



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 2 / 2 0 1 4

(Sección 1ª)

La Laguna, a 26 de febrero de 2014.

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 A.M.E.B., por daños personales ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 18/2014 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución sobre la solicitud de una indemnización formulada por A.M.E.B., en nombre de su hijo menor de edad B.M.E., por las lesiones de éste cuya causación imputa a la asistencia sanitaria que le prestó el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. Atendiendo a la fecha de presentación de la reclamación, la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D.e) -en su redacción anterior a su modificación por la Ley 5/2011, de 17 de marzo- y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. La reclamación no es extemporánea porque se ha presentado dentro del plazo fijado en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico

---

\* **PONENTE:** Sr. Brito González.

de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

4. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que se ha superado ampliamente en este procedimiento; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la Resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen de fondo.

## II

1. La interesada en su escrito de reclamación alega los siguientes hechos:

*“En fecha 21 de marzo de 2006, mi hijo fue intervenido quirúrgicamente, en el Hospital Universitario de Canarias de una hernia inguinal bilateral y adherencias balanoprepuciales (...).*

*En fecha 15 de abril de 2006, se acudió al Servicio de Urgencia del Hospital Universitario, realizándose el siguiente diagnóstico «(...) Hematoma en fase de resolución en zona inguinal izquierda. Testículo izquierdo no descendido en canal inguinal con ligera inflamación, sin edema ni color (...)» (...).*

*El 8 de junio de 2006, se solicita al Hospital Universitario la inclusión en lista de espera quirúrgica para una intervención con un diagnóstico provisional de criptorquidia izquierda. (...)*

*Mi hijo es intervenido quirúrgicamente el 20 de junio de 2006 de una atrofia testicular izquierda, practicándosele una Orquiectomía y la consiguiente pérdida del testículo izquierdo (...).*

De estos hechos, la reclamante, deriva estas afirmaciones:

*“Se incurre en responsabilidad médica por el Hospital Universitario, que como consecuencia de un proceder negligente ha producido daños y perjuicios a mí hijo de diversa índole:*

*- Daños físicos, por la posible pérdida de su capacidad reproductora a muy temprana edad.*

- *Daños morales: el hijo de mi representada, cuando sea mayor, se verá diferente primero del resto de los niños, y después como adulto*".

Por lo que solicita que "se dicte Resolución por la que se acuerde reconocer que ha existido negligencia médica en el equipo que trató a mi hijo, y el derecho al percibo de la indemnización por los daños y perjuicios causados a mi hijo en la cuantía que se determine por Perito Médico designado por ambas partes".

2. La interesada, a quien incumbe la carga probatoria, con su escrito de reclamación no aporta pruebas o informes médicos que demuestren que la extirpación del testículo izquierdo fue causada porque los cirujanos del SCS procedieron negligentemente bien en la primera operación, bien en la segunda. Tampoco solicita la práctica de pruebas para acreditar este extremo de hecho.

3. En sus alegaciones formuladas en trámite de audiencia, sin aportar tampoco informes médicos que demuestren el fundamento científico de sus afirmaciones, la reclamante señala que el niño nació con los escrotos vacíos y con el teste derecho en el canal inguinal, según consta en el informe de la exploración del menor el día de su nacimiento por el Servicio de Neonatología y que, no obstante, "*no consta en el Historial Clínico del menor la adopción de medida médica alguna tendente a su cura*", de donde concluye que la lesión por la que se reclama es "*producto de una falta de prevención médica en el tratamiento de una patología observada desde el nacimiento del menor o a resultas de la intervención de hernia inguinal practicada con anterioridad, es evidente la producción del perjuicio causado al paciente*".

4. El informe de la facultativa del Servicio de Inspección y Prestaciones, sobre la base de la historia clínica del menor y los informes del Jefe Clínico de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, donde fue intervenido aquél, recoge como antecedentes:

*"1b.- En exploración por el Servicio de Neonatología en fecha 29 de diciembre de 2002 (fecha de nacimiento): Escrotos vacíos. Teste derecho en canal inguinal. Hipotonía axial.*

*En fecha 1 de enero de 2003 sospecha de infección. Criptorquidia bilateral.*

*En fecha 19 de enero de 2003, entre los antecedentes se describe criptorquidia bilateral.*

*En demanda de asistencia al Servicio de Urgencias en fecha 6 de octubre de 2005, en el apartado anamnesis se describe fiebre de hasta 39°C. Refiere*

*traumatismo testicular y se queja de dolor. En la exploración física «Testes en bolsa, no cambios color, tamaño, ni temperatura, leve molestia a la palpación».*

*2.b.- En fecha 27 de febrero, es remitido al Hospital Universitario de Canarias por hernia inguinal izquierda con tendencia a la incarceration.*

*Ingresa en el citado Centro de forma programada, durante el periodo 21-22 de marzo de 2006 para intervención quirúrgica de hernia inguinal bilateral y adherencias balanoprepuciales. Se practica en fecha 21 de marzo, herniorrafia inguinal bilateral y liberación adherencias balanoprepuciales (...).*

*3.b.- En fecha 15 de abril de 2006, acude al Hospital Universitario de Canarias, refiere fiebre y dolor intenso en zona genital. (...).*

