

Instituto Universitario Fundación H. A. Barceló



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA.
CARRERA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

LATIGAZO CERVICAL, CERVICALGIA Y RECTIFICACION CERVICAL EN LA
INSTANCIA PRE-JUDICIAL

Autor: **Dr. Corigliano, Facundo Marcel**

Directora de Carrera: **Prof. Dra. Verme Alicia Beatriz**

Tutor Orientador: **Dr. Gustavo Gabriel Casaliba**

Tutor Metodológico: **Lic. Alejandra Barotto**

Contacto del autor: **facucorigliano@gmail.com**

Año de cohorte: 2017



AGRADECIMIENTOS:

Mi agradecimiento infinito a mi esposa e hijos, soporte emocional para el día a día, y a los cuales les he restado tiempo de atención para poder dedicarme con esmero en el desarrollo del presente trabajo.

A mis padres que se han esforzado para que yo pudiera estudiar sin que nunca me falte nada.

A mis amigos colegas, que me mostraron con el ejemplo que si nos unimos en banda funcionamos mejor que cada uno por separado, y me demostraron con el ejemplo la excelencia académica que se puede lograr si se trabaja arduamente.

A mis compañeros del presente postgrado, sin los cuales el rumbo de mi quehacer laboral diario no hubiese sido el mismo. Por su guía, acompañamiento y apoyo mutuo.

Agradezco al Dr. Gustavo Gabriel Casaliba, por haber guiado mis manos en los albores de mi formación como Médico Traumatólogo y, posteriormente, apoyado en el desarrollo del presente trabajo final integrador. También por sus comentarios de aliento, sus atinadas correcciones y su esmero en el crecimiento profesional propio y de quienes lo rodean.

A la Fundación Barceló, mi más sentido recuerdo y gratitud por haberme brindado los conocimientos que pongo en práctica con cada paciente, por hacer consciente mi responsabilidad para con ellos y para con esta amada y honrada profesión.

HOJA DE CALIFICACIÓN:

JURADO 1:

JURADO 2:

JURADO 3:

INDICE

INTRODUCCION.....	2
DEFINICIONES	
1) LATIGAZO CERVICAL.....	3
2) CERVICALGIA – CERVICOBRAQUIALGIA	4
3) RECTIFICACION CERVICAL.....	4
CLINICA.....	5
EXAMENES COMPLEMENTARIOS.....	10
1) RX.....	11
2) TAC	14
3) RMN	16
4) EMG	16
MARCO LEGAL	15
1) BAREMO DE LA AACS	15
2) BAREMO ALTUBE – RINALDI	15
3) DECRETO 659/96	16
CONCLUSION.....	16
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCIÓN

Para dar inicio al presente trabajo, antes de referirme a latigazo cervical y cervicalgia, resulta imperioso describir sucintamente las 10 lesiones traumáticas fundamentales. Se habla de las mismas con un sentido práctico, dado que todos los accidentes recientes pueden encasillarse en alguno de los siguientes grupos:

A) Triada de lesiones leves:

- 1) Contusión: Es la consecuencia de un traumatismo directo sobre una región, en que la piel resiste sin abrirse.
- 2) Esguince: Conjunto de alteraciones anatomopatológicas y clínicas de una articulación, originadas por un movimiento brusco que las hace sobrepasar forzosamente los límites normales de su movilidad.
- 3) Distensión muscular: Se trata de rupturas fibrilares o incompletas de un musculo, que no llegan a la rotura completa.

B) Triada de roturas:

- 4) Rotura ligamentaria: Se trata de una agresión articular más intensa en que el ligamento distendido ha sufrido una ruptura total que, en general, quita estabilidad a la articulación.
- 5) Rotura tendinosa: La patogenia de este tipo de roturas puede ser por contracción violenta asinérgica o inesperada de su musculo, o; elongación súbita del tendón estando el musculo contraído (siendo este ultima la más frecuente).
- 6) Rotura muscular o desgarró muscular completo: Es la menos frecuente de los tres tipos de rupturas. Clínicamente se puede confundir con rotura tendinosa, pero a diferencia de esta última presenta un hematoma focal mayor.

C) Par de lesiones graves

- 7) Luxación: Es la pérdida permanente de contacto con las superficies articulares.
- 8) Fractura: Es la solución de continuidad de un hueso producida bruscamente. Cabe destacar que biológicamente la fractura es un compromiso grave de partes blandas con lesión en un hueso.

D) Par de lesiones con riesgo de infección:

- 9) Heridas: Solución de continuidad de la piel.
- 10) Fractura expuesta: Se habla de fractura expuesta cuando el foco de fractura tiene continuidad con el exterior (ya sea directa o indirectamente).

El traumatismo cervical puede presentar cualquiera de las lesiones antedichas, siendo más frecuentes las lesiones ligamentarias (desde un esguince hasta una luxación o subluxación) y las fracturas.

DEFINICIONES

1) Latigazo cervical:

Se entiende por “Latigazo cervical” o “Whiplash” a la hiperextensión brusca seguida de hiperflexión (aceleración y desaceleración) sin aplicación directa de fuerza a la cabeza o cuello. El latigazo afecta comúnmente a las articulaciones facetarias cervicales y musculatura relacionada (trapecio, escápulas elevadoras, escaleno, esternocleidomastoideo y paraespinales). Ocurre frecuentemente cuando un vehículo está detenido y es embestido desde atrás por otro rodado (también puede ocurrir que un vehículo que circula a baja velocidad es embestido por otro violentamente).



