

ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN JURÍDICA DE LESIONES DEL ÓRGANO DE LA MASTICACIÓN

(UPDATE IN THE LEGAL ASSESSMENT OF ORAL AND DENTAL INJURIES)

RESUMEN

La Odontología Forense se ha convertido en una especialidad de gran importancia dentro de las Ciencias Forenses, dado que no sólo comprende a la autopsia oral en casos de identificación de cadáveres putrefactos, carbonizados o mutilados como también restos óseos N.N., sino que además abarca el estudio de huellas de mordida, el examen para la valoración en casos de lesiones dentarias y sus secuelas, datación de edad, incapacidad laboral, responsabilidad profesional, o diferentes requerimientos en materia legal en procesos judiciales que tengan relación con la Cavidad Oral. El término "Lesión" según el Dr. Nerio Rojas "es el resultado de una violencia externa que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir una perturbación en la integridad física o el equilibrio funcional". En este trabajo se desarrollará el tema de valoración del daño bucodentario y su incapacidad en el Fuero Civil y Penal y la guía de investigación del daño dentario.

PALABRAS CLAVE: *Odontología Forense; Legislación en Odontología; Traumatismos maxilofaciales; Examen forense.*

ABSTRACT

Forensic Odontology has become a medical specialty of great importance within forensic sciences, since it not only includes the oral autopsy in cases where the identification of putrefied, charred or mutilated corpses and unidentified persons' bone remains is needed, but also the study of bite marks, the assessment test in cases of dental injuries and their sequelae, age estimation, work disability, professional liability, or different requirements regarding legal matters in judicial proceedings related to the oral cavity. The term "injury" according to Dr. Nerio Rojas "is the result of an external violence that involves anatomical or physiological damage, i.e. a disturbance in the physical integrity or in the functional balance". In this paper we will develop the topic of the assessment of oral and dental damage and its incapacity in in civil and criminal proceedings along with the investigation guide of dental damage.

KEYWORDS: *Forensic Dentistry; Legislation, Dental; Maxillofacial trauma; Forensic assessment.*

Marta Beatriz Maldonado¹

¹Odontóloga, especialista en Medicina Legal. Médica Forense del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: martamaldonado440@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Dentro de la ciencia Odontológica se ha hablado mucho en términos de rehabilitación de las lesiones dentarias pero poco en la forma de valorar o medir las lesiones para la justa restitución jurídica.

En este artículo desarrollaremos el estudio pericial de la lesión traumática de algunas de las partes o elementos del Sistema Estomatognático, realizado por un experto odontólogo legista evaluando la pérdida de **capacidad** (*incapacidad*) para seguir desarrollando las funciones normales de dicho complejo anatómico, con el fin de llevar luz a una causa judicial para justipreciar el menoscabo que causa esa lesión o pérdida.

Respecto a la Valoración de Lesiones a nivel de la cavidad oral, que jurídicamente denominaremos Órgano de la Masticación, el estudio propiamente dicho de la lesión dentaria traumática (pérdida total o parcial), estará referido a la asignación de valores porcentuales según la función de dicha pieza perdida, generando un deterioro de las funciones del Órgano de la Masticación, “daño” evaluable en posibles incidencias judiciales.

El perito deberá mensurar la incapacidad que estas lesiones generan en todos los niveles del Sistema Estomatognático, llamado Órgano de la Masticación jurídicamente, es decir el menoscabo que sufre el afectado desde el momento de recibir un traumatismo o daño denunciado en una incidencia judicial, pudiendo pertenecer a diferentes fueros, como ser: Penal, Civil, Laboral, etc. por lo tanto se deberá tener en cuenta muchos detalles de acuerdo a las normas de cada Fuero:

-Fuero Civil: obligación que se puede contraer cuando se causan daños a una tercera persona de forma involuntaria. Esta consiste en que nos tenemos que responsabilizar de los daños causados y responder económicamente para compensar los efectos del mismo.

-Fuero Penal: es la consecuencia jurídica que se genera a raíz de la comisión de un delito tipificado en la ley penal. Concretamente, cualquier acción humana que genere una lesión o riesgo de lesión a la vida, la integridad física, el honor, la libertad o el orden público se enmarcan en hechos punibles de responsabilidad penal.

-Fuero Laboral: accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, Leyes laborales, A.R.T.

MECANISMO DE PRODUCCION DE LA LESION/ DAÑO DENTARIO:

-Trauma directo: el diente choca contra algún objeto, son lesiones por lo general en la zona anterior.

-Trauma indirecto: el arco dentario inferior cierra fuertemente contra el superior, afectando al sector latero posterior.

CLASIFICACIÓN DE TRAUMA DENTARIO:

Es importante manejar un léxico científico profesional para calificar el tipo de lesiones que pueden producirse a nivel del Órgano de la Masticación descritas en publicaciones aceptadas y avaladas por organizaciones reconocidas a nivel internacional, con bibliografía actualizada es la base de un estudio de valores. La clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, aplicada a la odontología, en 1985, actualizada por J.O. Andreasen, L.K. Bakland, M.T. Flores, F.M. Andreasen, L. Andersson, en su Manual de lesiones traumáticas dentarias, 2014, es un buen ejemplo para esquematizar en el proceso judicial el daño que sufre el damnificado denunciado en la incidencia jurídica.

1) Lesiones de tejidos duros dentarios y de la pulpa:

- Fractura incompleta de esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.
- Fractura no complicada en la corona.
- Fractura limitada al esmalte y dentina sin exposición pulpar.

- Fractura complicada de la corona, de esmalte y dentina con exposición pulpar.
- Fractura no complicada de corona y raíz, afectando esmalte, dentina y cemento, sin exposición pulpar.
- Fractura complicada de corona y raíz, afectando esmalte, dentina y cemento con exposición pulpar.
- Fractura de raíz, afecta cemento, dentina y pulpa.

2) Lesiones de los tejidos periodontales:

- Concusión: lesión de las estructuras de sostén del diente que no provoca movilidad ni desplazamiento anormal de este, pero con evidente reacción a la percusión.
- Subluxación: lesión con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento dentario.
- Luxación intrusiva: desplazamiento del diente dentro de su alvéolo, se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación extrusiva: avulsión parcial del diente en su alvéolo.
- Luxación lateral: desplazamiento del diente hacia mesial o distal. Se presenta con conminución o fractura alveolar.
- Exarticulación: avulsión completa. Desplazamiento del diente fuera de su alvéolo.

3) Lesiones del hueso de sostén:

- Fractura conminuta de la cavidad alveolar, compresión del alvéolo junto con luxación intrusiva o lateral.
- Fractura de la pared alveolar, limitada a las paredes vestibular o palatina/lingual.
- Fractura del proceso alveolar.
- Fractura de Maxilar Superior o Maxilar Inferior afectando o no al proceso alveolar o al alvéolo. Diferentes clasificaciones dependiendo del nivel de la basal alterada.

