

ANÁLISIS DE LAS SECUELAS FACIALES (SISTEMA OSTEO ARTICULAR Y BOCA). Comentarios al baremo de la Ley 34/2003 y normas prácticas de valoración.

GIL RUBIO J.M¹.

RESUMEN.

En el presente artículo el autor realiza una valoración crítica de las modificaciones incluidas en la Tabla VI de la Ley 34/2003 respecto a algunas secuelas de la cara (sistema osteoarticular y boca). Además aporta un conjunto de consideraciones de tipo práctico así como una serie de criterios orientativos en la valoración médico forense de éste tipo de secuelas.

Palabras clave: Secuelas dentales, incapacidad permanente oral.

INTRODUCCIÓN.

Seguidamente se examinarán las secuelas actualizadas de la Ley 34/2003, con referencia expresa igualmente al anterior baremo de la Ley 30/1995 donde se recogían determinadas secuelas que el actual no conserva, y cuyo uso por analogía puede resultar ilustrativo para el juzgador, como recientemente ha señalado Fernández Entralgo, magistrado de la Audiencia Provincial de Madrid, durante el curso celebrado en Avila sobre el Daño Corporal. Un ejemplo representativo sería la artrosis témporomandibular dolorosa, fin inexorable de ciertos traumatismos mandibulares. En mi opinión, en la modificación de la Tabla VI existen importantes elementos de debate en cada uno de los capítulos (en el área del macizo máxilo-facial la discusión sería interminable), uniéndose a la vertiente estrictamente "valoradora", otra inherente estética, al ser la cara el componente genuino de la imagen y de la vida de relación. Todo ello aconseja contemplar con la máxima prudencia estos aspectos y sus posibilidades reparadoras, sin incurrir en duplicidades secuelares de difícil resolución, y apreciando el significado de prótesis bucal como técnica

estomatológica que actualmente alcanza aceptables grados de restitución anatómica, funcional y estética.

En la valoración de las secuelas que afectan al macizo máxilofacial intervienen distintas disciplinas médicas muy específicas (ortodoncia, periodoncia, prótesis dental, etc.), no siendo extraño que en la nueva Tabla se pase "de puntillas", o que incluso no vengan reflejados estos menoscabos, uniéndose a una dificultad pericial estrictamente médica especializada la falta de disposición cooperadora del lesionado en un contexto reivindicativo, unos partes de lesiones e historias clínicas generalmente poco minuciosos sobre las lesión bucodentales, e informes privados de odontólogos con los que inevitablemente se establece un vínculo económico.

A- SISTEMA OSTEOARTICULAR.

1º) Alteración traumática de la oclusión dental por lesión inoperable (consolidación viciosa, pseudoartrosis del maxilar inferior y/o superior, pérdida de sustancias, etc).

1 Médico forense, especialista en Estomatología, Jefe de Servicio de Clínica del I.M.L. de Albacete. Plaza de la Mancha 11- 5º Z Albacete 02001. 967-220867. Josemariagil53@hotmail.com.

Con contacto dental	
Unilateral	5-15.
Bilateral	1-5.
Sin contacto dental	15-30.

Lesión inoperable. Queda muy clara la acepción quirúrgica, que yo redactaría como **LESIÓN INOPERABLE Y NO RESTITUIBLE POR CUALQUIER MEDIO**, dado que posteriormente se especifican los contactos dentales y estos podrían ser susceptibles de mejoría masticatoria por procedimientos protésicos, excluiría, ó aceptaría de forma expresa este tratamiento, por otra parte imprescindible en cualquier lesión que afecte a contactos dentales.

