

Consideraciones sobre la jurisprudencia social de la patología traumática del bíceps braquial

Occupational jurisprudence considerations of biceps brachii traumatic pathology

*Manuel Carpio González, **José Fernando Martínez López

*Servicio de Salud Laboral y Prevención. Aucorsa. Córdoba.

**Servicio de Traumatología Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante).

Resumen

En este trabajo se comparan las secuelas traumáticas del bíceps braquial con las sentencias emitidas por los tribunales superiores de justicia en el ámbito de Lo Social por reclamaciones de lesiones del citado músculo bien sean primarias como en el contexto de una lesión anatómica más amplia. Se aportan criterios de valoración del daño por la lesión del bíceps braquial.

Palabras Claves

Bíceps braquial, Lesión. Valoración del daño, Jurisprudencia, Jurisdicción de Lo Social.

Summary

Biceps brachii post-traumatic disability is compared with the sentences of the superior courts due to claims of primary or more extend occupational injuries affecting the biceps brachii tendon. Contributions to the biceps brachii injury assessing are exposed.

Key words

Biceps brachii, injury, disability assessing, jurisprudence, occupational jurisdiction.

Introducción

Las lesiones traumáticas del bíceps braquial (BB) son la rotura y la tendinitis.

El BB es un elemento anatómico imprescindible para el desarrollo de los oficios manuales en los que sea necesario realizar flexiones frecuentes del codo, con o sin levantamiento de objetos pesados, aun cuando la lesión sea en la extremidad no favorita.

Si bien es amplia la bibliografía quirúrgica y ortopédica sobre su patología, no existe reseñas documentales sobre los criterios a adoptar en el ámbito de la valoración del daño corporal y su relación con el criterio adoptado por tribunales de Lo Social para su consideración y calificación.

Es esta laguna documental la que pretendemos en este trabajo estudiar y analizar.

Material y métodos

Se han analizado las sentencias de los tribunales superiores de justicia de las comunidades autónomas y del tribunal supremo entre los años 1995 y 2001 en las que constasen la/s palabra/s bíceps y/o braquial, siempre y cuando esta última palabra se refiera al músculo bíceps. Para ello se ha utilizado la base de datos Quantor.

Para la baremación de las secuelas se ha empleado el Baremo anexo de la Orden de 15 de abril de 1969 (BOE de 8 de mayo) empleado para la indemnización de las lesiones permanentes no invalidantes. En la tabla I se relacionan las secuelas del miembro superior que relacionadas con la anatomía o función del BB.

Las secuelas derivadas de las lesiones surgidas por la infracción de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se bareman mediante el Ley 34/2003 de 4 de Noviembre (BOE 265 DEL 5.11.2003) y se describen en la tabla II.

Tabla I Secuelas correspondientes al miembro superior en el Baremo anexo de la Orden de 15 de abril de 1969 (BOE de 8 de mayo)	
Nº SECUELA	CONCEPTO
	A) Hombro
71	Limitaciones de la movilidad conjunta de la articulación en menos de un 50%
72	Limitaciones de la movilidad conjunta de la articulación en más de un 50%
	B) Codo
73	Limitación de la movilidad en menos de un 50%
74	Limitación de la movilidad en más de un 50%
	C) Antebrazo
75	Limitación de la pronosupinación en menos del 50%
76	Limitación de la pronosupinación en más del 50%

Tabla II Secuelas correspondientes al miembro superior en el baremo anexo a la Ley 34/2003 de 4 de Noviembre (BOE 265 DEL 5.11.2003)	
CÓDIGO	CONCEPTO
	Hombro
	- Limitaciones de la movilidad (se valorará el arco de movimiento posible):
	- Abducción (N: 180°)
41040	• Mueve más de 90°

