe de biopsia de 19 de mayo de 2005 indica que se visualiza un pequeño nódulo hipoecoico de 10 mm.

Ingresa de nuevo entre el 3 y el 10 de noviembre de 2006 por cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y fiebre, diagnosticándose "probable neoplasia pendiente de confirmación anatomopatológica". La ECO realizada ese mes mostró marcada hepatomegalia con "múltiples imágenes nodulares" que ocupan prácticamente todo el parénquima hepático que "impresiona de metástasis, sin poder descartar otras posibilidades", con engrosamiento además del antro gástrico "que puede indicar neoplasia". En realidad, las notas clínicas de la prueba son más determinantes, al indicar "marcadísimo engrosamiento de las paredes gástricas, sobre todo en el antro, con imágenes nodulares que cubren enteramente el parénquima hepático, sin tener nada sano"; esplenomegalia de 22 cms; pequeñas adenopatías retroperitoneales; y masa palpable en epigastro de consistencia dura e indolora, de unos 3 cms.

En el Informe de evolución de la paciente, de 9 de noviembre de 2006, se alude de nuevo a la ECO antedicha y a una endoscopia digestiva, en la que se detecta gran

úlceras de unos 2-3 cms con bordes irregulares y, en antro, gran masa infiltrativa, nodular y ulcerada, con estenosis no franqueable.

El TAC de 15 de noviembre de 2006 indica neoformación gástrica infiltrante, aunque el de 18 de noviembre no evidencia masas que indiquen proceso neoformativo, ni agrandamientos ganglionares.

En esos momentos, se prescribe a la paciente un nuevo tratamiento con un fármaco inyectable, denominado "Mabthera", utilizado en pacientes con cáncer, con reacción negativa al aparecer vómitos y fiebre de 40 grados, sin pautarse el inmediato ingreso hospitalario, con deterioro continuo de la paciente hasta que se produjo el mismo a través del Servicio de Urgencias en el mismo Hospital, con cuadro de dolor abdominal y fiebre.

El 2 de febrero de 2007, la paciente ingresa por "hematemesis franca", apreciándose úlcera gástrica, con lesión ulcerada, e indicándose cirugía urgente por tumoración en antropiloro adherida en cuerpo de vesícula biliar íntimamente unida a hilio hepática y cabeza pancreática, pero sin invadirla, sin poderse asegurar masa libre de tumor a nivel de la sección duodenal por estar éste avanzado dentro del duodeno.

El estudio anatomopatológico del hígado, de 2 de marzo, evidencia infiltración linfoide atípica con presencia de células grandes de aspecto inmunoblástico y crecimiento difuso, existiendo positividad en ellas para CD3 y CD30, con conclusión de linfoma T periférico.

El 4 de febrero de 2007 es intervenida, realizándose gastrectomía $\frac{3}{4}$ y colecistectomía, permaneciendo tres días en el Servicio de Reanimación.

En la ECO de 3 de marzo de 2007 se aprecian adenopatías en ligamento gastrohepático, mientras que el estudio de médula ósea de 13 de marzo indica "significativo aumento de células estromales", lo que con frecuencia se halla asociado a "neoplasias a término", sin encontrar infiltración linfomatosa ni de otro tipo, aunque ha de esperarse para confirmarlo a una biopsia medular.

El TAC de 15 de marzo de 2007 muestra múltiples ganglios con captación patológica difusa, con acúmulos focales, "difícil de valorar". El informe anatomopatológico de 27 de marzo de 2007 no advierte infiltrados linfoides patológicos en la médula, aunque la ECO de 28 de marzo confirma "múltiples adenopatías".

El Servicio de Reumatología corrobora el 28 de marzo de 2007 el juicio diagnóstico de "linfoma T periférico en síndrome overlap".

Previa alta voluntaria, la paciente ingresa el 2 de abril de 2007 en la Clínica U.N. con importante deterioro del estado general y estado de desnutrición grave, siéndole diagnosticado también el 21 de ese mes "linfoma polimorfo periférico de células T", falleciendo poco después.

II

1. La Propuesta de Resolución entiende procedente la desestimación de la reclamación -con base fundamentalmente en el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 28 de octubre de 2010-, al no apreciarse acción sanitaria causalmente relevante que pudiera justificar la exigencia de responsabilidad patrimonial.