4) Lesiones de la encía y de la mucosa oral:

- Laceración de la encía y/o mucosa oral: Herida superficial o profunda producida por desgarramiento, causada por proceso agudo.
- Contusión de la encía o del tejido mucoso oral: golpe producido por elemento romo y que no rasga al tejido. Puede producir hemorragia submucosa.
- Abrasión de la encía o del tejido mucoso oral: herida superficial producida por raspadura o desgarro del tejido, dejándolo áspero y sangrante.

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD POR PÉRDIDA DE FUNCIONES DENTARIAS.

FUERO CIVIL

El aparato buco dentario, Órgano de la Masticación, jurídicamente, desarrolla tres funciones primordiales: masticatoria, fonética y estética.

La valoración del porcentaje de incapacidad se realiza teniendo en cuenta el tipo de piezas dentarias afectadas y la zona de la arcada dentaria en la que dichas piezas se encuentran, o sea, calificación según ubicación y función que cumplen.

Se trabajará con Baremos, escalas de valores que norman el porcentaje de incapacidad por pieza permanente perdida, este estudio apunta además a valorar la incapacidad que surge de la disminución de la función masticatoria, fonética y estética a partir del trauma dentario propiamente dicho, con o sin pérdida dentaria inmediata y con lesión en algún nivel de tejido dentario.

Tomando como base al reconocido y justo baremo del Dr. Bertini, presentado en las Segundas Jornadas de Medicinal Legal en Córdoba por el Dr. Pagliera y validado jurídicamente, que otorga el 20% de la Total Obrera por pérdida total de piezas dentarias permanentes, observaremos el porcentual individual por disminución en cada función, para establecer el grado de incapacidad sobreviniente:

| Función: | I.C | IL | C | 1 Pm | 2 Pm | 1 M | 2 M | 3M |
|-----------------|------------|-----------|----------|-------------|-------------|------------|------------|-----------|
| Masticatoria | 1% | 1% | 2% | 3% | 4% | 6% | 6% | 2% |
| Estética Sup. | 8% | 7% | 7% | 3% | 1.5% | 1% | 0.5% | - |
| Estética Inf. | 6% | 5% | 5% | 3% | 1.5% | 1% | 0.5% | - |
| Fonética Sup. | 8% | 7% | 7% | 3% | 1.5% | 1% | 0.5% | - |
| Fonética Inf. | 6% | 5% | 5% | 3% | 1.5% | 1% | 0.5% | - |

Referencias:

I.C: incisivo central, IL: incisivo lateral, C: canino, Pm: premolar, M: molar

APLICACIÓN DE COEFICIENTES PARA ESTABLECER EL GRADO DE INCAPACIDAD QUE SOBREVIENTE A UNA LESIÓN DENTARIA, SIN PÉRDIDA DE ESTA

Abarca aquella lesión producida por causas no patológicas y/o congénitas que originan debilitamiento del órgano de la masticación, en sus tres funciones, susceptible de ser encuadrado y comprendidas en la Clasificación Internacional del Trauma Dentario de la O.M.S.

Del valor del porcentaje asignado a la pérdida total de cada pieza dentaria, en el cuadro anterior se calculará este índice en cada lesión, de acuerdo al debilitamiento biológico causado por el nivel de tejidos dentarios afectados:

Fractura Coronaria que afecte Esmalte:
25 %

Fractura Coronaria que afecte Esmalte y Dentina: 50 %

Fractura Coronaria que afecte Esmalte y Dentina con exposición pulpar: 100 %

Fractura radicular sin exposición pulpar: 50 %

Fractura radicular con exposición pulpar: 100 %

Se deben tener en cuenta, además, los siguientes principios:

-La cavidad bucal: Órgano de la Masticación, es un complejo sistema órgano funcional, en el que actúan los siguientes componentes: los huesos maxilares, la articulación Temporo-mandibular, los músculos masticatorios, los nervios, las glándulas salivales, la lengua, los labios y las piezas dentarias, colaborando cada uno de ellos en distinta forma y medida con las funciones masticatoria, estética y fonética.

- Se tomará como Estado de Salud Bucodentario al número de piezas dentarias naturales sanas, restauradas, con patología, ausentes o con prótesis de cualquier tipo, que posea en funcionalidad antes de recibir el traumatismo que le produjera lesiones y secuelas y que fuera motivo de peritación.

- La pérdida total de las piezas dentarias, equivale al 20 % del Total Obrera.

- Cada pieza dentaria tiene una notación (Redier) y un valor determinado, que variará según se considere la función masticatoria, estética y/o fonética, además, según se trate de la arcada superior o inferior (ver cuadro anterior).

- La oclusión no es sólo la relación entre las piezas dentarias, es la relación anatómica funcional multifactorial entre los dientes, con los otros componentes elementos del sistema gnático y áreas de cabeza y cuello, que directa o indi-

rectamente infieren en su función, parafunción o disfunción, es decir piezas dentarias, estructuras de sostén, la A.T.M. y sistema neuromuscular.

- La pérdida de una pieza dentaria, no significa sólo “esa” pérdida, sino que además, producirá la migración de las piezas vecinas, la extrusión de las antagonistas, la disminución de la dimensión vertical, es decir un desequilibrio de la armonía oclusal, alterando negativamente al conjunto del patrimonio dental, del lesionado.

- La masticación, es sin duda, la función principal del aparato buco dentario. Para definirla, diremos, que es el conjunto de movimientos biomecánicos (dientes, maxilares, A.T.M., músculos masticatorios, lengua y tejidos blandos bucales) que tienen como misión preparar mecánicamente el alimento para ser deglutido y digerido.

- En la función masticatoria, deberá sumarse el valor de la pieza antagonista, que ha perdido su función, al quedarse sin oponente. En realidad, son dos las piezas, que pierden el apoyo oclusal, dado que cada pieza dentaria, se relaciona con dos del arco antagonista: tríada oclusal, la relación es dos tercios con la pieza mesial y un tercio con la distal; para simplificar el cálculo, se tomará el total de la pieza homóloga antagonista.

- Del valor correspondiente a la pérdida total de las piezas dentarias (20%) deberá descontarse el valor parcial, resultante de la suma de los valores, de las tres funciones, de cada pieza dentaria perdida.

- Este valor deberá, a su vez, descontarse de la Total Obrera vigente en el momento del accidente, de acuerdo con la legislación.