En el caso de incluir la posibilidad protésica **VALORAR LOS CONTACTOS DENTALES CONFORME A LA REHABILITACIÓN ODONTOLÓGICA.**

En relación a los dos primeros apartados de los contactos uni/bilaterales, haré un pequeño inciso exploratorio, para que el perito médico tenga unos elementos objetivos y que mediante una sencilla exploración transmita al Juez un criterio que discrimine desde 1 a los 15 puntos, de forma sencilla y comprensible:

- Se interpone en la oclusión del lesionado un papel de articular progresivo (se trata de un simple papel tipo calcado de tinta que deja la huella en la cúspide y la fosa antagonista al morder) que iniciaremos marcando por el lado izquierdo del lesionado, seguiremos mediante protrusión mandibular explorando la mordida interincisal o anterior y posteriormente el lado derecho. Anotando el número de contactos en cada hemiarcada.
- Hacer masticar en el mismo orden seguido anteriormente un rollito de algodón trenzado, o si faltase, cualquier rollo de algodón confeccionado por nosotros mismos, donde objetivaremos la fuerza de contracción que realizan los músculos masticatorios.

De esta manera, anotaremos el nº total de contactos en cada hemiarcada, o por cuadrantes, reflejaremos la fuerza desarrollada y determinaremos con cierta aproximación la funcionalidad que tratamos de valorar, en el amplio abanico que la Tabla expresa y en la que a veces existiendo contactos dentales bilaterales, su eficacia masticatoria es inferior que en masticaciones unilaterales donde el número de contactos es superior y su potencia trituradora más eficiente.

SIN CONTACTO DENTAL. Cuando no hay contacto dental, no es que haya alteración traumática de la oclusión dental, incardinada al comienzo de este 1º capítulo, es que sencillamente **NO EXISTE OCLUSIÓN**, por tanto ya no sería una cuestión de semántica si no un error conceptual, que irremediablemente produce confusiones a la hora de valorar.

2º) Deterioro estructural de maxilar superior y/o inferior (sin posibilidad de reparación). Valorar según repercusión funcional sobre la masticación 40-75.

Si tenemos en cuenta el capítulo precedente en el último apartado **SIN CONTACTO DENTAL**, entiendo que esta ausencia de oclusión sería el máximo exponente del menoscabo en la masticación, debiendo estar incluido en este capítulo, supongo que será por que se admiten masticaciones dentogingivales, o sencillamente intergingivales, ambas ineficaces en la masticación.

En este apartado se usa sin posibilidad de reparación, y de manera genérica se le atribuye a esta imprecisión un rango de 35 puntos, especificando posteriormente *Valorar según su repercusión en la masticación*. Esta ambigüedad deja una discrecionalidad valoradora sin referencias objetivas, pues al no existir posibilidad de reparación quirúrgica ni protésica, que se mejore la masticación, esta función se supone extinguida y ha de valorarse en su máxima puntuación 75 puntos,

equivalente a una paraplejia D 11-L1, lo cual considero desproporción si se tiene en cuenta la posibilidad de una nutrición líquida o semisólida que posibilitaría una existencia aceptable.

3º) Pérdida de sustancia (paladar duro y blando):

Sin comunicación con la cavidad nasal	20-25.
Con comunicación con la cavidad nasal (inoperable)	25-35.

- El primer apartado se puede interpretar como una disminución del grosor del paladar (en una persona normal es unos 4 milímetros de media) o una reducción de su superficie. Si estas pérdidas son mínimas el rango inicial de 20 puntos es excesivo, por lo que para la baremación se atenderá a la masa perdida y a las perturbaciones funcionales: fonación, formación del bolo alimenticio, deglución, etc.
- El segundo apartado no es mas afortunado pues refiere una pérdida del paladar con comunicación bucosinusal inoperable y es que puede ser INOPERABLE pero sí MODIFICABLE y en parte restituible, o por lo menos mitigable mediante una prótesis removible que obture en parte esta comunicación, debiendo expresarse tal tratamiento así como sus resultados para aplicar correctamente la puntuación de la Tabla.

Se ha vuelto otra vez a ignorar el protagonismo de la PRÓTESIS, donde si tenemos piezas dentales se recurrirá a ellas para instaurar estrategias protésicas, bien dentosoportada con placa palatina con una tolerancia aceptable, ó si existe un buen relieve alveolar capaz de soportar por adherencia mucosa una prótesis superior que obture la comunicación buco sinusal, y si este no existiera valorar la posibilidad de crearla mediante injertos óseos, hueso liofilizado o

mediante hidroxiapatita. Considerar los implantes dentales para soportar una placa en paladar que cierre y coapte la comunicación oronasal durante la masticación, siendo susceptible de limpieza manual por cuestión higiénica después de la comida para ponérsela otra vez durante todo el día o incluso por la noche.

