

Valoración del daño corporal en lesiones del pie. Problemas y propuestas para su evaluación con el baremo laboral en la Argentina

Dres Mariano José Tolino,^{1, 3} Ricardo Jorge Losardo,^{1, 4} Ana Sofía Tartaglione²

¹ Médico Legista.

² Médica especialista en diagnóstico por imágenes. Directora médica del Centro de Imágenes Médicas (CIM). Trelew, Chubut.

³ Perito médico de la Justicia en las circunscripciones de Trelew, Rawson, Puerto Madryn y Comodoro Rivadavia. Chubut.

⁴ Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

En este trabajo analizamos las lesiones del pie derivadas de accidentes laborales y su repercusión en la fisiología de la marcha. Se describen las dificultades halladas para la mensura de las incapacidades con el baremo de la Ley de Riesgo de Trabajo (LRT). Se consideran otros baremos utilizados en la Argentina y baremos laborales de otros países. Presentamos algunas propuestas para solucionar los déficits del baremo de la Ley de Riesgo de Trabajo en algunas secuelas en el pie.

Palabras claves. Medicina laboral, medicina legal, accidentes laborales, daño corporal, baremos, incapacidades, pie.

Rating of bodily injury in foot damage. Difficulties and proposal for its evaluation with the labor scale in Argentina

Summary

This work analyses the characteristics of foot pathology derived from working accidents and its effect on the physiology of walking. Difficulties found for the measurement

of the handicaps are described on the scale of law on labor risks. This paper also consider used scales in Argentina and scales used in other countries. We present some proposals to solve the deficits of LRT scale in some foot sequelae.

Key words. Occupational medicine, forensic medicine, working accidents, bodily injury, scales, handicaps, foot.

Introducción

La frecuencia de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales ha ido en aumento en los últimos años y provoca un enorme ausentismo laboral (veinte millones de días en un año).¹ Los tratamientos reconocidos por las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) y los dictámenes de las comisiones médicas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) no conforman a muchos trabajadores y los juicios laborales son instancias que dirimen estas diferencias.

Entre las causas de estas diferencias, algunos manifiestan que el baremo utilizado para los casos laborales en nuestro país, los decretos 658/96 y 659/96, y la última modificación, el decreto 49/14,^{2, 3} tienen serias deficiencias al no incluir ciertas patologías y/o secuelas. Su objetivo pretende ser “funcional” pero no lo es y deja al margen numerosas secuelas y dolencias; algo similar sucede con el baremo previsional.⁴ Por esa razón, los médicos se apoyan en otros baremos de uso frecuente, como el de Altube-Rinaldi⁵ u otros extranjeros,⁶ que otorgan más posibilidades al médico evaluador del daño para mensurar incapacidades.

Correspondencia. Dr Mariano Tolino
Correo electrónico: medicoforensechubut@gmail.com

Este trabajo realiza una reseña anatómo-funcional del pie normal y de las características de algunas patologías ocurridas en accidentes laborales y sus secuelas. También plantea algunas dificultades halladas para las evaluaciones del daño con el baremo de la Ley de Riesgo del Trabajo (LRT) y de la incapacidad resultante, con secuelas de lesiones del pie. Se realizan algunas propuestas para mejorar la evaluación de estas secuelas en el pie, con énfasis en el concepto de la “función” y los estudios de las imágenes necesarias para apoyarlas.

Método

Fueron analizados cada uno de los puntos que otorgan incapacidad por secuelas de lesiones en los pies según el baremo laboral y se confrontaron con las dificultades halladas en la práctica diaria en juicios laborales. Se señala la resolución en algunos casos específicos y se marcan las diferencias existentes con otros baremos. Se hizo hincapié en el compromiso de la funcionalidad del pie en la bipedestación y en la marcha, así como en los estudios de las imágenes más convenientes para ayudar a detectar las secuelas.

Reseña anatómica del pie. Huesos y articulaciones

El pie comprende veintiséis **huesos**, dispuestos en tres grupos: tarso, metatarso y dedos. El tarso está formado por siete huesos, dispuestos en dos filas: una posterior, astrágalo (o talus) y calcáneo, y una anterior, cuboides, hueso navicular o escafoides y tres cuneiformes. El metatarso está constituido por cinco huesos (los metatarsianos) y los huesos de los dedos son también cinco y cada uno está formado por tres falanges (salvo el dedo hallux que solo tiene dos). Debemos señalar también la presencia de los huesos sesamoideos, de disposición y tamaño variable (constantes en contacto con la cabeza del primer metatarsiano), que a veces están alrededor de las articulaciones o excepcionalmente en el espesor de los tendones. Debe recordarse que los huesos tienen una vascularización propia y está dada por pedículos vasculares, que pueden dañarse en los traumatismos y ocasionar patologías que se mencionan en los baremos.