FUNCIÓN MASTICATORIA

La función del grupo dentario incisivo es seccionar, la de los caninos es desgarrar y la de premolares y molares es triturar. Los dientes anteriores tienen un rol poco importante en la masticación, de ahí que

sólo se les otorgue un valor mínimo: 1 % para incisivos y 2 % para caninos.

Los premolares actúan en la trituración sobresaliendo el segundo, de ahí el valor de 3 % para el primero y de 4 % para el segundo.

La función masticatoria recae especialmente sobre el primer molar y luego sobre el segundo, a cada uno de ellos se le asigna 6 %, mientras que al tercer molar sólo el 2 %, por su menor participación dada su posición posterior.

En esta función el valor será igual, tanto para la arcada superior, como para la inferior.

Como se mencionara anteriormente la pérdida de una pieza dental, no sólo significa “esa” pérdida, sino que además provoca migración de las piezas adyacentes, extrusión de los antagonistas, disminución de la dimensión vertical y otras alteraciones que afectan negativamente al complejo conjunto buco dentario, patrimonio del lesionado. Las piezas dentarias que quedan sin su antagonista por la pérdida traumática de este, también pierden su función masticatoria, dado que la pérdida anula fisiológicamente dicha función (seccionante, dislaceradora o triturante específica de cada pieza), ya que no puede cumplirla por perder donde apoyarse para ello. Por lo tanto, deberá sumarse su valor porcentual, es decir, que cuando una pieza dentaria se pierde, se duplicará su valor ya que se agrega el del antagonista que también pierde el valor funcional.

Al perderse una pieza dentaria o dos, si se trata de antagonistas, la lesión será leve, pues aun no hay debilitamiento de la función masticatoria.

Al perderse dos piezas dentales, cuyos antagonistas ya se encontraban ausentes, la lesión también será leve. Pero, si se pierden dos piezas dentales cuyos antagonistas están presentes, se perderá la función de cuatro piezas y por lo tanto habrá debilitamiento parcial permanente de la función produciendo una lesión grave,

El individuo con una oclusión normal, presenta un esquema masticatorio regulado y coordinado, con ritmo, amplitud de movimiento y una forma de trituración del alimento determinada. Este esquema oclusal, tiene cierto grado de tolerancia y ante ciertas variaciones, encuentra un nuevo equilibrio neuromuscular, pero si las variaciones son de medias a extremas, se rompe la armonía y aparecen movimientos masticatorios para-funcionales que son lesivos para todos los elementos del sistema.

En el caso de que la eficiencia masticatoria del afectado hasta el momento de producirse la lesión residiera en el uso de prótesis, estas piezas artificiales se considerarán como naturales.

La gravedad de la lesión estará determinada por la cantidad de piezas que dejan de funcionar. Si el portador puede seguir usando su prótesis u otra igual o mejor con la misma eficiencia luego de sufrir lesiones, estas se considerarán leves. Pero se tendrán como graves, si no puede seguir usando las mismas prótesis o sus reemplazos semejantes o superiores en calidad de materiales, dado que se ha producido un debilitamiento o pérdida, según el caso, de una función que hasta ese momento podía ser ejercida.

FUNCIÓN ESTÉTICA

Las piezas dentarias, junto con los maxilares, son el sostén de los tejidos blandos de la cara; su ausencia origina alteraciones de la expresión y la fisonomía, dando aspecto de senectud, afectando la armonía, belleza y/o estimación de la persona.

Del grupo dentario anterior, depende en gran parte, el factor simpatía y tiene tanta importancia en la vida de relación, al punto de constituir un elemento de prestigio. La deficiencia estética significa una disminución en el rendimiento de trabajo en algunas profesiones, como por ejemplo artistas, educadores, profe-

sionales de la palabra, etc., aunque hoy en día es un valor agregado de nuestra presencia. La importancia estética irá en orden decreciente desde el sector anterior, grupo de incisivos, caninos, al sector latero-posterior premolar y molar. Las piezas del maxilar superior, tienen mayor valor estético que las inferiores, por eso sus valores serán más elevados. En esta función no se tendrán en cuenta las piezas antagonistas, ya que no se altera su valor.

FUNCION FONÉTICA

Las piezas dentarias, también colaboran en la articulación de las palabras. En los estudios de los sonidos articulados, hay letras que se pronuncian apoyando la lengua contra los incisivos superiores, por lo tanto al estar estos ausentes, se produce un sonido sibilante.

En las letras F - V actúa como órgano activo el labio inferior y como pasivo, el borde de los incisivos superiores. En las letras ínter dentarias, por ejemplo la Z, el órgano activo es la punta de la lengua y el pasivo, el borde de los incisivos superiores. En las letras dentales-explosivas, como la T - D, el órgano activo es la lengua y el pasivo, la cara lingual posterior o interna) de los incisivos superiores. También participan los pre-molares y molares, en la letra LL.

Las piezas dentarias anteriores son las más importantes en la emisión de sonidos, por lo tanto los valores más elevados corresponden a este sector, como también el maxilar superior sobre el inferior. Tampoco se altera el valor de las piezas antagonistas en esta función.

GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE LESIONES DENTARIAS:

En los diferentes procesos en que se investigue la ocurrencia de lesiones dentarias, la Odontología Forense aporta a la evaluación de los hallazgos que se presentan en la Cavidad Oral u Órgano de la Masticación estableciendo incapacidad y

secuelas médico legales.

PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA FRENTE A TRAUMATISMOS DENTALES

- Revisión clínica: exploración de toda la cavidad oral, tejidos blandos y piezas dentarias, confección de Odontograma (Sistema Dígito DOS, según rige en la Ley 26.812), con el estado actual del traumatizado (piezas sanas y lesionadas).

Sobre las piezas lesionadas, se practicará:

- Test de vitalidad pulpar.
- Medir desplazamiento (en mm):
- Vertical: intrusiva-extrusiva.
- Horizontal: grados de movilidad (1-2-3-4).
- Periodonto, sondaje de la bolsa, en mm.
- Examen de oclusión (fuera de línea o no).
- Radiografías periapicales o panorámicas, según necesidad, fundamentales para el diagnóstico de dislocaciones o fracturas internas, daño del germen de los permanentes, etc.
- Se tendrá en cuenta si la data (cronología) de la lesión concuerda con la del trauma denunciado, como también la topografía de la secuela con la zona anatómica de recepción.

1. Anamnesis.

2. Origen de la lesión:

Para ello se tendrá en cuenta:

- Identificación de lesión, por ej: fractura coronaria, de ángulo, de cúspide, etc.
- Descripción de la lesión: se detallará la forma, el tamaño, la profundidad, tejidos que afecta, establecer si se trata de una lesión reciente o de antigua data.
- Localización de la lesión: sobre qué superficies dentales asienta, utilizando la Nomenclatura apropiada.

