

“Hombro doloroso”. Un caso para reflexionar... y desesperarse

Lo que ha continuación se expone es un ejemplo de cómo algunos han perdido el uso del sentido común. Al mismo tiempo resulta sumamente desesperante para los defensores de la víctimas que se lleguen a estos extremos de obcecación.

El asunto es como sigue:

“El 11.07.11, sufre XYYY (el lesionado, 32 años) un accidente de tráfico, por alcance lateral izquierdo (por un camión) siendo el paciente conductor, por lo que es trasladado al Hospital Clínico de... e ingresado en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y posteriormente el Servicio de Cirugía Torácica, con el diagnóstico de:

“Traumatismo craneoencefálico leve (hematoma subgaleal parieto-occipital izquierdo). Fracturas costales izquierdas (1º y 2º arcos y alguno más sin especificar); Contusión pulmonar bilateral. Hemoneumotorax izquierdo; Contusión y laceración esplénica. Hematoma mediastinito”

Y agrega: “En informe de RNM cervical, 19.10.11: **fractura consolidada de base de la odontoides** con deformación y angulación posterior que impronta levemente en el cordón medular”

Informe Médico Forense, 03.04.12 (y que ratifica 11.10.12) SECUELAS:

“Limitación movilidad columna cervical;
Algía postraumática cervical sin compromiso radicular
Hombro doloroso...”

Es respeto al “**Hombro doloroso**” (lo que ya de por si significa todo un ejemplo de “diagnóstico”) de lo que ahora se quiere hablar.

La enorme brutalidad del accidente se recoge en estas imágenes. El vehículo del lesionado (Mercedes 180) venia circulando despacio en una pista rural y el camión se le acerca por su lado izquierdo, hasta llegar a impactarle directamente. Esto sucede en un cruce en el cual el camión tiene una señal vertical visible de STOP. El lesionado, conductor del vehículo (Mercedes 180) queda inconsciente. Y no recobra la consciencia plena hasta el día siguiente en el hospital, estando ya en la UCI. A continuación de este primer golpe, según relato de unos testigos, el vehículo del lesionado se desplaza a una finca de maíz que tiene frente al cruce. El lesionado fue excarcelado (hubo que serrar el techo del automóvil del lesionado) por un equipo de bomberos y posterior traslado en helicóptero al Hospital.



Hay que considerar igualmente la evacuación compleja del paciente, para su traslado al helicóptero. El paciente se encontraba sentado, con el asiento forzado hacia atrás, inconsciente, y el brazo izquierdo estaba colgando por fuera de la puerta. La cinemática (geometría del movimiento) de la extremidad superior izquierda se entiende como sigue. En el momento del golpe, el lesionado llevaba la mano izquierda en el volante pero en la parte alta. El brazo se desplaza por la ventanilla y cae la mano y el brazo por fuera de la puerta. Hay que pensar que en este movimiento de giro hacia fuera de la extremidad superior izquierda (y posteriormente hacia adentro, para recolocar el brazo dentro del habitáculo del vehículo) se añade a las lesiones del hombro, junto a las que se podrían haber producido en momentos antes por impacto directo del camión sobre el lateral izquierdo de la carrocería del vehículo en que circulaba el lesionado.

*** El paciente se examina privadamente el 07.06.12 (esto es, 11 meses después del accidente, 11.07.11) y entre otros aspectos refiere **dolor en el hombro izquierdo**, persistente desde la fecha del accidente. Cuando el paciente fue dado de alta, se significa que en el **Informe de Sanidad** del Sr. Médico Forense (03.04.12) se hacía referencia a “**hombro doloroso**” (izquierdo).

En la exploración (07.06.12) se comprueba como acusa dolor selectivo **hombro izquierdo** con signos de disminución de fuerza e inestabilidad en el hombro izquierdo. No hay prácticamente restricción de movimientos, pero el dolor aumenta al situar el brazo por encima de la altura de la cabeza y también cuando lleva el brazo por detrás de la espalda (signos exploratorios sugerentes / muy sospechosos de desgarro glenoideo).

El estado del paciente, y el tiempo transcurrido desde el accidente (11.07.11) a partir del mismo día 07.06.12 justifican ese mismo día las siguientes exploraciones:

- EEG, EMG extremidades superiores, que se realizan el mismo día 07.06.12.
- ARTRO-RNM de hombro con contraste, con equipo de ALTO CAMPO, potencia de 1.5 TESLAS (21.06.12).
- Consulta al Especialista en Traumatología (06.07.12) .

La **ARTRO-RM HOMBRO IZQUIERDO (21/06/2012) concluye diciendo que presenta lesiones** compatibles “con importante lesión capsular, con despegamiento posterior en la cápsula anterior, asociados a flexuosidad de ligamento gleno-humeral inferior y medio, con datos sugestivos de desinserción-rotura del último y presencia de pequeñas imágenes hiperintensas en labrum ántero-superior y antero-inferior, sugiriendo asimismo pequeñas zonas focales de rotura”.