En cuanto a las **articulaciones** del pie, señalamos la articulación tibiotarsiana (o de la garganta del pie) y las articulaciones intrínsecas del pie. Estas últimas son las articulaciones de los huesos del tarso entre sí: astragalocalcánea (talocalcánea), mediotarsiana o antiguamente llamada de Chopart, naviculocuboidea, cuneonavicular, intercuneiforme; cuboideocuneiforme; articulaciones del tarso con el metatarso (tarsometatarsiana o antiguamente llamada de Lisfranc), articulaciones de los metatarsianos entre sí (intermetatarsiana), de los metatarsianos con las primeras falanges (me-

tarsofalángicas) y articulaciones de las falanges entre sí (interfalángicas).⁷

Recordemos que los cartílagos de las carillas articulares, como todo tejido cartilaginoso, son totalmente avasculares: los vasos están restringidos a la membrana pericondrial y la nutrición de los condrocitos ocurre mediante la difusión del líquido tisular a través de la matriz del cartílago.

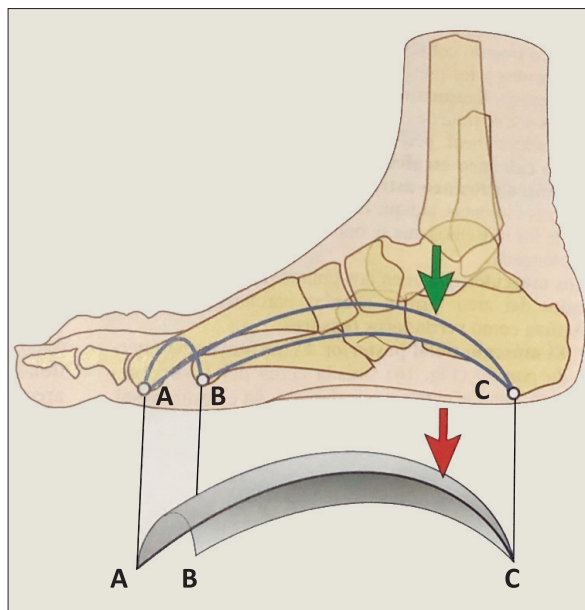
Por otra parte, las articulaciones del pie son de tipo sinovial y, por ende, presentan membranas sinoviales que permiten el deslizamiento de las superficies óseas articulares con su respectivo cartílago articular y facilitado por la producción de líquido sinovial. En algunos lugares, los tendones (extracapsulares) presentan contacto con bolsas sinoviales que continúan al interior de una articulación, y esto facilita la propagación de infecciones al interior de ella.⁸ Las patologías que se asientan en estas estructuras cartilaginosas no siempre son fáciles de corroborar. **En ocasiones pueden presentar cierta dificultad de valoración en los estudios por imágenes y causan impotencias funcionales** que, por ejemplo, pueden hacerse evidentes al evaluar semiológicamente la marcha del individuo.

Reseña de la fisiología del pie. Marcha

La bóveda plantar es un conjunto arquitectónico de elementos duros y blandos; es responsable de lograr la bipedestación del humano, transmitiendo eficientemente el peso del cuerpo hacia el suelo.

Presenta tres arcos: el anterior, el externo o lateral y el interno o medial, con vértice posterior (Figura 1) y la fuerza inicial se concentra en la gar-

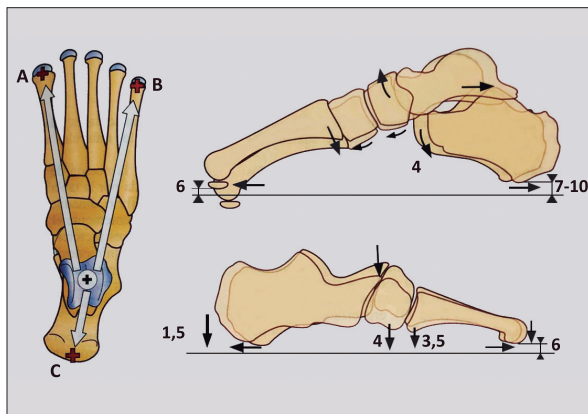
Figura 1. Arcos plantares.



Tomada de Kapandji.⁸

ganta del pie, donde comienza la distribución de cargas hacia los tres puntos de apoyo: el calcáneo atrás, las cabezas de los metatarsianos I (en el arco medial) y V (en el arco lateral) (Figura 2). Es de destacar que la superficie de apoyo del cuerpo en bipedestación es muy limitada con relación a la altura en conjunto, y por lo tanto, inestable.

Figura 2. Distribución de cargas en bipedestación.