3. Mecanismo causal:

En necesario definir el mecanismo causal como ayuda en la relación de causalidad del hecho materia de investigación.

La mayoría de las lesiones a nivel del Órgano de la Masticación son causadas por mecanismo de choque o golpe con o contra elemento duro o semiduro, proyectil de arma de fuego o accionar profesional.

4. Incapacidad:

La incapacidad médico legal se define como el tiempo expresado en días que determina el perito teniendo en cuenta la duración y la gravedad de la lesión. La duración se refiere al tiempo en días que gasta el tejido para lograr la reparación biológica primaria mientras que la gravedad se determina en base en la evaluación clínica de la importancia del daño causado a la integridad personal.

La lesión que se produce en los tejidos duros del diente, no tiene proceso biológico de reparación; por lo tanto, la incapacidad se establece en base en la gravedad de la lesión asignando un valor en el tiempo:

- Fracturas a nivel del tercio incisal: 7 días.
- Fracturas a nivel del tercio medio: 15 días.
- Fracturas a nivel del tercio cervical: 20 días, si se trata de una sola pieza dentaria.
- Fracturas radiculares: 15 - 20 días.
- Fracturas cúspideas: 10 a 20 días según el número de dientes involucrados.

Teniendo en cuenta la duración y gravedad de la lesión, en lesiones causadas en otras estructuras la incapacidad será:

- Exarticulación o avulsión total de una sola pieza 20 días; si son 2 o más piezas dentarias perdidas, será mayor a 30 días.

En presencia de este tipo de lesiones se puede establecer incapacidad médico legal definitiva y secuelas, si la hubiere, en el primer reconocimiento.

Lesiones en hueso de sostén:

- Fractura en alvéolo dentario: entre 15 y 20 días, si es con pérdida de una o más piezas dentarias se homologa a la Exarticulación o avulsión total.

- Fractura de proceso alveolar: entre 20 y 30 días (dependiendo de su extensión será mayor a 30 días).

-Luxaciones a nivel de articulación Témporo-Mandibular: entre 15 y 20 días dependiendo de si es o no bilateral y que no deja secuelas.

Fracturas en maxilar superior e inferior

- En maxilar inferior cuando son a nivel de cóndilo, ángulo, mentón, sínfisis, región canina, rama, coronales: entre 35 y 45 días.

- Fracturas Lefort I: 35 – 45 días, Lefort II y III ameritan incapacidad entre 45 y 60 días.

TIEMPO DE INCAPACIDAD

En general dependerá del tiempo de curación, de los tratamientos necesarios para restaurar la función y de las secuelas del daño por pérdidas dentarias:

- transitoria: cuando es posible recuperar la función.

- permanente: pérdida de la función, aunque se pudiera realizar prótesis.

- parcial: cuando, sólo afecta a algún sector de la cavidad oral.

- total: cuando el daño afecta a la totalidad de las piezas dentarias.

El hallazgo de lesiones no descritas aquí como la osteomielitis, endocarditis, meningitis, entre otras, que se puedan derivar de las lesiones de origen odontológico, deben ser evaluadas conforme a la gravedad de las mismas para el caso específico junto al médico legista.

VALORACIÓN DE LAS FRACTURAS DE LOS HUESOS MAXILARES

Maxilar Superior

Pueden ser clasificadas, en general, en dos grupos:

A) Intrabucales:

1. del proceso alveolar, tablas vestibular o palatina

2. de la tuberosidad

3. unilateral de la porción palatina

B) Exobucales:

1. Le Fort I

2. Le Fort II

3. Le Fort III

Ofrece un gran número de complicaciones, que a veces retrasan considerablemente los tiempos de curación.

Tiempo medio de curación: 130 días,

Tiempo medio de incapacidad laboral: 90 días,

Secuelas:

-Anatómicas: callo vicioso, osteoporosis, material de osteosíntesis, lesiones asociadas de estructuras neurológicas y vasculares.

- Funcionales: tiene repercusión sobre la función masticatoria y por lo tanto trastornos para alimentarse, para comunicarse por medio de la palabra y estéticos.

Puede afectar la función respiratoria y fonatoria. Incapacidad transitoria de la funcionalidad mono o poliarticular. Neuralgias, incluso permanentes o rebeldes a toda terapia.

- Estéticas: muy variables, a veces se producen secuelas estéticas muy importantes debido a la fijación quirúrgica del maxilar. También deberán tomarse en cuenta las cicatrices y las parálisis faciales, que pueden darse.

- Complicaciones frecuentes: sinusitis, infecciones asociadas de la cavidad bucal, pérdida de piezas dentarias, lesiones vasculonerviosas, neuralgias faciales rebeldes, parálisis faciales.

Grado de incapacidad: Con valores que van de 5 a 15 %

Maxilar inferior

También puede dividirse en:

A) Intrabucales: que incluye a la arcada dentaria en forma: parcial o completa,

única o múltiple, conminuta.

B) Que no incluye a la arcada dentaria: localizada en el ángulo, la apófisis corónides o el cóndilo.

- Tiempo medio de curación: 120 días.

- Tiempo medio de incapacidad laboral: 90 días

Secuelas:

-Anatómicas: pérdidas o fracturas dentarias, deformaciones, luxaciones recidivantes o no, material de osteosíntesis.

-Funcionales: afectan la función masticatoria, alterando la alimentación, a veces anulándola, por periodos largos, 45, 60 días, donde se debe alimentar con dietas especiales al paciente. También, neuralgias faciales, rebeldes o permanentes, limitación en la movilidad articular.

- Estéticas: variables, según el tipo de fractura, puede afectar la simetría facial, frecuentemente se originan cicatrices operatorias.

- Complicaciones frecuentes: osteomielitis, infecciones asociadas a la cavidad oral, desarmonía oclusal, alteraciones digestivas.

Grado de incapacidad: Con valores que van de 5 a 15 %

VALORACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO MANDIBULAR

Como hemos visto anteriormente, para una correcta función masticatoria, fonética y estética, es necesaria además de las piezas dentarias que se cuente con una adecuada oclusión y movilidad mandibular que permita los movimientos de apertura, cierre y lateralidad, función esta última, de la Articulación Témporo Mandibular.

Una de las secuelas más frecuentes en los politraumatizados faciales severos es la limitación de la cinética mandibular o los movimientos de apertura, cierre y lateralidad; que puede variar de una ligera limitación a una completa imposibilidad (trismo).

Disfunción de A.T.M.:

Podrá clasificarse, según su causa:

A - Lesiones articulares:

- Fractura no tratada de uno de los cóndilos mandibulares.

- Fractura conminuta de un cóndilo con desaparición de la interlinea articular.

- Fractura-hundimiento de un cóndilo en el hueso temporal.

