

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Federico Lucas Ginnobilli

CONTROVERSIAS AL DECRETO 49-2014 POR LA NO INCLUSIÓN DE HERNIAS DISCALES MÚLTIPLES LUMBARES CON O SIN ASOCIACIONES ARTROSICAS

Evidencia clínica y pericial en la especialidad de
patología de columna vertebral

2021

Citar como: Ginnobilli, F. L. (2021). Controversias al Decreto 49-2014 por la no inclusión de hernias discales múltiples lumbares con o sin asociaciones artrosicas: evidencia clínica y pericial en la especialidad de patología de columna vertebral. (Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD). RID ISALUD.

INDICE:

- 1- INTRODUCCION:Pág. 5
- 2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Pág. 6
- 3- DESARROLLO:Pág. 7
- 4- CONCLUSION: Pág. 26
- 5- BIBLIOGRAFIA: Pág. 28
- 6- ANEXOS:Pág. 31

RESUMEN

El origen de las enfermedades de la columna lumbar, y de forma especial las hernias de disco, es aún hoy cuestión de debate en el mundo científico, aunque se acepta su etiología multifactorial, que incluiría **factores genéticos, degenerativos, bioquímicos, médicos, mecánicos, traumáticos y psicosociales**. La muestra estuvo constituida por 126 trabajadores de género masculino y femenino que fueron atendidos en consultorios médicos orientados en la especialidad de patología de la columna vertebral cuyo rango etario comprende entre los 25 y 55 años. En el presente trabajo se examinaron y continuaron en seguimiento clínico 126 trabajadores. De los cuales, trascendió la patología de hernia discales múltiples con asociaciones de la columna lumbosacra desde un Síndrome Facetario hasta artrosis degenerativa. Con un total de 76 pacientes con hernias discales sin asociaciones con un total de 34 pacientes y hernias discales única de la columna lumbosacra con un total de 15 pacientes. De acuerdo a la evidencia y estadística acopiada queda demostrado la baja frecuencia de la hernia discal lumbo-sacra de un solo segmento con o sin compromiso radicular como figura en el decreto 49-2014, frente a la alta prevalencia asociaciones de patología discales múltiples con síndromes facetarios asociados con o sin artrosis.

Palabras clave: hernia discal única, segmentos columnarios, patología artrósica, controversia al decreto 49-2014.

ABSTRACT:

The origin of diseases of the lumbar spine, and especially herniated discs, is still a matter of debate in the scientific world, although its multifactorial etiology that include genetic, degenerative, biochemists, physicians accepted mechanical, traumatic and psychosocial. The sample consisted of 126 male workers and female who were treated in doctors' offices-oriented specialty spine pathology whose age range is from 25 to 55 years. In this study 126 workers were monitored. Multiple disc hernia resulted associations of the lower spine (Fascetario syndrome and Osteoarthritis) with a total of 76 patients, Hernias discal WITHOUT partnerships with a total of 34 patients and Single disc herniation in the lumbosacral spine with a total of 15 patients. According to the evidence gathered demonstrated that the low frequency of Herniated Disc lumbosacral a segment with or without multiple root commitment as contained in Decree 49-2014, compared with the high prevalence of disc pathology syndromes fascetarios associated and / or osteoarthritis.

Key words: single herniated disk, controversy Decree 49-2014.

INTRODUCCION:

El origen de las enfermedades de la columna lumbar, y de forma especial las hernias de disco, es aún hoy cuestión de debate en el mundo científico. Se acepta su etiología multifactorial, que incluiría factores genéticos, degenerativos, bioquímicos, médicos, mecánicos, traumáticos y psicosociales. Hasta finales del siglo XX se creía que la lumbalgia se debía principalmente a sobreesfuerzos musculares o alteraciones orgánicas tales como artrosis, escoliosis o hernia discal, pero los estudios científicos realizados en los últimos veinte años indican que la mayoría de las alteraciones orgánicas de la columna vertebral son irrelevantes y no se correlacionan con la existencia de dolor, y en el 80-85% de los casos de lumbalgia se establece el diagnóstico como patología inespecífica, por ausencia de relación entre los resultados de las exploraciones complementarias y la historia clínica del paciente. Con frecuencia, estos episodios agudos de dolor lumbar inespecífico se desencadenan por un inadecuado funcionamiento de la musculatura que sostiene la región anatómica de referencia, lo que origina la activación persistente de las fibras nerviosas que, a su vez, desencadena y mantiene el dolor, la contractura muscular y la inflamación. En los casos subagudos, este mecanismo se mantiene activado y puede llegar a inducir cambios persistentes en las neuronas medulares con el consecuente mantenimiento del dolor, la inflamación y la contractura, aun cuando se resuelva la causa que inicialmente la originó. Finalmente, en los casos crónicos, a las alteraciones nerviosas se suman factores musculares y psicosociales, entrando en un círculo vicioso que dificulta la recuperación espontánea de la persona afectada. La inactividad física genera pérdida de coordinación y potencia muscular y, a medio plazo, determina la aparición de atrofia y el subsiguiente empeoramiento del cuadro clínico inicial. La persistencia del dolor desencadena en el enfermo el desarrollo, en principio, de conductas de miedo, evitación y posteriormente de pensamientos de inutilidad con actitudes pasivas y de victimismo, con transferencia a terceros de la responsabilidad de su dolencia.⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- Las lesiones de la patología discal múltiple mas asociaciones artrosicas de la columna vertebral lumbar son la causa más frecuente en los trabajadores expuestos a determinadas actividades demostrado clínicamente y con estudios por imágenes.

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar las consideraciones de lesiones de hernia discal con lo enunciado desde la ley vigente en el Laudo 405/96 (anexo II) y decreto 659/96 (anexo III), que incluye la patología discal múltiple y degenerativa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Describir el concepto de las lesiones múltiples en la columna vertebral lumbar.
- 2- Delimitar las consideraciones del decreto 47-2014.
- 3- Estudiar las controversias que se generan con el decreto 47-2014 ante las lesiones múltiples discales más asociaciones artrosicas en la columna vertebral lumbar.

3-DESARROLLO

3.1. Lesiones discales múltiples de la columna vertebral lumbar.

3.2. Decreto 47-2014.

3.3. Controversias al decreto 47-2014.

CONSIDERACIONES MEDICO – LEGALES:

En el terreno preventivo-laboral el interés fue especialmente los abordajes de los factores ocupacionales específicos asociados a la lumbalgia, principalmente los mecánicos, que están en el origen del dolor lumbar (el trabajo físicamente pesado, las posturas de trabajo estáticas, las flexiones y giros frecuentes del tronco, los levantamientos y movimientos bruscos, el trabajo repetitivo y las vibraciones, entre otros). También se pudo destacar los psicosociales, que inciden sobre todo en su cronificación, en algunos casos incluso como una posible ganancia secundaria, tanto de llamada de atención (deseo de cuidados), como asimismo para la obtención de prestaciones y resarcimiento económico.^{14;17}

Se hizo necesario y obligatorio que se valoren de forma complementaria los principales factores epidemiológicos que se relacionan con la lumbalgia: edad, sexo, fortaleza y flexibilidad de la musculatura de la espalda y aspectos geográficos, como el país de residencia del afectado. Tanto por las limitaciones laborales que genera como por su repercusión en las empresas cuando los afectados son trabajadores en activo, la patología que afecta a la columna lumbar origina un costo socio-sanitario elevado asociado a la pérdida de jornadas laborales.^{2; 8}

La conflictividad que estos grupos de patologías conllevaron, origino discrepancias en la gestión que corresponde al mundo preventivo laboral, que en ocasiones desembocan en el ámbito jurídico, incrementando de esta forma el costo personal de estas enfermedades y de la sociedad en su conjunto. Por su lado, estas lesiones discales, una de las principales causas de lumbalgia, puede aparecer en cualquier etapa de la vida, pero su incidencia es máxima entre la cuarta y la quinta década, con una proporción de 3:1 entre hombres y mujeres. La localización más frecuente es L4-L5 y L5-S1. Se estima que

alrededor del 4 al 6% de la población tendrá una hernia discal sintomática. Aunque la presencia de una hernia discal, al analizar resonancias magnéticas en individuos asintomáticos, es del 21% entre los 20-59 años y del 36% en mayores de 60 años, sin que necesariamente se acompañen de sintomatología.¹²