A diferencia del un choque frontal, tanto el conductor como los acompañantes se hallan con los músculos del cuello relajados, sorprendiéndolos desprevenidos. El vehículo chocado acelera bruscamente hacia adelante, y la cabeza (que pesa alrededor de 7 kg) se acelera en hiperextensión hacia atrás. Esta última es tan intensa, inesperada y brusca que los músculos anteriores pueden sufrir desgarros (esternocleidomastoideos, escalenos y el musculo largo del cuello) con los consiguientes hematomas. Agotada la hiperextensión (puede chocar el occipucio contra la espalda o el apoya cabezas) se pasa a la etapa en que la cabeza sufre una desaceleración brusca, hiperflexionándose hacia adelante hasta que el mentón choca contra el esternón. De este modo, son ahora los músculos y ligamentos de la región posterior los que resultan afectados.

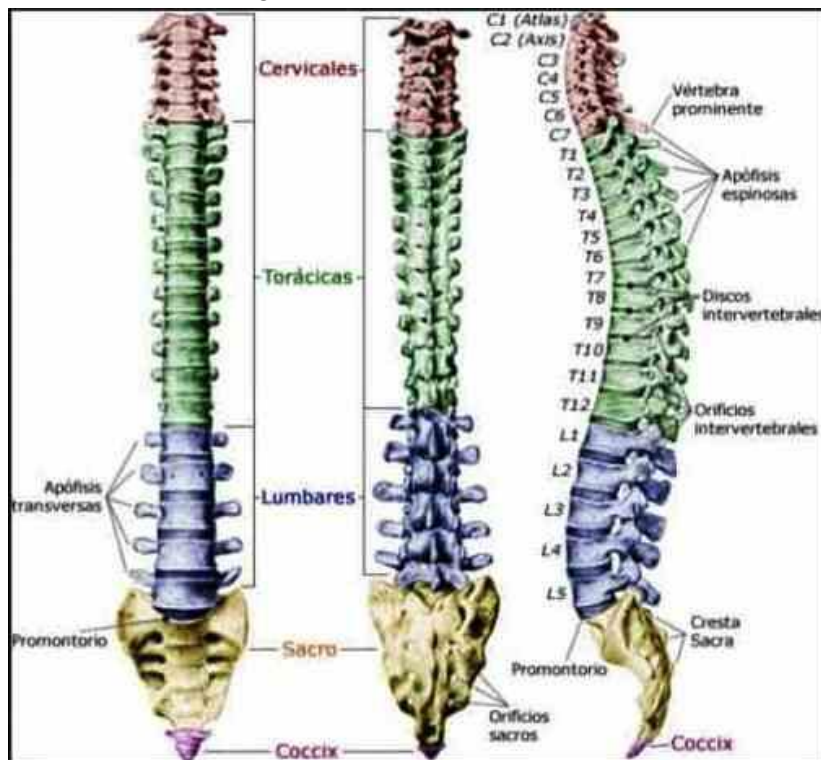
2) Cervicalgia y Cervicobraquialgia:

Se denomina cervicalgia al dolor a nivel de la columna cervical. El mismo se localiza en la nuca, pero puede irradiarse hacia los miembros superiores (denominándose así como Cervicobraquialgia). El dolor de cervical es una causa frecuente de consulta médica, sobre todo en mujeres mayores de 35 años. La mayoría son benignas y guarda poco correlato clínico-imagenológico. A menudo impide realizar movimientos de la cabeza. Puede ir acompañada de cefaleas, cansancio, mareos y vértigo. En el presente trabajo nos concentraremos en la cervicalgia dentro del contexto del latigazo cervical.

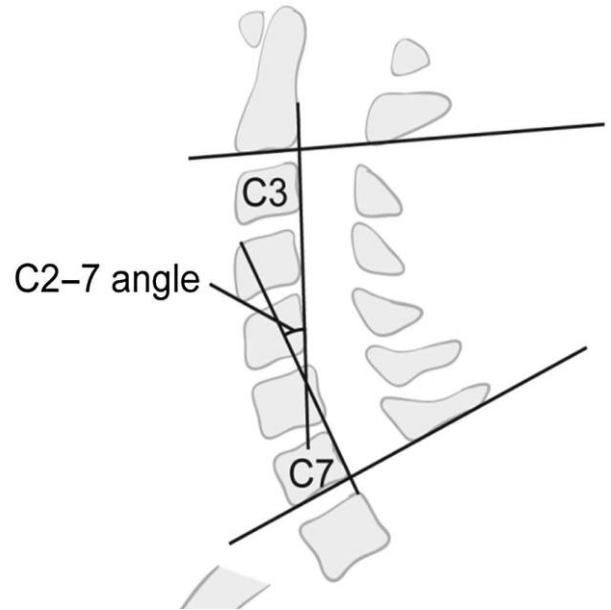
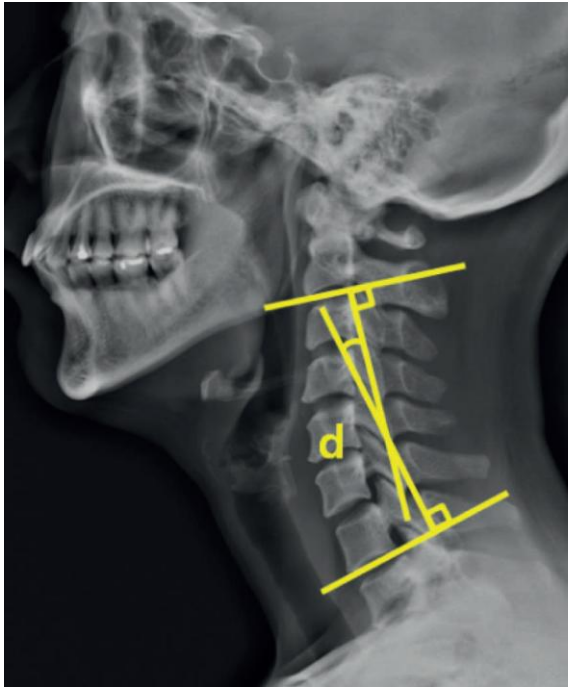
Más allá del presunto origen traumático, debemos siempre pensar en los distintos diagnósticos diferenciales (Patología tumoral de columna, patología infecciosa, inflamatoria, ELA, polineuropatías).

