

Esguince cervical postraumático. Valoración lesional y terapéutica. Repercusiones médicas y legales

Post-traumatic cervical sprain. Evaluation of lesions and therapy. Medical and legal repercussions

**Smith Ferres, E.
Mayans Moreno, J.
Montañana Marí, J. V.
Aparicio Bellver, L.
Pérez Moltó, J.**

Facultad de Medicina y Odontología. Valencia.
Departamento de Anatomía Humana.
(L. Villaplana Torres.)

Instituto de Medicina Legal. Valencia.
(M. Vicente Mendoza.)

RESUMEN

El presente trabajo valora las lesiones por esguince cervical postraumático evaluadas por médicos forenses titulares de Valencia y profesores titulares del Departamento de Ciencias Morfológicas. Los casos estudiados son valorados por cuatro juzgados de instrucción de esta capital en 1999 y se tienen en consideración parámetros como los valorados en las disposiciones legales españolas, especialmente la Ley 30/1955 de Ordenación y Supervisión de los seguros privados, por la repercusión que tiene sobre los médicos intervinientes (generalistas, traumatólogos, rehabilitadores, forenses, etc.) y sobre el lesionado/a.

Se valoran el diagnóstico inicial y tratamiento pautado como parte de la primera asistencia, revisiones posteriores por médicos generalistas, traumatólogos, forenses y otras especialidades, cambios en tratamientos y pruebas objetivas (radiografías, TAC, RNM, EMG, etc.), criterio de secuelas, distribución por sexos y edades, pronóstico y problemáticas individual y social.

ABSTRACT

This work assesses the injuries through post-traumatic cervical sprain evaluated by legal forensic doctors in Valencia and qualified professors from the Department of Morphological Sciences. The cases studied were assessed by four Magistrates' Courts in Valencia in 1999 and parameters such as those assessed in the Spanish legal dispositions were taken into consideration, especially Act 30 / 1955 on the Planning and Supervision of Private Insurance, because of the repercussion which this has on the doctors who intervene (general practitioners, traumatologists, rehabilitators, forensic doctors, etc.) and on the person injured.

The initial diagnosis and treatment established are valued as part of the primary care, check-ups later on by general practitioners, traumatologists, rehabilitators, forensic doctors and other specialists, changes in treatment and objective tests (X-rays, CAT, NMR, EMG, etc.), criterion of sequelae, distribution according to sex and age, prognosis and individual and social problems.

Correspondencia: Dra. Elvira Smith Ferres.
C./ Santa Teresa, 15. 46530 Puzol (Valencia).

Recepción: 18-VIII-2000. *Aceptación:* 12-II-2001
N.º Código: 115-6112

Palabras clave: Raquis cervical. Esguince. Informes legales.

Key words: Cervical spine. Sprain. Legal reports.

INTRODUCCIÓN

Se trata de una lesión que afecta a los tejidos blandos de la columna cervical. Generalmente es un desgarrar o estiramiento doloroso de la musculatura y/o ligamentos del cuello, sin lesión medular ni de raíces nerviosas. Suele acompañarse de cambios en la movilidad del cuello.

El estudio radiológico puede ser anodino o, en la mayoría de los casos, mostrar únicamente, una rectificación de la lordosis cervical fisiológica, signo inespecífico del espasmo muscular concomitante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado los casos de esguince cervical objeto de pericia médico-forense ordenada por cuatro juzgados de instrucción del partido judicial de Valencia en el año 1999.

Los reconocimientos se han llevado a cabo en el Servicio de Clínica Médico-Forense del Instituto de Medicina Legal de Valencia (IMLV), por los médicos forenses titulares adscritos a los juzgados instructores de los casos que se han estudiado.

Después de recibir la orden de realizar pericia médica contamos con el parte inicial de la primera asistencia que recibe el interesado tras el accidente que ha motivado parte judicial según la normativa legal española y la citación se lleva a cabo de forma inmediata, efectuándose el reconocimiento dentro de los treinta días siguientes a la petición del mismo, salvo excepciones anecdóticas.

En la propia citación que recibe el lesionado se le indica de forma resaltada la conveniencia de aportar cuantos documentos médicos relativos al accidente posea el interesado, por lo que en general en la primera exploración además de los hallazgos propios del examen general efectuado por el médico forense sobre el paciente disponemos en más del 70 por 100 de los casos de informes médicos relativos a la lesión objeto del reconocimiento acerca de tratamientos empleados, estado evolutivo, existencia de incapacidad laboral transitoria, manifestaciones subjetivas y hallazgos objetivables por personal facultativo.

