

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL SITUACIÓN ACTUAL

J. Alonso Santos
(Coordinación)

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL SITUACIÓN ACTUAL

FUNDACIÓN **MAPFRE**

Prólogo

El Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente de FUNDACIÓN MAPFRE fiel a su cita bienal, celebra las «VIII Jornadas sobre Valoración del Daño Corporal. Criterios de Valoración. Situación Actual», los días 27 y 28 de octubre de 2009 en Madrid.

No es fácil ser innovadores y mucho menos cumplir con todas las expectativas abiertas en actividades como esta, pero gracias a todas las personas que han participado en la organización, y fundamentalmente a los ponentes, creemos que volveremos a despertar el interés de todos cuantos acudan. Queríamos alcanzar un objetivo: «ser capaces de interesar a los asistentes e intentar aclarar los problemas que vivimos en el día a día», alejándonos de la teoría.

FUNDACIÓN MAPFRE promueve la importancia de la Valoración del Daño Corporal, no sólo fomentando la celebración de esta actividad formativa, sino también promoviendo la divulgación de lo que en ella se trata. La prueba es este libro que ha sido elaborado con el esfuerzo de aquellos que han sido llamados a exponer en lo que se ha considerado, en el momento actual, de principal interés en Valoración del Daño.

Los temas elegidos en esta ocasión cumplen con los requisitos indispensables de ser frecuentes e interesantes en cuanto que pueden admitir diferentes interpretaciones y en ocasiones son de difícil solución.

FUNDACIÓN MAPFRE pensando en dar oportunidades a todos los que tienen algo que transmitir, y que por razones diversas no pueden ser llamados al «estrado» en este tipo de actos, ha querido otorgar su tiempo de exposición a todos aquellos que quieran presentar una «comunicación», premiando las dos mejores iniciativas.

Si algo es importante en la Medicina, al igual que en la Peritación Médica, es poder basarse en la evidencia y ésta es mala consejera de la subjetividad. Hemos querido plantear dudas razonables a la «responsabilidad» para poder llegar a conseguir soluciones que sean válidas a todos y que las conclusiones de nuestros dictámenes, al menos, sean congruentes. Sabemos que no es fácil, pero sin retos en la Medicina, no se avanza.

Esperamos que sean unas Jornadas agradables y provechosas, conformándonos y dándonos por satisfechos si podemos conseguir llegar, al menos, a una conclusión en las que todos estemos de acuerdo.

Desde FUNDACIÓN MAPFRE les damos las gracias por su asistencia.

Dr. Javier Alonso Santos
Director de las Jornadas

Índice de capítulos

Prólogo	VII
Capítulo 1. Clasificación del daño dental traumático. Posibilidades de reparación y limitaciones funcionales y estética	1
Juan Carrión Bolaños	
Capítulo 2. Daños postraumáticos de la ATM	13
Juan Manuel Prieto Setién	
Capítulo 3. Valoración de los daños debido a las praxis odontológica inadecuada	15
Bernardo Perea Pérez	
Capítulo 4. Futuro de la valoración del daño corporal	31
Francesc Roca Marsinyach	
Capítulo 5. Bases médicas para el parte de baja y alta laboral	43
Rafael Ramos Muñoz	
Capítulo 6. Problemática y repercusión social de la prolongación injustificada de la baja laboral	63
Javier Gorriz Quevedo	
Capítulo 7. El médico como prescriptor de seguridad vial	67
Josep Arimany Manso	
Capítulo 8. Patología del manguito de los rotadores. Relación causa-efecto	73
Fernando García de Lucas; José María Silberberg Muño	
Capítulo 9. Rodilla: Lesiones degenerativas y su influencia en la valoración del daño	85
José Luís Ávila Lafuente	
Capítulo 10. Gestación/accidente/ esguince cervical. ¿Algía continuada hasta el parto?	92
Ricardo Cámara Anguita Juan Bermejillo de Hevia	
Capítulo 11. Lesiones agudas de LCA sin hemartros. ¿es posible?	109
Alejandro Fernández Domingo	