En el mundo laboral se consideró los factores de riesgo de dolor lumbar: los traumatismos directos laborales, la manipulación manual de cargas, las profesiones que requieren inclinaciones y giros, las vibraciones de cuerpo entero, las posturas forzadas, la conducción prolongada de vehículos, los movimientos repetitivos, el tabaquismo (probablemente debido a la tos y no a un efecto tóxico del tabaco), la obesidad, la sedestación, el escaso desarrollo muscular, la depresión y otros trastornos del ánimo.⁶

En este punto, vale la pena definir lo que la legislación argentina define como agente de riesgo para estas patologías. (ANEXO III)

AGENTES DE RIESGOS:

Según la definición que se menciona en el Decreto 659/96 del listado de Enfermedades profesionales, se denomina agente de riesgo a aquel que presente en un ambiente de trabajo pueda por sus propiedades, producir daño a la salud, de igual manera, la noción de agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo. Los agentes que pueden generar daño a la columna lumbo-sacra son de diversa naturaleza y están íntimamente ligados al tipo de trabajo. Citando por lo enunciado en el decreto 659/96, Decreto 49/2014 y Laudo 405/96 se define: CARGA: Los valores límites para levantamiento manual de cargas, están comprendidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 295/03.- En dichas tablas se mencionan los límites con respecto a peso en kilogramos, para dos tipos de manejo de cargas (horizontal y en altura), en las tareas de mono levantamiento dentro de los 30 grados del plano sagital. También se expresa el tiempo en horas/día, y su frecuencia expresada por el número de levantamientos manuales por hora. GESTOS REPETITIVOS: Se consideran Gestos Repetitivos, a aquellos movimientos continuos y repetidos efectuados durante la jornada

laboral en los que se utilizan un mismo conjunto osteo-mio-neuro-articular de la columna lumbo-sacra. POSICIONES FORZADAS: Son aquellas en las que la columna lumbosacra deja de estar en una posición funcional para pasar a otra inadecuada que genera máximas extensiones, máximas flexiones y/o máximas rotaciones osteo-mio-neuro-articulares durante la jornada laboral. VIBRACIONES DE CUERPO ENTERO: La vibración es un movimiento oscilatorio. Las vibraciones del cuerpo completo ocurren cuando el cuerpo está apoyado en una superficie vibrante (por ejemplo, cuando se está sentado en un asiento que vibra, de pie sobre un suelo vibrante o recostado sobre una superficie vibrante). Las vibraciones de cuerpo completo se presentan en todas las formas de transporte y cuando se trabaja cerca de maquinaria industrial. (ANEXO III)

Se consideran los factores de riesgo de incapacidad laboral por dolor lumbar y de prolongación de la baja, causada por la lumbalgia, el tratar episodios agudos con reposo en cama, las terapias quirúrgicas mal indicadas, el bajo nivel cultural y económico, la falta de satisfacción en el trabajo, la propia duración de la baja. Además, podemos nombrar los trastornos psicológicos (de personalidad, depresión, ansiedad, alcoholismo, el abuso de fármacos) y la obesidad. Hacer referencia al costo económico de estas patologías es complejo. Se dice que el 90-95% de las lumbalgias remiten en 1-2 meses; el 5-10% restante, aquellas que se cronifican, son las responsables del 85-90% del gasto total originado por esta patología. El aspecto más alarmante es que estos datos, lejos de disminuir, van en aumento, y esto no solo en Argentina y en España, sino también en países de nuestro entorno. Tomando como ejemplo cifras recientes de Alemania, se habla de un gasto en costos directos por lumbalgia en ese país de unos 7.000 €/persona, y que por ausentismo suponen el 75% del costo total en cuanto a cifras de incapacidad transitorias (IT) en ese país.⁴

Llama la atención que pocas publicaciones hayan profundizado en los factores de riesgo laboral, teniendo en cuenta el peso específico que el trabajo puede tener en la aparición, posterior evolución de estas enfermedades y en la potencial labor preventiva a desempeñar en este sentido desde las empresas y por los médicos del trabajo. En cuanto a las referencias a las hernias discales en los aspectos más ligados a la actividad del médico del trabajo y legalista, el

número de publicaciones es bastante escaso, si bien en algunos casos son algo más numerosas, como ocurre en el caso de la discapacidad asociada a las hernias discales o a la deficiencia que ocasionan. Son pocas las publicaciones hacen referencia a factores de riesgo laboral como situaciones a valorar y tener en consideración en la prevención y posterior evolución de estos procesos. Una vez vistas en su conjunto estas patologías de columna lumbar –de las que es paradigma la lumbalgia–, los costos económicos en incapacidad transitoria (IT) y su repercusión jurídica, se puede concluir que suponen un conjunto de afecciones altamente prevalentes, con repercusión en la sociedad, en su conjunto y en el mundo laboral en particular. Partiendo de cuantiosos costos económicos ligados de forma concreta al gasto en incapacidad laboral transitoria, que en el ejemplo de España se realiza un seguimiento y estudio de la afección, representando en su conjunto un 2,5-3% del total del gasto total de incapacidad transitoria a lo largo del año 2010.¹

ALGUNAS CONSIDERACIONES ANATOMO PATOLOGICAS:

La lumbalgia (lumbago) como síntoma, tiene múltiples causas, por lo que el 80 % de las personas, la padecerán en la vida adulta. Es la principal causa de discapacidad en personas por debajo de los 50 años. El mismo podemos clasificarlo en: agudo: menos de tres semanas, subagudo: de tres semanas a tres meses Crónico: de 4 a 6 meses. En su expresión regional, tenemos varios síndromes dolorosos: Dolor local vertebral: *Síndrome de dolor lumbar puro*, Dolor referido centrífugamente: *Síndrome de dolor esclerotógeno (Pseudo radicular)*, Dolor irradiado centrífugamente: *Síndrome de dolor radicular verdadero*..^{22; 3}

Se consideró, como Bogduk¹, que el anulus o anillo, no es más que otro ligamento. Tiene de ligamento: la composición (colágeno), la organización espacial de las fibras (de un platillo vertebral al otro), la inervación (poco densa y puramente nociceptiva), la vascularización (débil).

Tiene pues la patología (esguince, entorsis) con las mismas posibilidades (mediocres) de cicatrización y las mismas necesidades de tratamiento

(contención). Se podría entonces añadir tal como dice Bogduk, que el anulus es el único verdadero ligamento intervertebral; la anatomía de los libros no se corresponde siempre a la anatomía funcional real.

ROTURA PARCIAL O ROTURA INTRADISCAL («esguince discal»): Se trata de un desgarro de las fibras colágenas, de extensión variable en el seno del anulus. Proponemos el término de esguince discal para señalar mejor la analogía del mecanismo, sintomatología y tratamiento con los esguinces de las articulaciones periféricas. Aparece típicamente tras un esfuerzo de levantamiento (que aumenta la presión nuclear y tensa las fibras anulares) asociado a una rotación (que cizalla el anillo).

El dolor, como en todo esguince, es intenso y se acompaña de una contractura antálgica más o menos marcada («lumbago») con dolor en anteflexión o a veces en extensión; pero puede ser más moderado (sin duda en función del número de fibras interesadas en la ruptura).

Un reciente estudio ha mostrado que las roturas localizadas del anulus comportan la aparición de una vascularización intradiscal proveniente de los platillos vertebrales.

Para Bogduk¹, el tratamiento implica las manipulaciones en las formas más simples, la inmovilización con el corsé rígido (o en su defecto un cinturón de contención lumbar) en las formas más dolorosas. Además de la analgesia real que aporta, es probable (aunque de difícil demostración) que la sujeción mejora las posibilidades de cicatrización de las fibras por síntesis local de colágeno, y previene el futuro. Sea lo que sea, esta cicatrización es probablemente de menor calidad que las fibras de origen, de aquí el riesgo de recaída. Este proceso se acompaña de una degeneración nuclear.

¹ Bogduk Nickolai MD - Emérito Profesor - University of Newcastle
www.newcastle.edu.au

Figura 1

Tres estadios de fisura radial del anulus: «esguince, hernia contenida, hernia extruida».