En un 42 por 100 de los casos estudiados (61 de 145) ha sido necesario un segundo reconocimiento forense por persistir sintomatología propia de la lesión, por estar efectuando tratamiento medicamentoso o rehabilitador o bien por la necesidad de aportar pruebas que contribuyan a establecer objetivamente la magnitud del cuadro de cara a la orientación terapéutica y, en su caso, a establecimiento de secuelas, tanto desde el punto de vista médico como del propiamente médico-forense, condicionado por las disposiciones legales españolas (Ley 30/95 de ordenación y supervisión de los seguros privados, Código Penal, Ley

de Enjuiciamiento Criminal, etc.).

En el 30,6 por 100 de los casos (43) en que ha sido efectuado un segundo o más reconocimientos, además del parte de primera asistencia y de documentos del médico de cabecera, existe informe de uno o más especialistas en traumatología y ortopedia, cuya opinión se valora específicamente, distinguiéndola de otros documentos médicos, dada su trascendencia para la elaboración del parte definitivo o «de sanidad».

En la totalidad de los casos, y siguiendo lo acordado por los magistrados-jueces correspondientes, nos debemos pronunciar sobre los siguientes extremos:

- Si precisó, como consecuencia de las lesiones que motivan el reconocimiento, de una primera asistencia facultativa, especificando en qué consistió la misma, señalándose si procede si hubo intervención quirúrgica. Concretar el número de actos médicos necesarios por el lesionado con posterioridad a la primera asistencia prestada, especificando siempre en qué consistieron dichos actos médicos y si fueron únicamente de revisión y ratificación del tratamiento prescrito en la primera asistencia facultativa o si hubo rectificación del tratamiento inicial.
- Días improductivos para el desempeño de ocupaciones habituales.
- Días no improductivos.
- Días de hospitalización.
- Descripción y puntuación de las secuelas, adecuando los conceptos a la gradación del baremo de la Ley 30/95.

Finalmente se evalúa especialmente el resultado de estudios mediante TAC, RNM, EMG, etc.

RESULTADOS OBTENIDOS Y DISCUSIÓN

Todos los casos han precisado de una primera asistencia facultativa que ha dado lugar al parte judicial, y siempre se ha efectuado por personal médico en centros hospitalarios (100 por 100), (145).

En el 86,7 por 100 (126) de los casos, además de la anamnesis y exploración directa del médico, se ha practicado estudio radiológico simple del cuello, que ha revelado en dos tercios de los mismos la existencia de una rectificación de la lordosis fisiológica del cuello, diagnosticándose específicamente esguince cervical únicamente en el 20 por 100 de la casuística tratada.

En el 37,93 por 100 (55) se ha prescrito tras el

primer reconocimiento collarín cervical y tratamiento farmacológico (AINE y miorrelajantes).

Junto al diagnóstico principal de lesiones en el área cervical, el 27,58 por 100 (39) de los casos presentaba además hallazgos patológicos postraumáticos en otras áreas corporales:

- Traumatismo craneoencefálico: 3,44 por 100.
- Contusiones lumbares: 10,34 por 100.
- Diversos hematomas faciales: 6,89 por 100.
- Espóndilo artrosis (importancia del estado anterior): 3,44 por 100.

En todas las partes de primera asistencia se hace referencia a las manifestaciones subjetivas de la persona explorada con las expresiones «refiere dolor..., dice tener molestias en el cuello..., manifiesta...», etc.

En el 95 por 100 de las partes iniciales figura la indicación «control por su médico de cabecera», señalándose la conveniencia de la revisión por especialista en traumatología en un 44,80 por 100.

El 99,96 por 100 de los lesionados han acudido a su médico de cabecera después de la primera asistencia, evidenciándose que:

- El 10,34 por 100 es dado de alta con menos de veinte días impositivos.
- En el 44,82 por 100 el médico de cabecera mantiene el tratamiento prescrito en la primera asistencia y da el alta concretando entre veinte-cuarenta días impositivos.
- El 44,80 por 100 acuden al traumatólogo remitidos por su médico de cabecera.