Tomada de Kapandji.⁸

En cuanto a la **dinámica de la marcha**, Kapandji⁹ la describió minuciosamente. Describe cuatro fases fisiológicas: en la **primera**, la toma de contacto con el suelo es a partir del punto de apoyo posterior; en la **segunda**, existe el máximo contacto con el suelo unilateral y el tobillo pasa de extensión a flexión, lo que produce un primer efecto amortiguador. La **tercera** fase es de primer impulso motor: la contracción de los músculos extensores de los maléolos, sobre todo el tríceps sural, hace levantar el talón y la bóveda plantar rota hacia su punto de apoyo medial; los tensores de la planta del pie se activan para evitar el aplanamiento de la bóveda y generan un segundo efecto amortiguador. La **cuarta** y última fase de la marcha genera el segundo impulso motor: se suma el accionar de los flexores de los dedos y se va trasladando la carga principalmente al hallux; finalmente, el pie se levanta del suelo mientras el otro se balancea hacia adelante.

Estos conceptos biomecánicos deberían ser considerados a la hora de evaluar los casos traumatológicos y ortopédicos, pues tienen una clara repercusión en la funcionalidad del pie. En definitiva, **cuando uno valoriza el daño corporal en el pie, debe pensar no solo en la lesión anatómica-radiológica sino también en su repercusión y limitación funcional.**

Lesiones traumáticas. Nuestra casuística

En la región del pie, descartando desde luego las lesiones ortopédicas y centrándose en las trau-

máticas, predominan las **fracturas y esguinces**, con o sin luxaciones.

En ochocientos casos de juicios laborales, diecisiete correspondieron a lesiones en el pie. Fueron trece fracturas, tres luxaciones y una fascitis plantar.

En cuanto a su localización: trece fueron únicamente en esa región, y cuatro casos fueron combinados con otras regiones (dos con extremidad inferior, uno con extremidad superior, y uno con pelvis y rostro).

Baremos

Como antecedentes de los baremos laborales, podemos mencionar la de Remy (1906), que detallaba las funciones de cada órgano en la actividad laboral. Brouardel (1908) ya porcentuó lesiones, teniendo en cuenta la actividad laboral. Un método matemático, controvertido, pero que se sigue utilizando, fue descrito por Víctor Balthazar en la década de 1920, para valorar lesiones en distintas regiones del cuerpo con el fin de calcular incapacidades múltiples. En 1936, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sugirió lo más parecido a un baremo actual, pero no consiguió imponerse.⁶

En la Argentina se utilizaron varias tablas. El maestro Prof. Dr. Emilio Bonnet, un pionero en el país, realizó una muy utilizada en su época, con rangos de porcentajes por secuelas traumáticas. También en la Argentina, Lafrenz y Zylbersac realizaron una tabla específica para el pie. Sin embargo, no fue sino hasta 1996 que el actual baremo, decretos 658/96 y 659/96 de la Ley de Riesgo de Trabajo, se constituyó en el "oficial", sufriendo modificaciones y agregados: 1278/00, 1694/09, la Ley 26773 del año 2012 (que estableció la obligatoriedad del uso del Baremo de LRT), hasta la última, con el decreto 49/14, en el que se agregaron algunas enfermedades profesionales frecuentes.^{2, 3}

Baremo laboral

Un detalle: en el Baremo se observa que los términos anatómicos no se encuentran en terminología anatómica internacional (TAI): astrágalo debería ser *talus* (TAI) y escafoides, *navicular* (TAI).

Amputaciones

No constituyen un tema problemático en las evaluaciones médicas. Se presentan las amputaciones desde la casi total con conservación del calcáneo (20-40%), pasando por la del hallux con su metatarsiano (17%), hasta la de solamente la falange del 5º dedo (1%).

En los ítems que figuran a continuación se aclara que "a la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y/o acortamiento del miembro".

Fracturas

• del astrágalo con necrosis	15-25%
• astragalectomía	15-25%
• de calcáneo con aplastamiento; artrosis subastragalina	20-25%
• de ambos calcáneos con aplastamiento; artrosis subastragalina y marcha claudicante	25-30%
• de escafoides con necrosis	5-10%
• múltiples del pie, con edema y pie plano traumático, atrofia de Sudeck	20-30%
• múltiples del pie, con edema y pie plano traumático, bilateral	30-40%

Limitaciones funcionales

• Del hallux:	IF: 0-4%; MTT-F: 0-5%
• Resto de los dedos:	1-2%

Pseudoartrosis

• Astrágalo	10-25%
• Metatarsianos:	I: hasta 6%; II-III-IV y V: 0-2%
• Hallux: falanges por separado:	0-2%

Problemáticas en la aplicación del baremo de LRT

Los accidentes laborales representan un problema para la economía nacional y para las empresas en particular, llegando en un año a representar más de veinte millones de días no laborables.¹ La problemática no es puramente médica, ya que en estas *litis* pujan fuerzas de patronales, aseguradoras y representantes de empleados.

Actualmente en los reclamos ante comisiones médicas, el único baremo para evaluar el daño corporal es el de Ley de Riesgo de Trabajo, 658/96, 659/96, y la última modificación, decreto 49/14. Sin embargo, en el pasado, en los juicios podían utilizarse otros baremos y con la combinación de ellos se lograba superar los déficits propios de cada uno de ellos.

