

HERNIA DISCAL POSTRAUMATICA

Asesores médicos de las aseguradoras vienen alegando que “la ausencia de hiperseñal que demuestre lesión aguda es signo de lesión antigua”. Al respecto es preciso señalar:

1.- La visualización de hiperseñal derivada del desgarro agudo del anillo discal; es más frecuente en el caso de las hernias discales lumbares (+/- 60%) siendo muy raro en el caso de las hernias discales cervicales debido al tamaño del propio disco

2.- Aunque hubiera hiperseñal, la misma desaparece en las 9 primeras semanas de evolución; por lo tanto en todos aquellos casos en los que la resonancia magnética (RM) se realice después de las 9 semanas de evolución, la probabilidad de que se detecte la hiperseñal se aproxima al 0%.

3.- Esto, y el hecho de que cuanto más se tarde en realizar la RM más posibilidades existen de que desaparezcan los signos de lesión aguda y comiencen los degenerativos, podría ser el motivo por lo que desde las aseguradoras y sus centros concertados se evite realizar las pruebas complementarias de forma inmediata a los lesionados.

En consecuencia, la existencia de hiperseñal en un disco herniado demuestra el nexo causal. Su ausencia no lo descarta

4.- Generalmente en los 6 primeros meses de evolución el disco herniado pierde su capacidad de absorber agua, se deshidrata y provoca una disminución de su señal radiológica. **No se puede pretender que un disco herniado permanezca inalterado en su estructura e imagen durante un período de tiempo indefinido.**

5.- También se argumenta para negar la etiología postraumática de una hernia discal la ausencia de edema óseo o ligamentoso. Al respecto, además de lo antedicho referente a la desaparición de dicha imagen alrededor de las 9 semanas de evolución, **cuando la RM se realiza después de dicho plazo, la ausencia de edema no permite descartar la lesión ósea ni ligamentosa.** Hemos de añadir que la ausencia de edema óseo únicamente descarta la existencia de lesión ósea.

La ausencia de edema ligamentoso, **solo descarta la ausencia de lesión del ligamento vertebral común posterior. Ni la ausencia de lesión ósea ni de lesión ligamentosa impide que exista una hernia discal aguda.** En

la hernia discal aguda contenida, sin fractura asociada no se asocian edema óseo ni ligamentoso

6.- Lo anterior se ve reafirmado en aquellos pacientes en los que se acredita que no presentan antecedente alguno de clínica cervical porque, como ellos mismos argumentan, cuando un disco se hernia, provoca dolor (como toda estructura anatómica que se rompe) pero esto ocurre en cualquier circunstancia que se produzca y, no solo en los accidentes de circulación. Es decir **si la hernia se hubiese producido antes del accidente que nos ocupa, hubiera provocado, por lo menos, dolor y, habría "aflorado" al solicitar la historia clínica.**

Se mantiene la opinión que para un paciente no es lo mismo tener una hernia discal que no tenerla por los siguientes motivos: (a) puede no provocar sintomatología en el momento del alta pero, desarrollarla en cualquier momento; (b) consecuencia de lo anterior, puede llegar a hacerse necesaria la intervención quirúrgica en cualquier momento; (c) provoca una inestabilidad segmentaria que acelera el proceso degenerativo en la unidad/es afectada/s.

Por estas razones, siempre (también cuando era asesor médico de aseguradoras) vengo valorando como secuela la hernia discal por el propio daño anatómico. Sin embargo, otros asesores de las aseguradoras, vienen defendiendo que cuando no provoca cuadro clínico, no procede valorarlas y existen sentencias que vienen a darles la razón

En consecuencia, en este supuesto, sería una obviedad que habrá que recoger como posible perjuicio futuro (posible daño sobrevenido) la posibilidad de que se hagan efectivas las complicaciones derivadas de esa hernia discal que motivan mi opinión de que hay que valorar la hernia discal por el propio daño anatómico.

Por otra parte en ese mismo supuesto, sino se valora la hernia discal porque no provoca cuadro clínico, si ese mismo lesionado tiene un segundo accidente de tráfico y desarrolla el cuadro clínico, no se pretenderá argumentar que ya tenía la hernia (en caso de conocer el antecedente) o decir que la hernia es antigua (en función de la imagen RM) puesto que la realidad sería que antes del segundo accidente no habría tenido cuadro clínico derivado de la hernia discal y, si lo tendría a raíz del segundo.

Por lo tanto habrá que valorar como secuela del segundo accidente el cuadro clínico derivado de hernia discal, con independencia de la antigüedad de la propia hernia. Al no haber sido valorada la hernia discal

por el propio daño anatómico en el primer accidente se está considerando la integridad clínica del paciente tras el mismo y a pesar de la misma y, en consecuencia, no procede valorar tras ese segundo accidente de agravación.

La existencia de cambios degenerativos asociados a una hernia discal no es argumento para excluir el nexo causal del cuadro clínico derivado de la misma ya que solo la preexistencia del cuadro clínico será causa de exclusión (siempre que no se haya agravado).

Siempre será la correcta documentación del estado anterior, y no la imagen de la RM, lo que determine la existencia o ausencia de nexo causal entre el cuadro clínico de una hernia discal y un accidente. Esto explica el motivo por el que es importante documentar el estado anterior de los lesionados con patología vertebral.

Uno se pregunta: (a) ¿comenzarán a hacerlo las aseguradoras?; (b) ¿seguirán rechazando el nexo causal en función de la existencia de cambios degenerativos asociados en la RM?; (c) ¿argumentarán que en el primer accidente no se valoraría la hernia porque no provoca cuadro clínico y tras el segundo accidente, no valorarían el cuadro clínico porque la hernia es preexistente?

Parece que de esta forma una lesión provocada por la concurrencia de los dos accidentes quedaría sin valorar como secuela en ninguno de los dos. Sin duda los tribunales no pueden dar por buena esa pauta pericial.

© Luis Castro Iglesias
luiscastro@peritomedicolugo.com