X ÍNDICE DE CAPÍTULOS

Capítulo 12. Latigazo cervical <i>versus</i> hernia discal lumbar	115
Amadeo Pujol Robinat	
Capítulo 13. Latigazo cervical <i>versus</i> patología articular del hombro	127
Fernando Baró Pazos	
Capítulo 14. Incongruencias del síndrome de estrés postraumático	133
Julio Antonio Guija Villa	
Capítulo 15. Secuelas oculares en traumatismos de baja intensidad. ¿Tiene sentido?	153
M ^a . Teresa Valbuena Hernández	
Capítulo 16. Consideración actual del latigazo cervical	165
Carlos Represas Vázquez	

CAPÍTULO

1

Clasificación del daño dental traumático. Posibilidades de reparación y limitaciones funcionales y estética

Juan Carrión Bolaños

Médico Estomatólogo.
Prof. Coord. Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Europea de Madrid

Introducción

El traumatismo dental es una de las urgencias más frecuentemente atendidas en nuestras consultas. Se estima que la prevalencia de esta patología es del 30%, a lo largo de la vida y en toda la población.

Pequeños y fáciles tratamientos, van a ser decisivos para un pronóstico favorable. No siempre es el estomatólogo o el odontólogo el primer profesional en ver a estos pacientes. Es frecuente que estos sean atendidos en primer lugar en servicios de urgencias u hospitales, donde a veces se toman decisiones poco acertadas, perdiéndose un tiempo valioso para abordar con éxito la restauración del diente y lograr un pronóstico adecuado. Parece necesario pues, realizar cursos de formación continuada para los diferentes profesionales que atiendan esta patología.

Debido a la responsabilidad civil que puede llevar asociada la mayoría de estos pacientes traumatizados, es necesario protocolizar todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

A efectos de su clasificación y protocolización, nos referiremos exclusivamente a los traumatismos de origen mecánico, excluyéndose otras violencias de carácter térmico o químico, como por ejemplo el que se produce en los trastornos de origen alimenticio como la anorexia o la bulimia. Se han registrado al menos 13 grupos etiológicos diferentes en la producción de los traumas dentales, abarcando prácticamente la mayoría de las actividades diarias de adultos y de niños: accidentes de tráfico, peleas, accidentes laborales, práctica de deportes de riesgo, síndrome del niño maltratado, violencia de género...

Las lesiones pueden ser el resultado de traumatismos dentarios directos por golpe del diente contra una superficies dura (frecuente en rotura de dientes anteriores) o indirectos por cierre violento del arco dentario inferior contra el superior (favorecen las lesiones en premolares y molares).

Existe una clasificación de los traumatismos dentales realizada por Andreasen que resulta de una modificación de la clasificación propuesta por la OMS en su catalogación internacional de enfermedades aplicada a la Odontología y la Estomatología en 1978.

Esta clasificación comprende las lesiones de los tejidos duros dentales y de la pulpa del diente, así como de los tejidos que rodean al diente.

Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa

- N873.70: Fracturas incompletas (infracción):** Fractura incompleta del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.
- N873.71: Fractura no complicada de la corona:** Fractura limitada del esmalte y de la dentina, sin exponer la pulpa.
- N873.72: Fractura complicada de la corona:** Fractura que afecta al esmalte, dentina y expone la pulpa.
- N873.73: Fractura de la raíz:** Fractura que afecta a la dentina, al cemento y a la pulpa.
- N873.74: Fractura no complicada de la corona y de la raíz:** Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento, pero no expone la pulpa.
- N873.74: Fractura complicada de la corona y de la raíz:** Fractura que afecta al esmalte, a la dentina, y expone la pulpa.

Lesiones de los tejidos periodontales

- N873.75: Concusión:** Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal de éste.
- N873.75: Subluxación (Aflojamiento):** Lesión de las estructuras de sostén del diente con movilidad, pero sin desplazamiento de éste.
- N873.75 Luxación lateral:** Desplazamiento del diente en dirección a la axial. Se presenta con comunicación o fractura de la cavidad alveolar.
- N873.76: Luxación intrusiva:** Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- N873.77: Luxación extrusiva (Dislocación periférica, avulsión parcial):** Desplazamiento parcial del diente de su alvéolo.
- N873.78: Exarticulación (Avulsión completa):** Desplazamiento completo del diente fuera de su alvéolo.