Como sabemos, las incapacidades son temporarias mientras dura el tratamiento o la convalecencia y se tornan “definitivas”, según “criterio médico”, cuando se da el alta. Mientras que el criterio jurídico expresa que lo hace al año (o hasta dos años) del siniestro o de la toma de conocimiento del daño que padece.² Sin embargo, en la práctica, en los últimos años, las comisiones médicas de SRT han optado por otorgar las incapacidades definitivas incluso antes de cumplido el año, al alta médica. En esta disparidad de criterios entre el médico y el jurídico parece prevalecer el primero a la hora del dictamen médico-legal.

Si bien el baremo de LRT,³ al evaluar las secuelas, pretende tener un **concepto “funcional” de las**

incapacidades, por ejemplo de las limitaciones articulares al mensurar incapacidad, tiene inexplicables ausencias de patologías y secuelas que existen y generan un vacío médico-legal al no ponderar reales incapacidades de estos trabajadores afectados. Coincidimos con Waron¹⁰ en que se debe hacer foco en la “salud práctica” y cómo fue “modificada funcionalmente” luego de un siniestro, con la consiguiente afectación de la capacidad laboral.

Un ejemplo frecuente y evidente son los trastornos en la marcha que dejan varias lesiones del pie. La marcha es una función esencial en el humano y forma parte de una compleja fisiología osteo-artro-muscular.⁹ Lo descripto en cuanto a la fisiología de la bipedestación y la marcha no es un dato menor, **ya que las evaluaciones de las secuelas son, en casi todos los baremos, más anatómicas que funcionales**, y las patologías terminan localizándose en una articulación o hueso del pie, perdiendo la idea del conjunto. En realidad, estas lesiones del pie pueden alterar esta estructura “en conjunto” y comprometer la función de la bipedestación y la marcha. Schächter¹¹ propuso una mensura de incapacidad con relación a la claudicación y trastornos de la marcha en su conjunto, teniendo en consideración desde una pequeña cojera o renguera (grado leve), luego la necesidad de apoyo con bastón (grado moderado) y, finalmente, hasta no poder caminar en absoluto (grado severo). También Kvitko¹² remarca la importancia del dolor al enumerar algunas tablas sobre ello; sin embargo, cuesta llevarlas a la práctica en la evaluación diaria.

Lo importante de estas tablas, según nosotros, es que el dolor –queda claro– debe considerarse como un elemento agregado en la valoración.

Existen algunas lesiones “menores” del pie que dejan algún grado de alteración en la marcha y que no están registradas, por ejemplo la rigidez en el tobillo o en la rodilla. Un ejemplo lo constituye una lesión ósea o articular que requiere una larga inmovilización y luego deja una importante hipotrofia muscular de la pierna, generando debilidad en esos músculos, evidenciadas en la marcha, al subir escaleras, etc., pero que no deja rigidez ni inestabilidad articular, y este baremo no lo considera.

En un caso nuestro, un trabajador tuvo un traumatismo al pisar un terreno irregular y presentó una fascitis plantar que fue rebelde al tratamiento y que le generó una marcha anormal, disbásica, e inconvenientes cotidianos para trasladarse. La demanda fue en favor del trabajador, haciendo lugar a la opinión del perito médico de que debía tenerse esto en cuenta y mensurarse mediante **un baremo que tuviera en consideración esta secuela funcional**.¹³

Problemáticas específicas o particulares

Algunas secuelas presentan dificultades para baremizarlas, ya sea porque algunos puntos son poco claros y otros deficitarios:

1. Fracturas de astrágalo o talus: las fracturas del cuello astragalino abarcan hasta el 50%; teniendo en consideración la clasificación de Hawkins, en la que las tipo 1 y 2 comprometen a un solo pedículo vascular y suelen evolucionar sin necrosis, y las tipo 3 y 4, muchas veces con subluxación incluida, tienen compromiso vascular y necrosis hasta en el 90% de los casos.¹⁴ Las complicaciones más frecuentes son la lesión necrosis avascular, la pseudoartrosis y la osteoartritis.

En el baremo de LRT la fractura del astrágalo sin necrosis o pseudoartrosis no se contempla. Más allá de estas secuelas anatómo-radiológicas, suele quedar un dolor crónico que puede llevar a la artrodesis y, además, un arco medial vencido, que dificulta la marcha. López-Durán¹⁵ propuso que esta dificultad de evaluación se subsane con una tabla de resultados “de excelente a malo”, sobre la base de hallazgos radiológicos, el dolor, el antecedente de infección y la movilidad articular, según porcentajes.