3) Rectificación cervical:

Para hablar de rectificación cervical primero debemos definir balance sagital. La columna vertebral humana tiene como principal función el permitir la bipedestación a través de cambios evolutivos de los segmentos vertebrales obteniendo una curvatura espinal en forma de "S" al observarla de perfil. El desequilibrio sagital ocurre cuando el paciente no es capaz de mantener una línea normal de carga de peso entre la cabeza y la pelvis cuando es visto de lado. El balance sagital es el estudio de la curvatura "ideal" en el plano sagital.



En esta imagen observamos las curvaturas normales: lordosis cervical, cifosis dorsal y lordosis lumbar. Hablamos de *rectificación cervical* a la pérdida de la lordosis cervical fisiológica. Mas que una patología es una descripción imagenológica (en general interpretada como alteración patológica).



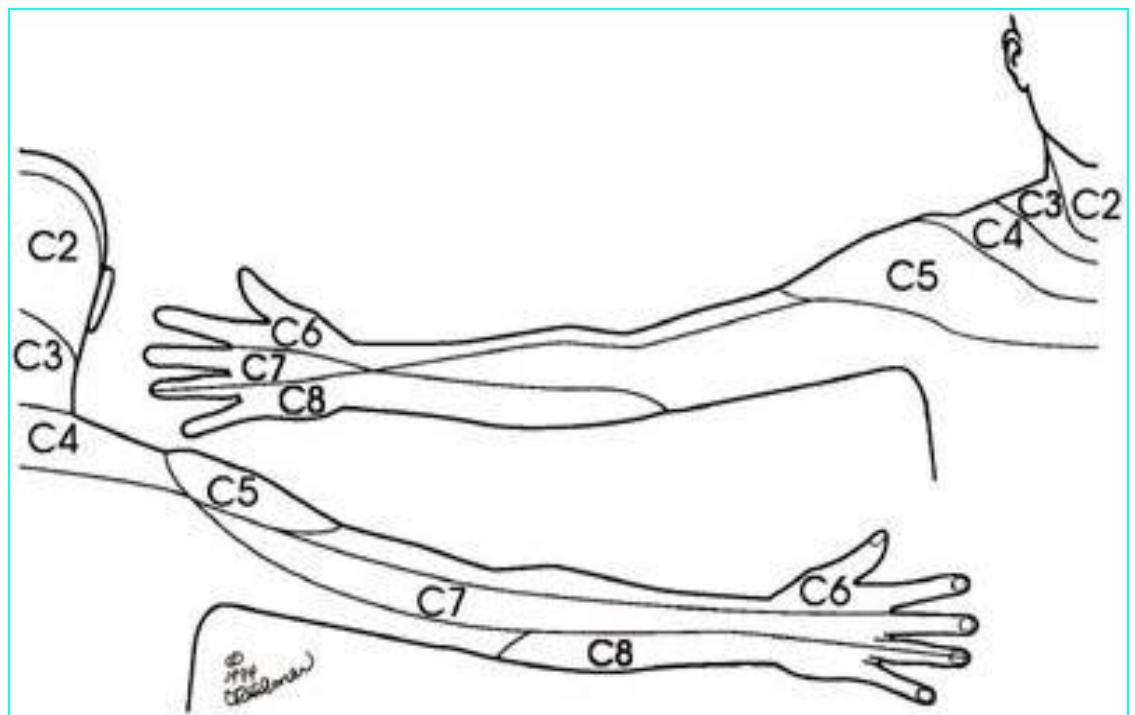
Consultando bibliografía, se encuentra la publicación realizada por Côté P, Cassidy J, Yong-Hing K, et al, que publicaron en *Spine*, en 1997 el trabajo “*Degeneración de la articulación apofisaria, degeneración discal y curva sagital de la columna cervical. ¿Se pueden medir confiablemente en las radiografías?*”. En el mismo se concluye que la medición del ángulo C2 – C7 (desde el borde inferior del cuerpo de C2 al borde inferior del cuerpo de C7) demostró un nivel aceptable de confiabilidad y puede utilizarse en la investigación de resultados. La angulación considerada normal es de $40^{\circ} \pm 9,7$.