Lesiones del hueso de sostén

- N802.20 Comunicación de la cavidad alveolar mandibular.**
- N802.40 Comunicación de la cavidad alveolar maxilar.**
- N802.20 Fractura de la pared alveolar mandibular.**
- N802.40 Fractura de la pared alveolar maxilar.**
- N802.20 Fractura del proceso alveolar mandibular.**
- N802.40 Fractura del proceso alveolar maxilar.**
- N802.21 Fractura de la mandíbula.**
- N802.42 Fractura del maxilar.**

En la actualidad en la práctica clínica la mayoría de los autores utilizan la *clasificación de Ellis* (1970), por describir mejor la extensión anatómica de la lesión. Dicha clasificación es numérica (Figura 1.1):

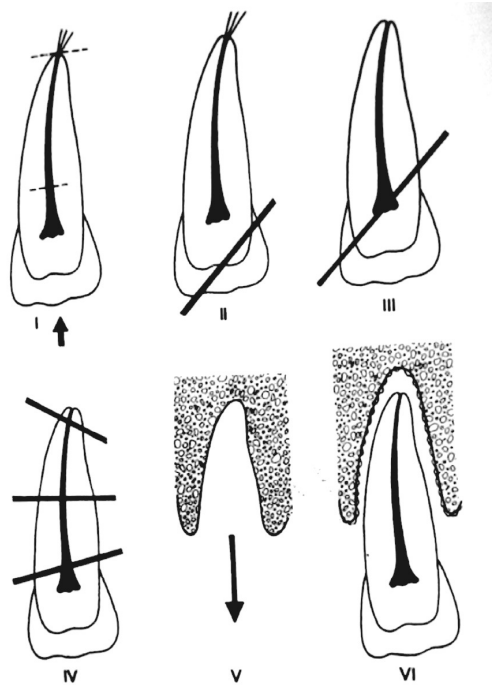


Figura 1.1. Clasificación de Ellis.

Clase I: Dientes sin fracturas ni lesión periodontal (acaso sólo esmalte).

Clase II: Dientes con fracturas de la corona a nivel de la dentina.

Clase III: Dientes con fractura de la corona, muy cercana a la pulpa o con exposición pulpar.

Clase IV: Dientes con fractura de la raíz, con fractura de la corona o sin ella.

Clase V: Dientes con luxación completa y avulsión.

Clase VI: Dientes con subluxación (Intrusión y extrusión).

Entre un 4 y un 30% de la población ha sufrido alguna vez un traumatismo en los dientes anteriores. En fase de dentición definitiva, los niños son más propensos a sufrir traumatismos que las niñas, especialmente entre los 7 y los 11 años.

Una vez realizada la exploración inicial extrabucal y de los tejidos blandos intra-bucales del paciente traumatizado, se realizara la exploración de los dientes afectados por el traumatismo siguiendo el siguiente protocolo:

- *Inspección:* Viendo el posible cambio de coloración por hemorragia.
- *Palpación:* Para verificar la movilidad de los dientes en las tres direcciones del espacio.
- *Sensibilidad a la percusión:* si hay dolor nos indica lesión del ligamento periodontal y /o de la pulpa.
- *Reacción a estímulos térmicos:* para determinar el grado de lesión pulpar. Se toca la superficie del diente con un algodón impregnado con hielo carbónico

4 Criterios de valoración del daño corporal



Figura 1.2.



Figura 1.3.

para observar si existe un aumento de sensibilidad (pulpitis) con respecto a otros dientes, o por el contrario no existe reacción térmica que indicaría la producción de una denervación y rotura del paquete vasculonervioso a nivel apical. También existen pruebas eléctricas para explorar la vitalidad pulpar (pulpómetro) (Figuras 1.2 y 1.3).

- *Pruebas complementarias:* la exploración mecánica consiste en pasar una sonda por la línea de fractura para determinar si hay dolor. La transiluminación es la aplicación de un rayo de luz dirigido al diente para visualizar las fracturas y fisuras dentales. Se puede realizar con la lámpara de polimerizar o con una linterna convencional (Figura 1.4).