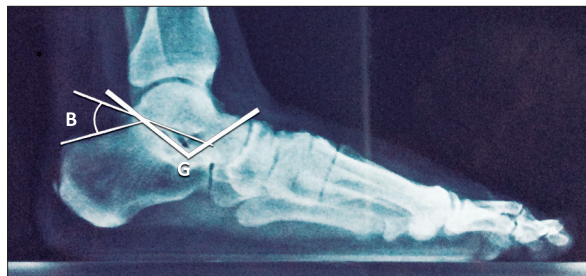
Siguiendo con el astrágalo, encontramos un detalle que consideramos erróneo, y que se repite en otras regiones corporales analizadas: la “astragalectomía” es un tratamiento necesario para la solución de una lesión y/o complicación derivada de la primera, pero no constituye una lesión por sí misma o una secuela patológica. **Creemos que es incorrecto incluir tratamientos como ítems para incapacitar y que, más bien, deberían centrarse en la lesión o secuela.** Algunos baremos incapacitan a la persona directamente por el antecedente traumático, sin mayores detalles,^{6, 14} o bien lo diferencia en si existe

o no necrosis, pero dando oportunidad de agregar incapacidad por el hecho de la sola fractura.⁵

2. Fracturas de calcáneo: es la localización más frecuente de las fracturas del tarso. Las que tienen un componente intrarticular (75%) le ocasionan al paciente el peor pronóstico.

El diagnóstico suele hacerse con radiografías convencionales, sobre todo se deben medir los ángulos de Böhler y de Gissane. El de Böhler está formado por la intersección entre dos líneas: la primera va desde la parte superior de la tuberosidad posterior del calcáneo hasta la faceta articular talo-calcánea posterior; la segunda, desde el extremo anterosuperior del calcáneo hasta la misma faceta. Habitualmente con un valor de entre 20° y 40°. El de Gissane, también está formado por la intersección entre dos líneas: son las tangentes a la pendiente ascendente y descendente de la superficie proximal (superior) del calcáneo; normalmente se encuentra entre 100° y 130° (Figura 3). La tomografía computada muestra muy bien la extensión de estas lesiones.¹⁶

Figura 3. Angulos de Böhler (B) y Gissane (G).

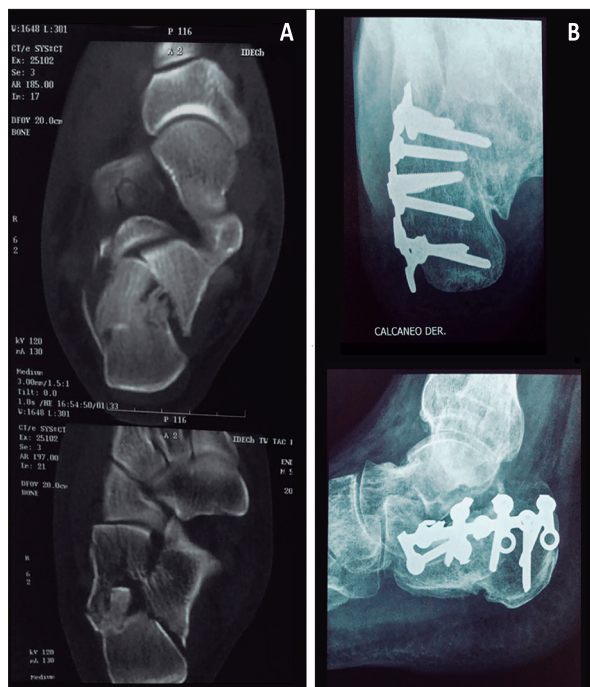


Para incapacitar al trabajador debe tener aplastamiento y artrosis subastragalina (subtalar). Estos son dos conceptos distintos: el primero es la consecuencia directa del traumatismo, y la segunda, una secuela. Estos ítems en las **tablas de baremos son confusos, ya que mezclan lesiones primarias y secuelas.** Este fenómeno también se observa en otros baremos, como por ejemplo el francés, que en el pie incluye a varias operaciones confundiendo con secuelas.¹⁷ En definitiva, creemos que, en general, **en los baremos no debería figurar ni la valoración de una patología ni de un tratamiento, sino preferentemente las alteraciones o secuelas anatómo-funcionales.**

Estas fracturas suelen producirse por caída de altura, como lo vimos en tres casos, y la mayoría tienen un componente intraarticular. El baremo de Altube tiene en consideración esta secuela, según exista ensanchamiento, desplazamiento, talalgia y disminución del ángulo de Böhler. En este sentido, la Asociación Argentina de Compañías de Seguros incluye la talalgia como secuela.¹⁸ Otros autores⁶ engloban las secuelas de huesos del tarso, con o sin desviaciones, pie plano traumático y atrofia muscular de la pierna, hechos muy importantes y dejados de lado por la mayoría de las tablas.

En nuestra experiencia, de cuatro casos de fractura de calcáneo (todas con caídas en altura y una con múltiples lesiones, en pelvis y rostro), en dos debimos recurrir a la utilización de otro baremo no laboral, el cual fue aceptado para incapacitar al actor (Figura 4).

Figura 4. Caso clínico. **A)** Tomografía: fractura conminuta de calcáneo. Aumento del espesor y de la densidad de los tejidos blandos por edema / inflamación. **B)** Radiografía: osteosíntesis de calcáneo con placa con tornillos. Se reconoce además aumento de la densidad de los tejidos blandos periarticulares y marcada osteopenia secundaria a inmovilización prolongada.