En dicho informe se observa que la sospecha de proceso neoplásico estaba presente en el seguimiento de la paciente, sugiriendo las imágenes endoscópicas, en noviembre de 2006, neoformación gástrica infiltrante, al igual que el estudio mediante TAC; pero el estudio de biopsia fue *inespecífico*, sin datos de linfoma. Tal contradicción aconsejó nuevas tomas de material para biopsia y ulterior control en enero de 2007, informándose que no se visualizaba el engrosamiento de pliegues gástricos apreciado en el estudio previo. Por eso, aunque los reclamantes alegan la pertinencia de realizar en noviembre el tratamiento quirúrgico de resección gástrica -realizada luego en marzo de 2007-, se razona que no procedía en ese momento al ser negativo el estudio anatomopatológico.

Por su parte, el Informe del Servicio Jurídico advierte que, según informan los especialistas, la pancreatitis aguda final no se debió a la actuación sanitaria, sino por infiltración tumoral y enfermedad de base, síndrome de overlap, diagnosticado y tratado de inicio. La paciente, que era portadora de una enfermedad de base importante, con episodios de mejoría, se encontraba muy deteriorada a consecuencia de dicha enfermedad, de modo que la necesaria relación de causalidad entre el fallecimiento y la asistencia prestada no resulta de la prueba practicada a instancia de la reclamante, ni de la documental obrante.

2. Pues bien, lo cierto es que, conforme evolucionaban sus padecimientos, la paciente recibió diversos diagnósticos según los síntomas y resultados clínicos, sin acertar plenamente sobre cuáles podrían ser sus posibles causas, algunos

aparentemente contradictorios, pero nunca definitivamente y, además, obtenidos de forma reiterativa y progresiva, siendo patente el continuo deterioro de la paciente y el paulatino incremento de síntomas cancerígenos. Sin embargo, no sólo no intervinieron tempranamente y de forma directa los Servicios que en estas circunstancias parece que debieron hacerlo -como Oncología o Digestivo- sino que el proceso asistencial fue llevado a cabo inicialmente y en exclusiva por el Servicio de Reumatología. Congruentemente con ello, al parecer nunca se adoptaron las medidas tales datos indicaban o hacían sospechar, mas aun cuando había datos contradictorios o no confirmatorios de otros previos. En efecto, tanto en 2006, de forma clara, como aun en 2005 o en 2004 se detectaron células sospechosas de cáncer, un nódulo relevante u otros elementos relevantes, actuándose únicamente cuando la enfermedad estaba prácticamente en su último estadio y la paciente en estado terminal.

La paciente fue diagnosticada de dermatomiositis juvenil en junio de 2003 (enfermedad autoinmune que supone que el sistema inmunológico reacciona contra las propias células y tejidos, inflamándose órganos sin existir infección) siendo tratada con "Prednisona", de modo que en ese momento recibe tratamiento con un medicamento que incrementaba su inmunodeficiencia, aunque fuera el correcto para la enfermedad detectada.

Sin embargo, también se apreció en la paciente tejido fibroso y fascículos de músculo estriado, con infiltrado perivascular inflamatorio de células linfocitarias, considerándose "inespecífico" y sin procederse a realizar comprobación alguna de su origen, ni mucho menos insinuarse que éste pudiera ser tumoral.

En esta línea, en marzo de 2004 se le diagnostica lupus eritematoso sistémico, enfermedad que también altera el sistema inmunitario. En este estado de inmunodepresión, en noviembre se confirma el infiltrado celular perivascular de linfocitos y elementos histiocitarios, con muchas células positivas para marcadores T, incluso algunas para CD30, con evidente población macrofágica ya indicada.

Es decir, existían síntomas y aun datos de posible tumor, sin que se actuara o efectuara comprobación alguna al respecto, ni siquiera se evacuó interconsulta con los Servicios de Digestivo u Oncología.

Al contrario, pese a tales datos en agosto de 2004 se diagnosticó a la paciente síndrome *overlap*, que supone hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria, caracterizada por la acumulación de hallazgos clínicos, analíticos, inmunológicos e

histológicos, siendo su patogenia y tratamiento más adecuado actualmente desconocido. Y tampoco se comprobó entonces que la causa del deterioro del hígado -lo que era compatible con la información disponible- fuese un tumor en otro sitio del cuerpo, máxime con la presencia desde un principio de pancitopenia o inmunodeficiencia por reducción de glóbulos rojos y blancos o plaquetas, asociable a proceso cancerígeno.