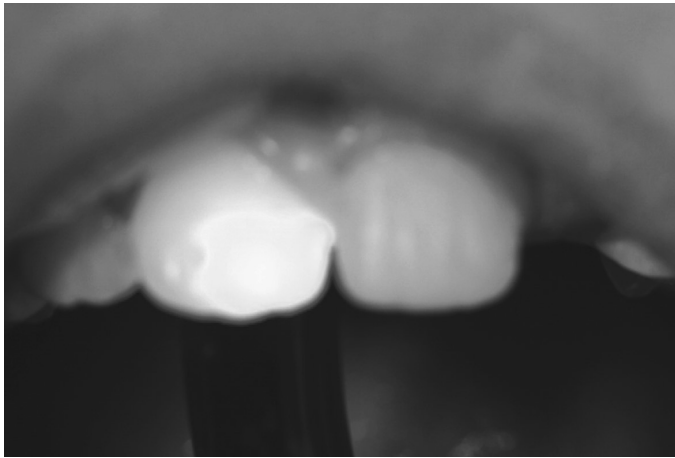


Figura 1.4.

- Exploración radiográfica:
 - Grado de desarrollo radicular.
 - Tamaño de la cavidad pulpar.
 - Desplazamiento del diente en el alvéolo.
 - Presencia de fractura radicular.
 - Cercanía de la línea de fractura a la pulpa.

Actitud terapéutica ante los traumatismos dentales

Clase I. Dientes sin fractura aparente ni lesión periodontal

Un golpe violento puede producir una concusión dental, que aparentemente no muestra síntomas pero que puede provocar lesión pulpar, debido a que la energía del impacto del golpe es absorbida por el diente. Otras veces se observa una línea de fisura por transiluminación, siendo negativa el resto de la exploración. El diente adulto sucumbe con más frecuencia que el diente joven con el ápice abierto y una mejor flexibilidad. La actitud terapéutica será expectante, ya que a veces se puede restablecer la normalidad pulpar pasado un tiempo. Esto se ratifica si el diente no cambia de color y existe un test de vitalidad pulpar positivo. Si esto no ocurre y se produce la necrosis pulpar, procederemos a la endodoncia de la pieza dental.

Clase II. Dientes con fractura de la corona a nivel de la dentina

En esta clase de fracturas no se alcanza la pulpa ni el tejido prepulpar. Nuestra actitud será la siguiente: Vigilar la aparición de necrosis y resolverla mediante una endodoncia. Para intentar minimizar este supuesto protegemos la superficie de la fractura y así evitamos la infección y estimulamos la dentogénesis. Una vez protegida la superficie procederemos a resolver el problema funcional y estético del diente. La protección pulpar se realiza colocando una pasta de hidróxido cálcico, que recubrimos con una obturación provisional o una corona prefabricada. Después de una ob-

6 Criterios de valoración del daño corporal

servación de 3 a 6 meses, donde se comprueba la vitalidad pulpar y la ausencia de imagen radiológica indicativa de muerte pulpar, se puede proceder a la restauración definitiva. La restauración se realiza mediante una composite fotopolimerizable, o mediante una incrustación indirecta o mediante una corona cerámica o metalocerámica (dependiendo de la posición del diente y de la amplitud de la fractura).

Clase III. Dientes con fractura coronaria muy próxima a la pulpa o provocando exposición pulpar (Figuras 1.5 a 1.9)

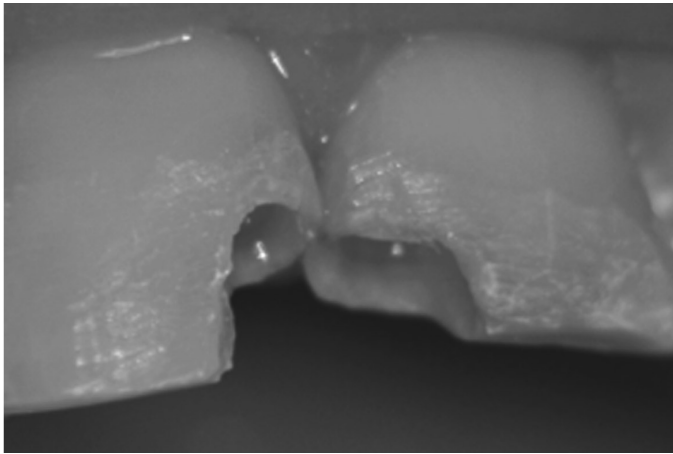


Figura 1.5.