CLINICA:

- 1) El latigazo cervical suele ser difícil de comprender para el paciente, pero tiene una clínica típica. Las primeras 24 hs suele presentarse como ligeras molestias al mover el cuello, progresando a dolor en nuca que toma ambos brazos sin pasar de codos. Este dolor se irradia hacia el occipital, puede ser muy intenso y acompañarse de una gran contractura muscular con sitio álgido máximo en región prevertebral. Pueden asociarse otros síntomas (vértigos, tinnitus, visión borrosa o disfagia). Suele mejorar lentamente a partir de los 10 días. Los síntomas son a menudo autolimitados en 6 a 12 meses. Cabe destacar que es un síndrome que solo afecta a las partes blandas. Pacientes con dolor persistente pueden tener desgarros anulares, coexistencia de artropatía degenerativa y/o patología discal, atrapamiento de la raíz nerviosa, espinal, estenosis o mielopatía. Síntomas neurológicos o dolor que no responde al tratamiento indican la necesidad de una evaluación adicional.
- 2) La cervicalgia (concentrándonos en la generalidad del dolor cervical en el contexto del origen traumático) puede manifestarse como un dolor de intensidad leve (sobre todo a la palpación paravertebral, sin irradiación a miembros) o un





cuadro más florido (concomitante con cefaleas, vómitos o vértigo; que igualmente impone descartar otros diagnósticos diferenciales).

La Cervicobraquialgia requiere un estudio clínico más exhaustivo a fin de obtener información acerca del nivel donde se halla el mayor compromiso. El interrogatorio orienta origen: por ejemplo, C6 o C7 se manifiestan con dolor en nuca, hombro, región posteroexterna de brazo y antebrazo. C6 toma pulgar C7 toma índice y medio. C8 y D1 se manifiesta como dolor en cara interna desde la raíz del miembro afectado hasta la mano.



En cuanto a la **inspección**, corresponde evaluar la actitud y las pupilas (dado que puede haber lesión del simpático cervical que se manifiesta como anisocoria, miosis, ptosis, enoftalmos y anhidrosis; constituyendo así el síndrome de Claude-Bernard-Horner).

En la **palpación** se debe inspeccionar las apófisis espinosas, el trofismo y tono muscular de la región cervical y de los miembros (también fuerza y sensibilidad). Se deben evaluar los grados de movilidad (flexión, extensión. Rotación hacia ambos lados y lateralidad).

Nivel	Signos motores (debilidad)
C5	 Deltoides
C6	 Bíceps braquial
C7	 Tríceps braquial
C8	 Interóseos

Exploración del nivel neurológico motor cervical en el examen físico

También se deben tomar los reflejos osteotendinosos:

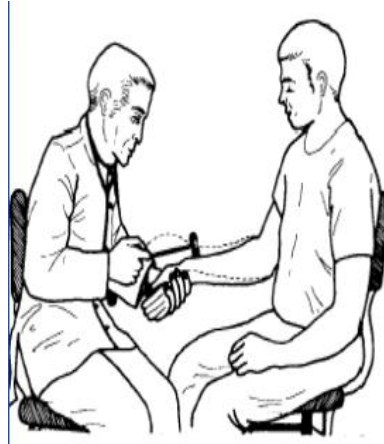
- 1) Bicipital: se investiga sobre la cara interna del codo, a nivel del tendón del bíceps en su inserción distal en el antebrazo, percutiendo sobre el dedo pulgar del examinador colocado encima de dicha inserción. Este reflejo pone en evidencia la raíz C5 y C6 del raquis cervical y produce la flexión del antebrazo sobre el brazo.



- 2) Tricipital: Con el codo examinado relajado y en flexión, se percute el tendón del tríceps sobre su inserción en el olecranon. Este reflejo pone en juego la raíz C6, C7 y C8.



- 3) Estilo-Radial: Se percute la apófisis estiloides del radio, con el antebrazo en flexión y relajado. Este reflejo pasa por la raíz C6, C7 y C8.



- 4) Cubito-Pronador: se percute la apófisis estiloides del cubito, con el antebrazo en flexoextensión neutra y ligera supinación, al percudir produce la pronación de la mano: raíz C6, C7 y C8.



Signos de compromiso radicular:

- 1) Test de compresión axial: Paciente sentado con el examinador detrás de él. Se ejerce presión sobre la cabeza. Es positivo si provoca dolor



- 2) Spurling: El examinador gira la cabeza del paciente hacia el lado afectado mientras extiende y aplica presión hacia abajo en la parte superior de la cabeza del paciente. Es positivo si provoca dolor.



Para definir si un paciente con traumatismo cervical debe ser inmovilizado o no, se utilizan los “Criterios de Nexus” (basados en la clínica):

Usted puede descartar una lesión de cuello y no tener que inmovilizar a un paciente si este:

1. No tiene dolor en la línea media cervical.
2. No tiene alteración en el nivel de consciencia.
3. No está intoxicado.
4. No presenta clínica dolorosa de otra lesión “distrayente” (ej., fractura expuesta).
5. No tiene signos neurológicos patológicos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- 1) Radiografías: Es el método por excelencia para evaluación inicial del traumatismo cervical. En politraumatismo se suele pedir solo Rx perfil de inicio (junto con tórax y pelvis). Pasado el episodio agudo (o, si el traumatismo no fue de tal envergadura) suele solicitarse frente y perfil. También puede completarse el estudio con las radiografías trans-oral, oblicuas izquierda y derecha, y dinámicas (en flexión y extensión máxima).

En la radiografía de frente puede evaluarse la alineación coronal, la lesión de apófisis transversas o algunas fracturas del cuerpo vertebral.