3. Fracturas de otros huesos del pie: además del hueso navicular (escafoides tarsiano), el baremo de LRT menciona “fracturas múltiples del pie” e incluye ambigüamente al pie plano traumático y la atrofia de Sudeck (síndrome doloroso regional complejo). En este punto existen varias preguntas: ¿a cuántos huesos incluye el término “múltiples”? El ítem está separado con comas, no con puntos y comas, por lo tanto ¿debe tener todos los componentes? ¿A qué se considera “pie plano traumático”? ¿Puede considerarse a la atrofia de Sudeck como secuela directa de un traumatismo?

Por otra parte, en el baremo oficial, al no mencionar el resto de los huesos del pie, quedan tácitamente excluidos: huesos cuneiformes, cuboides y metatarsianos, y podríamos excluir las falanges, teniendo en consideración la rigidez de los dedos. Con el fin de subsanar este vacío médico-legal, otros autores^{5, 6} incluyen a cada hueso fracturado.

4. Pie plano: el pie plano del adulto se presenta hasta en el 20% de la población adulta y puede ser flexible o rígido. Es un trastorno frecuente, caracterizado por la flexión plantar del astrágalo, el colapso del arco medial, valgo del retropie y abducción del antepie, causado por un desacoplamiento mecánico de los huesos del tarso debido a un fallo del complejo osteo-tendinoso-ligamentoso que mantiene el arco longitudinal medial del pie.

La bóveda plantar cuenta con estabilizadores dinámicos y estáticos. El estabilizador dinámico es el tendón del tibial posterior (TTP), y los estáticos son el ligamento calcaneonavicular plantar, el fascículo superficial del ligamento deltoideo, los ligamentos del seno del tarso, la aponeurosis plantar y las cápsulas articulares naviculo-astragalinas y naviculocuneiformes.^{8, 19}

La etiología de este pie plano puede ser por: 1) disfunción del TTP, en general por tendinopatía degenerativa, 2) fallo ligamentoso: lesión degenerativa de ligamentos calcaneo-naviculares y 3) pérdida de la estabilidad estructural intrínseca.

La radiografía simple (Rx) es el primer método por imagen que se utiliza para la evaluación del pie plano. Incluye Rx en bipedestación anteroposterior y lateral del pie y anteroposterior del tobillo con angulación del tubo a 10°. Para descartar preexistencias, de sospecharse semiológicamente, puede realizarse bilateral. Por este método pueden obtenerse diferentes medidas radiológicas en las proyecciones mencionadas, que son útiles a la hora de la discusión de la evaluación.

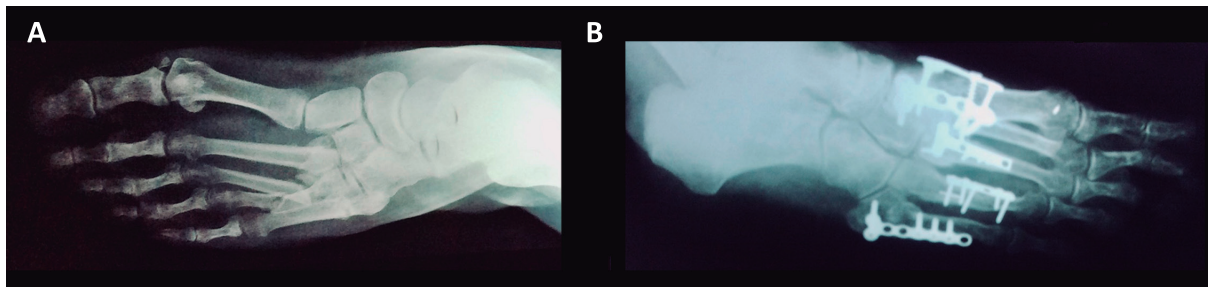
En cuanto a la resonancia magnética en el estudio del pie plano del adulto, es útil para la detección de lesiones del TTP, que abarcan desde la peritendinitis, tendinosis, y rupturas (parciales, completas o mixtas); también en lesiones de ligamentos calcaneo-naviculares, lesiones de la aponeurosis plantar, alteraciones óseas y articulares.¹⁶

5. Luxo-fractura tarso-metatarsiana: existen algunos traumatismos frecuentes que no están incluidos en el baremo de LRT, como la luxofractura tarso-metatarsiana (o de la articulación de Lisfranc), que no es poco frecuente en grandes traumatismos y que, de hecho, en la experiencia personal la vimos en dos ocasiones, y no siempre se fracturan “múltiples huesos” o bien no siempre queda como secuela pie plano luego del tratamiento (Figura 5).

Para solucionarlo, algunos baremos, como los de Altube, Romano y de otros países, incluyen específicamente esta patología o bien a los metatarsianos, y pueden tomarse en cuenta al momento de incapacitar la secuela de este traumatismo.

