

PERITAJE MEDICO-LEGAL EN ESTOMATOLOGIA

por el

Dr. JOSÉ CARDONA SABATER

616.314 : 62

Como especialistas de la boca, puede ser llamado el estomatólogo para dar su opinión, así como también ordenado por el juez efectuar un peritaje médico-legal.

La cuestión de la peritación médico-legal tiene un doble aspecto: doctrinal y práctico. El primero, positivamente cultural, vale para comprender. El segundo, pragmático, sirve para actuar en la vida profesional.

Aunque de una manera elemental, recordaremos su evolución a través del tiempo.

En el siglo IV, en Roma, el Emperador Justiniano hace reunir, por los jurisconsultos, los materiales de la legislación que se hallan dispersos. El Código de Justiniano, por su gran contenido médico-legal, debió hacerse en colaboración entre médicos y jurisconsultos. No obstante, nada hay que regule los asuntos concernientes a la peritación forense, por lo cual no está dibujada la figura del perito ni su función.

Cuando irrumpen los pueblos germánico y eslavo en Europa occidental, aparece la ley Sállica. Parece ser que para aplicar algunas de sus disposiciones, personas competentes sondaban las heridas y hacían informes ante los tribunales; así lo dicen Mende, Siebolt, Buchner, Cousin y otros. Es fácil que sea pronto para hablar de verdaderas pericias, tal como se entiende en la época actual.

En el siglo IX, Carlomagno, en sus Capitulares, sobrepasa cuanto hasta el momento existía, respecto de la intervención del médico, de una manera directa. Ordena en muchos de sus capítulos que el Juez se apoye en el consejo del perito: golpes, heridas, suicidio.

Es notable la relación médico-legal por Enrri Cristan, el 31 de julio de 1322, que reconoce a Ponce de Calderón, llagado de una herida en la cabeza, y pronostica sus consecuencias.

La Constitución Carolina, votada en la Dieta de Ratisbona en el año 1532, es considerable su influencia, aunque tal vez no sea tanta como algunos le han considerado, según Piga.

Enrique IV, en 1603, encargó a su primer médico, Juan de la Rivière, nombrase en comisión, en todas las villas importantes del Reino, a dos personas del arte médico de mejor reputación, providad y experiencia para hacer visitas e informes a la justicia.

Felipe el Atrevido, príncipe valeroso, hábil político, hombre culto, se dice nombró cirujanos jurados, bien para los asuntos pertinentes a la autoridad real como para algunas villas.

Por idénticas razones, se recuerda a Felipe el Hermoso.

Es preciso llegar a finales del siglo XVIII para encontrar datos precisos de la organización, que pudiéramos decir, oficial en la Medicina judicial.

Hace unos doscientos años que Bevaux, apenas conocido en la literatura médica, escribe que sean requeridos los médicos y cirujanos para declarar sobre el estado de las personas que visitan, ya sean sanas, enfermas o muertas, a fin de que los jueces, bien informados, dispongan lo más conducente.

Al alborear el siglo XIX, nuestro Domingo Vidal, que conocía la obra de Devaux, decía en su "Cirugía forense o arte de hacer", editado en Madrid en 1802, lo siguiente: "Todo el mundo conoce la necesidad que tenemos en España de un tratado de las relaciones quirúrgico-legales."

En el siglo pasado, Juan Fragoso el "Toledano" y otros se han ocupado en sus obras de las relaciones de este arte con la Justicia.

En la actualidad, el médico estomatólogo actuará como perito en todas las circunstancias que la justicia lo solicite, para aclarar situaciones que de algún modo se relacionan con nuestra especialidad.

Su labor oscilará desde el examen atento de los objetos inertes hasta la del organismo humano; para su estudio las dividiremos en tres grandes grupos:

- 1.º Sobre el organismo vivo. 2.º Sobre cadáveres o sus restos.
- 3.º Sobre objetos inertes.

SOBRE EL ORGANISMO VIVO

Este peritaje será el más frecuente, debiendo de proceder siempre con la máxima deontología. Se subdivide:

a) Lesiones profesionales.