En el perfil se evalúa la alineación sagital (con el consiguiente informe –o no- de “rectificación cervical”. También puede evaluarse: alineación de la columna posterior (con desplazamientos o “listesis”), fractura-acuñaamientos del cuerpo vertebral, lesiones de apófisis espinosas.

En las oblicuas se pone de manifiesto la espondilólisis (fractura de la pars articularis).

En la Rx Trans-oral se puede observar fractura de la apófisis odontoides del axis, o asimetrías en la imagen de la misma.

En flexión y extensión máxima se pone de manifiesto la indemnidad funcional del aparato ligamentario tanto anterior (en extensión máxima) como posterior (en flexión).



Rx Frente



Rx Perfil



Rx Oblicua



Rx Transoral



Rx Flexión máxima

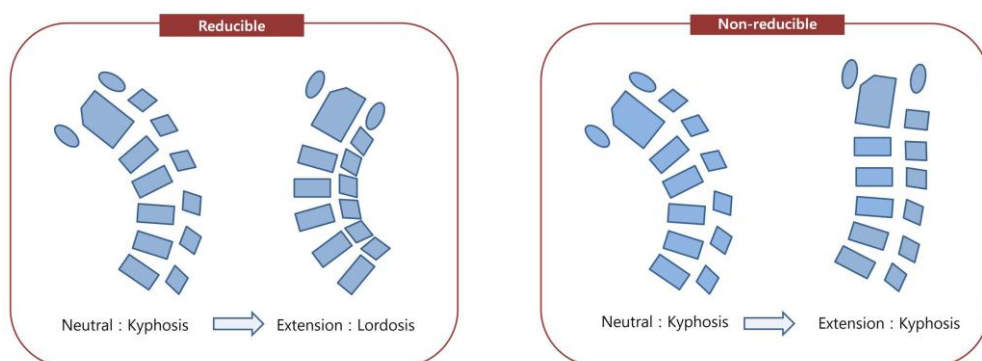


Rx Extensión máxima

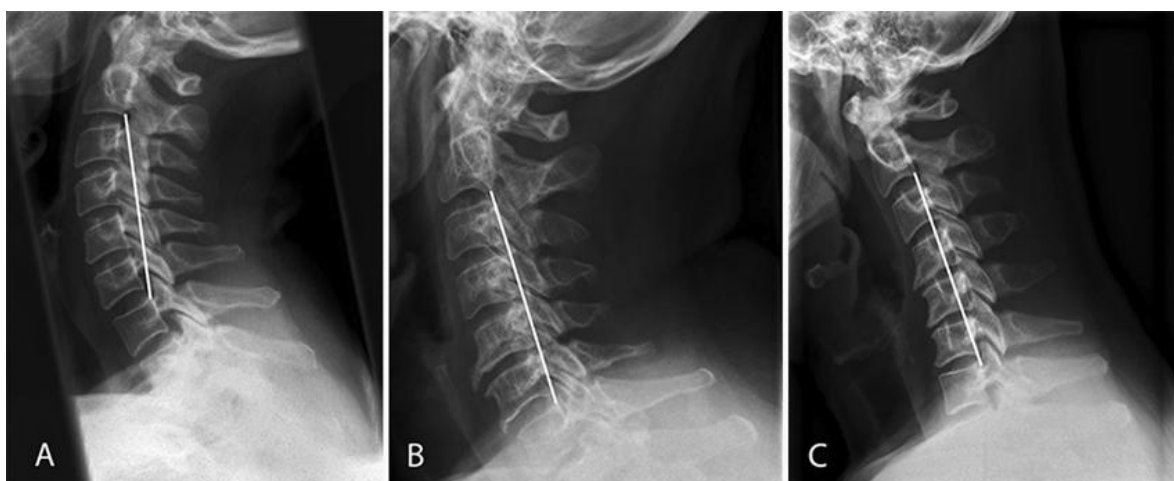
Rx y rectificación cervical: Ya se definió en el presente trabajo a la rectificación cervical como la pérdida del balance sagital fisiológico. Dicho de otra manera, es la observación radiológica de la columna “rectificada”, como se observa en la imagen a continuación:



Esta imagen, tomada al autor del presente trabajo, corresponde a un paciente asintomático. Seok Woo Kim, presento en *the spine journal* un trabajo titulado “*Analysis of cervical spine alignment in currently asymptomatic individuals: prevalence of kyphotic posture and its relationship with other spinopelvic parameters*” (“Análisis de la alineación de la columna cervical en individuos actualmente asintomáticos: prevalencia de la postura cifótica y su relación con otros parámetros espinopélvicos”). En el mismo se eligieron 1026 voluntarios adultos asintomáticos que aceptaron participar en dicho estudio desde enero de 2010 hasta marzo de 2016. Solo 958 fueron elegibles para dicho estudio. Los resultados fueron: Casi una cuarta parte de los participantes asintomáticos (26,3%) tienen rectificación cervical, y casi una sexta parte de los individuos con la columna “rectificada” (16,7%) tienen cifosis irreductibles. La prevalencia aumenta con la edad. Los casos no reductibles son en su mayoría cifosis, la cual proviene de la región C2-C7, y dicha cifosis no se correlaciona con ninguno de los parámetros radiológicos de las otras partes de la columna vertebral, excepto la lordosis lumbar. Concluyen en dicho trabajo que la cifosis cervical se puede observar en adultos sanos normales.