ROTURA CASI COMPLETA DEL ANILLO FIBROSO (hernia contenida)

Filológicamente la entendemos como una rotura que se extiende de la periferia del núcleo hasta casi la periferia del anulus sin alcanzar el final. Estas roturas se localizan preferentemente en las zonas débiles del anillo; en su parte postero-lateral. Si existe núcleo en cantidad suficiente, puede migrar en parte por la hendidura creada y formar una hernia discal «contenida». Las fibras más periféricas del anulus (reforzadas por el ligamento vertebral común posterior) resisten al empuje nuclear y la aíslan en el espacio epidural. Hemos mostrado la tendencia natural de estas hernias a persistir mucho tiempo tras la curación de la ciática.

ROTURA COMPLETA DEL ANILLO FIBROSO (hernia extruida)

Esta vez, la brecha anular hace comunicar el núcleo con el espacio epidural. Si hay núcleo suficiente, migrará por la brecha para formar una hernia discal «extruida», que quedará libre en el seno de este espacio. Estas hernias se comportan como cuerpos extraños en el espacio epidural, y son invadidas por neo-vascularización para ser posteriormente destruidas y fagocitadas progresivamente; mientras que las hernias contenidas, están al abrigo de estos interesantes fenómenos.

Además de las dos lesiones fundamentales descritas anteriormente (deshidratación del núcleo y esguince discal), pueden aparecer algunos fenómenos patológicos que modificarán la presentación clínica y complicar la situación. Describiremos dos: la inflamación y la hiperpresión.

¹ Bogduk Nickolai MD - Emérito Profesor - University of Newcastle
www.newcastle.edu.au

1) LA INFLAMACIÓN: Su presencia, sospechada hace mucho tiempo, no ha sido demostrada más que recientemente en algunas hernias o en discopatías degenerativas. Esta inflamación probablemente se debe al contacto de los fragmentos del núcleo (inmunológicamente extraños para el cuerpo humano) con la circulación sanguínea (vasos epidurales o prolongaciones vasculonerviosas provenientes del cuerpo vertebral que penetran la placa cartilaginosa en casos de degeneración discal). Puede ser intensa ya que las concentraciones enzimáticas de la inflamación encontradas en algunas muestras eran superiores a las que se encuentran en el líquido articular de las artritis inflamatorias. Puede acompañar a cualquier patología discal mecánica, en particular las rupturas, las discartrosis y las inestabilidades. Su semiología clínica aún no se ha estudiado. El mejor criterio podría ser la eficacia de la infiltración epidural. Podría caracterizarse en algunos casos, como hemos podido evidenciar, por un dolor al final de la noche y de la mañana, con rigidez vertebral al despertar y envaramiento que puede durar de unos minutos hasta una o dos horas. Generalmente el paciente está mejor de pie que tumbado. Pero no solo la inflamación es el origen de este cuadro clínico; la elevación nocturna de la presión intradiscal también hace que ciertas ciáticas estén peor por la mañana que por la noche, y mejor de pie que acostados; un colchón malo tiene también las mismas consecuencias: hay prisa por abandonar la cama.

2) LA HIPERPRESIÓN INTRADISCAL: Se define por una sobrepresión permanente y medible del núcleo que probablemente corresponde a una "hiperhidratación". Podría deberse a la activación de mucopolisacáridos normalmente silentes. Tras la artrosis y la contractura muscular es el tercer factor de rigidez del segmento móvil. La discopatía degenerativa en evolución es manifiestamente la lesión anatómica más frecuente como causa en la génesis de las lumbalgias comunes. Recordemos que una radiografía o una RMN «normales» no eliminan el debut de una discopatía. Esta última se caracteriza por la sucesión de micro-rupturas parciales y accesos inflamatorios asociados a la deshidratación del núcleo. De ello resulta un pinzamiento, es decir un fracaso mayor del amortiguador discal y afectación sobre el arco posterior, con inestabilidad progresiva que eventualmente se compensará con osteofitosis y artrosis posterior. Concebimos la variedad de los cuadros clínicos en función del predominio de tal o cual

síntoma. En algunos casos, la inestabilidad no se compensa con los mecanismos de corrección, y aparece una real inestabilidad clínica. Se define por la posibilidad de movimientos anormales en el segmento móvil y traduce el fallo del «ligamento» anular discal. Probablemente se debe a rotura intradiscales sucesivas. Es análoga a un esguince grave. La presencia de un pinzamiento aumenta el riesgo ya que distiende las fibras que no están rotas. El único signo clínico específico es la aparición de dolores breves y brutales que corresponden a un desplazamiento de la vértebra, bajo el efecto de una ausencia momentánea de sujeción en algunas posiciones o durante movimientos inopinados. En otros casos, por el contrario, aparecen los mecanismos de corrección (osteofitosis, artrosis posterior). El remodelado óseo es tal que impide cualquier movimiento anormal. ⁷

LUMBALGIA DE CAUSAS RAQUIDEAS: ¹⁴

FIGURA 1

Causas Raquideas

- **Degenerativas** (*hernia de disco*)
- Inflamatorias
- Infecciosa
- Tumoral
- Espondilolisis/listesis
- Deformidades
- Alt eje sagital
- Enf de Paget
- Enf. metabólicas
- Coxigodinia

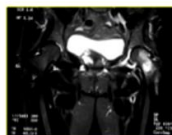


LUMBALGIA DE CAUSAS EXTRARAQUIDEAS: ¹⁴

FIGURA 2

Causas Extraquideas

- **Trastornos Ansioso/Depresivo**
- Ginecológico
- Urológico
- Gastrointestinales
- Patología de cadera
- Patología sacroiliaca
- Herpes Zoster
- Neuropatías (dbt)
- Trastornos circulatorios
- Lesiones post-inyección



PATOLOGIA ASOCIADAS CON HERNIAS DISCALES (PATOLOGIA DEGENERATIVAS): SÍNDROME FACETARIO, ESPONDILOLISTESIS, CANAL ESTRECHO LUMBAR, ESCOLIOSIS DEGENERATIVA.

SÍNDROME FACETARIO:

El síndrome facetario se puede definir de forma muy general como, dolor o disfunción proveniente principalmente de las articulaciones facetarias (o articulaciones interapofisiarias) y tejidos blandos adyacentes.

La principal función de las articulaciones facetarias lumbares es proporcionar a las vértebras de resistencia a fuerzas rotacionales, de deslizamiento anterior y proteger el disco de estas. Pero también tienen un papel en el soporte de la carga del peso del cuerpo.

Normalmente, pueden soportar aproximadamente un 16% del total de la carga axial que soporta la columna en cada segmento vertebral, el restante lo soporta el disco intervertebral.

Debido a su reducida superficie de área (son articulaciones relativamente pequeñas) por lo que la carga que soportan está muy concentrada y es equivalente a 10 veces la carga por cm² que soportan las rodillas.¹⁴

La carga vertical que soportan las articulaciones facetarias aumenta cuando la zona lumbar se coloca en extensión, y puede llegar a aumentar hasta un 70% del total del segmento en casos en los que hay disminución de la altura del disco por desgaste del disco lumbar. El aumento de la carga sobre las articulaciones facetarias está considerado como un componente muy importante en el síndrome facetario y se puede medir radiográficamente. Por

eso se deben evitar posturas que aumenten la lordosis lumbar como por ejemplo el uso de tacones muy altos. Pero también las posturas por tiempos prolongados con el tronco en flexión (por ejemplo, sentado inclinado hacia delante) pueden irritar las articulaciones facetarias y producir dolor. Así pues, el síndrome facetario, también tiene un componente postural. Otra causa es la traumática, generalmente con la columna lumbar en hiperextensión, que impacte bruscamente las articulaciones facetarias. Los síntomas que produce, además de dolor en la zona lumbar, pueden incluir: dolor en el glúteo y cadera, rigidez lumbar, especialmente a primera hora de la mañana o después de una inactividad prolongada, dolor difuso referido a la pierna por la cara posterior, simulando una ciática, pero sin déficits neurológicos como hormigueos o pérdida de reflejos musculares. Vale decir que hasta un 80% de los pacientes con dolor crónico lumbar tengan parte de sus síntomas provenientes de las articulaciones facetarias.¹⁴

ESPONDILOLISTESIS DEGENERATIVA:

El término espondilolistesis se refiere al desplazamiento de una vértebra en relación con su adyacente. Existen múltiples clasificaciones de espondilolistesis que la diferencian según su origen, su grado de desplazamiento y su posibilidad de progresión. La clasificación de Wiltse las diferencia según la causa que las origina en displásica, ístmica, traumática, degenerativa y patológica. La fisiopatología de las espondilolistesis de alto grado tiene algunas características diferentes, pero habitualmente guarda relación con las displásicas e ístmicas, además de ubicarse en su mayoría en el segmento L5-S1. La clasificación de Meyerding las clasifica según su porcentaje de desplazamiento en relación con la vértebra caudal en cinco grados: el grado I presenta una traslación de hasta 25%, el grado II entre 25% y 50%, el grado III entre 50% y 75%, el grado IV entre 75% y 100% y el grado V mayor del 100% (también llamada espondiloptosis).²¹ Se habla de espondilolistesis de alto grado cuando su grado de desplazamiento es mayor o igual a un grado III de esta clasificación. En

los años 1990 Marchetti y Bartolozzi publicaron una clasificación que las diferenciaba en adquiridas o del desarrollo. Su principal aporte fue identificar las espondilolistesis de alto grado con ciertas características puntuales, como la insuficiencia del platillo vertebral de S1, el índice trapezoidal de L5, la verticalidad del sacro y la cifosis lumbosacra.²⁰ Existen, además, otros factores clínicos que influyen sobre la progresión, como el sexo femenino o la inmadurez esquelética. En los últimos años, Labelle y el Spinal Deformity Study Group (SDSG) publicaron una clasificación basada en el grado de desplazamiento, la incidencia pelviana y la alineación espinopélvica diferenciándola en seis tipos. El principal objetivo de dicho trabajo fue resaltar la importancia del balance sagital y coronal del esqueleto axial en el momento de definir la estrategia quirúrgica. La articulación lumbosacra cumple un papel fundamental sobre el esqueleto axial aportando soporte mecánico al raquis y protegiendo las estructuras neurológicas. Si se divide la vértebra entre un arco posterior y el cuerpo vertebral anterior, este último es capaz de soportar las mayores cargas de peso. La quinta vértebra lumbar, a su vez, es la de mayor capacidad gracias a su tamaño y su estructura cuneiforme capaz de articular con el sacro. Esto genera, por otra parte, una tendencia natural hacia el deslizamiento anterior, la cual es evitada por la forma del disco intervertebral L5-S1, los ligamentos sacroespinales y los elementos del arco posterior. Según Antonaides y cols., la forma del sacro es muy variable en los pacientes con espondilolistesis. El mecanismo de falla de los elementos posteriores suele ser a través de una fractura por estrés por mecanismos de hiperextensión sobre un terreno con una debilidad previa, así como una displasia del desarrollo. Dicho déficit provoca un desplazamiento anterior de la quinta vértebra lumbar sobre el sacro, el cual genera, a su vez, mayor insuficiencia sobre un platillo vertebral de S1 en etapa de desarrollo y osificación. La consecuencia de dicha deformidad determina un sacro vertical y una mayor incidencia

pelviana, con su consecuente predisposición para un mayor traslado anterior. Desde el punto de vista clínico lo antedicho se traduce en un tronco corto con una caja costal sobresaliente y nalgas aplanadas para compensar la cifosis lumbosacra. Existe, además, extensión en lordosis de la columna lumbar alta y columna dorsal con isquiotibiales e iliopsoas rotando la pelvis a una situación más vertical, con cadera y rodillas en flexión como lo describieron Phalen y Dickson. Puede aparecer, asimismo, ciática por elongación de la quinta raíz lumbar.

Tratamiento Mientras que para las espondilolistesis de bajo grado el tratamiento ortopédico suele ser la recomendación inicial, la mayoría de los autores coinciden en indicar el tratamiento quirúrgico en las de alto grado. El mayor punto de controversia en este caso gira en torno a la reducción o no del desplazamiento o del balance sagital.¹⁶ El tratamiento clásico y electivo para las espondilolistesis de alto grado ha sido, durante mucho tiempo, la artrodesis in situ. Sin embargo, presenta varios puntos desfavorables; la pseudoartrosis es una de las principales complicaciones, con una incidencia cercana al 40% en algunas publicaciones. Se informó una progresión secundaria del 26%, incluso en pacientes con masas de fusión radiográficamente sólidas.⁴

Para contrarrestar el alto índice de fallas relacionadas con la consolidación de la artrodesis, se suelen involucrar segmentos más cefálicos de la columna lumbar, con la consiguiente pérdida de segmentos móviles. Es obligatorio intentar la reducción del ángulo de inclinación en el momento de la fusión, ya que cuanto mayor sea el ángulo mayor será la tendencia a la progresión secundaria. Asimismo, cuanto mayor sea el ángulo de inclinación, mayor será la posibilidad de que aparezcan trastornos de la marcha. La mayor cifosis lumbosacra se comportará en el adulto como el síndrome de espalda plana (flat back), con todas sus consecuencias clínicas. Las técnicas de reducción han sido muy difundidas en las espondilolistesis de alto grado. Sus principales ventajas son la mayor superficie de contacto para la

artrodesis, la adecuada distribución de cargas sobre los segmentos cefálicos, la corrección de la cifosis lumbosacra y el balance sagital global.⁵ La mayor controversia respecto de su reducción gira en torno a las complicaciones neurológicas, que van desde las radiculopatías, principalmente de L5, hasta el síndrome de cola de caballo irreversible.^{26,28} En un intento por reducir la incidencia de las lesiones neurológicas se utilizaron diferentes sistemas de control intraoperatorios: desde la disección y liberación amplia de la raíz L5 previa a toda maniobra quirúrgica, hasta el monitoreo electrofisiológico con potenciales evocados metaméricos somatosensitivos o motores y el EMG intraoperatorio. Sin embargo, se describieron lesiones neurológicas secundarias a fenómenos vasculares que pasan inadvertidas incluso con este tipo de técnicas durante la cirugía.¹⁶

ESCOLIOSIS DEL ADULTO:

La escoliosis del adulto puede originarse a partir de una escoliosis idiopática del adolescente, por una inestabilidad posterior a una cirugía o como una deformidad de novo desarrollada en la adultez. El tratamiento quirúrgico de estos pacientes se ha modificado significativamente en las últimas décadas. Entre los factores relacionados con estos cambios se encuentran la mayor expectativa de vida, sumada a una creciente demanda funcional; el desarrollo de nuevas tecnologías, que permiten extender la indicación quirúrgica en forma segura y el mayor entendimiento por parte de los cirujanos de esta compleja patología. Los autores con más experiencia identifican el dolor intenso, la aparición de síntomas neurológicos o la progresión de la curva como las indicaciones más frecuentes de cirugía. El objetivo es detener la progresión de la deformidad mediante una artrodesis madura en una columna compensada y restablecer la relación continente-contenido en el conducto vertebral en los casos de estenosis sintomática. Si bien existen diversas propuestas de tratamiento, los

resultados de los diferentes centros son variables y se analizan según distintas encuestas de satisfacción y calidad de vida. Además, los resultados alejados son un tema aún no analizado en la bibliografía actual. El objetivo de este estudio fue evaluar una cohorte de pacientes adultos con escoliosis tratados quirúrgicamente, con un seguimiento promedio de 5 años, analizando la indicación de cirugía, los resultados clínicos y las complicaciones, enfermos con diagnóstico de compresión radicular, una mielorradiculografía. Para medir la deformidad en el plano frontal se utilizó el método de Cobb. También se evaluó el balance sagital mediante la caída de la plomada desde el centro del cuerpo vertebral de C7 hasta la columna lumbosacra. Así, se midió la distancia desde el borde posterosuperior del platillo de S1 hasta la línea de la plomada y se determinó el balance sagital global. El balance sagital se consideraba positivo si esa línea se encontraba 2,5 cm por delante del borde posterosuperior del sacro. Se midió la lordosis lumbar tomando como referencia los platillos superiores de L1 y S1. La cirugía se realizó ya sea por vía posterior sola o combinada anteroposterior. Mediante toracotomías, toracofrenolumbotomías o lumbotomías se obtuvo acceso a los platillos intervertebrales y se lograron gestos de liberación mediante discectomías completas y resección del ligamento común anterior. Por vía posterior, mediante un abordaje clásico, se realizaron facetectomías bilaterales y osteotomías de liberación. Durante la corrección intraoperatoria se utilizaron maniobras de distracción, traslación, desrotación y bendeado in situ, de acuerdo con la preferencia del cirujano.²⁴