Se ha observado en la documentación aportada que el traumatólogo privado (70 por 100) solicita a través de las unidades de diagnóstico por la imagen estudio radiológico respecto al público (30 por 100). Este estudio radiológico se suele concretar en el TAC, RNM y EMG, de tal manera que el traumatólogo privado solicita estas pruebas complementarias en un 84 por 100 de los casos y el público lo realiza en un 40 por 100 de los casos, sobre todo cuando se trata en un medio hospitalario. Estas pruebas se ciñen hoy de forma prácticamente a la RNM y en casos muy determinados a la EMG. Estas exploraciones en el estudio realizado por nosotros se ha efectuado en un 13,79 por 100 de los casos cuando se trata de RNM y en un 3,44 por 100 en el caso de la EMG, confirmando el diagnós-

tico inicial en un 63,65 por 100 de los casos, ampliándolo con nuevos hallazgos en el 36,25 por 100 de los casos y, por tanto, concretando con una gran precisión el mismo.

El 37,93 por 100 (54 casos) curaron con el tratamiento inicial mediante collarín blando y tratamiento farmacológico (AINE y miorrelajantes).

El 44,8 por 100 (65) de los casos, además del tratamiento anteriormente descrito, fueron remitidos al traumatólogo, el cual les prescribió tratamiento rehabilitador. De éstos, el 24 por 100 lo efectuaron en centros o instituciones en los que existe control por profesional fisioterapeuta y el 41,37 por 100 lo efectuaron en su domicilio.

Al 86 por 100 de los casos que habían acudido a traumatólogo privado les fue prescrita la rehabilitación en centro asistido por fisioterapeuta y sólo el 14 por 100 realizó la rehabilitación en su domicilio.

Hay que destacar que de entre todos los casos estudiados ninguno precisó de un solo día de hospitalización, siendo atendidos todos en las salas de urgencias de los mismos. En cuanto a los días de incapacidad, es decir, los que el enfermo ha tardado en curar, hay que destacar.

1. Impositivos (estando impositivo para desarrollar sus ocupaciones habituales):
 - Menos de 20: 10,34 por 100.
 - Entre 21-40: 44,82 por 100.
 - Entre 41-60: 17,24 por 100.
 - Entre 61-90: 13,79 por 100.
 - Entre 91-120: 3,44 por 100.
 - Más de 120: 6,89 por 100.
 - Más de 200: 3,44 por 100.
2. No impositivos (aquellos en los que el enfermo, aún no estando completamente restablecido, empieza a trabajar):
 - Menos de 20: 17,24 por 100.
 - Entre 21-40: 6,89 por 100.
 - Entre 41-60: 6,89 por 100.
 - Entre 61-90: —.
 - Entre 91-120: 3,44 por 100.

Tenemos un total de 65 pacientes de entre los estudiados, los cuales han precisado de días impositivos y no impositivos y uno de los lesionados, por decisión propia no causó baja temporal, tardando en curar entre noventa y uno y ciento veinte días no

impeditivos.

SECUELAS

En el capítulo de secuelas hay que destacar que el 42,32 de los lesionados alcanzaron la sanidad con secuelas en la siguiente proporción:

- Cervicalgia postraumática: 17,24 por 100 (25 casos).
- Síndrome postraumático: 4,44 por 100 (seis casos).
- Protrusiones disciales:
 - Una protrusión: 3,44 por 100 (cinco casos).
 - Dos protrusiones: 3,44 por 100 (cinco casos).
 - Tres protrusiones: 3,44 por 100 (cinco casos).
 - Cuatro protrusiones: 6,88 por 100 (10 casos).
- Hernias disciales: 3,44 por 100 (cinco casos).
- Protrusión/es junto con hernia discal: 3,44 por 100 (cinco casos).

DISCUSIÓN

En la revisión realizada por nosotros destacar tres parámetros a considerar:

- Sexo.
- Edad.
- Mecanismo productor.

En cuanto al primero, destacar que de los 145 casos estudiados, el 37,93 por 100 (55 casos) corresponden a varones y el 62,07 por 100 (90 casos) corresponden a mujeres.

En cuanto a la edad en el caso de los varones:

- 20-30 años: 7,27 por 100.
- 35-40 años: 5,45 por 100.
- 41-45 años: 5,45 por 100.
- Más de 50 años: 3,63 por 100.

En el caso de las mujeres:

- 20-25 años: 5,55 por 100.
- 26-30 años: 5,55 por 100.
- 31-35 años: 3,33 por 100.
- 36-40 años: 2,22 por 100.
- 41-45 años: 1,11 por 100.
- 46-50 años: 1,11 por 100.