Creemos que la mejor mensura de esta lesión es tener en consideración los resultados de la reducción y presencia de artrosis.

Figura 5. Caso clínico. **A)** Luxación convergente en articulación tarso- metatarsiana, con fractura de 2^{do}, 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} metatarsianos. **B)** Osteosíntesis con placa con tornillo en los cinco metatarsianos.



6. Luxaciones metatarso-falángicas: deberían considerarse independientemente de la rigidez posterior de los dedos, debido a que en ocasiones queda deformidad y dificultades al pisar.

7. Trastornos tendinosos y de partes blandas: algunas patologías, como la fascitis plantar, la luxación recidivante de los peroneos largos, las cicatrices o lesiones de la planta del pie, la tenosinovitis crónica y otras, no incluidas en el baremo de LRT, se encuentran mensuradas en otros baremos.^{5, 6} Para su detección, el ultrasonido o la ecografía, utilizando sondas de alta frecuencia (12-15 Mhz), de alta resolución y con adecuadas cantidades de gel ultrasonográfico, son útiles en estas patologías de los tejidos blandos del pie y pueden aplicarse en: 1) patologías plantares; por ejemplo en casos de talalgia a causa de la inflamación de la aponeurosis plantar (*fascitis plantar*); 2) metatarsalgias: puede ser útil en la detección de neuromas interdigitales (de Morton), cuando se han descartado, mediante radiografía convencional, patologías óseas como osteocondritis, fractura, necrosis avascular, osteomielitis, artritis, etc. Otras causas de metatarsalgia evaluables por ecografía incluyen cuerpos extraños, gangliones, sinovitis, cuerpos libres, patología tendinosa, entre otras.^{20, 21}

Resonancia magnética: por su mayor capacidad de resolución tisular y especificidad en los tejidos blandos (tejido subcutáneo profundo, peritiendinosa) tiene mayor sensibilidad y especificidad que el resto de los métodos por imágenes para realizar un diagnóstico certero.^{22, 23}

Estas dolencias, que parecen inespecíficas, en ocasiones son secuelas de traumatismos y/o gestos repetitivos laborales y deberían estar englobadas en trastornos generales de la marcha o bien en ítems concretos como “fascitis plantar” o “metatarsalgia”, como algunos baremos lo indican.^{5, 6}

8. Pseudoartrosis: si bien las más frecuentes están incluidas en el baremo de LRT, cualquier hueso, una vez fracturado, puede evolucionar desfavorablemente hacia ella. Los métodos para evaluar la pseudoartrosis en las lesiones óseas son la Rx simple y la tomografía computada. Los tomógrafos multicorte aportan además la reconstrucción de la imagen tridimensional.

9. Variaciones y extremos porcentuales: como en otras regiones corporales, los ítems de incapacidad presentan extremos, a veces de rango muy amplio. El baremo de LRT hace una aclaración sobre este tema al comienzo del apartado del miembro superior, pero no del del miembro inferior, y aclara que el criterio a utilizar debe basarse en la recuperación de la funcionalidad y la “prótesis colocada”. Lucero²⁴ hace mención a este problema y sugiere “dividir” este rango en leve, moderado y grave, y tomar esa referencia para indicar el número más adecuado. Creemos que, en el pie, lo más adecuado es observar con detenimiento los trastornos en la bipedestación y en la marcha que la secuela incapacitante ocasiona, para calificar con el número más aproximado dentro del rango aceptado.

10. Finalmente, remarcamos que habitualmente las lesiones anatómicas del pie que pueden ocasionar trastornos en la marcha no se evalúan como posibles secuelas funcionales *per se*. Sin embargo, debe quedar claro que el pie actúa como una unidad anatómica altamente especializada con el fin de lograr las funciones de bipedestación y marcha, y la lesión de uno de sus componentes puede generar trastornos globales anatomo-funcionales.

Propuestas

No hay duda de que el **baremo de LRT en lesiones de pie es incompleto** y deberían modificarse y/o agregarse algunos ítems incapacitantes.

En este sentido, proponemos:

1) Incluir como secuelas las fracturas de astrágalo sin necrosis y/o pseudoartrosis secuelar evidentes, debido a los trastornos álgicos y funcionales que se aprecian en la marcha y el tobillo.

2) Modificar las secuelas de fractura del calcáneo, otorgándole siempre incapacidad por su rol determinante como punto de apoyo y en la marcha según el ángulo de Bohler y/o si sufrió conminución. Estos hallazgos deberán ser corroborados mediante radiología simple específica.

3) Incorporar como entidad la luxofractura tarso-metatarsiana, debido a que la mecánica lesional no es infrecuente. En ocasiones, ante la fractura única de algún cuneiforme se observa una secuela

relevante en el apoyo del arco anterior; mensurarla según quede la reducción alineada y cómo impacte en el arco plantar anterior. Las imágenes obtenidas por tomografía darán cuenta de las lesiones óseas; las de la resonancia magnética son de elección para las lesiones ligamentarias y otras partes blandas asociadas.