Se debe tener en cuenta que la lesión del cóndilo, si es unilateral, provoca el desplazamiento del mentón hacia el lado afectado.

B - Lesiones extrarticulares:

- Fractura de la apófisis cigomática que afecta al músculo temporal.

- Fractura de la apófisis coronoide.

- Hundimiento del hueso malar.

- Lesiones de los músculos masetero y/o temporal como esclerosis, fibrosis, contracturas, etc. Estas lesiones se diagnostican clínicamente y mediante electro miografía.

- Bridas mucosas en la zona yugal posterior.

Inspección clínica de diagnóstico:

A) Rango de apertura:

Medir la distancia entre los puntos íter incisivos superior e inferior, observando si se produce desviación de la línea media íter incisiva. La distancia debe ser de 45 mm aprox.

B) Desvíos en apertura y cierre:

Tener en cuenta, que las variaciones que se producen en la apertura se deben a trastornos en la articulación y las que se observan en el cierre pueden ser consecuencia de trastornos oclusales.

C) Rango de movimientos de lateralidad:

Su disminución puede indicar falta de traslación condilar, una diferencia en el tamaño del cóndilo o asimetría de la base de cráneo.

D) Ruidos intrarticulares:

Siempre indican patología.

E) Dolor:

La palpación intrameatal, realizada con los dedos meñiques en el conducto auditivo externo, indicando al paciente movimientos de apertura y cierre, presionando hacia adelante, no debería sentirse dolor; de lo contrario, existiría patología.

F) Pruebas de tonicidad muscular y ligamentosa:

Sencillas maniobras que nos informarán, mediante la limitación de movimientos normales, limitación de apertura, desviación lateral de la misma o una apertura excesiva debida a una subluxación uni o bilateral.

G) Postura:

Observar altura de los hombros, ya que pueden tener diferencia debido a una lesión ascendente o descendente.

H) Otros síntomas dolorosos que se pueden presentar:

Dolor de cabeza, cervical, en otras articulaciones, de oídos sin patologías otorrinolaringológicas.

Las alteraciones de la A.T.M. podrán confirmarse mediante la exploración clínica y los diferentes diagnósticos por imágenes. Este tipo de lesiones, tienden a evolucionar con el tiempo hacia la anquilosis, son de difícil tratamiento y pronostico delicado.

Grado de incapacidad: variará, según el daño de un 5 a 20 %, según el caso de leve limitación hasta imposibilidad completa de movilidad: trismo.

VALORACIÓN DE LA OCLUSIÓN DENTARIA

Se le llamará oclusión a la relación de los arcos dentarios del maxilar superior y la mandíbula.

Es importante hacer referencia a la rareza de una oclusión ideal, donde coinciden la relación céntrica (A.T.M.) y la máxima intercuspidad (nivel dentario).

Por ello, el análisis de este tópico deberá estar comparado con una buena

articulación donde, aunque no coincida la relación céntrica y la máxima intercuspidad, la trayectoria entre ambas esté libre de interferencias.

También se debe evaluar el tiempo que pasó entre el momento de producirse la lesión y la consolidación de las secuelas, dado que la capacidad de adaptación oclusal a las nuevas condiciones es muy grande, aunque luego esta adaptación forzada puede provocar patologías articulares y parafuncionales, como por ejemplo el bruxismo.

Clasificación de los problemas oclusales:

Se podrán dividir, según el plano espacial en que se observan:

A) Plano vertical o frontal:

- contactos prematuros: producidos cuando durante el cierre articular, una pieza o grupo dentario, entra en contacto con la arcada dentaria opuesta antes que las demás piezas. Puede deberse, a pérdidas dentarias que causan movimientos en el resto y han alterado el plano oclusal o luego de una fractura del maxilar de soporte.

Las consecuencias suelen ser dolores al ocluir, chasquidos, dolor de la A.T.M, por su subluxación, contractura de los músculos masticatorios, con episodios de trismo eventual, etc.

- mordida abierta anterior: cuando al ocluir, no existe contacto del grupo incisivo/canino, con sus antagonistas. Puede deberse a mal desarrollo craneofacial, hábitos de interposición durante el desarrollo secuela postraumática, luego de una fractura bilateral de los cóndilos y se produce una consolidación en posición anómala.

B) Plano horizontal o antero posterior:

- exageración del overjet: correspondiendo con la división clase II de Angle, podría deberse a un prognatismo del maxilar superior o a un retrognatismo mandibular.

Esta alteración puede producirse durante el desarrollo o como consecuencia de una fractura mal consolidada de los cóndilos y ramas ascendentes de la mandíbula.

- inversión de la relación intermaxilar: se correspondería con la división clase III de Angle y podría ser por prognatismo mandibular o a una retrognatia de maxilar superior. Puede deberse a alteraciones del desarrollo, el pseudoprogmatismo mandibular se puede ver en aplastamientos faciales asociados a mordida abierta anterior.

C) Plano horizontal transversal:

Denominadas iatrogenias o mordidas cruzadas, estas patologías son causadas por grandes traumatismos, que provocan importantes anomalías articulares. Un tipo particular de oclusión es la denominada en “dos tiempos”, vista en las pseudo artrosis, en la que se observa primero la oclusión de un grupo dentario y luego el resto.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN GUSTATIVA

Aunque no forma parte del sistema Estomatognatico, no cabe duda que el sentido del gusto está estrechamente relacionado con este. Los estímulos gustativos, dulces, salados y ácidos son captados por una serie de receptores situados en las papilas linguales, el velo del paladar y zonas periféricas.

Las alteraciones más frecuentes son:

- disminución del gusto: hipogeusias.
- alteración de la percepción: parageusias.

Factores que actúan en las alteraciones:

- efectos de la edad.
- tabaquismo.
- uso de prótesis removible superior que bloquean los receptores.

VALORACIÓN DE PIEZAS TEMPORARIAS

La especie humana posee dos denticiones, la Temporal o comúnmente llamada “de leche” y la Permanente, con

un período de recambio, al que se le llama dentición Mixta.

Si bien las piezas temporarias, serán recambiadas por las permanentes, muchas veces los traumatismos en menores, de acuerdo a su corta edad, perjudican notablemente a las temporarias y a veces también repercute en las piezas permanentes.

Hasta el momento no fueron valoradas en el momento del cálculo de incapacidad, que si bien el daño no será permanente, podría tener matices de lesión transitoria y/o devenir en daño permanente del germen dentario correspondiente. Por lo tanto será importante evaluar este tipo de lesiones, que a simple vista no parecería perjudicar, pero que muchas veces tiene repercusión en la posición del germen del permanente, perjudicando su erupción normal.