CANAL ESTRECHO LUMBAR:

Se define la estenosis del conducto raquídeo lumbar (ECRL) a un cuadro clínico caracterizado por presentar una claudicación

intermitente o continua en los miembros inferiores, de origen neurogénico. Estas se manifiestan a través de lumbalgias y dolores radiculares, que se acentúan con la marcha y se atenúan al sentarse con el tronco en flexión. Esta ECRL se debe a la hipertrofia de partes blandas y óseas. En cuanto a las partes blandas, nos referimos al ligamento amarillo, la cápsula articular, el tejido sinovial o el disco intervertebral que puede protruirse. Las estructuras rígidas que provocan la estrechez son la hipertrofia de las apófisis articulares artrósicas, las láminas y los osteofitos posteriores de los cuerpos vertebrales. La estrechez producto de estas hipertrofias degenerativas puede predominar sobre el canal central, los recesos laterales o a nivel del foramen. En las espondilolistesis ístmicas, el borde posterosuperior de la vértebra estable contribuye a la compresión contra el arco posterior de la vértebra listésica. En las congénitas la estenosis es global. La patogenia de la enfermedad, como lo han definido muchos autores, es un conflicto de espacio entre el contenido y el continente, es decir, entre las estructuras neurovasculares y el conducto raquídeo estenosado. Si bien este cuadro clínico es conocido desde principios de siglo, fue Verbiest quien lo describió detalladamente en 1954. Desde esos años hasta la actualidad son numerosas las publicaciones en la literatura nacional e internacional. Debe existir una coincidencia clara entre el cuadro clínico y los estudios complementarios. La indicación quirúrgica se realizará ante el fracaso del tratamiento ortopédico. El objetivo de la cirugía es la descompresión neurovascular suficiente, y en casos inestables, fusionar las vértebras afectadas con o sin osteosíntesis. La descompresión es la base del alivio de los síntomas y si existe inestabilidad, el logro de una firme artrodesis significa el mantenimiento de dicho resultado.^{21;11}

HISTORIA OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES:

Es preciso identificar las actividades potencialmente generadoras de problemas para la salud de los trabajadores que se tienen en cuenta en el presente trabajo. Estableciendo y caracterizando el puesto de trabajo en cada uno de ellos, según el rubro, las tareas ejecutadas, la frecuencia, intensidad, movimientos realizados, posiciones de alivio y/o agravamiento de los síntomas, siguiendo los lineamientos que se expresan en el manual de procedimientos – Laudo 405/96. (ANEXO II).

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, cuantitativo, observacional, entre los meses de mayo de 2019 a Setiembre del 2021.

Dicho estudio contempló las atenciones médicas orientadas a la especialidad en patología de la columna vertebral de pacientes provenientes de la zona de la Provincia de Rio Negro y Neuquén de la República Argentina.

Se planteó la investigación y recopilación de datos de historias clínicas, informes de estudios imaginológicos, como de Resonancia Magnética de columna lumbosacra, sin contraste en trabajadores expuestos a labores con gestos repetitivos, carga y posiciones forzadas de más de tres años de concurrencia a los mismos.

La muestra estuvo constituida por 126 trabajadores de género masculino y femenino cuyo rango etario comprendió entre los 25 y 55 años.

Con respecto a al tipo de trabajo de la muestra, correspondieron a trabajadores del rubro de: exploración y producción de hidrocarburos, auxiliares de servicio, construcción y conductores de Vehículos Pesados, operadores de grúa y equipos pesados, embaladores y

clasificadores de frutas.

El número detallado de paciente fueron 28 dedicados a la explotación de hidrocarburos, 40 pacientes de auxiliares de servicio, 30 pacientes de la construcción , 18 pacientes conductores de vehículos pesados y 11 pacientes embaladores.

Sobre las condiciones de trabajo en estos rubros, se reconoció el agente de carga, posición forzada y gesto repetitivo de la columna lumbosacra en todos ellos.

En las observaciones, se tuvieron en cuenta la patología disco-degenerativa de la columna lumbosacra, con o sin compromiso radicular.

Se discriminó el segmento de la columna comprometida, teniendo en cuenta:

- 1. Hernias discales múltiples lumbosacra sin asociaciones de las patologías descritas en el punto 2.**
- 2. Hernias discales múltiples lumbosacra con asociaciones (patología degenerativa como el Síndrome Facetarío, Espondilolistesis, Escoliosis degenerativa, Canal estrecho lumbosacro y / o artrosis.**
- 3. Hernia discal única.**

CASOS CLINICO DE HERNIA UNICA EN PACIENTE MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD TRABAJADOR DE LA CONSTRUCCION, CON CLINICA DE DOLOR MECANICO LUMBAR Y CIATICA DERECHA.



CASOS CLINICO DE HERNIAS Y PATOLOGIA ASOCIADA (LISTESIS L5-S1) EN PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS DE EDAD , CAMIONERO DE 20 AÑOS DE ANTIGUEDAD , CON CLINICA DE LUMBOCIATICA BILATERAL Y MARCHA CLAUDICANTE.



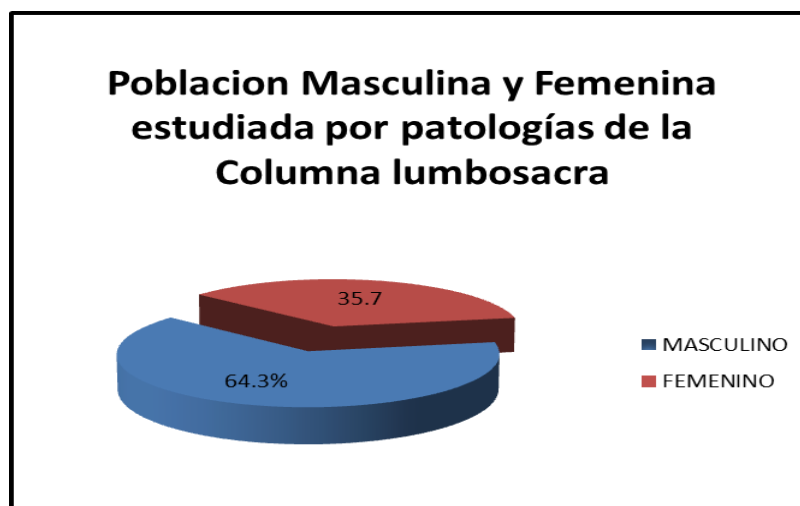
CASOS CLINICO DE HERNIAS Y PATOLOGIA ASOCIADA (CANAL ESTRECHO LUMBAR) EN PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD , PETROLERO , CON CLINICA DE LUMBOCIATICA BILATERAL .



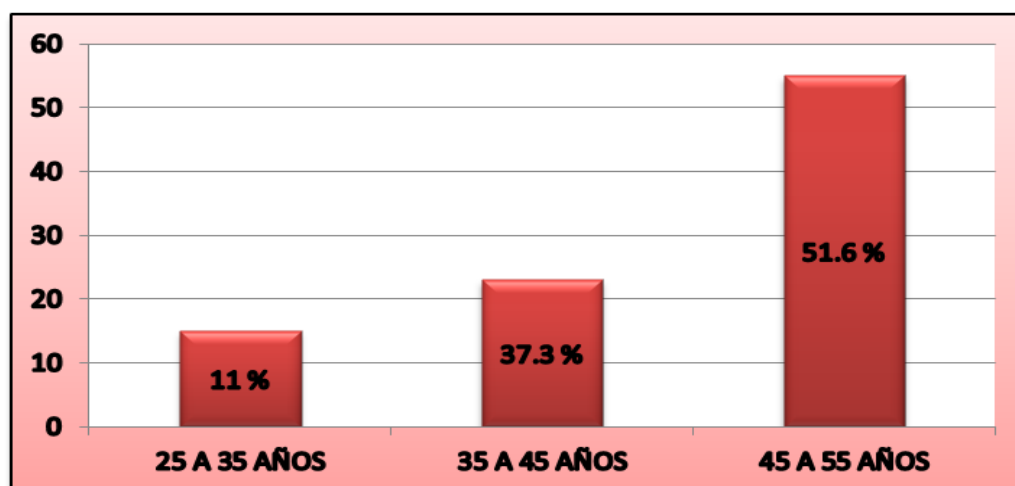
RESULTADOS:

Se controlaron 126 pacientes desde el momento de ingreso al consultorio hasta el seguimiento con sus estudios complementarios correspondientes hasta el alta laboral.