Cada día las nuevas legislaciones van incluyendo dentro de este campo enfermedades profesionales adquiridas por el trabajo a que se dedican estos individuos, en que se ven disminuídas por su capacidad de producción, además de alterar la salud o destruir la vida.

Comprende varios grupos: Lesiones dentarias. Lesiones bucales. Lesiones maxilares.

Lesiones dentarias:

Traumáticas.—A un accidente, en el momento del trabajo, o también debido a traumatismos ligeros y repetidos, como sucede en las costureras al cortar el hilo con los dientes; zapateros, tapiceros, guarnicioneros, por echarse los clavos en la boca y sujetarlos con los dientes; músicos, al colocarse en boca la boquilla del instrumento.

Cambios de coloración dentaria.—Como sucede con los trabajadores que manipulan mercurio, que presentan un punteado grisáceo, por incrustación de polvos cargados de nitrato ácido de mercurio, conocido con el nombre de “diente mercurial de Letulle”; los trabajadores de hierro, que sus dientes adquieren un color rojo; verde, los trabajadores del cobre.

Modificaciones estructurales.—Por ácidos minerales u orgánicos en los trabajadores de esta industria, en la que sus dientes quedan convertidos en verdaderos muñones, por desaparición del esmalte y dentina, produciendo la muerte pulpar, con falta de toda articulación dentaria.

Caries profesionales.—En los panaderos, harineros y confiteros, que les afecta el tercio superior de los incisivos centrales y laterales superiores, por hallar en este punto retención de las partículas de hidratos de carbono con que trabajan.

Por halógenos.—Las lesiones dentarias, por intoxicación del flúor que se observa en los obreros que respiran sus vapores, tales como los grabadores de cristal, los que intervienen en la fabricación del ácido fluorhídrico, los que trabajan en una atmósfera de polvo de criolita, también en la obtención del aluminio y en tintorería, donde es muy empleado, en sus dientes aparecen una serie de manchas de color que varía entre el amarillo y el negro, pasando por el rojo castaño;

Esta pigmentación, debida al depósito de una sustancia oscura sobre el esmalte defectuoso, se distribuye irregularmente en forma de manchas irregularmente como estrías, localizándose en la cara labial

de los incisivos y caninos; es decir, en las partes expuestas a la luz. Otro halógeno, como el cloro, las lesiones dentarias que produce, dependen del ácido clorhídrico que forman sus vapores de cloro con la saliva, destruyendo químicamente el diente, siendo los incisivos medios los más afectados.

Enfermedad profesional.—En los aviadores, debido a cambios bruscos de presión, se producen verdaderas odontalgias, provocadas, bien por cálculos dentinales intrapulpares, caries o malas obturaciones.

Lesiones bucales:

Lesiones de la mucosa o de la región vecina, por acción directa.—Debido a la profesión, como sucede en los carboneros, por depositarse el polvillo del carbón en su mucosa; la fiebre aftosa o glosopeda en los pastores contaminados por la epidemia del ganado lanar. En los músicos de instrumentos de aire y en sopladores del vidrio se produce, debido a su constitución o al esfuerzo de una mayor presión intrabucal, una dilatación bastante considerable del conducto de Stanon o “neumatocele”, que disminuye grandemente su rendimiento y actividad profesional.

Lesiones de la mucosa o de la región vecina por acción indirecta.—En los trabajadores de metales, como: el oro, que produce una estomatitis y gingivitis asociados a dos signos de gran valor diagnóstico: la tumefacción de la mucosa del espacio retromalar inferior, la cual presenta unas manchas de color blanco nacarado y contorno irregular; y la aparición, a nivel del velo palatino, de unas placas blanquecinas y brillantes parecidas al liken plano, simétricas sobre un fondo rubicundo.

Plata: la sal más usada es el nitrato; no obstante, la intoxicación lenta y continuada en estos trabajadores presenta una pigmentación indeleble de las mucosas (argirina) de color café con leche, de reflejos metálicos; se produce porque la plata se deposita en los capilares; a veces, se forma un ribete negruzco de sulfuro de plata a nivel de las encías, “ribete de Duguet”.