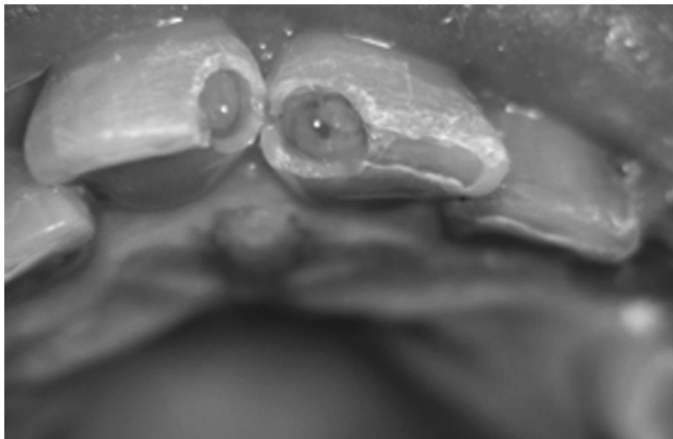


Figura 1.6.

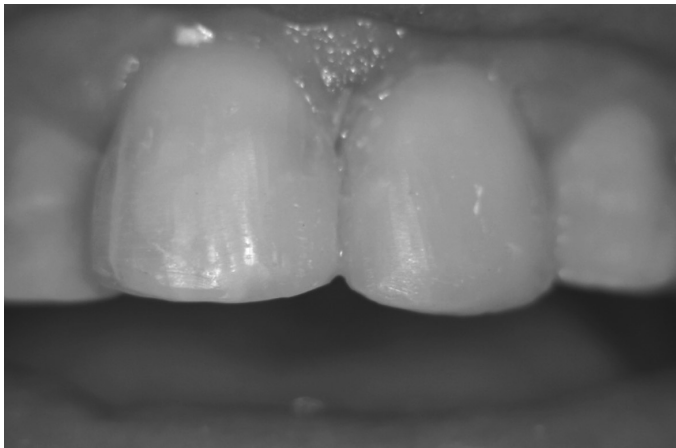


Figura 1.7.



Figura 1.8.

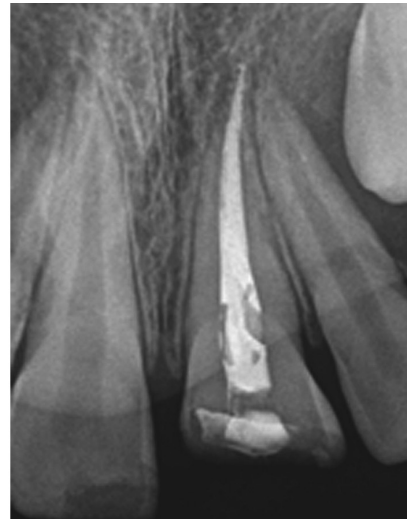


Figura 1.9.

Como ocurre en la mayor parte de las lesiones traumáticas los dientes más frecuentemente afectados son los incisivos centrales superiores en un 90 % de los casos.

Si el diente traumatizado es adulto o maduro, el problema se simplifica pues procederemos inmediatamente a la endodoncia del mismo. Pero si la fractura se produce en un niño con un diente inmaduro y el ápice dentario abierto, deberemos realizar una apicoformación introduciendo una pasta alcalina durante varios meses. Proce-diéndose al cierre de la endodoncia una vez tengamos certeza de que el ápice está formado. La restauración de estos dientes fracturados, una vez desvitalizados, se realiza con material de composite fotopolimerizable o una corona cerámica. El problema es cuando la destrucción de la pieza es tan grande, que no se logra una retención adecuada de la restauración. En este caso debemos emplear medios de retención

8 Criterios de valoración del daño corporal

accesorios denominados pernos. Estos pernos actúan a modo de «vigas» que se introducen en los conductos radiculares (siempre respetando un sellado apical adecuado de la endodoncia) y cuya única misión es retener el material de restauración. Se emplean pernos de fibra en dientes que reciben fuerzas axiales o tangenciales (dientes anteriores) y de titanio cuando las fuerzas que recibe el diente son perpendiculares a la dirección del conducto radicular (dientes posteriores).