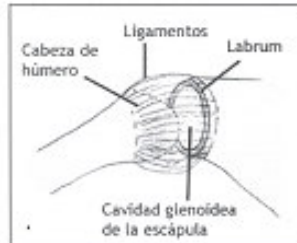
El especialista en Traumatología, 06.07.12, informa: “cuadro clínico de inestabilidad glenohumeral anteroinferior de carácter postraumático por lesiones glenohumerales”. Se indica tratamiento quirúrgico para proceder a la **reparación- estabilización de las lesiones cápsulo-ligamentosas glenohumerales**.

Pues bien, a pesar de todos estos razonamientos, el Sr. Médico Forense se ratifica en su informe de alta de 03.04.12, lo que hace con fecha 11.01.12, entendiendo que las lesiones no existen nexo de causalidad entre las lesiones del hombro que se acaban de referir y el accidente. A esto nos oponemos, al creer que sin duda existe **NEXO DE CAUSALIDAD** para esta lesión del hombro izquierdo, y se estima **PLENO Y DIRECTO**. El automóvil del lesionado fue impacto lateralmente por un vehículo de gran tonelaje (camión).

El Sr. Médico Forense, hace su propia lectura de la de la RNM del hombro, y dice: “En el estudio de la Arto RNM se observa una extravasación clara que, por una parte queda duda de si el paciente tiene una cápsula tipo III, o si hay, efectivamente, un desgarro antiguo que hace que el contraste avance medialmente. En cualquiera de los dos casos la imagen está magnificada debido a dicha extravasación. El ligamento glenohumeral inferior se observa íntegro y el medio es dudoso, pero este ligamento tiene, en realidad, escasa relevancia clínica. **El labrum está aparentemente íntegro**, al igual que la cabeza

humeral, en la que no se observan mellas. Los tendones están insertados sin desgarros”. “Por ello el hombro del paciente es aparentemente estable”

N.A.- El **rodete glenoideo** del hombro (también se llama **labrum**) es un **anillo fibroso que sujeta al hombro**, que se adjunta al borde de la glenoides (o glena). (En general, glena es la cavidad superficial de un hueso en la que encaja la cabeza de otro. En el hombro se remite a la cavidad glenoidea, que está rodeada por el reborde glenoideo). (El término *labrum* procede del latín (*labrum*-i, labio, borde).



Articulación del hombro: cabeza del húmero, cavidad glenoidea de la escápula, ligamentos glenohumerales y el labrum.

Además, en su cuarta consideración del Sr. MF dice: “Según la valoración de la Arthro-RNM de hombro izquierdo por parte del traumatólogo se observa *una pequeña impronta tipo HILL-SACHS en la zona postero superior de la cabeza humeral*, lesión secundaria a la luxación de hombro, que hasta donde me ha relacionado el paciente y he podido estudiar en la documentación no ha ocurrido. Además no es observable en la prueba radiológica, pudiendo aparecer en el corte AP, el más posterior, justo donde acaba la cabeza. En los cortes sagital y coronal, donde se obtienen mejores perspectivas, no se aprecia”. Esto quiere decir que la *pequeña impronta tipo HILL-SACHS en la zona postero superior de la cabeza humeral* es discutible, puede que exista o no. Y más aún cuando de la Arthro-RNM, el especialista en radiología, no la menciona. Y a su vez el propio forense (ver párrafo que sigue a este) dice: “el labrum está aparentemente íntegro, al igual que la cabeza humeral, en la que no se observan mellas”. De cualquier modo con respecto al **Hombro izquierdo**, el informe de secuelas recoge únicamente la existencia de un “hombro doloroso”. Pero no consta que se le practicara pruebas de imagen del Hombro izquierdo (interesaría en especial en este caso un resonancia magnética). Y más aún teniendo en cuenta la enorme contundencia y brutalidad del accidente. El lesionado fue **excarcelado** (hubo que serrar el techo del automóvil del lesionado) por un equipo de bomberos y posterior traslado en helicóptero al Hospital. Las imágenes fotográficas del mismo accidente hablan por sí solas:

Respecto a la lectura de la RM por el médico forense no es lo que lo que dice el informe del especialista de radiología de la **ARTRO-RM HOMBRO IZQUIERDO (21/06/2012)**. El criterio del especialista no puede ser postergado, y más en una prueba de tanta complejidad como esta. El informe del especialista en Radiología afirma textualmente:

“Como dato más reseñable, se observa un despegamiento de la cápsula interna, con inserción posterior en la escápula, probablemente de origen postraumático, asociado a la presencia de pequeños focos de hiperintensidad de señal, extendiéndose intrasustancia al labrum (próximo a la inserción del bíceps) y en menor medida inferior, indicando pequeña zona de rotura. / Asimismo se observa una marcada flexuosidad del ligamento glenohumeral medio e inferior, indicando cambios postraumáticos, con aparente desinserción del primero. / El tendón del supraespinoso, bíceps y subescapular así como señal ósea, presentan características compatibles con la normalidad desde el punto de vista de RM. / **CONCLUSION:** “compatibles con importante lesión capsular, con despegamiento posterior en la cápsula anterior, asociados a flexuosidad de ligamento gleno-humeral inferior y medio, con datos sugestivos de desinserción-rotura del último y presencia de pequeñas imágenes hiperintensas en labrum antero-superior y antero-inferior, sugiriendo asimismo pequeñas zonas focales de rotura”.

Por su parte el especialista en Traumatología, 06.07.12, informa: “cuadro clínico de inestabilidad glenohumeral anteroinferior de carácter postraumático por lesiones glenohumerales”. Se indica tratamiento quirúrgico para proceder a la reparación- estabilización de las lesiones cápsulo-ligamentosas glenohumerales.

**** No parece correcta la afirmación del Sr. Médico Forense cuando dice “por ello el hombro del paciente es aparentemente estable”. Y no lo es, ya que por una parte el especialista en Traumatología afirma**

rotundamente que existe un “cuadro clínico de inestabilidad glenohumeral anteroinferior de carácter postraumático por lesiones glenohumerales”.

Aclárese que “hay que distinguir entre inestabilidad anatómica y funcional. La inestabilidad anatómica es la subluxación o luxación de la cabeza humeral. La *inestabilidad funcional* (PAPPAS, 1983) está provocada por la rotura o despegamiento de fragmentos del labrum y su interposición entre la cavidad glenoidea y la cabeza humeral. Produce dolor, impotencia funcional, falta de fuerza, con inseguridad en la acción.

El especialista en radiología (21.06.12) dice y concreta que existe:

“importante lesión capsular”;

“datos sugestivos de desinserción-rotura del último y presencia de pequeñas imágenes hiperintensas en labrum ántero-superior y ántero-inferior, sugiriendo asimismo pequeñas zonas focales de rotura”

Y el especialista en Traumatología (Informe 6.06.12) informa: “cuadro clínico de inestabilidad glenohumeral anteroinferior de carácter postraumático por lesiones glenohumerales”.

De esta forma hay que atenerse al criterio de los especialistas. Por una parte al del radiólogo que lee la **ARTRO-RM HOMBRO IZQUIERDO** (21/06/2012). La formación propia de un Médico Forense no es la más adecuada para adentrarse en la profundidad de una lectura de una ARTRO Resonancia, e igualmente su criterio ha de ceder frente al del especialista en Traumatología.

Comentario final.- la enorme brutalidad de este accidente no se puede negar. Las imágenes son un fiel testigo de ello.

Sin duda se cumplen de forma rigurosa los **criterios invocados de causalidad ya referidos**: **cronológico**: plazo de tiempo transcurrido entre el hecho traumático y la intensidad del daño; **de intensidad**: relación entre la intensidad del hecho traumático y la intensidad del daño; **topográfico**: relación entre la zona afectada por el hecho traumático y la zona en la que aparece el daño; **de exclusión**: excluye el hecho traumático como causa del daño por la existencia de otra circunstancia exclusiva de presentación del mismo” El criterio de exclusión también queda cumplido, pues se descarta patología previa, a la vista que la Información solicitada y que remite el Sr. Médico de cabecera del paciente, en relación con los antecedentes del paciente antes de este accidente de tráfico.

Esto claro que el Sr. Médico Forense admite en su informe de secuelas que hay un “hombro doloroso”. Pero decir “hombro doloroso” es un marco genérico (como lo es decir “hombre enfermo”) y que hay que llenar de contenidos. Y, entre otros, averiguar la causa por la que duele, y, si es posible, indagar sobre las estructuras que se pudieron dañar. Se entiende también que por la falta de medios en Sr. Médico Forense no haya podido concretar el diagnóstico. No obstante, en cambio, lo que no entiende es su comportamiento posterior: rechazar la causa y mecanismo que explica el síntoma que admite (“hombro doloroso”)

Si por un lado existe una preocupación creciente al comprobar como las entidades aseguradoras cada vez ponen más inconvenientes para que se vean satisfechas las justas demandas de las víctimas de los accidentes de tráfico, por otro hay que pensar que casos como este podrían repetir. Y cuando algunos de atreven a negar la evidencia (que de no ser así les ruego humildemente que cualquier lector me saque del error) con mayor facilidad lo harán ante mecanismos lesivos mucho más sutiles.

Miguel Rodríguez Jouvencel
mrjouvencel@gmail.com
20/septiembre/2013