Cobre. Como signos de intoxicación crónica profesional tenemos el ribete gingival cúprico de Clapton, de color verde azulado y debido a partículas de cobre incrustadas; se acentúan con toques de una solución alcalina de glucosa.

Bismuto: aparece una rubicundez difusa en la cavidad bucal, acompañada de un signo de gran valor; el ribete gingival bismútico,

que es debido a la formación de sulfuro de bismuto, tiene un color gris azulado; aparece preczamente alrededor de los dientes cariadso.

Plomo: Se observa en los operarios que intervienen en la obtención del plomo, en la fabricación de tuberías para el gas o el agua, pintores de maderas, fabricación de acumuladores, en los litonipistas y cajitas de imprenta, por manejar tipos constituídos de una aleación de plomo con antimonio. La edad y el sexo representan causas predisponentes, pues los niños, los viejos y las mujeres enferman con mayor facilidad; por esto, la Tercera Conferencia Internacional del Trabajo—Ginebra, 1922—aconsejó excluir a las mujeres y menores de diez años de las industrias en que se emplean las sales de este metal. El ribete gingival en la intoxicación saturnina es típico y precoz la aparición: consiste en una pigmentación gris pizarrosa, que tiende al azul oscuro en el borde libre de las encías, particularmente a nivel de los incisivos superiores e inferiores, caninos y dientes cariadso, ocupando una altura de uno a cuatro milímetros. Este ribete de Burton depende del acúmulo de finísimas partículas del sulfuro de plomo, debido a la combinación del ácido sulfídrico procedente de los restos, acumulado en las bocas sucias con este metal.

Mercurio: Se observa en aquellos obreros que trabajan en las minas de cinabrio e inhalan los vapores que se desprenden al calentar aquella sal. También se observa en las siguientes industrias: en la fabricación de termómetros y barómetros, en la fabricación de fulminantes, en las industrias sintéticas (catálisis mercurial), en los obreros que manejan los colores mercuriales, en los que hacen sombreros de fieltro que usan el llamado "secret" (nitrato ácido de mercurio), que añadido en solución a los pelos los fija entre sí para formar el fieltro; en los obreros de las minas argentíferas en las que la plata se extrae amalgamándola con el mercurio. El síntoma más destacado de la intoxicación crónica es la estomatitis, caracterizada por un ribete en borde de encía de color amarillo o pardo negruzco, que tiene como característica el no ser continuo, sino discontinuo, teniendo preferencia de aparición a nivel de los dientes piorreicos; su patogenia es debida al paso del mercurio a la sangre, que llega a la red capilar de Broca, que por éstasis de dichos capilares produce un tapón, y, atravesando éste la barrera endotelial, se introduce en

el tejido conjuntivo, siendo atacado aquí por el sulfídrico, dando lugar al sulfuro de mercurio, de color negro.

Diagnóstico diferencial de las diversas estomatitis

Diagnóstico diferencial de las diversas estomatitis.—Metálicas: La cúprica ya hemos dicho que se acentuaba su color verde azulado con toques de una solución alcalina de glucosa.

La plúmbica se acentúa pincelando la encía con monosulfuro só-dico al 5 por 100, y se decolora por el peróxido de hidrógeno. Fenómeno que no sucede ni en las estomatitis mercurial ni bismútica.

También se observan lesiones de la mucosa en los obreros que trabajan en las industrias metaloides, como el arsénico, industrias de halógenos, yodo, bromo, cloro, etc., caracterizadas por tumefacción dolorosa del festón gingival, así como de la mucosa bucal; sialorrea, halitosis, etc.

Lesiones alvéolodentarias.—Estas lesiones son clásicas en los trabajadores de la sal y del azúcar.