*4.b.- Remitido para valoración quirúrgica por dolor intenso en conducto inguinal izquierdo, asociado a no presencia de éste en bolsa y aparente palpación (dolorosa) en conducto inguinal izquierdo de teste.*

*En fecha 8 de junio de 2006, se incluye en lista de espera para orquidopexia izquierda por criptorquidia izquierda.*

*Ingresa durante el periodo 20-21 de junio de 2006. Presenta un teste izquierdo en conducto inguinal izquierdo, pequeño.*

*En la intervención quirúrgica se objetiva un teste atrófico. Se practica orquiectomía izquierda. Como juicio diagnóstico: Atrofia testicular izquierda (...).*

De la constatación de estos hechos clínicos se derivan para el Servicio de Inspección y Prestaciones las siguientes conclusiones:

*“La reclamante relaciona el habitual hematoma postintervención de hernia inguinal en zona inguinal izquierda, en fecha 21 de marzo de 2006 con posterior intervención en fecha 20 de junio de 2006 de orquiectomía por atrofia testicular izquierda.*

*El síndrome del escroto vacío podemos definirlo como la ausencia del testículo en bolsa escrotal secundario a un fallo en su descenso desde su origen primario, zona renal, hasta el escroto, en el queda englobado la criptorquidia, la ectopia testicular, el testículo no palpable y el testículo retráctil.*

*La criptorquidia predispone a la torsión y al traumatismo testicular y se le asocia infertilidad y peligro de malignización testicular.*

*Por su parte, los testículos retráctiles son aquellos que han efectuado un descenso normal pero tienen tendencia a permanecer en posición anómala debido a un reflejo cremastérico hiperactivo.*

*El hijo de la reclamante nace con criptorquidia bilateral. Se describe en historia clínica «Testes vacíos, teste derecho en canal».*

*Se deja en observación en espera del descenso, que ocurre en el teste derecho. La falta de descenso de teste izquierdo condujo a la propuesta de intervención quirúrgica, orquidopexia, bajo el motivo de criptorquidia izquierda, al estar ubicado el teste en canal inguinal. Ante el aspecto atrófico se practica orquiectomía izquierda y se corrobora el diagnóstico en el estudio anatomopatológico.*

*De forma independiente, con anterioridad fue intervenido de hernia inguinal por peligro de incarceration.*

*En informe de 20 de febrero de 2012 y posteriormente en fecha 13 de abril, el Jefe de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario de Canarias, ha manifestado que el SEV no está relacionado con la intervención de hernia inguinal. «La hernia inguinal es una patología diferente al síndrome de escroto vacío, aunque en algunas ocasiones se puede presentar simultáneamente». Esta afirmación, unido a que en la historia Clínica ya se recogía, con anterioridad, el diagnóstico de criptorquidia, nos conduce a su falta de relación con la intervención quirúrgica de hernia inguinal en el caso que nos ocupa”.*

### III

De la documentación clínica y de los informes médicos obrantes en el expediente resulta que el niño nació con el escroto vacío porque los testículos no habían completado su descenso a su posición natural sino que habían quedado ocultos en el interior del cuerpo. Esto es lo que se denomina criptorquidia bilateral. La actitud médica adecuada es esperar a que por sí solos desciendan. Si esto no sucede, entonces se ha de proceder quirúrgicamente para llevarlos al escroto. Hay casos en que aun habiendo descendido los testículos con posterioridad, dada la inmadurez de su desarrollo (testículo atrófico), ascienden de nuevo al canal inguinal (testículo retráctil), en cuyo caso hay que extraerlo porque la criptorquidia conlleva los riesgos de torsión y traumatismo testicular, además de los de infertilidad y malignización testicular.

Esto es lo que ha sucedido en el caso analizado: El 29 de diciembre de 2002 nació, como se dijo, con la anomalía congénita de criptorquidia bilateral. Los facultativos del SCS adoptaron ante ella una actitud expectante, que es la recomendada y que en este caso se demostró como la apropiada porque en el año 2005 ya estaban en el escroto, su lugar natural, sin necesidad de someter a intervención quirúrgica a un niño de tan corta edad. Sin embargo, como el testículo izquierdo no había completado su desarrollo, sino que estaba atrofiado, como confirmó su estudio anatomopatológico, se retrajo hacia el interior del cuerpo por lo que fue necesario extraerlo. Esta orquiectomía no fue causada por la actitud expectante ante la criptorquidia ni por la anterior intervención de hernia, sino por la tara congénita del teste. La intervención quirúrgica de hernia inguinal no tiene ninguna relación con esta retracción del teste, la cual se debe a un reflejo crimastérico determinado por su inmadurez.

Todo ello nos conduce a afirmar que no hay ninguna relación de causa a efecto entre la asistencia médica prestada al menor con el daño alegado, lo que motiva conforme a la fundamentación jurídica contenida en la PR, que no existe obligación de indemnizar, tal como señala el art. 139.1 LRJAP-PAC.

## C O N C L U S I Ó N

Por las razones anteriormente expuestas, la Propuesta de Resolución que desestima la reclamación es conforme a Derecho.