Si la pérdida traumática del temporal, se produce tempranamente, antes de que su recambio tenga formada su corona clínica, se podrá perder el espacio en que este tenga que erupcionar en la arcada dentaria, produciendo menoscabo masticatorio funcional junto a una deformación del arco dentario en el maxilar afectado.

También se deberá evaluar el impacto que tuvo el traumatismo sobre el temporal, ya que este puede impactar sobre el germen del permanente haciendo que este migre fuera de su lugar, dificultando su erupción y alterando su lugar en la arcada dentaria o “marcando” algunas de sus caras, cuando se encuentra aun en el período de calcificación. Por estos y otros tantos motivos, será importante evaluar el daño en las piezas temporarias, para cuantificar la incapacidad que pudiera perjudicar a los permanentes en ese momento o en un futuro.

Aparte de la función en sí de cada pieza temporal, el mantenimiento de espacio y guía para la erupción de los permanentes, se deberá considerar que el desarrollo y

evolución de la dentición contribuye al desarrollo de los huesos maxilares.

Además del correcto mantenimiento de una guía oclusal para los definitivos, se tendrá en cuenta el agravante de que una pieza permanente recién erupcionada, al no tener su proceso radicular completo, es muy débil y por tal motivo, más sensible de padecer lesiones.

La pérdida de una pieza temporaria o permanente, en un individuo joven, resultará en un grado de incapacidad funcional del Órgano de la Masticación al igual que en un adulto, por lo tanto deberán mesurarse de acuerdo a la posición que tienen en el arco dentario superior o inferior ya que así se podrá hacer el cálculo de pérdida de función.

Valoración del daño en PRÓTESIS:

La odontología como otras ciencias ha desarrollado sus conocimientos y los ha aplicado en las diferentes técnicas y uso de materiales de última generación brindando al paciente una variedad de tratamientos restauratorios y protésicos de excelente nivel, no sólo a nivel estético sino también funcional (masticatorio y fonético).

Un ejemplo de ello son las prótesis fijas, implanto soportadas, que le otorgan al paciente comodidad y confianza para relacionarse libremente en su vida.

Pero se debe considerar que la mejor restauración protésica lograda, tanto a nivel técnico como de materiales y adaptación, no podrá competir jamás con las piezas naturales del individuo, ya que no suprimen el déficit fisiológico que sufre una persona al perder sus piezas dentarias propias, pues supone una serie de efectos indeseables como sensación de cuerpo extraño, modificación en la masticación y el habla, lesiones gingivales, etc.

Por lo tanto se podrá calcular un porcentaje de déficit en un 50 % cuando se trate de una prótesis removible y en un

25 % cuando se trate de una prótesis fija sumado al porcentaje puro de asignación de incapacidad de cada pieza dental a manera de factor de ponderación o corrección del daño.

Toda prótesis, además, tendrá un tiempo promedio de funcionalidad dado que se irá deteriorando, desadaptando lentamente, ya que la cavidad bucal es un medio de interrelaciones óseas, dentarias, musculares y articulares en continuo cambio.

Por lo tanto, será importante tener en cuenta, factores como la edad del individuo, posibilidad de restauración, contención protésica, etc., o sea aplicar los conocimientos técnicos, de la Odontología, para relacionarlos con los diferentes problemas legales, surgidos de las lesiones producidas en la cavidad oral.

FUERO PENAL

El vocablo “ÓRGANO” es utilizado en la legislación penal en sentido funcional e integral, por ello hablamos de Órgano de la Masticación a todo el aparato Estomatognático, en el cual la pérdida de alguno de sus elementos como piezas dentarias puede contribuir a la disminución de la función masticatoria, resultado una lesión leve o grave, dependiendo del número de piezas involucradas.

Según jurisprudencia de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de Capital Federal “deberán ser mas de 3 dientes para conformar una lesión grave y permanente. Tener en cuenta que lo que se mide es la función que se “debilita” y no la pieza dentaria perdida en sí.

La lesión que produce pérdida de piezas dentarias, aun cuando se trate de personas que ya padecían falta de algunas otras piezas, no puede calificarse de lesión simple por la posibilidad de reparar el daño mediante el recurso protésico.”

Por lo general el daño producido por lesiones dentarias y su deterioro se encuentran comprendidos dentro de los artículos del Código Penal N° 89, 90, 91 y 94:

-Art. 89: pérdida de hasta dos piezas dentarias: debilitación parcial y transitoria del Órgano de la Masticación. Teniendo en cuenta la pérdida de función de los antagonistas, ej. la pérdida de una pieza dentaria implica la pérdida de función de su antagonista, si se encuentra presente en el arco dentario, por lo tanto son dos piezas las afectadas.

-Art. 90: pérdida de más de dos piezas dentarias, resulta un daño o debilitación permanente del Órgano de la Masticación.

-Art. 91: pérdida de las funciones del Órgano de la Masticación.

Los peritos no deben expedirse sobre si la lesión es leve, grave o gravísima, sino demostrar concretamente el menoscabo que sufre la persona luego de instalarse el daño, que deja como secuela debilitación permanente o pérdida de la función del Órgano de la Masticación.

En el proceso de informe pericial será importante describir las lesiones padecidas, confeccionando un correcto Odontograma de acuerdo a las normas (Ley N° 26.812) su posibilidad de curación, en que tiempo esto se lograría (menor o mayor a 30 días) y consecuencias que producen a nivel del Órgano de la Masticación afectado (parcial-total), en su salud o también en su capacidad para el trabajo, (lo inutiliza en forma transitoria- permanente).

Prótesis:

Cuando la eficiencia masticatoria del damnificado, hasta el momento del trauma, estaba cubierta por el uso de prótesis, esas piezas artificiales se

se consideran como naturales.

Si se pierde por trauma el pilar de una prótesis, que no puede seguir funcionando, la gravedad estará determinada por el total de piezas (naturales o protésicas) que pierden su función, ej: la persona portadora de prótesis, que sufre lesiones traumáticas, que se consideran leves si las prótesis pueden seguir en función con igual eficiencia y capacidad. Si las mismas prótesis, a causa del trauma, no pueden seguir usándose, se produce un debilitamiento o pérdida de las funciones, que hasta ese momento podían realizarse, resultando una lesión grave.

Si el aparato protésico en sí, solo sufre una "rotura", esta deberá ser repuesta por una prótesis nueva igual o mejor en cuanto a materiales y/o tecnología.

LESIONES BUCODENTARIAS EN CONTEXTO DE VIOLENCIA.

Presente en situaciones de violencias, intrafamiliares, género, infancias, ancianidad. La investigación del Perito Odontólogo Forense es fundamental ya que este tipo de víctimas sufren diferentes episodios de violencia en una línea de tiempo, golpes y traumas especialmente en rostro, complicando la integridad de las piezas dentarias, principalmente las piezas dentarias antero superiores, borrando la sonrisa social de esa persona, aislándola mas de la familia, amigos o vecinos que podrían de alguna forma ayudarla a salir del círculo violento.

