



## ORIGINAL

## Percepción de la enfermedad de Dupuytren por los tribunales sociales

### Valuation of Dupuytren's disease by labor courts

Carpio González M<sup>1</sup>, Martínez López JF<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Salud Laboral y Prevención. AUCORSA. Córdoba. <sup>2</sup> Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

#### Resumen

**Objetivo:** Analizar la consideración que la enfermedad de Dupuytren tiene en los tribunales de lo social.

**Pacientes y metodología:** Se analizaron las 47 sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia y Tribunal Supremo, en las que se mencionaba la enfermedad de Dupuytren, durante el periodo 1999-2009.

**Resultados:** No existía homogeneidad de criterio, ni en el juzgador ni en los peritos médicos, para la valoración médica de la enfermedad y la calificación de la discapacidad que presenta. Fueron en las profesiones manuales donde se reclamaron las incapacidades y más frecuentemente en aquellas que manipulaban herramientas, siendo la afectación bimanual la que daba a mayor número de reclamaciones. Los dedos afectados fueron el 3º, 4º y 5º siendo la presentación en más de un dedo, elemento favorable para la declaración de incapacidad, con independencia de los tratamientos pasados o futuros.

**Conclusiones:** La valoración médica de la incapacidad laboral debe contemplar la profesión, la mano afectada, la ocupación de la palma de la mano por la flexión de uno o varios dedos y la recidiva de la enfermedad.

**Palabras Clave:**

Enfermedad de Dupuytren, incapacidad laboral, daño corporal.

#### Abstract

**Objective:** To analyze how Dupuytren's disease is considered on the labor courts.

**Patients and methods:** Patients and methods: 47 judgments of the High Courts and Supreme Court during the period 1999-2009 were analyzed. The condition to be included in the study was to mention Dupuytren's disease.

**Results:** Judges and medical experts did not agree to evaluate the disease and to classify patient's disability. Manual occupation was the most frequent activity where disability was claimed, especially those which handled tools. The involvement of both hands gave the greatest number of claims. The fingers most frequently affected were 3rd, 4th and 5th and more than one finger injured was a favorable element to declare incapacity. This was independent of past or future treatments.

**Conclusions:** Medical assessment of incapacity should include the occupation, the affected hand, finger contracture severity and recurrence of the disease.

**Key words:**

Dupuytren's disease, disability, appraisal of personal damage.

#### Introducción

Es conocida la disparidad de sentencias judiciales de discapacidad sobre cualquier tipo de patología. Siendo esta diversidad de especial gravedad en aquellas patologías claramente incapacitantes por cuanto se puede llegar a la

situación de que dos trabajadores de la misma empresa, con semejante grado de disfunción, sean calificados de forma distinta por tribunales diferentes.

Sin duda, la causa se encuentra en la falta de homogeneidad del peritaje médico en los juzgados de lo social pues no están determinados los criterios incapacitantes, ya que en el ámbito de la valoración de las incapacidades laborales no existen baremos oficiales, como los hay en el ámbito civil, ni tampoco están protocolizadas las pruebas comple-

#### Correspondencia

M. Carpio González  
AUCORSA. Av. Artesanos s/n. 14014 Córdoba  
manuel.carpio@aucorsa.com



mentarias necesarias para baremar el estado funcional o establecer un gradiente de discapacidad, respecto a limitación funcional y actividad profesional. Además, los estudios que se han realizado sobre esta cuestión son escasos [1][2] y no se han remarcado las incoherencias. Por ello, sería idóneo aportar un criterio objetivo en la valoración de una enfermedad tan discapacitante, para los trabajadores manuales, como es la enfermedad de Dupuytren. Estableciendo parámetros de gravedad que ilustren al juzgador no médico y cuya información procede del especialista que depone en la sala.

El artículo 137 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) [3] define cuatro grados de invalidez permanente derivados de enfermedad común y accidente de trabajo o enfermedad profesional. La incapacidad permanente parcial para la profesión habitual será aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma. La incapacidad permanente total para la profesión habitual, la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta y la incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Por su parte, la gran invalidez es cuando una incapacidad permanente absoluta en la que por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. Además, el artículo 150 añade otra categoría derivada únicamente de contingencias profesionales, las lesiones permanentes no invalidantes que son las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, no llegan a constituir una invalidez permanente.

El objetivo de este trabajo es identificar posibles discordancias entre el déficit funcional real producido por la enfermedad y observado por el médico, con respecto al grado de incapacidad laboral concedida por los tribunales.

### Material y métodos

Se analizaron 47 sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia (Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas y Tribunal Supremo) emitidas entre enero de 1999 y junio de 2009.

Los criterios de inclusión fueron las reclamaciones de incapacidad en las que constara explícitamente la enfermedad de Dupuytren, evitando así la miscelánea de descripciones

de enfermedades de la mano y enfermedades que no sean de Dupuytren [4]. La distribución por tribunales se detalla en la Tabla 1. Consideramos los siguientes parámetros: tribunal, sexo, profesión, mano/s afectada/s y mano dominante, contingencia (profesional o común), actor (reclamante), motivo de la reclamación, estado de la mano y existencia o no de recidivas tras tratamiento quirúrgico. Las profesiones de los enfermos se distribuyeron entre las que manejan herramientas, las que tienen contacto con alguna sustancia química o agente biológico y las que se desarrollan mediante el trato con público o trabajos de oficina.