4)º Limitación de la apertura de la articulación temporomandibular (de 0 a 45mm) según su repercusión 1-30.

La aplicación del sistema métrico decimal, vigilando solo la apertura bucal, conforme a la dimensión vertical, es una equivocación tanto métrica como dinámica, pues las ATMs Témporo- menisco-mandíbulo-dentarias, se combinan en 11 movimientos simultáneos y sinérgicos, sincronizados con la masticación, por los siguientes motivos:

- Se usa articulación en singular, cuando la realidad es que ambas ATMS son dinámicamente inseparables y solidarias; en el caso concreto de la masticación existen el momento de esta función, un lado de trabajo y otro de balanceo y en lo que respecta a descenso y ascenso mandibular son sincrónicas.
- Se supone que cuando se redacta apertura, quiere decir descenso y ascenso mandibular, ignorando cualquier otro movimiento, y si nos quedamos con la acepción de apertura deberíamos usar el termino apertura bucal, ya que las ATMs no se abren, si no que se mueven.
- Son las únicas articulaciones del cuerpo humano en las que el baremo, valora su dinámica con respecto a la línea recta, en este caso la dimensión vertical, siendo lo correcto el arco de movimiento, y más aún si se considera la etimología (tengamos en cuenta que el utensilio para medir los movimientos articulares recibe el nombre de goniometro) y en este caso donde en

puridad y por la topografía de la zona "gonio", se prescinde del mismo.

- En ese acotamiento métrico de limitación de apertura no se especifica el punto de partida, que se supone el cero. En el manual de Melennec se considera desde el punto de contacto incisal, con el cual no estoy conforme, pues se obvia la sobremordida y el resalte, siendo a mi entender el punto cero desde la posición de máxima intercusación (en el caso de ser un lesionado con dentición completa), y si se trata de un desdentado total con prótesis tolerada el punto cero partirá desde la dimensión vertical oclusiva, y siendo esta medida variable le concederemos una altura promedio de 12 mm. El problema surge en el caso de un lesionado que carezca de piezas dentarias, se ignore la restitución protésica y se inicie la métrica de la apertura bucal desde el primer contacto intergingival, donde el punto cero partiría desde un menos 12 mm. Encontrándonos que el informado desdentado que tenga un recorrido de apertura bucal de 30 mm, en realidad sólo abre 18 mm eficaces, si se compara con el lesionado que mantiene indemne su estructura dental.

Pueden haber aperturas bucales muy amplias y ser sumamente discapacitantes (laterodesviaciones, aperturas dolorosas, artrosis postraumáticas, etc).

Para precisar la repercusión funcional es necesaria una valoración meticulosa del estado previo. Personalmente, en 20 años de ejercicio profesional como estomatólogo, nunca he visto una oclusión perfecta, lo que en la práctica equivale a pequeñas alteraciones que crean disarmonías con repercusión sobre las ATMs. Sirva de ejemplo la pérdida de un molar del lado derecho, que va a originar una diferencia de presión masticatoria respecto al lado izquierdo, lo que se va a traducir en un desequilibrio entre ambos lados, con repercusiones en las ATMs.

5) Luxación recidivante de la articulación temporo-mandibular:

Luxación entre los 20-45 mm de apertura	5-10.
Luxación entre los 0-20 mm de apertura	10-25.

Basando la luxación en los parámetros imprecisos anteriores, cuyo punto de inflexión son los 20 mm en que se dividen los dos apartados, se aplican dos calificaciones diferentes según esta cota establecida. Aquí al error métrico se le añaden unos resultados, con lo que aumenta el error. Aquí tendríamos en consideración lo expresado en el capítulo anterior.

6) Subluxación recidivante de la articulación temporo-mandibular 1-5.

Se ha producido una disminución lineal de 10 puntos en la tasación de esta secuela, con respecto al antiguo baremo, que considero acertada, pues este tipo de subluxaciones son muy poco discapacitantes y están sujetas a ser provocadas deliberadamente con movimientos previstos (risa, bostezo, etc.).