Clase IV. Dientes con fractura radicular, con fractura coronaria o sin ella

Las fracturas verticales son raras, tienen un pronóstico sombrío y la mayor parte tienen que ser resueltas por la exodoncia del diente. En su mayor parte son de origen iatrogénico por excesiva fuerza que ejercen los pernos en los conductos). También se producen por traumas oclusales en pacientes bruxistas. El paciente suele referir un chasquido y posteriormente (al cabo de semanas o meses) un dolor difuso, ligero o intenso, que se incrementa con la masticación. También puede aparecer fístulas en la tabla lingual o vestibular. El estudio radiográfico revela la fractura vertical y una zona de osteolisis alrededor de la raíz afectada. El único tratamiento es la exeresis total de la pieza y en los casos de molares se puede realizar una hemisección del diente con la extracción de la raíz fracturada y conservando la otra raíz previamente desvitalizada.

Las fracturas radiculares son generalmente horizontales o ligeramente oblicuas, clasificándose según el tercio radicular donde se produce.

1. Fracturas del tercio apical.
2. Fracturas del tercio medio.
3. Fracturas del tercio gingival.

Las fracturas horizontales del tercio apical son las que tienen un mejor pronóstico y pueden repararse muchas veces conservando la vitalidad pulpar, sobre todo en dientes jóvenes.

Las fracturas del tercio medio son de pronóstico más dudoso y cuando existe condiciones favorables (inmovilidad y buena nutrición pulpar), pueden repararse conservando la vitalidad pulpar, con formación de un callo interno de dentina reparativa y otro externo de cemento.

Las fracturas del tercio gingival, debido a la movilidad del fragmento coronario y a la facilidad con que pueden infectarse, tienen muy mal pronóstico. Nuestra actitud será poner especial atención a la coloración del diente, a las pruebas de vitalidad pulpar y sobre todo a la movilidad. Es necesario realizar placas radiográficas para el seguimiento periódico de la lesión. Si existe vitalidad pulpar, deberemos realizar una ferulización de la pieza fracturada a los dientes vecinos, mediante alambre de ortodoncia o fibra de nylon, que fijamos con composite. También deberemos intentar evitar la infección mediante el empleo de antibióticos tópicos o sistémicos para gérmenes anaerobios (principal grupo de gérmenes). Si como sucede frecuentemente, en las fracturas del tercio medio y cervical, sobreviene la infección pulpar de carácter irreversible, practicaremos la exodoncia del diente.

En todos los casos de fracturas horizontales, el diente lesionado deberá quedar fuera de oclusión y su evolución controlada periódicamente (test de vitalidad, movilidad...).

Clase V. Dientes con luxación completa y avulsión (exarticulación)

Cuando un diente «sale» o se avulsiona completamente de su alveolo, es posible reimplantarlo. El problema es que en la mayor parte de los casos se produce una reabsorción cementaria de la raíz y después de 5 a 10 años el diente pierde la raíz y se cae espontáneamente. Si el accidente se acaba de producir, el diente no ha salido de la boca y es un diente inmaduro con una gran cámara pulpar, es posible no sólo la reimplantación del diente, sino que la pulpa siga viva. Si el diente ha estado fuera de la boca el pronóstico dependerá del tiempo que se tarde en reimplantarlo y del medio en que se ha conservado el diente hasta ese momento. Se dará instrucciones al paciente para que traslade el diente dentro de su alveolo (que lo introduzca él), sino es posible se trasladará dentro de la boca, o en un recipiente con saliva del paciente, otras opciones menos buenas sería traerlo en un recipiente con suero fisiológico y en su defecto en leche o agua.