Roland D. Donk y cols, para intentar crear un consenso del método más sencillo y con menos margen de error, publicaron en *Journal of Neurosurgery: Spine*, en 2017, un estudio titulado “Una evaluación del método más confiable para estimar la alineación sagital de la columna cervical: análisis de una cohorte prospectiva de 138 casos”. En dicho estudio compararon el método del ángulo C2-C7 con el método de Toyama y Cols (trazar una línea desde la parte posteroinferior del cuerpo vertebral de C-2 a la parte posterosuperior del cuerpo vertebral de C-7), encontrando una confiabilidad entre evaluadores alta para ambos; aunque arrojó como resultado que el método de Toyama es una mejor herramienta para una evaluación global de la alineación sagital cervical.



En dichas Rx se aprecia dicho método. Siendo: A. Lordosis, B. Rectificada, C. Cifosis

Para introducir la variable que nos interpela en el presente trabajo, diversos autores han evaluado la curvatura cervical posterior a un evento traumático. Michail Beltsios y cols, publicaron en la revista *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, en el año 2003 un trabajo titulado “Alineación sagital de la columna cervical después de una lesión en el cuello”. En el mismo plantean que la columna cervical es lordótica y se ve afectada por la postura de la cabeza y el cuello. La cuestión de si la pérdida de lordosis cervical es el resultado de un espasmo muscular después de una lesión o una variación de la normalidad es investigada a través del estudio de la incidencia de lordosis cervical normal y sus cambios después de lesión cervical, en comparación con la población sana. Para ello tomaron las radiografías laterales de la columna cervical de 60 pacientes con traumatismo cervical y las compararon con 100 pacientes sin lesión. El estudio de la columna vertebral se midió utilizando el ángulo formado entre las placas terminales inferiores de las vértebras C2 y C7. Concluyeron que no hay diferencia significativa entre los dos grupos estudiados con respecto a todos los tipos de alineación sagital de la columna cervical. Las alteraciones de la lordosis cervical normal en pacientes con lesión de cuello deben ser consideradas casuales. Estas alteraciones no deben ser interpretadas como asociadas a espasmos musculares causados por dolor de cuello.

- 2) Tomografía Computada: Método de elección en traumatismo cervical con sintomatología dolorosa y radiologías poco concluyentes. Además de las imágenes obtenidas por cortes axiales, en la ciudad de Buenos Aires no son pocas las instituciones que cuentan con reconstrucción para los planos coronal y sagital, además de la reconstrucción 3D. Permite además el diagnóstico de lesiones incompletas o sin desplazamiento de estructuras de pequeño tamaño como las apófisis transversas o espinosas. Permite una mejor visualización de la apófisis odontoides del axis (C2) y su relación con los procesos laterales del atlas (C1), estructuras que se alteran cuando hay no solo fractura de apófisis odontoides -que puede diagnosticarse con una buena Rx transoral- sino también con ruptura del ligamento transversal del atlas.

Pero el motivo del presente trabajo no es el estudio del trauma cervical únicamente, sino la relación del mismo (o no) con la rectificación cervical. Hyo Sub Jun y cols., publicaron en *Spine*, en 2014 un trabajo titulado "*Is It Possible to Evaluate the Parameters of Cervical Sagittal Alignment on Cervical Computed Tomographic Scans?*" ("¿Es posible evaluar los parámetros de alineación sagital cervical en exploraciones tomográficas?"). El propósito de dicho estudio fue analizar la relación de los parámetros de alineación cervical sagital entre aquellos obtenidos por TC cervical y los obtenidos por radiografía, así como para determinar qué parámetro ayudaría a predecir la lordosis fisiológica de la columna cervical. Se realizó un análisis retrospectivo de 50 adultos asintomáticos a los que se le realizaron tanto tomografías computadas como radiografías cervicales al mismo tiempo. Concluyeron que no se vio diferencia significativa para la medición de la rectificación cervical entre ambos grupos. La diferencia hallada puede deberse al efecto de la gravedad sobre la columna cervical si comparamos la posición para la toma de una radiografía de frente y la posición supina para la realización de una tomografía computada. Por lo tanto, la TC no es relevante para el estudio de la rectificación cervical, y en el contexto del latigazo cervical sirve para descartar lesiones asociadas que revisten mayor gravedad (pero que también presentan otro cuadro clínico)

- 3) Resonancia Magnética Nuclear: Aporta para el estudio ulterior, pasado el episodio agudo de traumatismo cervical. Da información sobre el estado de las partes blandas, se pueden visualizar la compresión, el edema y la hemorragia de la medula espinal; se evalúan lesiones de los discos intervertebrales, edema óseo y lesiones ligamentarias. No es de relevancia en el estudio del latigazo cervical, suele utilizarse para el diagnóstico posterior de lesiones asociadas no diagnosticadas
- 4) Electromiograma: Este examen es capaz de registrar la conducción de un impulso eléctrico en un nervio y evaluar la actividad del músculo en dos situaciones diferentes: Durante la contracción y el reposo. Se realiza mediante la inserción de un electrodo en el músculo (una aguja-electrodo) que capta las señales y las envía a un electromiógrafo, traduciendo las mismas en ondas (potenciales). En el contexto del

presente trabajo, este estudio sirve para diagnosticar lesiones radicales. Existen trabajos que indican que tiene un 10% de falsos positivos. El Electromiograma es un medio de confirmación de patología sospechada y nunca un medio de aproximación inicial al paciente.