Al tener asignada esta puntuación, creo acertada la abstención de la posibilidad quirúrgica, ó de tratamiento médico (férulas de descarga, miorrelajantes) que reducirían esta alteración.

7) Material de osteosíntesis 1-8.

Se ha modificado ligeramente, ampliando el rango en 1 punto.

B. BOCA

Dientes (pérdida completa traumática) 1.

No he encontrado ningún baremo, ni aún en aquellos que usan el termino FORFAIT, en que

exista esta imprecisión. Así en el BOBI, en su coeficiente masticatorio funcional asigna 1 a los incisivos laterales y va ascendiendo su puntuación hasta llegar a los 6 de los primeros molares. De tal manera que computando la masticación al 100%, la asignación al incisivo lateral es de un 1%, seis veces menos que un primer molar. Esta puntuación es mucho más acertada que la de nuestra Tabla.

El Mélenec excluye la indemnización de los cordales, ó muelas del juicio. En la Tabla, al no expresar su exclusión, quedan implícitamente aceptados. Haciendo la salvedad de aquellos cordales usados como piezas pónicas, ó de sujeción de la prótesis. Por mi experiencia eliminaría cualquier puntuación a esta pieza.

En el cálculo del índice de incapacidad fisiológica permanente IFP del Mélenec, las valoraciones por pérdidas dentales son diferentes a las expresadas en el BOBI, pero en ningún momento estandariza a 1 punto, valorando si las piezas han sido restituidas mediante prótesis removibles de acrílico, o metálicas, si la prótesis confeccionada es fija, si se ha endodonciado la pieza que sirve de pilar para el soporte. Hoy en día tendremos que considerar el tratamiento mediante implantes osteointegrados y establecer unos tiempos medios de duración de las prótesis.

Seguidamente, comentamos una serie de lesiones no reflejadas en la nueva Tabla, como son los dientes deciduos y dentición mixta. Los daños que afectan a la dentición de leche, supongo que al ser caducos, sin la condición de permanente inherente al de secuela, se han obviado. Aquí es donde entiendo que encajaría el nuevo concepto de secuela temporal, con un tiempo de espera, ó de evolución según el caso, presidido por un estudio completo de las lesiones iniciales (pruebas de imagen, modelos, estudios de oclusión, etc).

En el periodo de dentición mixta de 6 a 12 años aproximadamente, habrá que tener en cuenta: las piezas de leche, saber si están afectados los gérmenes de las piezas

definitivas, si es que están formados y acreditados mediante radiografías. Valorar ciertas malposiciones en los definitivos, diagnosticando correctamente si su origen es el trauma objeto de la pericia,, por lo que nuestro informe ha de ser prudente, completo y condicionado a la evolución del lesionado, entendiendo que todos los tratamientos odológicos deben ser admitidos como indemnizables, quedando pendiente la valoración definitiva a partir de los 15 años, pues a los 12 años es cuando finaliza la erupción pero no el crecimiento óseo.

En estos casos, y por exigencias del funcionamiento judicial, es conveniente aportar a la causa toda la documentación diagnóstica y un presupuesto ajustado a "los honorarios profesionales" sobre los cuales existe un baremo de criterios orientativos.

Labios.

No aparecen en la nueva Tabla ni en el anterior baremo, ni he encontrado referencias analógicas para la valoración de los mismos, por lo que en el capítulo de CRITERIOS ORIENTATIVOS expondré las propuestas seguidas por el Baremo Internacional de Invalideces Louis Mélenec.

Traumatismos y fracturas incompletas dentales, sin pérdida completa de los mismos.

Estas lesiones son las más frecuentes en la práctica cotidiana, tampoco aparecen en la Ley, y por su casuística merecen al menos dos pinceladas periciales.