De todos ellos un 64.3 % correspondió al género masculino y 35.7 % el género femenino.

FIGURA 1:

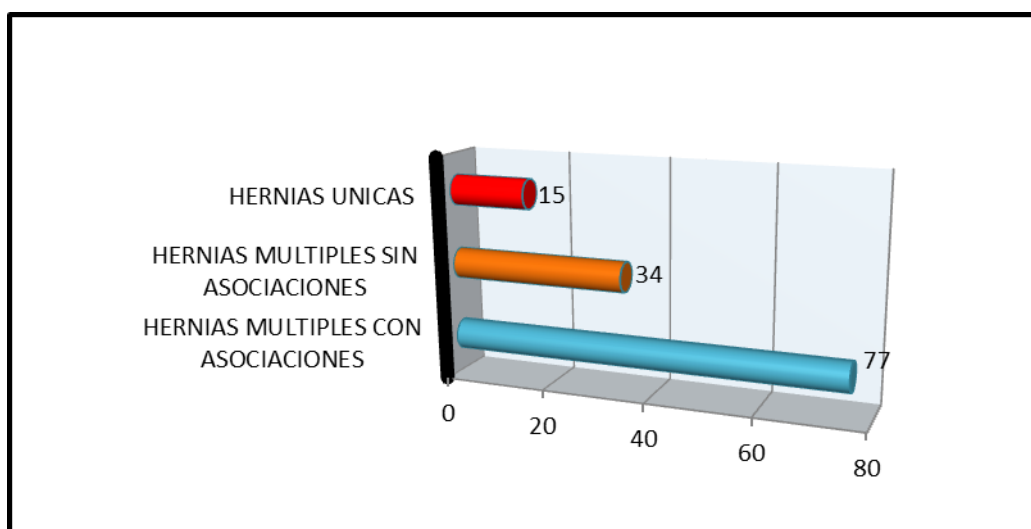
Del grupo etario comprendido entre los 25 y 35 años, se encontraron 14 pacientes (11 %) entre 35 y 45 años, 47 pacientes (37.3%) entre 45 y 55 años, 65 pacientes (51.6%).

FIGURA 2:

Durante los meses antes mencionados se observó en los informes de estudios imaginológicos de los trabajadores expuestos a los agentes de riesgo antes mencionados, una mayor presencia de hernia discales múltiples con

asociaciones de la columna lumbosacra con un total de 77 pacientes (61.1%), Hernias discales múltiples de la columna lumbosacra sin asociaciones con un total de 34 pacientes (26.9 %) y hernias discales única de la columna lumbosacra: con un total de 15 pacientes que representa el 11.9 % del total de casos estudiados.

FIGURA 3:



CONCLUSION:

Se considera que la evidencia expuesta, tanto clínica sintomatológica, pericial judicial, como estudios complementarios así basados en la semiología del examen físico, que queda demostrado la *baja frecuencia* de la hernia discal lumbo-sacra de *un segmento* con o sin compromiso radicular como figura en el decreto 49-2014, representado en este trabajo con el 11.9 % del total de los pacientes (trabajadores) estudiados.

Como resultado del análisis prospectivo de la investigación basada en la clínica, exámenes periciales, estudios imaginológicos, fundamentos científicos y experiencia en seguimiento de la patología degenerativa lumbosacra, se señala la *alta prevalencia* de patología discal *múltiple con o sin asociaciones*

degenerativas de cuya sumatoria de porcentajes expresa el 88 % del total de trabajadores estudiados.

Se demuestra también que, en el grupo de trabajadores estudiados, fue mayor la afectación en varones (64.3%) frente a las mujeres (35.7%).

De la misma manera, es claro que la prevalencia de afecciones en la columna lumbo-sacra, se hace más frecuente a medida que se incrementa la edad de los trabajadores expuestos a los agentes de riesgos antes enunciados.

Es por eso que concluyo que dicho Decreto debería contemplar a las hernias discales lumbo-sacras únicas o múltiples con asociaciones degenerativas de dichos segmentos columnarios, como lo describe el decreto 659/96 y Laudo 405/96, a los efectos de proporcionar el adecuado estudio, tratamiento y rehabilitación a la enorme población de trabajadores que la padecen.

La cifra va en aumento en todo el mundo y gran demanda de la medicina ocupacional, de las entidades empresariales y los gobiernos, acciones tendientes a promover la salud y prevenir dichas enfermedades que tanta morbilidad, costos económicos, familiares, sociales y laborales ocasiona al trabajador como así también; complicaciones de organización y económicas al sistema laboral, al sistema de Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART) y Empleadores Autoasegurados (EA).

Se debieran realizar estudios imaginológicos en los exámenes pre-ocupacionales de los trabajadores, para arribar a un diagnóstico de certeza con respecto al estado de salud de este segmento corporal, con el fin de adecuar el tipo de trabajo con las capacidades de cada trabajador y evitar bajas laborales futuras. Así como también, costos empresariales y judicialización de reclamos por la patología. Teniendo en cuenta que el 37% de los pacientes asintomáticos, tienen estudios de Resonancia Magnética (RMN) positiva para lesiones disco-degenerativas de la columna y el 47 % tiene síntomas con el estudio antes mencionado, negativo.²¹

Se evalúa en forma imprescindible la formación continua, por parte de los médicos del trabajo y Legal en estos temas, tanto sea para pesquisar dichas patologías, direccionar el tratamiento adecuado, como para detectar los posibles riesgos en el ambiente laboral, realizando un exhaustivo análisis de las condiciones de medio ambiente y del trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

1. *Alonso A, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL, Blanch i Rubió J, Collantes E, Cruz J, Gratacós J et al., editores. Manual SER de las enfermedades reumáticas. Madrid: Médica Panamericana, 2000.*
2. *Álvarez-Blázquez, Fernández F, director. Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veiga de Cabo. Autoría múltiple. «Tiempos estándar de Incapacidad Temporal». Edita: Instituto Nacional de la Seguridad Social. NIPO: 791-09-078-8. Depósito Legal: M-28597- 2009.*
3. *Ashok Biyami, MD J Am Acad. Orthop. Surg. 2004;12 106-115.*
4. *Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. Curr Opinion Rheumatol 1999; 11: 151-157.*
5. *Duck ; Ghosh 1983; Montillier 1983. Trabajos de exploración de Hidrocarburos.*
6. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. 3º Edición española, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.*
7. *Galaretto German. Síndromes dolorosos lumbares. Curso bi-annual 2012-2014 de la (SAPCV).*
8. *Germany Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. Cur Opinion Rheumatic 1999; 11: 151-157.*
9. *González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin (Barc) 2000; 114: 491-492.*

10. *Grier Facundo c/Swiss Medical Art S/accidente de trabajo y enfermedad profesional expediente 17514. Cámara Laboral numero 1. Cipolletti. Rio Negro.*
11. *Gruenberg Marcelo. Sociedad Argentina de Patologia de Columna Vertebral. Cruso Bianual 2009.*
12. *Hernia de disco. Incapacidad laboral.*
http://www.cemlara.com.ar/noticias_detalle.php?noticia=315.
13. *Hokahama Jorge. Estenosis del conducto raquídeo lumbar Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol. Vol. 61, Nº 4, págs. 447-451.*
14. *Intitut Ferran de Reumatologia. El síndrome Fascetario. 2013.*
http://www.institutferran.org/sd_facetario.htm.
15. *Jean y Yves Maine. Una clasificacion de las lesiones discales lumbares. Revue de Médecine Orhthopédique. 1992; 30:5-8.*
16. *Jorge Federico Gelosi, Juan Pablo Guyot. Espondilolistesis. Revisra Asociacion Argentina Ortopedia y Traumatologia. Vol76.pp 330-335.*
17. *Juniper M, Le TK, Mladsí D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France.*
18. *Patel AT, Ogle AA. Diagnosis and management of acute low back pain. Am Fan Physician 2000; 61: 1779-1786.*
19. *Riquelme Ranulfo Ruben c/ Omint art s.a. s/accidente de trabajo con art" - senten -148800/2019. Juzgado Laboral número tres. Neuquén Capital.*

20. *Salinas Marcelo Agustin c/ Prevencion art s.a. s/accidente de trabajo con art" (expte: n° 510928/2017). Juzgado laboral numero seis. Neuquen Capital.*
21. *Sarramea, Horacio. Curso Bianual de la Sociedad de la Patología de Columna Vertebral. 2012-2014.*
22. *Teófilo Vicente Herrero. La enfermedad de la columna lumbar y su relación con el trabajo en España. 2012.*
23. *Troisier O. Semiologie et traitement des alguies discales et ligmanet and discal. Masson*
24. *Valacco Marcelo, Marcelo gruenberg y Carlos sola. Tratamiento quirúrgico de la escoliosis del adulto Cinco años de seguimiento promedio. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol Vol. 76, pp. 281-287*

ANEXO I

DECRETO 49/ 2014

AGENTE: CARGA, POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRA.