LESIONES DE PREVALENCIA

Se denomina así a todo tipo de lesiones dentarias traumáticas que afectan a los diferentes niveles de tejido dentario y óseo de sostén, que se repiten en una línea temporal dándonos una pauta del sufrimiento de episodios violentos que puede sufrir la víctima.

Ejemplos: fracturas de ángulo con pérdida de tejidos que afectan esmalte y dentina,

pudiendo agravarse con pérdida de vitalidad; fracturas de la corona clínica dentaria; pérdida de una o varias piezas dentarias traumáticas; desprendimiento de prótesis fija, etc.

Es importante que el odontólogo clínico pueda detectar este tipo de lesiones a fin de brindar herramientas de prevención de daños y amenazas mayores, alertando a la víctima de los recursos que puede tener a disposición para protegerse de los actos de violencia.

Para ello he diseñado el siguiente esquema:

CRONO DIAGNOSTICO DE LESIONES DENTARIAS

a) A nivel de ESMALTE si la línea de fractura presenta:

- Bordes filosos: reciente.
- Bordes romos: antigua.

b) A nivel de DENTINA

- si la superficie expuesta es amarilla: reciente;
- Superficie amarronada: antigua.

c) A nivel de CÁMARA PULPAR:

- Exposición pulpar roja, sangrante: reciente;
- Exposición pulpar marrón: antigua.

d) Diagnóstico Radiográfico: tanto a nivel dentinario como pulpar, si las lesiones son antiguas, se observará un tejido periodontal ensanchado y patología periapical. Si las lesiones fueron recientes o perimorten no habrá imágenes radio lúcidas en tejido periodontal ni periapical.

Hay mucho por hacer desde la odontología respeto de Derechos Humanos y Violencia de Género, cuando el maltratador borra la sonrisa de la víctima literalmente al romperle los dientes, por golpes, la mutila lentamente, la desanima de poder buscar

un contacto como salvación ya que la avergüenza de sí misma, le roba su armonía. El mundo actual mide a las personas por su apariencia, por lo tanto la desarmonía en las piezas dentarias produce una herida profunda en el alma de quien las padece y una persona con el alma rota no podrá jamás buscar ayuda.

FUERO LABORAL

La noción de enfermedad profesional se origina en la necesidad de distinguir las enfermedades que afectan al conjunto de la población de aquellas que son el resultado directo del trabajo que realiza una persona, porque generan derechos y responsabilidades diferentes que las primeras.

La expresión "resultado directo del trabajo que realiza una persona", es demasiada ambigua para determinar un concepto claro y necesita ser acotada para generar la posibilidad de diferenciar las enfermedades profesionales, especialmente las multifactoriales, que no siempre son fáciles de reconocer. Entre los factores que determinan las enfermedades profesionales tenemos:

- Variabilidad biológica; en relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral, no todos enferman y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad. La variabilidad biológica es un factor de gran importancia en la génesis de las enfermedades profesionales y aunque algunos de los mecanismos que explican las diferencias de susceptibilidad están siendo dilucidados, estas diferencias son significativas en situaciones de exposición de baja o mediana intensidad, ya que en caso de sobreexposición, todos enferman.
- Multicausalidad; una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extralaborales que actúan al mismo tiempo y que contribuyen a su desencadenamiento. Discriminarlos exige

la identificación precisa de cada uno de ellos.

- Inespecificidad clínica; la mayoría de las enfermedades profesionales no tienen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado.

- Condiciones de exposición; un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vía de ingreso al organismo. Por estas razones, el reconocimiento del carácter de profesional de una enfermedad es un proceso de varias etapas, una corresponde al conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo, otra al conocimiento clínico-biológico y otras al marco legislativo y médico legal que permite establecer las diferencias entre las enfermedades profesionales y comunes.

Para atribuir el carácter de profesional a una enfermedad es necesario tomar en cuenta algunos elementos básicos que permiten diferenciarlas de las enfermedades comunes:

- AGENTE: debe existir un agente en el ambiente de trabajo que por sus propiedades puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo.

- EXPOSICIÓN: debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz de provocar un daño a la salud.

- ENFERMEDAD: debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos, anatómo-patológicos y terapéuticos, o un daño al

organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes.

- RELACION DE CAUSALIDAD: deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una asociación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas más arriba.

El informe Pericial Odontológico en el ámbito laboral y la valoración del daño buco dentario se realiza para determinar incapacidad/ invalidez.

La valoración de la pérdida de las funciones del Aparato Estomatognático u Órgano de la Masticación, se realizara de acuerdo a las leyes vigentes:

LEY 24.557 y decretos, sobre Riesgos del Trabajo.

REGIMEN LEGAL DE LAS ASEGURADORAS DEL TRABAJO: A.R.T.

Decreto 659/96

Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales. Bs. As., 24/6/96

El COMITE CONSULTIVO PERMANENTE presentó una Tabla de Incapacidades Laborales con aplicación de factores de ponderación, entre los que se consideran el tipo de actividad, las posibilidades de reubicación laboral y la edad del trabajador.

ROSTRO: Todas las lesiones de cabeza y rostro se evaluarán posterior al tratamiento y si quedaran como secuelas intratables.

| FRENTE | INCAPACIDAD |
|--|----------------|
| Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, menor 4 cm | 0-2 % |
| Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, mayor 4 cm. | 5-7 % |
| Cicatriz frontal, transversal o perpendicular, menor 4 cm | 5-7 % |
| Cicatriz frontal, transversal o perpendicular, mayor 4 cm. | 8-10 % |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, menor 4 cm. | 5-7 % |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, mayor 4 cm. | 8-15 % |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, con injerto cutáneo, menor de 4 cm | 5-7 % |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, con injerto cutáneo, mayor de 4 cm. | 8-15 % |
| Estallido de Seno Frontal uni o bilateral, sin complicación | 5-7 % |
| Estallido de Seno Frontal uni o bilateral, con complicación | Según secuelas |
| Cicatriz lineal de Arco Superciliar | 0-2% |
| Cicatriz retráctil de Arco Superciliar (notoria) | 1-3 % |

| PÓMULO | INCAPACIDAD |
|---|-------------|
| Cicatriz lineal, menor 5 cm | 1-3 % |
| Cicatriz lineal, mayor 5 cm | 4-6 % |
| Cicatriz en superficie, menor 6 cm ² . | 0-5 % |
| Cicatriz en superficie, mayor 6 cm ² . | 6-10 % |
| Fístula salival, sin tratamiento | 5-7 % |