La tasación lineal de 1 punto por pérdida completa traumática de un diente, adicionando aritméticamente el perjuicio estético y considerando resarcible el importe del tratamiento odontológico, puede convertirse en algunos casos en una multiplicidad de secuelas que debemos evitar. Sirva de ejemplo, el lesionado que presenta como estado previo una morfología de 6 dientes en almena de

castillo, con restauraciones poco afortunadas en las piezas existentes, malposicionados, con una estética deplorable, recibe un golpe y pierde los 6 dientes. Por tal evento se le asignarían los 6 puntos correspondientes a las pérdidas completas; se le instaurarían unas prótesis fijas de porcelana restituyendo las interdentaciones previas, incorporándolo a la factura odontológica; el perjuicio estético que conlleva la instauración de un material ajeno al organismo que si se capta a simple vista en la región facial se incardinaría como moderado-medio; le adicionaremos en puridad y como consideración médico legal futura que el tratamiento instaurado no es eterno, siendo susceptible de modificaciones en un periodo de tiempo prudencial o bien de las alteraciones venideras aplicando unos tiempos medios de resultado como en cualquier restauración, y al quedar acreditado su nexa la renovación de la prótesis y el tratamiento odontológico consecuente de la misma sería indemnizable por el mismo hecho. La realidad material previa en este caso es que no podía morder o masticar correctamente, máxime si estaban implicados dientes superiores e inferiores, careciendo del antagonismo y cohesión eficaz para la masticación. La imagen estática previa era de tebeo, la dinámica en cuanto a vida de relación y fonética aún pero, pronunciando deficitariamente cualquier consonante donde intervienen los dientes (el 30% de nuestro abecedario y quizá el 80% de la palabras aproximadamente), en el cual se hacía imprescindible el tratamiento odontológico si no hubiera habido el traumatismo.

Con la aplicación estricta del baremo nos encontramos con que: se asignan 6 puntos por la pérdida de los 6 dientes, con un perjuicio estético moderado-medio al afectar a la región facial. Cuando lo que ha sucedido es que se ha solucionado el problema de funcional y estético previo. Se le abonada el importe del tratamiento y se le concede un seguro dental para el que se consideran unos tiempos de curación, que aproximadamente serían los mismos que los invertidos por la restauración protésica, excluyendo el acontecimiento lesivo. Por este

traumatismo ajustándonos a los criterios de la nueva Tabla se indemnizan 5 conceptos (unos acertados, otros dudosos y otros sencillamente injustos).

Este ejemplo con sus lógicas variantes no es de ciencia ficción y se presenta con cierta frecuencia, siendo más complicado todavía si en los tratamientos quirúrgicos, odontológicos, o protésicos hubieran habido complicaciones, resultados desfavorables, o asentaran las lesiones en denticiones deciduas, o en denticiones mixtas (leche con definitivos) en los que además de lo expuesto se tendría que valorar un tratamiento de ortodoncia, su evolución y resultado.

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS.

Para esta tarea de valoración pericial es conveniente el concurso de un especialista experimentado en el campo asistencial y pericial en las sedes de los Institutos de Medicina Legal. En ausencia de un Estomatólogo Forense cualificado se puede promover la expertización de un forense en la sede del Instituto, con formación en los nuevos adelantos protésicos, técnicas quirúrgicas etc, dado que cada día son mayores las exigencias personales, individuales y sociales, que generan múltiples reclamaciones judiciales en otros ordenes del derecho penal y diferentes a las contempladas en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados derivados de los accidentes de tráfico.

En líneas generales nuestro primer contacto con el lesionado a la hora de valorar su estado secuelar ha de ser expectante, ofreciendo el protagonismo al informado, preguntándole sobre los sucesos y evolución.

Es indispensable el estudio exhaustivo de la documentación médica y odontológica: parte de lesiones, documentación hospitalaria, ficha odontológica completa reciente, fichas odontológicas pretéritas, e incluso si guarda las piezas fracturadas ó avulsionadas, biografía

estomatológica, pruebas de imagen referenciadas, modelos, etc.

Se llevará a cabo una exploración general, facial, bucal y odontológica, orientándolas en base a las lesiones objetivadas, mecanismo de producción y valoración del estado previo.