En los casos de intoxicación crónica por el fósforo, muy frecuentemente a finales del siglo pasado, es actualmente excepcional. Esta intoxicación profesional se observa en los obreros que trabajan en la metalurgia de los bronce fosforados, en las fábricas de cerillas y en las fábricas de acetileno, porque suelen contener como impureza el fosfato cálcico, desprendiendo, por lo tanto, hidrógeno fosforado. El síntoma cardinal de esta intoxicación profesional es la periostitis alvéolodentaria con piorrea fétida y necrosis del maxilar inferior. Aparece en bocas mal cuidadas; en fase avanzada se caen los dientes, mana pus por los alvéolos, se forman trayectos fistulosos y se producen dolores atroces, con trismo, a nivel del ángulo de la mandíbula, acompañado de adenopatías.

En los sujetos que trabajan durante largos años en atmósferas ricas en óxido de carbono, como son los empleados de gasógenos, garajes en malas condiciones, minas, fogoneros, etc., presentan claramente lesiones alvéolodentarias, bien producidas como un síntoma de su intoxicación, o bien de causa local por el tóxico.

Estas manifestaciones alvéolodentarias se presentan también en los trabajadores del plomo, mercurio y manganeso.

Lesiones maxilares.—Necrosis de los trabajadores del nácar, muy rara en la actualidad, y su causa es el polvo de nácar, producido al

trabajar las conchas de madreperla por el obrero, se caracteriza por dolores violentos y tumefacción, sobre todo del maxilar inferior.

Necrosis fosfórica, de curso lento, con formación de grandes secuestros maxilares, es rara por haberse reducido el empleo de fósforo blanco.

También se observan lesiones maxilares en los obreros que trabajan en materias colorantes, obtenidos de metales radiactivos.

En tintorería, donde son muy empleadas las sales de flúor, producen, además de las lesiones dentarias, una marmolización de los maxilares, que, al perder éstos su elasticidad, hacen que se fracturen fácilmente. Lo mismo sucede en los obreros que respiran los vapores de tal halógeno, que citamos en las lesiones dentarias.

b) Lesiones de responsabilidad civil.

Cuando la lesión producida sin intención se reconoce una culpa en el autor, le obliga a repararle mediante una indemnización que fija la justicia, proporcional al daño ocasionado.

Las compañías aseguradoras, así como las pólizas de seguros en la actualidad en España, hay que reconocer, como dice Landete, son bajas en su porcentaje; no obstante, nos atendremos a ellas. Comprende varios grupos:

Lesiones dentarias.—La falta total de masticación está valorada en un 30 %; por lo tanto, es fácil valorar la pérdida de los diferentes dientes, que son los encargados de dicha función.

Cuando en un accidente se pierden todos los dientes de una arcada o de ambas, queda totalmente anulada la función de masticación; la incapacidad de este sujeto será, por lo tanto, de un 30 % con arreglo a su inutilidad total.

Si se pierde la mitad de las piezas dentarias de una arcada, superior o inferior, la masticación queda reducida a la mitad de su valor, o sea, de un 15 %; esta cifra no aumentará si se pierden las dos semiarcadas del mismo lado.

Cuando la pérdida es de dos semiarcadas, una superior y otra inferior del lado opuesto, entonces queda suspendida totalmente la función masticatoria, y, por lo tanto, su inutilidad es de un 30 %.

Aplicando el valor total de la cifra de inutilidad a la función masticatoria, se descomponen en los siguientes valores a cada diente: incisivo central superior, 4 %; incisivo central inferior, 3 %; incisivo lateral superior, 1 %; incisivo lateral inferior, 2 %; canino,

2 %; primer bicúspide, 2 %; segundo bicúspide, 1 %; primer molar, 3 %; segundo molar, 2 %. Los molares del juicio se consideran sin valor y su pérdida equivale a 0.

Algunos autores rebajan la cifra del tanto por ciento de incapacidad cuando los dientes perdidos pueden reemplazarse por prótesis, pero hay que tener en cuenta que nunca pueden prestar el mismo servicio que los dientes naturales.