| ÓRBITA | INCAPACIDAD |
|---|----------------------------|
| Borde Superior | |
| Alopecía de la ceja, unilateral | 3% |
| Alopecía de la ceja, bilateral | 5% |
| Fractura con depresión de la zona | 5-10 % |
| Fractura Apófisis orbitaria externa, con desplazamiento, (involucra a la extremidad superior del Malar, sin fractura de la misma), sin tratamiento | 10-15 % |
| Fractura Malar, su Apófisis orbitaria sola o asociada a la Apófisis orbitaria Frontal | 15-20 % |
| Borde Inferior | |
| Fractura del piso orbitario Lámina horizontal, con desplazamiento, con diplopía | 45% |
| Borde Interno | |
| Fractura con desplazamiento del unguis | 5-8 % |
| Borde Externo | 5-8 % |
| Debemos hacer mención especial sobre los huesos malares. En los grandes traumatismos faciales, el malar se fractura, dando origen a una secuela que debe ser reparada de inmediato, debido a la caída del piso orbital y la diplopía sobreviniente. | |
| Contenido Orbitario y partes blandas | Ver ojo |
| Senos Nasales | Ver nariz, garganta y Oído |
| Lefort I Trazo horizontal del paladar y no compromete órbitas | Según secuelas |
| Lefort II Atraviesa el borde infraorbitario, el piso, la pared interósea de la órbita y la lámina perpendicular Etmoides | Fístulas craneorra etc. |
| Lefort III Se agrega al trazo anterior la pared etc. externa de la órbita, Apófisis orbitaria del Frontal y el Cigoma | |
| Las alteraciones visual y/u olfatoria y/o ventilatoria nasal, se sumarán a la incapacidad anatómica. | |

| PABELLÓN AURICULAR | INCAPACIDAD |
|---|-------------|
| Pérdida total, unilateral | 12% |
| Pérdida del lóbulo auricular | 4% |
| Alteración estética parcial, unilateral | 5-10 % |
| Alteración estética parcial, bilateral | 15% |
| A las lesiones del pabellón auricular se le sumará la incapacidad por repercusión auditiva y/o vestibular | |

| MENTON | INCAPACIDAD |
|------------------------------|-------------|
| Cicatriz lineal, menor 4 cm. | 0-2 % |
| Cicatriz lineal, mayor 4 cm. | 2-4% |

| COMISURA LABIAL | INCAPACIDAD |
|----------------------------|-------------|
| Retracción labio superior. | 3% |
| Desviación comisura labial | 5% |
| Retracción de ambos labios | 12-15 % |

| MAXILAR INFERIOR | INCAPACIDAD |
|--|---------------|
| Incluye rama ascendente, rama horizontal, Gonión, Apófisis Coronoidea, Zona del Cóndilo-borde superior alveolar y Mentón | Según secuela |
| Pérdida de la función masticatoria | 70% |
| Mutilaciones extensas de partes óseas y blandas | 60-80 % |
| Fístula salival | 20-30% |

| LENGUA | |
|--|---------|
| Pérdida parcial, sin alteración de la fonación y de la deglución | 10-15% |
| Pérdida parcial, con alteración de la fonación y de la deglución | 15-30% |
| Pérdida Total | 50-60 % |

CAVIDAD BUCAL

-Pérdida de partes blandas: ver Cabeza y Rostro,

-Estomatitis:

Estomatitis mercurial con pérdida de menos de 1/3 de las piezas dentarias como secuela: Incapacidad 20 %

Estomatitis mercurial con pérdida secuelar de 1/3 más de las piezas dentarias: Incapacidad 40 %,

-Pérdida traumática de menos de 1/3 de piezas dentarias: Incapacidad 20 %,

Pérdida traumática de más de un tercio de las piezas dentarias: Incapacidad 40 %,

Nota: En lo que concierne a pérdida de piezas dentarias por estomatitis, mercurial o traumáticas secundarias a accidentes laborales, sólo se otorgará la incapacidad señalada en el caso que dichas pérdidas no sean reemplazadas por prótesis fijas, es decir con puentes o implantes de titanios.

Llama la atención que esta norma no respeta las premisas desarrolladas en los anteriores ámbitos jurídicos respecto de la valoración de pérdidas dentarias, función masticatoria de acuerdo a la posición de la pieza dentaria en el arco dentario e incapacidad del Órgano de la Masticación, ya que considera el mismo valor para la

pérdida de 1/3 de piezas dentarias, es decir de 1 a 10, el mismo valor del 20% y si son mas, sin diferenciar ni número ni posición, le asigna un porcentaje del 40%, con el agravante, que cuando pueden ser reemplazados por prótesis fija no se le asigna porcentaje de incapacidad, desconociendo el **Decreto 659/96** y su **Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales** que se debe considerar que la mejor restauración protésica lograda, tanto a nivel técnico como de materiales y adaptación, no podrá competir jamás con las piezas naturales del individuo, ya que no suprimen el déficit fisiológico que sufre una persona al perder sus piezas dentarias propias, pues supone una serie de mecanismos fisiológicos imposibles de compensar, además que el tiempo útil de una prótesis dependerá también de varios factores personales.

- Ley 24.241, **Jubilaciones por Invalidez.**

El beneficio previsional por invalidez, puede ser solicitado por personas con incapacidad laboral dictaminada del 66%, que resulta de la suma obtenida de los porcentajes de acuerdo a las secuelas de accidentes laborales o enfermedades profesionales que sufre.

A nivel del Órgano de la Masticación, la pérdida de sus funciones corresponde al 20%.

BIBLIOGRAFIA:

1. Allan, D.; Foreman, P. Prostodoncia de coronas y puentes. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
2. Andreasen, J. Lesiones traumáticas de los dientes, Barcelona: Labor, 1984.
3. Andreasen, J.; Andreasen, F. Lesiones dentarias traumáticas. Madrid: Panamericana, 1990.
4. Bakland, L. Lesiones traumáticas en endodoncia. México: Interamericana, 1987.
5. Bertini, V. Evaluación legal del aparato dentario. Rev. Del Ateneo de la Cátedra de Ortodoncia. Buenos Aires, 1950.
6. Briñon, N. Odontología legal y práctica forense. Buenos Aires: Purizon, 1984.
7. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Organización Mundial de la Salud, 1983.
8. Gisbert Calabuig, J. Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Salvat, 1991.
9. Maisto, O. Endodoncia. Buenos Aires: Mundi, 1973.
10. Pagliera, J. La pérdida de las piezas dentarias. Rev. Asoc. Med. Arg. vol.76-nov.1962.
11. Rojas, N. Medicina Legal. Buenos Aires: El Ateneo, 1971.