CÓDIGO	CONCEPTO
41041	• Mueve más de 45° y menos de 90°
41042	• Mueve menos de 45°
41043	- Adducción (Nº: 30)
	- Flexión anterior (N: 180°) (se valorará el arco de movimiento posible):
41044	• Mueve más de 90°
41045	• Mueve más de 45° y menos de 90°
41046	• Mueve menos de 45°
41047	- Flexión posterior (extensión) (N: 40°)
	- Rotación:
41048	• Externa (N: 90°)
41049	• Interna (N: 60°)
	Codo
44010	- Amputación-desarticulación del codo
	- Anquilosis-artrodesis de codo:
42020	• En posición funcional
42021	• En posición no funcional
	- Limitación de la movilidad (grados): Se considera la posición neutra (funcional) con el brazo a 90°. Desde esa posición, el arco de máxima flexión es de 60° y el de la extensión máxima es de 90°.
	- Limitación de la flexión:
42030	• Mueve menos de 30°
42031	• Mueve más de 30°
	- Limitación de la extensión:
42032	• Mueve menos de 60°
42033	• Mueve más de 60°
	- Los movimientos de prono-supinación se valoran en el apartado antebrazo y muñeca
42050	- Artrosis postraumática y/o codo doloroso
42051	- Agravación de una artrosis previa
42060	- Prótesis de codo (según sus limitaciones funcionales las cuales están incluidas)
	Antebrazo y muñeca
	- Limitación de la movilidad de la muñeca (grados):
45040	• Pronación (N: 90°)
45041	• Supinación (N: 90°)
45042	• Flexión (N: 80°)
45043	• Extensión (N: 70°)

CÓDIGO	CONCEPTO
45044	• Inclinación radial (N: 25°)
45045	• Inclinación cubital (N: 45°)
45100	– Retracción isquémica de Volkmann
	Parálisis
71010	– Nervio circunflejo
71020	– Nervio músculo cutáneo
71030	– Nervio subescapular
	– Nervio mediano:
71040	• A nivel del brazo
71041	• A nivel del antebrazo-muñeca
	– Nervio cubital:
71050	• A nivel del brazo
71051	• A nivel del antebrazo-muñeca
	– Nervio radial:
71060	• A nivel del brazo
71061	• A nivel del antebrazo-muñeca
71070	– Plexo braquial, raíces C5-C6
	Paresias
71110	– Nervio circunflejo
71120	– Nervio músculo cutáneo
71130	– Nervio subescapular
71140	– Nervio mediano
71150	– Nervio cubital
71160	– Nervio radial

Resultados

Se han encontrado 11 sentencias cuya distribución por comunidades autónomas se refleja en la tabla III.

Las lesiones del bíceps que enjuiciaban se describen en la tabla IV.

Los motivos de reclamación eran muy variados, siendo la más frecuente la solicitud de incapacidad

permanente (5 sentencias) y variando entre la impugnación del alta médica por una rotura traumática a una gran invalidez por la enfermedad neurológica. También se solicitó la contingencia de accidente de trabajo en un caso de rotura e indemnizaciones por responsabilidad civil derivadas de la infracción de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en otros dos.

La contingencia por la cual se produjeron las lesiones fueron (tabla V).

Tabla III
Distribución por comunidades autónomas de las sentencias estudiadas

COMUNIDAD		Nº
TSJAA	Andalucía	2
TSJCN	Canarias	2
TSJCT	Cantabria	1
TSJCM	Castilla-La Mancha	1
TSJCÑ	Cataluña	1
TSJGL	Galicia	1
TSJMD	Madrid	1
TSJMU	Murcia	1
TSJPV	País Valenciano	1

Tabla IV
Lesiones del bíceps braquial recogidas en la jurisprudencia analizada

LESIÓN	Nº SENTENCIAS
Rotura ^{1,4,5,7,11}	5
Vaciamientos axilares post-mastectomía ^{3,8}	2
Cuerpo extraño ⁶	1
Tendinitis ^{2,10}	2
Enfermedad neuronal ⁹	1

Tabla V. Contingencia correspondiente a cada una de las sentencias

CONTINGENCIA	NºCASOS
Comunes ^{3,8,9}	3
Profesionales ^{1,2,4,5,6,7,10,11}	8

Discusión

El codo es la articulación intermedia del miembro superior y permite a la extremidad, orientada en los tres planos gracias al hombro, llevar más o menos lejos del cuerpo a su remate activo: la mano.