MARCO LEGAL

La instancia pre-judicial es, como su nombre lo indica, el momento en el cual un damnificado (llámese “actor”) le reclama a la otra parte (en general, una compañía de seguros), ya sea de forma espontanea o con patrocinio de un letrado, para la valoración del daño (físico y/o psicológico) y el resarcimiento económico de las lesiones sufridas en un accidente. La naturaleza de la misma es intentar evitar la instancia judicial a través de un entendimiento entre las partes.

Se describirá a continuación como expresan los distintos baremos la cervicalgia – cervicobraquialgia y como son interpretados en el contexto de rectificación cervical y latigazo cervical. Dado que el presente trabajo apunta no a la sentencia de un juez sino a la instancia pre-judicial, se iniciará describiendo el baremo más utilizado en dicho contexto (AACS). No se hará hincapié en la incapacidad otorgada por limitación funcional dado que no se habla en general de lesiones crónicas establecidas, sino de procesos en general sub-agudos.

- 1) Baremo de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS)
 - Cervicalgia sin irradiación braquial 1-5%
 - Cervicalgia con irradiación braquial 6-10%
 - Síndrome postraumático cervical (cervicalgia, mareos, vértigos, cefaleas) 1-8%
- 2) Baremo de Altube – Rinaldi
 - Cervicalgia con síntomas subjetivos de dolor no confirmados por alteraciones estructurales patológicas en las radiografías, sin contractura dolorosa involuntaria paravertebral: 0%
 - Cervicalgia con contractura muscular dolorosa persistente, pérdida de la lordosis en las radiografías y reducción del rango de movilidad de la columna: 4 a 8%
 - Cervicalgia con contractura muscular y rigidez con cambios degenerativos discales (estrechamiento del disco intervertebral involucrado): 6 a 12%
 - Cervicobraquialgia con síntomas subjetivos de dolor no confirmados por alteraciones estructurales patológicas en las radiografías, sin contractura dolorosa involuntaria paravertebral y electromiograma normal: 0%
 - Cervicobraquialgia con contractura muscular dolorosa persistente, pérdida de la lordosis en las radiografías, reducción del rango de movilidad de la columna y electromiograma alterado en forma unilateral, sin discopatía localizada: 6 a 10%

- Cervicobraquialgia con contractura muscular y rigidez con cambios degenerativos discales (estrechamiento del disco intervertebral involucrado) y electromiograma alterado en forma unilateral: 8 a 15%

- Cervicobraquialgia con contractura muscular y rigidez con cambios degenerativos discales (estrechamiento del disco intervertebral involucrado) y electromiograma alterado en forma bilateral: 10 a 20%

3) Decreto Nacional 659/96:

- Cervicobraquialgia post-traumática, sin alteraciones clínicas, radiológicas ni electromiográficas: 0%

- Cervicobraquialgia post-traumática, con alteraciones clínicas, radiológicas y electromiográficas leves a moderadas: 5 – 25%

CONCLUSIÓN

El desarrollo del presente trabajo ha permitido tener una idea de la valoración de la patología cervical en el contexto del latigazo cervical y como los distintos baremos otorgan incapacidad dependiendo del grado de afección clínica y de estudios complementarios. Antes de intentar desglosar cada uno de los enfoques de cada baremo, es menester aclarar que lo más importante a evaluar es la clínica del paciente, con una completa anamnesis, examen físico y estudios complementarios. Sabido es que la mayoría (por no decir todas) las valoraciones de la patología cervical en el ámbito judicial van acompañadas de resonancia magnética nuclear y Electromiograma. Vale recordar que la resonancia magnética proporciona detalles estructurales de las raíces nerviosas y de las estructuras vecinas, mientras que el electromiograma proporciona una medida de la integridad fisiológica de las raíces nerviosas. Así el Electromiograma puede ser negativo si se realiza demasiado pronto o puede seguir siendo normal en casos de radiculopatías leves o con predominio de afectación sensitiva, mientras que la resonancia nuclear magnética puede revelar anomalías estructurales de la columna que no son clínicamente relevantes.

El baremo más utilizado en el área prejudicial es el de la AACS. El mismo otorga de 1 a 5% de incapacidad por cervicobrachialgia sin irradiación braquial (sin necesidad de aportar otros elementos del examen físico ni de estudios complementarios). La Cervicobraquialgia otorga de un 6 a un 10% (nuevamente, no impone la realización de estudios complementarios). E incluye el “síndrome postraumático cervical” con cefaleas, mareos, vértigos y cefaleas, otorgando del 1 al 8%. Este último tiene la misma clínica que el Síndrome del Latigazo Cervical (que sabemos que se autolimita en el periodo de 6 meses a un año). Por otro lado, ninguna afección otorga el 0% de incapacidad.

El baremo de Altube-Rinaldi (el más utilizado en la práctica del fuero civil) Es mucho más exhaustivo, aunque en cervicobrachialgia con la presencia de rectificación cervical (“perdida de la lordosis en las radiografías”) ya otorga incapacidad. Recordemos la presencia de rectificación cervical en la población asintomática. También aumenta el grado incapacidad con cambios degenerativos discales (que también pueden estar presentes en la población asintomática). Para la Cervicobraquialgia hace hincapié en la contractura muscular paravertebral (signo inespecífico, poco medible), rectificación cervical, reducción del rango de movilidad y discopatía.

El Decreto Nacional 659/96 es el utilizado en la valoración del daño corporal del fuero laboral. Directamente no hace mención a la cervicalgia (aunque sí a la lumbalgia) y se centra en la valoración del rango de movilidad. Para Cervicobraquialgia, cabe destacar que es un margen amplio (5 al 25%) y habla de “alteraciones clínicas, radiológicas y electromiográficas”.