ENFERMEDADES ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION

- Hernia discal lumbo-sacra con o sin compromiso radicular que afecte a un solo segmento columnario. - Tareas que requieren de movimientos repetitivos y/o posiciones forzadas de la columna vertebral lumbosacra que en su desarrollo requieren levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados.

Los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución durante la jornada laboral son los referidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 295/03. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictará las normas complementarias tendientes a definir los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución para aquellos movimientos (traslado, empuje o arrastre de objetos pesados) no contemplados en la resolución citada.

El período durante el cual las tareas descriptas deben ser ejecutadas no debe ser inferior a TRES (3) años cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempeño en jornada habitual completa definida legal o convencionalmente. El período en cuestión será proporcionalmente ajustado a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial.

Se considerarán Gestos Repetitivos aquellos movimientos continuos y repetidos efectuados durante la jornada laboral en los que se utilizan un mismo conjunto osteo-mio-neuro-articular de la columna lumbosacra.

Las posiciones forzadas son aquellas en las que la columna lumbosacra deja de estar en una posición funcional para pasar a otra inadecuada que genera máximas extensiones, máximas flexiones y/o máximas rotaciones osteo-mio-neuro-articulares durante la jornada laboral.

Disposiciones comunes:

Con relación a todas las enfermedades contempladas en este Anexo, en cada caso concreto, el órgano encargado de la determinación de la incapacidad deberá establecer científicamente si las lesiones fueron provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

Sólo se indemnizarán los factores causales atribuibles al trabajo, determinados conforme lo anteriormente indicado.

Lo expuesto precedentemente es sin perjuicio del cumplimiento pleno de las prestaciones médico-asistenciales y sustitutivas de la remuneración en el período de Incapacidad Laboral Temporal, cuando se demuestre la influencia causal de factores atribuibles al trabajo.

Asimismo, en todos los casos que contempla el presente Anexo será necesario tomar en cuenta, además de los antecedentes médico-clínicos, los estudios técnicos correspondientes al puesto, a las condiciones y medio ambiente de trabajo concretos a los que estuvo expuesto el trabajador.

Las enfermedades contempladas en el presente Anexo se considerarán incorporadas al listado a partir de la fecha de vigencia de la norma que así lo declare, y dicha nueva normativa sólo se aplicará a las contingencias cuyo hecho generador se produzca con posterioridad a la incorporación de las mismas al Listado.

ANEXO II

MANUAL LAUDO 405/96

OTRAS ARTROSIS (PROVOCADAS POR POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS) (M 19)

Concepto/Definición:

Según la CIE-10, en el agrupamiento de las "artrosis" (M15-M19), el término osteoartritis es utilizado como sinónimo de artrosis o osteoartrosis.

El término osteoartritis lleva frecuentemente a confusión, por sugerir inflamación de la articulación, pero es importante resaltar que no hay respuesta inflamatoria en la osteoartritis, siendo correcto utilizar el término osteoartrosis.

La osteoartritis o artropatía degenerativa es un trastorno de las articulaciones caracterizado por el deterioro y abrasión del cartílago articular, con formación simultánea de hueso nuevo reactivo en la superficie articular. Las articulaciones más comúnmente afectadas son las interfalángicas distales y proximales de las manos, las que soportan peso (como las caderas y las rodillas) **y las de la columna cervical y lumbar.**

Ocurrencia y Exposición Ocupacional

A pesar de estar ampliamente distribuida en la población, se ha demostrado clínica y epidemiológicamente que determinadas localizaciones de artrosis están asociadas a tipos particulares de trabajo.

Los agentes de exposición ocupacional, potencialmente capaces de determinar un cuadro de artrosis, previstos en el LEP, son:

- Vibraciones transmitidas a la extremidad superior por maquinarias y herramientas.
- Vibraciones de cuerpo entero.

Criterios Diagnósticos

El diagnóstico de artritis degenerativa o artrosis es hecho con base en:

- Historia Clínica.
- Historia Ocupacional.
- Hallazgos radiológicos característicos, correlacionados con las alteraciones detectadas al examen físico.

En el cuadro clínico las quejas más importantes son dolor y limitación de movimientos articulares, de instalación gradual. En la mayoría de los casos, los pacientes relacionan sus quejas con el trabajo que ejecutan.

En la historia ocupacional, se debe identificar las actividades potencialmente generadoras del problema, a partir de una descripción detallada del puesto de trabajo, de las tareas ejecutadas: su frecuencia, intensidad, y movimientos realizados, posiciones de alivio y o agravamiento de los síntomas.

El examen radiológico del segmento comprometido puede mostrar alteraciones de forma, con un leve aumento del volumen de las superficies

confrontantes, esclerosis subcondral, pinzamientos e irregularidad de las interlíneas articular. En las formas avanzadas, este proceso empeora, con la formación de osteofitos, cuerpos libres intraarticulares y geodas subcondrales. La determinación de la relación de causalidad con el trabajo, particularmente si no existen registros previos sobre el paciente, puede ser facilitada por las siguientes características:

- La localización de las alteraciones, en pocas articulaciones o en una parte específica del cuerpo (manos o codo, por ejemplo);
- La historia de trabajo continuado, sometido a vibraciones;
- Generalmente, la estructura contralateral, si no es tan solicitada, está normal.

Las Lesiones por Esfuerzos Repetitivos (LER), muchas veces confundidas con las Tenosinovitis, constituyen un tema controvertido, que involucra la definición de la entidad, su verdadera incidencia, la determinación de los factores de riesgo presentes en el trabajo, la caracterización del cuadro clínico y la definición de los grados de incapacidad, además de los aspectos del tratamiento y estrategias de intervención ergonómica y prevención. Representan, en la actualidad, uno de los temas más polémicos y de mayor interés en el ámbito de la Salud Ocupacional.

A pesar de haber sido descripta por Ramazzini, en su clásico libro sobre las enfermedades de los trabajadores (1713), acreditase, actualmente, que el aparente aumento de la ocurrencia de los cuadros de LER no fue reconocido, durante mucho tiempo, por los médicos y por los trabajadores.

Entre los factores que han sido responsabilizados por el aumento de la incidencia de la enfermedad están los cambios en los procesos de trabajo, con la introducción de la automatización, la especialización y uniformización del trabajo, las tareas repetitivas, el diseño de los puestos de trabajo.

El término "Lesiones por Esfuerzos Repetitivos" ha sido utilizado para caracterizar las afecciones que pueden afectar tendones, sinoviales, músculos, nervios, fascias, ligamentos, de modo aislado o asociado, con o sin degeneración de los tejidos, afectando principalmente, pero no solamente, los

miembros superiores, región escapular y cuello, pudiendo tener origen ocupacional.

Las LER resultan de los siguientes factores, simples o combinados:

- * Uso repetido de grupos musculares;
- * Uso forzado de grupos musculares;
- * Mantenimiento de postura inadecuada.

La denominación LER es una denominación sindrómica. El diagnóstico debe especificar la estructura afectada, orientando el tratamiento y las conductas subsecuentes.