Es más, en mayo de 2005 la paciente presenta hepatomegalia e incremento de la inicial esplenomegalia o agrandamiento patológico y anormal del bazo, indicativo de un deficiente funcionamiento del sistema tanto sanguíneo como linfático y que puede deberse a afección por neoplasia maligna. A lo que se añade en esta misma línea la detección de nódulo hipoecoico mediante biopsia, sin que se procediera en consecuencia.

Esta situación se corrobora en noviembre de 2006, diagnosticándose probable neoplasia y determinándose por una ECO los hallazgos expresados anteriormente, siendo relevante tanto el estado enfermo del parénquima hepático -con nódulos de metástasis posible- como el engrosamiento del antro y otras paredes gástricas, confirmándose la esplenomegalia y, en especial, palpándose masa en epigastro o antro, con úlcera y estenosis no franqueable. Lo que se confirma en TAC del día 15 de noviembre de 2006, aunque el del día 18 parece contradecirlo; contradicción aparente que, vistos los datos anteriores, pudiera deberse a error en el informe, deficiencia en la realización de la prueba o distinta localización de la misma en relación tanto con los nódulos detectados, como con el engrosamiento y la masa o úlcera detectados por ECO, endoscopia y anterior TAC.

Desde luego, tal singularidad diagnóstica no fue comprobada o confirmada, aceptándose la contradicción sin más pese a que, como mínimo, los TAC en cuestión se realizaron en intervalos de apenas tres días, lo que hubiera justificado la realización nueva prueba.

Tampoco consta que se realizara algún tipo de actuación clínica o terapéutica respecto a la úlcera detectada o las adenopatías retroperitoneales reflejadas que, en cualquier caso, son reconocidos signos de la presencia de tumor, más que de enfermedad dermatológica autoinmune, que, como se dijo, se adicionan a los ya apreciados.

No es extraño, pues, que algo después la paciente ingresara por hematemesis franca, expulsando sangre por la boca por vómito procedente del aparato digestivo

debido a que una úlcera péptica existente tocara un vaso sanguíneo o erosionase la pared del estómago o del duodeno.

Había en efecto una úlcera, pero también algo más -la ECO hecha entonces evidenciaba las adenopatías ya apreciadas y el aumento de células estromales asociadas a neoplasias en la médula ósea; esto es, a crecimiento anormal de células que genera neoplasma o tumor que se manifestaba por las adenopatías apreciadas meses antes como trastornos de ganglios linfáticos que son, siendo la propia neoplasia compatible con la esplenomegalia existente desde años atrás- indicándose entonces cirugía urgente por la tumoración descrita que estaba concretamente en el duodeno y en estado avanzado, repercutiendo en el hígado en la forma ya observada y siendo diagnosticada la existencia de linfoma T periférico, con realización de operación quirúrgica dos días después, sin éxito entonces ni más tarde cuando a la desesperada se intentó tratamiento en clínica privada.

En definitiva, se contaba con diversos datos sugerentes de tumor a resultas de varias pruebas realizadas entre 2004 y 2006, localizándose aquél finalmente por un episodio casual, lo que permitió el diagnóstico final de linfoma, enfermedad neoplásica desarrollada en el sistema linfático, el cual forma parte del sistema inmunitario, precisamente. Pese a todo ello y sin conocerse su efecto inmunodepresivo, se trabajó con síntomas de inmunodeficiencia y se atacó el síndrome diagnosticado, sin atenderse o comprobarse los síntomas tumorales, presentes desde el principio y que crecían en cantidad y calidad, sin que se hubiera valorado la conexión entre ambos padecimientos.

III

1. Los hechos que acaban de ser expuestos determinaron que este Consejo, en el mencionado Dictamen 434/2011, considerara preciso recabar informe de especialistas de los Servicios indicados sobre los extremos que suscitaban indeterminación sobre la actuación que procedía realizar a la vista de lo expuesto -es decir, la sospecha de linfoma o, al menos, la detección del tumor en el duodeno en 2006 o aun antes, especificando si el cáncer pudo tener, en tal caso, tratamiento posible con cierto éxito o efectos positivos- debiéndose a tal fin responder a las siguientes cuestiones:

“- Razones y efectos de la inactividad aparente relativa ante los indicios de operatividad tumoral desde el año 2003 al 2006 (células positivas, CD3+ y CD30, infiltraciones, esplenomegalia, nódulos, adenopatías, úlcera, engrosamiento de

antro, masa), sin consulta alguna a los Departamentos de Digestivo, Medicina interna y, sobre todo, Oncología.