Al valorar las lesiones se aproximará al máximo con lo reflejado en la Tabla, aprovechando los amplios márgenes en ciertos capítulos para dar una opinión puntual, fundamentada en el menoscabo objetivado y en su proyección funcional masticatoria, después de haber estudiado los trabajos odontológicos y sus resultados.

Han de evitarse duplicidades secuelares, estableciendo lo que es imputable al accidente, y el papel desempeñado por las prótesis en la restitución del patrimonio biológico, restando del menoscabo total lo conseguido por el tratamiento.

En el tratamiento recibido a efectos de calificación penal, especificaremos si ha sido dispensado por un odontólogo, ó bien por un diplomado con titulación homologada en cuyo caso no se podrá expresar "Tratamiento médico" pues el profesional que lo realizó carece de colegiación médica y no ha obtenido el título de medicina, por lo que referenciamos su titulación académica y nº de colegiado en el colegio de odontólogos al que pertenezca. Cuando a nuestro criterio la terapia seguida sea constitutiva de tratamiento médico, supliremos esta carencia formativa por "Tratamiento médico/quirúrgico". En el caso de los estomatólogos tales disquisiciones no se plantean, al ser Estomatología una especialidad médica. Días de curación impeditivos: considero una semana de promedio tras una extracción dental, y los días que acuda a su odontólogo. Adicionando, siempre con la cautela de la predicción, 20 días no impeditivos en extracciones de incisivos y premolares y 27 días en extracciones de colmillos y molares (en base a tiempos de cicatrización). En la cuestión presupuestaria, se puede recurrir al baremo

orientativo del Ilmo Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región del año 2002 (C/ Vitruvio 32-28006-Madrid-91.5612905).

CRITERIOS ORIENTATIVOS PARA LA APLICACIÓN DE LA TABLA VI.

Por todo lo expuesto, al carecer en muchos de los casos de la precisión suficiente, o de comparación de secuelas, se puede dedicar un apartado en nuestro Informe de Estabilidad Lesional, a Consideraciones médico-legales, donde se integren estos criterios orientativos, sin que supongan transgresiones de la Ley, ni prejuzgar una valoración, siempre sujeta a la potestad y discrecionalidad del Juez. Sirvan de orientación los siguientes puntos:

- 1) Aprovechar y respetar en lo que se pueda las puntuaciones de la tabla VI y movernos dentro de los rangos expresados, proyectando nuestra opinión en las mermas masticatorias, fonéticas, digestivas, o de cualquier función.
- 2) Usar el Baremo de la Ley 30/95, o cualquier Baremo, en secuelas sin solución analógica, ya que al no existir tales referencias en la nueva Tabla VI, cualquier ilustración acreditada que mantenga nuestro criterio e informe al juez sobre la realidad secuelar.
- 3) Cuando se trata de la boca y dientes, en los casos de prótesis se evaluarán los resultados conseguidos, reduciendo un 30% la valoración en el menoscabo si se trata de una prótesis removible eficaz y bien tolerada y un 50% si es una prótesis fija. Existen casos de tratamientos combinados, en los que nuestra valoración sería una media, o bien asignaríamos dentro de la reducción entre el 30-50 %, la más aproximada según la prótesis dominante.
- 4) El perjuicio estético de un desdentado total o parcial, en el lesionado portador de una