Otro aspecto importante se refiere a que la repetitividad es apenas uno (y no necesariamente el más importante) de un conjunto de factores bio-mecánicos y psico-físicos, responsables por la ocurrencia del cuadro.

Entre las situaciones de trabajo favorecedoras de las sinovitis y tenosinovitis de la mano, están el uso frecuente de herramientas manuales, uso inadecuado de perforadoras y destornilladores eléctricos; trabajo en prensas inadecuadas; procesamiento de textos y digitación de datos en teclados que obligan la desviación cubital; empleo de fuerza para torcer la muñeca, como en el trabajo de las mujeres lavanderas y de limpieza y actividades de apretar con el pulgar botones muy duros.

Criterios Diagnósticos:

El diagnóstico de las sinovitis y/o tenosinovitis es esencialmente clínico y se basa en:

- * Historia clínico-ocupacional.
- * Examen físico detallado.
- * Análisis de las condiciones de trabajo responsables por el desarrollo de la lesión.

En situaciones especiales pueden ser utilizadas pruebas de laboratorio auxiliares para el diagnóstico diferencial.

En el cuadro clínico la manifestación más importante es el dolor que, generalmente, lleva a la búsqueda de atención médica.

En la mayoría de los casos hay dificultad en definir el tipo y la localización del dolor, pudiendo ser generalizada. Es común el relato de que el dolor es desencadenado o agravado por el movimiento repetitivo, y en las fases iniciales suele ser aliviado por el reposo.

El dolor suele tener su inicio gradual, inicialmente restringido a una región anatómica (muñeca, hombro, o codo), afectando sólo el brazo dominante, raramente los dos. Puede empeorar con el uso del miembro y por la exposición al frío o a cambios bruscos de temperatura.

Además del dolor, los pacientes se quejan de parestesia, edema subjetivo, rigidez matinal, alteraciones subjetivas de temperatura y limitación de los movimientos.

En algunos casos, el paciente refiere repercusiones directas sobre el trabajo, con disminución de la productividad.

Los síntomas sensitivos, cuando están presentes, están relacionados a la compresión de nervios periféricos o de raíces nerviosas, correspondiendo a su distribución.

La determinación de la relación de causalidad con el trabajo se basa en el cotejo de las características clínicas del caso (características anátomo-funcionales) y con las condiciones específicas del trabajo (gestos, posiciones, movimientos, esfuerzos, tensiones, ritmo, carga de trabajo, etc.). La incidencia de lesión en otros trabajadores que ejecutan actividades semejantes (criterio epidemiológico) refuerza el vínculo de causalidad.

ANEXO III

DECRETO 659/96

AGENTE: VIBRACIONES DE CUERPO ENTERO

ENFERMEDADES: ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION

- **Espóndiloartrosis de la columna lumbar.**
- **Calcificación de los discos intervertebrales.**

Actividades que expongan a las vibraciones de cuerpo entero, principalmente:

- Conductores de vehículos pesados
- Operadores de grúas y equipos pesados

ANEXO IV

Existe jurisprudencia de fallos que reconocen la patología discal múltiple con asociaciones relacionados con el ámbito laboral.¹²

FRAGMENTOS DE PERICIA MEDICA Y SENTENCIA JUDICIAL DE PACIENTES CON PATOLOGIA DISCAL MULTIPLE CON Y SIN ASOCIACIONES: FUERO LABORAL

PACIENTE 1¹⁹

Expte.: JNQLA3 512143/2018

Zanjado lo anterior, ahondaré en la responsabilidad de la ART como consecuencia del evento laboral y en el marco del contrato no desconocido por la ART. Al respecto, persigue el accionante la determinación en sede judicial de la incapacidad que, a su entender, padece y debe ser resarcida.

Sobre la base del artículo 476 del CPCC, la prueba pericial se torna relevante, por cuanto la misma juega un rol trascendente dentro del proceso laboral cuando lo que se busca es la confirmación o determinación de un daño indemnizable derivado de un accidente de trabajo.

En este sentido, calificada doctrina que comparto ha sostenido: “nadie

OBJETO: PRESENTA PERICIA MEDICA TRAUMATOLOGICA

SEÑOR/A JUEZ:

FEDERICO LUCAS GINNOBILI, Médico, Especialista en Ortopedia y Traumatología, Cirujano de Columna Vertebral, Especialista en Medicina del Trabajo, Matricula Provincia de Rio Negro N° 5020, Matrícula de Especialista N° 821, designado Perito Medico, domiciliado en calle Carlos H. Rodríguez número 273 de la ciudad de Cipolletti a VS me presento y respetuosamente digo:

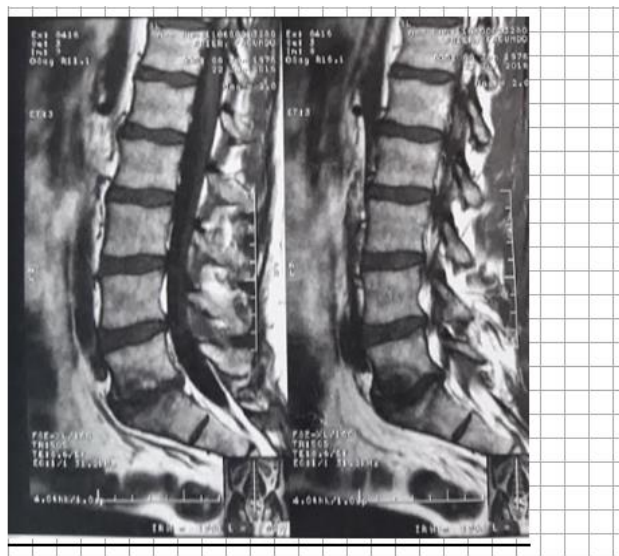


PACIENTE 2:¹⁰

(EXPTE. N° CI-09151-

En conclusión, he de propiciar al Acuerdo, asignar relación de causalidad al diagnóstico incapacitante descripto por la perito y transcripto en II.- 06.-, con el trabajo ejecutado por el actor, asignando el porcentaje incapacitante sugerido, de un 20.96 % con inclusión en el mismo de los respectivos factores de ponderación -

**IMAGENES DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR: INFORMA
 PATOLOGIA MULTIPLE DISCAL LUMBOSACRA CON
 ASOCIACIONES (CANAL ESTRECHO LUMBOSACRO).**



IMÁGENES DEL EXAMEN FISICO:



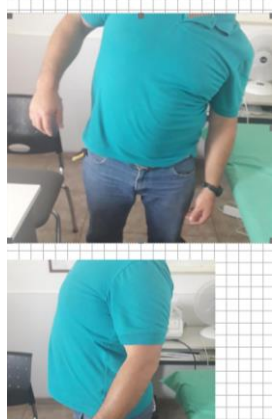
IMÁGENES POSQUIRURGICAS: ARTRODESIS LUMBOSACRA L4-L5-S1 CON INJERTO OSEO Y TORNILLOS TRANSPEDICULARES.



PACIENTE 3:²⁰

corresponde fijarla sobre el monto de demanda o de la sentencia la que fuere mayor y en un 2,5%. En la presente causa se han efectuado adelantos de gastos por parte del Tribunal Superior de Justicia de Neuquén (\$ 3.062,17 -fs 273- y \$ 1.867 -fs. 296-) Por todo lo cual, FALLO: I) Haciendo lugar a la demanda interpuesta por HUENCHUAL SALINAS MARCELO AGUSTIN y en consecuencia, condenando a la demandada PREVENCIÓN ART S.A. a abonar al actor la suma de PESOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO CON ONCE CENTAVOS (\$ 96.334,11) dentro del plazo de cinco (5) días de quedar firme la presente, con más los intereses determinados en el considerando respectivo. II) Costas a cargo

IMÁGENES DEL EXAMEN FÍSICO ACTUAL



**IMAGENES DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR: INFORMA
 PATOLOGIA MULTIPLE DISCAL LUMBOSACRA SIN
 ASOCIACIONES.**



OTROS FALLOS DE PATOLOGIA DISCAL MULTIPLE EN COLUMNA LUMBOSACRA:

POR RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL” fallo: 65/05 y la Cámara de Apelaciones in re Díaz c/Tadettuti y otro s/Accidente”. De lo que surge que corresponde declara la inconstitucionalidad del art 46 de la L.R.T. Luego también refiere a los actos propios, en cuanto