- Determinación de si dichos síntomas y los datos disponibles, especialmente reiterativos y en grado creciente, son suficientemente indicativos de la existencia o, al menos, sospecha de tumor en el hígado o el aparato digestivo, sea el estómago o el intestino, y, en su caso y por conexión con el sistema inmunitario, sugeridor incluso de linfoma.

- Explicación de la contradicción de resultados de pruebas diagnósticas, particularmente entre los TAC de 15 y 18 de noviembre de 2006, especialmente a la luz de las pruebas posteriores y, en todo caso, las anteriores, que apoyaban un resultado y no el otro, así como determinación de si, en estas circunstancias, debió comprobarse el motivo de que la última prueba contradijera las restantes y ello ocurriera no sólo ante las razonadas evidencias de lo contrario, sino en sólo tres días después de hacerse otra idéntica.

- Efectuada una endoscopia con el resultado conocido, determinar si procede repetir en una intervención exploradora, de este tipo o más importante, especialmente al estar corroborada aquélla por los resultados de otras pruebas, como en este caso ocurre mayoritaria y claramente, así como indicación de qué actuación se hizo respecto a la úlcera localizada antes del episodio de hematemesis.

- Efectos favorables para la curación o mejora del cáncer de la afectada, un año antes, de una intervención como la realizada, indicando si hubiese tenido oportunidad de salvar la vida, tener posibilidades de alargarla cierto tiempo o, en todo caso, mejorar la calidad de la esperable”.

El 21 de julio de 2011 la instrucción, dado el contenido del Dictamen de este Organismo, solicitó del Servicio de Inspección informe sobre “los aspectos requeridos”. Tras requerimientos de impulso administrativo cursados el 21 de marzo de 2013 y 18 de junio de 2013, el 27 de junio se recibe escrito del Servicio de Inspección al que acompañaban los informes emitidos por el Jefe del Servicio del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Canarias, de 18 de agosto de 2011 y del jefe del Servicio de Oncología del mismo Hospital, de 27 de mayo de 2013.

El Informe del Jefe del Servicio del Aparato Digestivo precisa que:

“1) Los hallazgos de hepatomegalia con imágenes nodulares y engrosamiento astral fueron detectados en noviembre de 2006, estando la enferma ingresada en el

Servicio de Reumatología. La gastroscopia se realizó el día 9 de noviembre de 2006, con el diagnóstico de presunción endoscópica de "lesión gástrica maligna infiltrativa y multifocal (probable linfoma gástrico vs. adenocarcinoma -menos probable). Sin embargo, el dictamen anatomopatológico de las biopsias obtenidas en esa gastroscopia y en otra realizada unos días después (27 de noviembre de 2006) fue inespecífico, no apreciándose células tumorales.

2) Los síntomas que refería la paciente eran inespecíficos y no permitían establecer un diagnóstico de enfermedad tumoral, por lo que es necesario el estudio con pruebas complementarias. En este caso la gastroscopia sugirió el diagnóstico de enfermedad neoplásica, pero las biopsias no lo confirmaron.

3) En Medicina no es infrecuente la falta de concordancia entre pruebas diagnósticas y con relativa frecuencia las biopsias tomadas endoscópicamente no confirman el diagnóstico de sospecha de la endoscopia.

4) Cuando hay discordancia entre pruebas diagnóstica está indicado repetir aquellas que pueden confirmar el diagnóstico. En este caso se repitió la gastroscopia sin obtener un resultado positivo.

5) No puedo hacer una valoración del posible efecto de una intervención un año antes en esta paciente, al ser una patología que se aparta del ámbito de mi especialidad, cuyo tratamiento y seguimiento lo llevan a cabo oncólogos o hematólogos".

Por su parte, el Informe del Jefe del Servicio de Oncología Médica más detallado, da respuesta a las cuestiones planteadas por este Consejo:

"1.- Razones y efectos de la inactividad aparente relativa a los indicios de operatividad tumoral desde el año 2003 al 2006 (células positivas, CD3+, y CD30, esplenomegalia) sin consulta alguna a los departamentos de Digestivo, Medicina Interna, y sobre todo, Oncología:

Vista la historia de la paciente, cada vez que desde el punto de vista de las imágenes aparecieron signos sospechosos de la existencia de un tumor se realizaron las biopsias oportunas a fin de confirmar o excluir la existencia de un neoplásico en ese momento. Así se realizó una biopsia muscular, hepática y de mucosa gástrica sin que se objetivara ningún signo de malignidad en las muestras. En estas circunstancias no procede realizar consulta oncología dado que no existe confirmación histológica de la existencia de un proceso tumoral. Las alteraciones

CD3+ y CD30 no son diagnóstica (*sic*) para la existencia de tumor y pueden corresponder al trastorno inmunitario de base.