El BB es el músculo flexor principal de esta articulación, teniendo además otras funciones como la supinación del antebrazo y cierta acción estabilizadora de la articulación del hombro.

El abordaje terapéutico de las lesiones del BB se realiza bien de forma conservadora, bien de forma

quirúrgica, empleándose en esta dos procedimientos^{12,15}: a) La reparación anatómica mediante la re inserción a la tuberosidad radial¹⁴; b) La reparación no anatómica mediante tenodesis al músculo braquial¹³.

Mientras que el procedimiento de reparación anatómico presenta mayor tasa de complicaciones como parálisis del nervio radial¹⁵, sinóstosis radiocubital y osificación heterotópica¹⁸, tiene por otra parte un mejor resultado funcional. En cambio, en la reparación no anatómica se describen menores tasas de complicaciones aunque peores resultados

funcionales, tales como dolor de codo y pérdidas de fuerza^{19,20} en los arcos de flexión y supinación, que puede limitar el recorrido articular en dichos arcos^{17,18,21}.

Ninguna de las sentencias revisadas menciona si la extremidad afectada es la favorita¹⁶ y tampoco se describen las secuelas descritas en la bibliografía tras la reparación quirúrgica⁷.

El baremo de la O.M. 15.4.1969 es empleado para las indemnizaciones de las Lesiones Permanentes No Invalidantes surgidas de los accidentes de trabajo, quedando sin empleo en las valoraciones de las incapacidades permanentes. Es importante destacar que en la jurisprudencia analizada, no se menciona en los accidentes de trabajo el empleo de baremo alguno sea cual sea el tipo de reclamación presentada. Idéntico comentario puede hacerse de los tres procesos de enfermedad común estudiados dos de los cuales fueron postmastectomía^{3,8}.

Tampoco se hace referencia en la jurisprudencia al modo de reparación o terapia utilizada, aunque en una sentencia² se describe que la musculatura afectada mejora y por tanto, no supone una inmovilidad permanente del miembro y por ende, tampoco una incapacidad permanente.

Las sentencias no contienen criterio alguno de valoración del daño corporal surgido tras la lesión del BB, no contemplan medidas de medición de los arcos de movilidad del codo y/o hombro ni medición de la fuerza, por lo que no se establecen secuelas funcionales. Tan sólo una sentencia⁴ menciona que se concede una incapacidad permanente en grado de total por tener un menoscabo físico del 55%. Es importante redundar en este sentido por cuanto la reclamación de gran invalidez⁹ por una enfermedad de la neurona motora y atrofia del BB, tampoco describe ningún criterio objetivo o cualitativo de medición de la fuerza residual.

En tres sentencias^{3,9,11} se menciona la capacidad de realizar o no la profesión del demandante, pero como ya hemos mencionado, sin objetivar el porqué era o no capaz de desarrollarla.

Igual comentario puede hacerse de las dos sentencias^{2,11} por reclamación de daños por responsabilidad civil generada en el incumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en las que no se determinan las secuelas residuales que son motivo de reclamación por la parte actora.

Ante esta ausencia completa de criterios de valoración del daño, cabría pensar que serían las reclamaciones ante la primera instancia las que verían reflejadas en las sentencias correspondientes los criterios objetivos de valoración que habrían servido al juzgador para su cometido.

No es el objetivo de este trabajo el proponer la baremación de las secuelas que podrían corresponder a las lesiones específicas descritas en la tabla IV, pero la importancia de las mismas como factor orientativo al juzgador y peritos obligan a los autores a continuar el estudio en esa línea.