En lo que se refiere al mecanismo productor destaca que los accidentes de tráfico, concretamente cuando el lesionado recibe el golpe en la parte trasera del automóvil en que viaja, suponen el 96,56 por 100, y sólo hemos encontrado un 3,44 por 100 que corresponde a agresiones. Como en otros estudios con los que se han comparado resultados, éste es el mecanismo predominante. [Krag (4), Larocca (5)].

CONCLUSIONES

Primera.—La mayor proporción se da en mujer, casi dos veces más que en el varón, al igual que en el estudio de Krag (4) en Illinois.

Segunda.—La incidencia mayor se produce entre los 20 y 30 años, tanto en la mujer como en el hombre.

Tercera.—El mayor número de casos en mujeres está en relación directa con el mayor número de incorporaciones al mundo laboral, que la hace utilizar frecuentemente vehículos en sus desplazamientos. Coincidente con estudios realizados en otros países (EE. UU.) [Krag (4), Illinois].

Cuarta.—Cuando el diagnóstico se ajusta al concepto de esguince cervical el enfermo tarda en curar entre veinte y cuarenta días impeditivos. Al igual que otras publicaciones españolas y extranjeras [Comín (2), 1997].

Quinta.—La intervención de especialistas en traumatología en la mayoría de los casos su conocimiento más exhaustivo de la entidad lesional con elementos objetivos (RMN, EMG, TAC, etc.) que proporcionan una calificación más adecuada en la realidad objetiva, tanto en el aspecto médico-forense o legal como en el estrictamente médico-terapéutico y de recuperación funcional.

Sexta.—Coincidimos con Larocca (5) en que los hallazgos radiológicos son muy discretos o inexistentes en gran número de casos.

Séptima.—No es frecuente que las manifestaciones subjetivas del paciente coincidan con datos objetivos obtenidos por exploración médica, ya que hay un gran número de casos en los que se exageran los síntomas, se intenta prolongar el período de enfermedad y la obtención de alta con secuelas, de cara a obtener un mayor rendimiento económico, a veces groseramente desproporcionado, como

señalan Gargan y Bannister (3).

Octava.—Los tratamientos farmacológicos y de rehabilitación son los empleados más frecuentemente, utilizándose cada vez menos el collarín cervical en periodos que superen las dos semanas.

Novena.—Ante la impresión médica de disparidad entre lo relatado o «simulado» por el paciente y los hallazgos del facultativo, es necesario conocer el criterio del médico ayudándose, si así lo estima conveniente, de pruebas objetivas que califiquen el cuadro, evitando actitudes hedonistas no carentes de picaresca, con finalidad de obtener beneficios económicos injustificados que perjudica gravemente a la clase médica en particu-

lar y a la sociedad en general.

Décima.—Es conveniente, a nuestro entender, la colaboración permanente entre los distintos cuerpos médicos y especialidades que intervienen en estos casos para mejor diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente y una justa indemnización, si procede.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clayton EN. Clayton's electrotherapy, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995.
2. Comin Gómez JA, Rodríguez Merchán C. El esguince cervical. Rev Esp Medicina Legal 1997; XXI (80-81):44-8.
3. Gargan MF, Bannister GC. Long-term. Prognosis of soft tissue injuries of the neck. J Bone Joint Surg 1990;72-B:901-3.
4. Krag MH. Cervical spine: trauma. En: Frymoyer JW, ed. Orthopaedic Knowledge Update 4AAOS. Illinois: Rosemont; 1993. p. 431-2
5. Larocca. Cervical sprain syndrome: diagnosis, treatment, and long-term outcome. En: Frymoyer JW, Ducker TB, Hadler NM, et al, eds. The adult spine: principles and practice. New York: Raven Press; 1991. p. 1051-62.
6. Mayou R, Bryant B. Outcome of whiplash neck injury. Injury 1996; 27:617-23.
7. Montañana Mari JV. Anatomía funcional y biodinámica. Master Valoración Médica del Daño Corporal y Medicina del Seguro. ISBN 84-8416-770-4. Facultad Medicina Valencia; 1997.
8. Montañana Mari JV. Master en Valoración Médica del Daño Corporal, 1.ª ed. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia; 1997. ISBN-84.8416-744-5.
9. Smith V. Manual de embriología y anatomía general. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia. ISBN 84-370-1006-3. Dep. Legal: V3432;1992.
10. Squires B, Gargan MF, Bannister GC. Soft-tissues injuries of the cervical spine. 15 years follow up. J Bone Joint Surg 1996;78-B:995-7.
11. Voss DE. Proprioceptive neuromuscular facilitation: patterns and techniques. En: Scranton PA, ed. Harper and Row Plymbredge distribution; 1995.
12. Woodward MN, Cook JCH, Gargan NF, Bannister GC. Chiropractic treatment of chronic «whiplash» Injuries. Injury 1996;27:643-5.