2.- Determinación de si los síntomas y los datos disponibles, especialmente reiterativos y en grado creciente, son suficientemente indicativos de la existencia, o, al menos, sospecha de tumor en el hígado o el aparato digestivo, sea el estomago intestino, y en su caso y por conexión con el sistema inmunitario, sugeridor de linfoma:

Los síntomas referidos no son indicativos pero si sospechosos; por esa razón se realizaron técnicas de imagen (TAC), endoscopias y biopsias, excluyendo la existencia de un tumor, repito en ese momento, dado que el material histológico extraído del hígado y mucosa gástrica fueron negativos para tumor.

3.- Explicación de la contradicción de los resultados de pruebas diagnósticas, particularmente entre los TAC del 15 y 18 de noviembre del 2006, especialmente a la luz de las pruebas posteriores y en todo caso, las anteriores, que apoyaban un resultado y no el otro, así como determinación de si en estas circunstancias, debió comprobarse el motivo de que la ultima prueba contradijera las restantes y ello ocurriera no solo ante razonadas evidencias de lo contrario, sino en solo tres días después de hacerse otra idéntica:

No dispongo de explicación de la disparidad referida entre el TAC del día 15 de noviembre de 2006 y el del día 18 del mismo mes.

4.- Efectuada una endoscopia con el resultado conocido, determinar si procede repetir una intervención exploradora, de este tipo o más importante, especialmente al estar corroborada aquélla por los resultados de otras pruebas, como en este caso ocurre mayoritaria y claramente, así como indicación de que actuación se hizo a la úlcera localizada antes del episodio de hematemesis:

La endoscopia referida mostró la existencia de una úlcera, se tomó una biopsia que no mostró signos histológicos de malignidad, por lo que no procede otro tipo de actuación de tipo quirúrgico salvo que aparezcan complicaciones del tipo de sangramiento no controlado o perforación. Lo que procede es lo que se realizó en este caso, tratamiento médico del proceso ulceroso.

5.- Efectos favorables para la curación o mejora del proceso del cáncer de la afectada, un año antes, de una intervención como la realizada, indicando si hubiese

tenido oportunidad de salvar la vida, tener posibilidades de alargarla cierto tiempo, en todo caso mejorar la calidad de la esperable:

En primer lugar, decir que no existe ningún criterio para realizar una intervención quirúrgica a esta paciente un año antes. Su realización en su caso hubiera sido un criterio de mala praxis.

El comentario da por hecho que el linfoma de la paciente existía desde un año antes, lo que es poco probable, por lo que argumentamos a continuación. La pieza quirúrgica fue remitida al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, siendo informada como linfoma T periférico y considerando que "la historia previa de enfermedad autoinmune tratada con inmunosupresores y la presencia masiva de EBV (Virus de Eipsten Barr) sugiere que el tumor podría agruparse en la lámina de los trastornos inmuno-proliferativos asociados a enfermedad autoinmune". La infección por el Virus de Eipten Barr produce una estimulación proliferativa de poblaciones linfocitarias; cuando esto acontece en un paciente inmuno-suprimido, la transformación maligna de las poblaciones de linfocitos estimulados es muy frecuente. Estos datos orientan a que la aparición del linfoma fue un fenómeno tardío y final en la evolución del proceso de inmunosupresor y no inicial.

Existen pocos casos en la literatura médica de linfomas T asociados a inmunosupresión e infección por EBV. En una publicación de 2002 cuyo autor es V Costes-Martineau (Journal of Clinical Pathology 2002; 55: 868-871), en que revisa la literatura de linfoma T secundarios a inmuno-supresión por trasplante, solo se habían descrito 76 casos hasta ese momento en la literatura mundial de los cuales sólo 15 tenían infección de EVB asociada. El pronóstico de estos casos es desfavorable>>.

2. En definitiva, de la documentación complementaria remitida se desprende que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho. La paciente, que tenía una enfermedad inmunosupresora de base, fue tratada de sus síntomas a medida que se iban produciendo. Los síntomas eran sospechosos, pero las pruebas realizadas, algunas contradictorias, eran negativas a células tumorales. Éstas se hicieron evidentes cuando ya el proceso estaba en una fase final.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de indemnización presentada, por H.A.T. y C.B.E., se considera conforme a Derecho.