Lesiones mucosas.—Depende de la alteración en la forma y función de la hendidura labial, mejillas, lengua, y su valoración se hará según la alteración de la función masticatoria, de la fonación, así como también de la estética, que limitan la competencia profesional del sujeto, pudiendo variar entre un 10 y un 20 % de inutilidad.

Lesiones glandulares.—La formación de fístulas permanentes ponen a los individuos que las padecen en condiciones de inferioridad manifiesta. Esta valoración depende, según se trate, de fístulas glandulares o de sus conductos excretores; así, las fístulas glandulares se valoran en un 5 %, y las del conducto excretor, en un 10 %.

Lesiones musculares.—Los trastornos funcionales de los músculos masticadores y de la lengua constituyen incapacidades para la masticación, deglución y articulación de la palabra; su incapacidad varía entre un 10 a un 40 %, según la intensidad de sus trastornos funcionales y anatómicos.

Lesiones de la piel.—Aparte de los trastornos funcionales que puede ocasionar, estas lesiones constituyen una incapacidad relativa, ya que limitan la competencia profesional del que la sufre, y hasta los inhabilita en muchas profesiones en que la estética es fundamental; se tasan estas incapacidades estéticas de un 5 a un 10 %.

Lesiones maxilares.—Las fracturas mal consolidadas producen invalideces, que se tasan por los dientes perdidos. Así, si una mitad queda en linguo o vestibulo oclusión respecto de sus antagonistas, será un 15 %, y si los dos lados están en maloclusión, el 30 %.

Pseudoartrosis del maxilar inferior, si la pérdida de sustancias es de un través de dedo en adelante; su incapacidad es de un 40 %, según Imbert.

Para Landete, la pérdida de un puente óseo, que comprende el

espacio ocupado por más de dos dientes, su inutilidad es el 30 %. Si la pérdida es menor de dos centímetros, se valora en un 15 %.

La pérdida total del maxilar inferior se valúa en un 50 %.

Articulación temporomaxilar.—La constricción mandibular, cuando es completa, queda abolida la masticación y articulación de la palabra. La vida del sujeto corre peligro si se produce vómito por asfixia, al refluir los alimentos a vías respiratorias; se tasa esta incapacidad en un 50 %.

Cuando la boca se puede abrir, de manera que entre sus bordes incisivos queda un centímetro de separación, se valora en 20 %, y si es de dos centímetros, en un 10 %. En caso de luxaciones irreductibles, representa esto una invalidez de un 40 %.

Las lesiones de los tejidos conjuntivo, linfático, sanguíneo y nervioso se tasarán con arreglo a las alteraciones anatómicas y funcionales de la articulación de la palabra, masticación y estética, todo en relación con los tantos por cientos indicados en las lesiones anteriores.

c) Lesiones de responsabilidad criminal.

Es cuando, efectuada con intención, el individuo está sujeto a indemnización y procesamiento.

TANTO LAS LESIONES DE LA PRACTICA COMO LAS DE ORIGEN CRIMINAL, LAS VALORAREMOS CON ARREGLO A LA PROPORCION DEL TANTO POR CIENTO DE LA PRACTICA CIVIL, presentando cada una las variantes especiales del caso.

SOBRE CADAVERES O SUS RESTOS

Madurez fetal.—En casos de aborto provocado por maniobras criminales, es interesante saber si el feto ha nacido dentro de su período viable, que está marcado por los siete meses del embarazo.

Sabemos la evolución y calcificación que siguen los dientes en período intrauterino, basándonos en ellos la comprobación de dicha viabilidad; éstos son, el tabicamiento alveolar que el feto de siete meses presenta en su mandíbula, tres o cuatro tabiques alveolares en su zona incisiva. Es conocido con el signo de Billard.

La calcificación de las coronas en los molares temporales, hasta las dos terceras partes, están unidas sin solución de continuidad; sus cúspides, a los siete meses de gestación. Es el signo de Palma y Bello.