Distorsione cervicale postraumatica. Valutazione della lesione e terapeutica. Ripercussioni mediche e legali

RIASSUNTO

Il presente lavoro valuta le lesioni per distorsione cervicale postraumatica valutate da medici forensi titolari di Valencia e professori titolari del dipartimento di Scienze Morfologiche. I casi studiati sono valutati da quattro tribunali penali di questa città nel 1999 e si sono presi in considerazione dei parametri tali come quelli valorati nelle disposizioni legali spagnole, specialmente la Legge 30/1935 di Ordinazione e Supervisione delle assicurazioni private a causa della ripercussione che ha su dei medici intervenienti (curanti, traumatologi, riabilitatori, forensi, ecc) e sulla persona lesionata.

Si valorano la diagnosi iniziale ed il trattamento prescritto come parte della prima assistenza, le revisioni ulteriori da medici curanti, traumatologi, riabilitatori, forensi e di altre specialità; i cambi nei trattamenti e le prove

obiettive (radiografie, TAC, RNM, EMG, ecc) il criterio delle sequele, la distribuzione per sessi ed età, la prognosi e la problematica individuale e sociale.

Entorse cervicale post-traumatique. Evaluation de la lésion et évaluation thérapeutique. Répercussions médicales et légales

RÉSUMÉ

Le travail présent évalue les lésions par entorse cervicale post-traumatique examinées par des médecins légistes titulaires de Valence et des professeurs titulaires du service de Sciences Morphologiques. Les cas étudiés sont évalués par quatre tribunaux d'instruction de cette capitale de province en 1999 et sont pris en considération des paramètres comme ceux évalués dans les dispositions légales espagnoles, notamment la Loi 30/1955 de Réglementation et Supervision des assurances privées, par la répercussion qu'elle a sur les médecins participants (généralistes, traumatologues, rééducateurs, légistes, etc.) et sur la personne touchée.

Nous évaluons le diagnostic initial et le traitement modèle comme partie des premiers soins, ainsi que les révisions ultérieures par des médecins généralistes, traumatologues, rééducateurs, légistes et des autres spécialités, les changements dans les traitements et les examens objectifs (radiographies, TDM, IRM, EMG, etc.), le critère de séquelles, la distribution par sexe et âges, le pronostic et les problèmes à l'échelle individuelle et sociale.

Posttraumatische Genickverrenkung. Lesionare und therapeutische Bewertung. Medizinische und gesetzliche Nachwirkungen

ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Aufsatz bewertet die von ordentlichen Gerichtsärzten in Valencia und von ordentlichen Professoren des Fachbereiches für Morphologische Wissenschaften ausgewertet worden sind. Die untersuchten Fälle werden im Jahre 1999 von vier Amtsgerichte dieser Provinzhauptstadt bewertet, wobei solche Parameter beachtet werden, wie diejenigen, die in den spanischen Gesetzesbestimmungen, insbesondere das Gesetz 30/1955 über Regelung und Überwachung der privaten Versicherungen, berücksichtigt werden, wegen ihrer Rückwirkungen auf die teilnehmenden Ärzte (für allgemeine Medizin, Traumatologen, für Rehabilitierung, Gerichtsärzte usw) und auf den (die) Verletzte(n).

Es werden die anfängliche Diagnose und die als Teil der Ersten Hilfe vorgegebene Behandlung, die späteren Revisionen durch Ärzte für allgemeine Medizin, Traumatologen, Rehabilitierung, Gerichtsärzte und andere Spezialisten, Änderungen bei den Behandlungen und objektive Proben (Röntgenaufnahmen, TAC, RNM, EMG usw), die Einstellungen zu den Folgeerscheinungen, die Aufteilung nach Geschlecht und Alter, die Prognose und die individuellen und gesellschaftlichen Fragenkomplexe bewertet.