El periodo crítico entre el trauma y la reimplantación para intentar un buen pronóstico es de 90 a 120 minutos. El diente una vez lavado con suero fisiológico se reimplanta en el alveolo (prohibido legar el diente y el alveolo), verificando correcta posición y oclusión. Posteriormente se estabiliza el diente mediante ferulización con alambre de ortodoncia o fibra de nylon fijada a los dientes vecinos (2 o 3) mediante composite. Después de 1 o 2 semanas se inicia el tratamiento endodóncico si el diente es maduro o la extracción de la pulpa y la apicoformación durante 3 a 6 meses si el diente es inmaduro.

Clase VI. Dientes con subluxación (intrusión y extrusión)

Un traumatismo puede separar parcialmente un diente de su alveolo, sin llegar a avulsionarlo. Esta subluxación puede ser por penetración o impactación del diente en el alveolo (intrusión) o por salida parcial de este (extrusión).

En los casos leves de intrusión la conducta será expectante, en espera de que se produzca la reerupción del diente, controlando la vitalidad pulpar para en caso necesario realizar la endodoncia. Si no se produce la erupción, tendremos que actuar ortodóncica o quirúrgicamente.

Los dientes con extrusión serán llevados a su alveolo, ferulizándolos y vigilando su vitalidad pulpar.

En estos dos casos de subluxación el eventual tratamiento correctivo ortodóncico quedará a discreción del profesional.

Daño funcional y estético

Diversos autores se han ocupado de la repercusión global de distintas lesiones bucales, habiéndose admitido los siguientes valores como expresivos del menoscabo correspondiente.

Daño estético. En general sólo se tiene en cuenta cuando la lesión confiere al individuo un aspecto desagradable, por ser claramente visible. La traducción de este daño al campo del menoscabo global es muy variable, alcanzando desde valores mínimos del 5 al 6 % hasta las cifras del 30 al 40 %, en casos de graves destrucciones.

10 Criterios de valoración del daño corporal

Trastornos fonéticos. Tienen más interés en las indemnizaciones a efectos civiles y puede concedérseles una valoración hasta un máximo del 10 %, en los casos en que son derivados de lesiones en las piezas dentarias.

Limitación o modificación de actividades del paciente. Con frecuencia las lesiones originan modificaciones o limitaciones en la masticación del sujeto y, en otros casos, como consecuencia de ellas quedan modificadas o restringidas determinadas actividades de la vida ordinaria, tanto en el plano laboral como en el extralaboral.

Daño en relación con otras funciones. La pérdida de piezas dentarias tiene una incidencia diferente en cuanto a sus consecuencias en relación con la estética, la fonética y la actividad masticatoria, y ello además referido de una manera diferenciada para los dientes superiores y para los inferiores.

En el campo de la odontología legal se plantea con frecuencia el cálculo del costo consecutivo a los tratamientos necesarios para reparar una agresión. A efectos prácticos, este costo se calcula teniendo en cuenta los materiales que se han de utilizar y el tiempo que el profesional ha de invertir en cada uno de los casos odontológicos necesarios para completar dicho tratamiento.

Son múltiples las ocasiones en las que se tendrán que valorar unas secuelas dentales. Lo más frecuente en el Derecho civil español es la utilización del método empírico, es decir, valoración basada en la libre apreciación del perito, sin que sea necesario aplicar una regla o un criterio predefinido. En estos últimos años, se ha extendido de forma muy notable el uso de baremos, que nos permita evaluar la pérdida total o parcial de determinados órganos o funciones de una persona.

Baremos utilizados en el derecho civil

Francia

1. En el caso de que la pérdida de los dientes no pueda ser reemplazada:
 - Incisivo: 1 %.
 - Premolar: 1.25 %.
 - Canino y molar: 1,5 %.
 - Máximo por todas las piezas dentales: 30 %.
 - Pérdida de la vitalidad del diente: 0.5 %.

Italia

1. Pérdida de todos los dientes sin posibilidad de prótesis eficaz: 25 %.
2. Pérdida de todos los dientes con posibilidad de prótesis eficaz: 20 %.
3. Pérdida de:
 - Incisivo central: 0.5 %.
 - Incisivo lateral: 0.25 %.
 - Canino: 1 %.
 - Primer premolar: 0.5 %.
 - Segundo premolar: 0.5 %.
 - Primer molar: 2 %.
 - Segundo molar: 1.5 %.