No existe un baremo perfecto, dado que se habla de valoración del daño físico y siendo la medicina más un arte que una ciencia exacta, es difícil correlacionar la percepción de dolor con parámetros medibles. No hay evidencia científica que otorgue a la rectificación cervical el grado de relevancia patológica que parece tener, no solo en los escritos judiciales, sino también en la práctica diaria con los colegas (tanto médicos de otras especialidades como traumatólogos).

No son pocas las veces que se lee en las demandas que el actor sufrió “latigazo cervical” (que es un síndrome autolimitado, que no deja secuela anatómica o funcional) o que el mismo presenta “rectificación cervical” (valoración radiológica que puede estar presente en población asintomática y que incrementa su prevalencia en edad avanzada). El hecho de existir una instancia pre-judicial que no otorga 0% de incapacidad y que no repara en los estudios complementarios explícitamente, hace que con el solo hecho de sufrir un accidente, aunque el mismo sea de baja energía, se pueda iniciar una acción contra una parte.

Por otro lado, todos los baremos coinciden en la limitación funcional como pasible de otorgar incapacidad (siendo lo único objetivable, medible y reproducible) de la evaluación física del paciente (en este caso, del actor).

Por último, me tomo el atrevimiento de transcribir un fragmento del libro “100 lesiones de ortopedia en buen romance” del Doctor José Manuel Del Sel (docente que conocí en la cursada de pregrado, verdadero maestro de la traumatología Argentina, el cual transmitía sus conocimientos con total pasión y entrega (aunque también cierta rigurosidad).

“Fractura luxación de columna cervical”

“Las fracturas luxaciones de columna cervical, a veces se ven muy mal en algunas proyecciones. El perfil en las lesiones de la parte superior, no dejan margen a error pues se percibe al momento cuando hay un desplazamiento que es casi siempre anterior.

Pero en la parte inferior, la imagen no es tan segura pues la misma contractura, que existe de rigor, impide al operador

ver la séptima y la primera y ocultan de esta manera luxaciones indudables que quedan indemostrables si uno no lo previera.

No hay que dejar desechada a la proyección de frente que el arco correspondiente de la vertebral luxada de una manera obligada se ha totalmente invertido, según lo hemos referido, porque según nuestra tesis se evidencia la listesis porque el cuerpo ha descendido”

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Traumatología y Ortopedia, Ramos Vertiz. Segunda Edición (2006).
- 2) Cirugía Ortopédica de Campbell. Decima edición.
- 3) Fracturas en el adulto, Rockwood & Green's. Quinta edición, 2007
- 4) J Neurosurg Spine. 2013 Aug;19(2):141-59. doi: 10.3171/2013.4.SPINE12838.
Cervical spine alignment, sagittal deformity, and clinical implications: a review.
Scheer JK(1), Tang JA, Smith JS, Acosta FL Jr, Protopsaltis TS, Blondel B, Bess
- 5) Eur J Orthop Surg Traumatol. 2013 Jul;23 Suppl 1:S47-51. doi:10.1007/s00590-012-0966-3. Sagittal alignment of the cervical spine after neck injury. Beltsios M(1), Savvidou O, Mitsiokapa EA, Mavrogenis AF, Kaspiris A,
- 6) Donk RD, An assessment of the most reliable method to estimate the sagittal alignment of the cervical spine: analysis of a prospective cohort of 138 cases. J Neurosurg Spine. 2017 May;26(5):572-576. doi: 10.3171/2016.10.SPINE16632.
- 7) Analysis of cervical spine alignment in currently asymptomatic individuals: prevalence of kyphotic posture and its relationship with other spinopelvic parameters. Spine J. 2017 Sep 27. pii: S1529-9430(17)31001-X. doi:10.1016/j.spinee.2017.09.008.
- 8) Spine (Phila Pa 1976). 2014 May 1;39(10):E630-6. Is it possible to evaluate the parameters of cervical sagittal alignment on cervical computed tomographic scans? Jun HS(1), Chang IB, Song JH, Kim TH, Park MS, Kim SW, Oh JK.
- 9) Spine J. 2013 Aug;13(8):914-21. doi: 10.1016/j.spinee.2013.02.032.
Is cervical lordosis relevant in laminoplasty? Kim SW(1), Hai DM, Sundaram S, Kim YC, Park MS, Paik SH, Kwak YH, Kim TH.
- 10) Di Martino A, Papalia R, Albo E, Cortesi L, Denaro L, Denaro V. Cervical spine alignment in disc arthroplasty: should we change our perspective? Eur Spine J. 2015 Nov;24 Suppl 7:810-25. doi: 10.1007/s00586-015-4258-6.
- 11) Ren S, Wong DW, Yang H, Zhou Y, Lin J, Zhang M. Effect of pillow height on the biomechanics of the head-neck complex: investigation of the cranio-cervical pressure and cervical spine alignment. PeerJ. 2016 Aug 31;4:e2397. doi:10.7717/peerj.2397.
- 12) Baremo de la AACCS. <http://www.aacs.org.ar/doc/baremo/baremo.pdf>
- 13) Baremo de Altube-Rinaldi
- 14) Decreto 659/96, Tabla Anexa de Evaluación de Incapacidades Laborales Ley 24.557
- 15) 100 lesiones de ortopedia en buen romance. Dr. José Manuel Del Sel.