4) Incluir las fracturas de todos los huesos del pie no descriptos: cuboides, cuneiformes, metatarsianos y falanges, como lo hacen otras tablas.^{5, 17}

5) Otorgar a la rigidez secuelar de los dedos del pie un único número (2% para todos, excepto al hallux, 6%), en orden a la dificultad que ofrece la correcta medición de cada articulación (MTT-F e IF).

6) Dar lugar a un rango de incapacidad según las alteraciones de la marcha derivadas de otras patologías del pie que se presentan en el ámbito laboral, como fascitis plantar, lesiones tendinosas, heridas penetrantes con secuelas inflamatorias inespecíficas, etcétera.

Conclusiones

La valoración del daño corporal en las secuelas de las lesiones de pie derivadas de accidentes laborales presentan problemas (ausencias y deficiencias) para su evaluación mediante el baremo laboral oficial de nuestro país.

Se realizan seis propuestas para incluir en el baremo, con el objeto de facilitar la mensuración y allanar las dificultades que se presentan en los dictámenes de las comisiones médicas de SRT y de los juicios laborales. Se trata de incluir algunas secuelas producidas por fracturas, luxofracturas y otras patologías del pie que pueden alterar la bipedestación y la marcha.

Finalmente, resaltamos que **en los baremos no deberían figurar ni la valoración de patologías ni la de tratamientos, sino preferentemente la de alteraciones funcionales que se suman a las anatómoradiológicas**. Tampoco deberían incluirse en un mismo ítem episodios agudos y procesos crónicos. Por último, cuando figuran rangos elevados (por ej.: 5 a 20%) tendría que aclararse cómo se calculan los valores intermedios.

Agradecimientos. A los Dres. Octavio Binivignat y Pablo Sartori, por los aportes realizados.

Referencias

- Superintendencia de Riesgo del Trabajo. Anuario estadístico julio 2016-junio 2017.
- Ley 24557. Baremo nacional de las aseguradoras de riesgo de trabajo. 1996.
- Decreto 49/2014. Listado de enfermedades profesionales. Decretos 658/96 y 590/97. Modificaciones. Boletín Oficial 14/1/2014.
- Decreto 478/1998. Baremo nacional previsional.
- Altube JL, Rinaldi CA. Baremo general para el fuero civil. García Alonso 2013; segunda edición.
- Rubinstein SJ. Código de tablas de incapacidades laborales. Abeledo Perrot 2012.
- Testut L, Latarjet A. Compendio de Anatomía Descriptiva. Salvat, Barcelona 1973.
- Williams PL, Warwick R. Gray Anatomía. Churchill Livingstone, Edimburgo 1992, tomo 1.
- Kapandji AI. Fisiología articular. Ed. Médica Panamericana 2010; sexta edición, tomo 2.
- Waron LR. Medicina legal del trabajo. Dificultades en la pericia médico legal. Dosyuna 2013; segunda edición.
- Schächter S, Holm M, Pueyrredón J. Guía para evaluación de las incapacidades médicas del aparato locomotor. Guías de la AAOT. Prensa Médica 2008.
- Kvitko LA. Valoración del daño corporal. Tribunales 2016.
- "V.R. c/ Prevención ART S.A.", Juzgado Laboral N° 2 Trelew, Argentina.
- Resnick D. Huesos y articulaciones en Imagen. Marbán 2001; segunda edición.
- Maciá GG. Daño corporal por fracturas. Dosyuna 2010.
- Martínez Fernández M. Pie plano: la aportación del radiólogo. Presentación electrónica educativa. SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica).
- Padovani P. Bareme Accidents du travail et maladies professionnelles. Lamarre Poinat 1992.
- Baremo de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros. 2012; Versión 1.2.
- Stoller DW. Magnetic Resonance imaging in orthopaedics and sport medicine. Lippincott. Williams & Wilkins 2007; tercera edición.
- Van Holsbeeck MT. Ecografía musculoesquelética. Marbán 2002; segunda edición.
- Sartori PM. Diagnóstico por imágenes. Amolca 2015; 2 tomos.
- Ashman CJ, Klecker RJ, Yu JS. Forefoot Pain Involving the Metatarsal Region: differential Diagnosis with MR Imaging. RadioGraphics 2001; 21: 1425-1440.
- Gregg JM, Schneider T, Marks P. MR Imaging and Ultrasound of metatarsalgia: the lesser metatarsals. Radiol Clin N Am 2008; 46: 1061-1078.
- Lucero H, Idaskin RJ. Manual de medicina legal del trabajo y de la seguridad social. Dosyuna, Ciudadela 2010.
- Altube JL y col. Manual de técnica pericial para médicos. Dosyuna 2011.
- FICAT. Terminología Anatómica. Médica Panamericana, Madrid 2001.