- prótesis bien tolerada, ha de valorarse con la prótesis puesta. Y si se trata de una prótesis fija, saber si esta puede provocar perjuicios estéticos que se escapen a la observación ocular (halitosis, audición diferente al chasquido dental, no absorción de la luz ultravioleta, etc) que afecten a la vida de relación.
- 5) En la prótesis se ha de considerar un mantenimiento y unos tiempos medios de duración, siendo de unos 10 años en las removibles y sobre unos 15 años las fijas, al cabo de los cuales la restitución de la misma será subsidiaria del accidente. Tiempos inferiores a 5 años de duración no se podrán en ningún caso imputar al accidente, ni la pérdida de las mismas.
- 6) En la pérdida de sustancia del paladar con comunicación bucosinusal, con independencia de si es o no operable, se estudiará si es susceptible de prótesis, y si lo es se aconsejarán las mismas reducciones aplicadas para los dientes, atendiendo a los menoscabos fonéticos, masticatorios, digestivos, etc.
- 7) La medición de la apertura bucal se realizará desde la posición de máxima intercusación. En el caso de desdentados parciales con un primer contacto dento-gingival y desdentados totales con el primer contacto intergingival (si se prescinde de la prótesis), tendríamos que restar de la medición de la apertura bucal 6mm en el primer caso y 12 mm ,en el segundo para evitar errores comparativos. En el Melennec se parte de la posición del contacto interincisal.
- 8) En luxaciones y subluxaciones, se concederán valores conforme a las referencias métricas, a la clínica, y a la eficacia masticatoria. En equivalencia de los tres factores a la hora de puntuar.
- 9) Labios: seguiremos por considerarlas aceptables, las valoraciones del Mélenec.
- a) Pequeñas lesiones (cicatrizaciones anómalas, hipoestесias, anestesia localizada con incontinencia salivar o sin ella, etc), asignando un rango 1-5.
- b) Importantes deformaciones labiales, con anestesia más o menos extensa, sin que exista amputación labial.
Pérdidas de sustancia labiales: por lo general, la cirugía puede mejorar las pérdidas de sustancia, pero los resultados son siempre imperfectos: los labios suelen quedar inertes e insensibles.
- Pérdida de un hemilabio superior 5.
 - Pérdida de un hemilabio inferior 10.
 - Pérdida del labio superior 15.
- 1) Trastornos medios.
- Pérdida definitiva del labio inferior 15-20.
 - Pérdida de los dos labios 20-30.
- 2) Trastornos importantes.
- Separación interdental inferior a 10mm, que hacen incomprendible la voz, imposibilitando de manera casi total la alimentación y la fonación 40.
- 10) Traumatismos y fracturas parciales de dientes.
Cuando el trauma o la fractura afecten a la pulpa dental, ó produzcan sensibilidades térmicas, nociocéptivas a la presión, cambios de color, moviidades, que impliquen tratamientos conservadores complejos: considero prudente asignar 1 punto por pieza afectada. Aquí es útil, la reducción puntual de la Tabla VI, en el capítulo de material de osteosíntesis 1-8, asignando 1 punto por analogía.
Si solo se producen daños menores, donde una simple obturación soluciona el problema, se considerarán los tratamientos odontológicos como indemnizables, así como su reposición, sin adicionar el punto de los anteriores.
- 11) En dentición decidua y mixta, se aceptarán los tratamientos derivados del accidente, no

siendo conveniente la implantación de trabajos fijos definitivos antes de los 12 años, pues debido a las erupciones, crecimiento óseo, etc, están abocadas al fracaso. Posponiendo el tratamiento a la edad de 14 años en las mujeres y 15 en varones.

12) Si se precisa endodonciar y colocar una corona que sirva de sujeción, ó soporte para mantener perdidas dentales perdidas en el accidente, se le asignaría el punto aplicado en el apartado 10.

13) En líneas generales, en cualquier lesión de la cara, maxilofacial, bucal, o dental se valoran:

- La lesión en sí, después relacionar lo superior con lo inferior, lo derecho con lo izquierdo y viceversa. Estudiar el menoscabo digestivo, estético y fonético, si valoramos este ultimo no se podrá adicionarlo como perjuicio estético dinámico aunque afecte a la vida de relación.

- En el caso de dientes, estado previo, restitución odontológica, estudio con sus antagonistas y piezas contiguas.
- Valorar la prótesis y estudiar las posibilidades de las diferentes dietas (sólida, semisólida y líquida).
- En base a estas pautas valorar la secuela, adoptando un criterio orientativo en la baremación actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Metodología para la valoración del daño bucodental. Tesis Doctoral de Dn Bernardo Perea Pérez. Universidad Complutense de Madrid. 1993.
2. Aprile H. Anatomía odontológica oro-cérvico-facial. Editorial Ateneo Buenos Aires 5ª Ed. 1975.
3. Ries Centeno G.A. Cirugía bucal. Editorial Ateneo 7ª Ed. Buenos Aires 1975.
4. Melennec L. Baremo internacional de invalideces. Editorial Masson 1996.