Edad de un cadáver.—Desde los seis meses a los doce años se puede determinar la edad aproximada, en relación con la erupción de los distintos grupos dentarios; al sobrepasar dicha edad, nos valdremos de otros datos: abrasiones, color de los dientes, aspecto de la encía, etc., que pueden por deducción llegar a conclusiones que permiten aproximarse a la edad.

Identificación del cadáver.—La observación del aparato dentario puede conducir a la identificación, cuando a causa de agentes externos destruyen las partes blandas, no afectando generalmente al aparato dentario por tener gran resistencia, tanto a las grandes temperaturas como a los procesos de descomposición.

Entre los elementos que pueden conducirnos a dicha identificación, son: aparatos de prótesis, trabajos de odontología conservadora, que sirven, al ser reconocidos por los familiares o amigos, como datos de identidad.

La odontomatría, en este caso, la usaremos para establecer la proporcionalidad de los dientes con los huesos del esqueleto; así, con la anchura de los dientes obtendremos el ancho de la arcada dentaria, bien sea con el índice de Pons o el de Korkhaus. Este ancho de la arcada dentaria es proporcional al ancho de la cara; el largo, es proporcional al diámetro trasverso; el diámetro mesiodistal de los dientes, proporcional a la altura de la cabeza. Con estas medidas existen tablas que permiten deducir la talla aproximada del individuo.

Arrugas palatinas.—Estas permanecen invariables durante toda la vida, varían en número y forma de un individuo a otro, aunque parecen respetar las leyes de la herencia.

Por algunas instituciones preconizan ya el registro y archivo de las mismas, ya que la identificación de unos restos cadavéricos por arrugas palatinas es factible solamente al tener una reproducción del paladar, cosa probable en todos los casos de prótesis.

SOBRE OBJETOS INERTES

La solución de hechos delictivos se ha producido en más de una ocasión por huellas que ha dejado su autor; como, por ejemplo, una dentellada sobre un trozo de sustancia alimenticia blanda, que han reproducido fielmente la dentadura que las originó.

No es raro observar sobre cadáveres ractros de mordeduras, que, para un Estomatólogo habituado, no es difícil encontrar signos dife-

renciales que permitan una orientación para la identificación del autor de dicha mordedura.

Medios de comunicación con la justicia.—Todo Médico sabe que para sus relaciones judiciales dispone del parte, del oficio, de la certificación, de la declaración y del informe.

El parte es el más elemental de los documentos Médico-legales, con él damos noticias de aquello que debe ser conocido por la autoridad e incluso por el público. Se da parte de haber reconocido a un lesionado al que le hemos prestado asistencia facultativa de urgencia. Basta una cuartilla de papel escrita en sentido apaisado. Se consigna un hecho, y se pone en conocimiento de quien corresponde, pero no se certifica nada.

El oficio, verdadera epístola de carácter oficial, rara vez es utilizado por el Médico en sus relaciones judiciales. Es un documento dirigido; lleva la dirección en la parte inferior del mismo.

La certificación tiene más importancia de la que el Médico suele concederle; jamás certificaremos que hemos reconocido a quien no hemos visto, o extenderemos una certificación por adelantado.

Informe o dictamen es un documento en el que cabe señalar motivos y explicar las causas; no debe aceptar tal responsabilidad moral el que no está capacitado para hacerlo. En todos los casos, hay que exponerlo con suma claridad. En ocasiones, no cabe afirmar ni negar resueltamente sobre determinada materia, en cuyo caso nos obliga a manifestar al desnudo nuestra falta de elementos para llegar a más.

BIBLIOGRAFIA

FIGA PASCUAL: "Medicamenta" núm. 202. *Relaciones Médico-legales*.

GÓMEZ JARA: *Lecciones de Cátedra de Estomatología*.

LANDETE: *Introducción al estudio de la Odontología*.

SURÓS FORNS: "Patología y Clínica Médica". *Pons*, tomo I.

BEATRIZ PERALTA: "Odontoestomatología", vol. X. *El Odontólogo como perito y las pericias odontolegales*.

SURÓS FORNS: "Patología y Clínica Médica". *Pons*, tomo VI.