Conclusiones

En la jurisprudencia analizada no se describe los criterios objetivos que se han empleado para concluir cada una de las sentencias según las distintas lesiones existentes en las demandas. No es por tanto posible homologar o equiparar dos sentencias que juzgan la misma lesión. Tampoco se ha empleado referencia alguna a los baremos de daño corporal de uso corriente en el ámbito de Lo Social. La incapacidad estará mediatizada por el lado afectado pero cuando se menciona un grado de incapacidad no se hace en ningún momento referencia a si la extremidad dañada es la favorita o no. Tampoco existe ningún grado de correlación de las secuelas postquirúrgicas con las descritas en la bibliografía estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

Jurisprudencia

1. TSJ Murcia. 13 Noviembre 1995.
2. TSJ Cataluña. 6584/1995. 4 Diciembre 1995.
3. TSJ Canarias. Santa Cruz de Tenerife. EU83. 1 Marzo 1996.
4. TSJ Andalucía. Granada. 2403/1997 de 17 Noviembre 1997.
5. TSJ Valencia. 422/1999. 16 Febrero 1999.
6. TSJ Cantabria. 407/1999. 1 Abril 1999.
7. TSJ Galicia. 8 Junio 1999.
8. TSJ Canarias. Santa Cruz de Tenerife. 28 Septiembre 1999.
9. TSJ Castilla La Mancha. 869/2000. 7 Julio 2000.
10. TSJ Andalucía. Málaga. 1947/2000 de 10 Noviembre 2000.
11. TSJ Madrid. 903/2002. 6 Junio 2002.

Bibliografía médica.

12. Klonz A, Loitz D, Wohler P, Reilmann H.
Rupture of the distal biceps brachii tendon: Isokinetic power analysis and complications after anatomic reinsertion compared with fixation to the brachialis muscle.
J Shoulder Elbow Surg. 2003 Nov-Dec;12(6):607-11.
13. Sotereanos DG, Pierce TD, Varitimidis SE.
A simplified method for repair of distal biceps tendon ruptures.
J Shoulder Elbow Surg. 2000 May-Jun;9(3):227-33.
14. Le Huec JC, Moinard M, Liquois F, Zipoli B, Chauveaux D, Le Rebeller A.
Distal rupture of the tendon of biceps brachii. Evaluation by MRI and the results of repair.
J Bone Joint Surg Br 1997 Jul;79(4):693.
15. Catonne Y, Delattre O, Pascal-Mousselard H, d'Istria FC, Busson J, Rouvillain JL.
Rupture of the distal tendon of the biceps brachialis: apropos of 43 cases.
Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1995;81(2):163-72.
16. Leighton MM, Bush-Joseph CA, Bach BR Jr.
Distal biceps brachii repair. Results in dominant and nondominant extremities.
Clin Orthop. 1995 Aug;(317):114-21.
17. Davison BL, Engber WD, Tigert LJ.
Long term evaluation of repaired distal biceps brachii tendon rupture
Clin Orthop. 1996 Dec;(333):186-91.
18. Karunakar MA, Cha P, Stern PJ.
Distal biceps ruptures. A followup of Boyd and Anderson repair.
Clin Orthop. 1999 Jun;(363):100-7.
19. Mariani EM, Cofield RH, Askew LJ, Li GP, Chao EY.
Rupture of the tendon of the long head of the biceps brachii. Surgical versus nonsurgical treatment.
Clin Orthop. 1988 Mar;(228):233-9.
20. Baker BE, Bierwagen D.
Rupture of the distal tendon of the biceps brachii. Operative versus non-operative treatment.
J Bone Joint Surg Am. 1985 Mar;67(3):414-7.
21. Klonz A, Loitz D, Wohler P, Reilmann H.
Rupture of the distal biceps brachii tendon: Isokinetic power analysis and complications after anatomic reinsertion compared with fixation to the brachialis muscle.
J Shoulder Elbow Surg. 2003 Nov-Dec;12(6):607-11.