### Resultados

La edad media de los reclamantes fue de 57 (DE: 5) años con una proporción entre hombres y mujeres de 1,6 (Tabla 2).

Analizando las profesiones no encontramos profesiones intelectuales siendo las únicas presentes las que requieren el trabajo con las manos (Tabla 2): mediante la manipulación más o menos continuada de herramientas, con o sin manejos de sustancias químicas en algún momento de la jornada laboral o la carga y movilización de personas. La mano afectada (Tabla 2) fue la derecha en el 28,78% de los casos, siendo la afectación bilateral en el 36,17% de las reclama-

**Tabla 1. Distribución por tribunales de las sentencias estudiadas**

Tribunal	Nº	%
Tribunal Supremo	2	4.25
TSJ Andalucía	3	6.38
TSJ Aragón	2	4.25
TSJ Asturias	6	12.76
TSJ Baleares	0	0
TSJ Canarias	2	4.25
TSJ Cantabria	1	2.12
TSJ Castilla-La Mancha	2	4.25
TSJ Castilla y León	4	8.51
TSJ Cataluña	19	40.42
TSJ Extremadura	0	0
TSJ Galicia	1	2.12
TSJ La Rioja	0	0
TSJ Madrid	1	2.12
TSJ Navarra	0	0
TSJ Murcia	1	2.12
TSJ Valencia	1	2.12
TSJ País Vasco	2	4.25
TSJ Ceuta	0	0
TSJ Melilla	0	0



Tabla 2.

	%	
Sexo:	Masculino	61,70
	Femenino	38,20
Mano afectada:	Derecha	28,78
	Izquierda	17,02
	Bilateral	36,17
	No consta	17,02
Reclamación	Paciente	55,31
	INSS/MATEPSS*	44,68
Situación enfermo al inicio demanda:	No incapacidad	31,91
	Lesiones permanentes no invalidantes	2,12
	IPT **	58,57
	IPA ***	6,38
Contingencias:	Enfermedad común	80,81
	Accidente de trabajo	17,02
	Enfermedad profesional	2,12

\*INSS/MATEPSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social/Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. \*\* Incapacidad Permanente Total, \*\*\* Incapacidad Permanente Absoluta.

ciones y la mano izquierda en el 17,02%. Un 18,03% de las sentencias no describieron la mano afectada y ninguna de ellas señaló la dominancia.

Los actores de las reclamaciones fueron bien el paciente, bien el INSS/MATEPSS (Tabla 2). Las reclamaciones se hicieron respecto a situaciones jurídicas diversas de los enfermos, los cuales reclamaban para elevar su grado de discapacidad, siendo más frecuente la reclamación desde la incapacidad permanente total, o fueron las entidades oficiales quienes impugnaban la sentencia inicial (Tabla 2). La contingencia también fue modificada, aunque el origen de la dolencia se atribuyó en las demandas, de forma abrumadora, a enfermedad común (Tabla 2).

Únicamente en 10 sentencias pudo leerse qué dedos estaban afectados y cuando se describió, la lesión de un solo dedo era el cuarto, en 4 sentencias, seguido del primero, segundo y quinto con una sentencia cada uno. En tres sentencias se describió una afectación múltiple sobre los tres dedos cubitales de la mano. En un único caso, no incluido entre las sentencias anteriores, se mencionó la existencia de una retracción de la fascia palmar.

Seis reclamaciones se realizaron sobre procesos que habían sido intervenidos en una o más ocasiones, de ellos 2 no tenían concedido ningún grado de incapacidad, 3 gozaban de una IPT y otro de la IPA. De todas las sentencias estudiadas, en cuatro de ellas se incrementó el grado de incapacidad por agravamiento.

## Discusión

La primera impresión al analizar estas sentencias es su heterogeneidad a la hora de describir el cuadro médico que en ellas se valora. Sin duda, el juzgador no hace más que transcribir párrafos de la demanda o anotaciones realizadas durante la vista oral y que luego quedan plasmadas en el acta. Pero este «revoltijo» dificulta la comparación de las sentencias y sobre todo estudiarlas de un modo mínimamente científico.

Son escasas las reclamaciones con una sola patología, siendo muy frecuente que se haga constar en ellas todas las dolencias que tiene el paciente o lesionado, origen de incapacidad o no. En aquellas que únicamente se menciona una sola patología, se intuye la actuación del perito médico en la expurgación de «todos los tratados médico-quirúrgicos» que intentan hacer constar los reclamantes o sus representantes, siempre legos en medicina.

La enfermedad de Dupuytren, ciertamente discapacitante, no puede compararse en una demanda de incapacidad de un obrero manual con un síncope tusígeno, una distimia, una fibromialgia, etc., que sin duda discapacitan, pero no para el manejo de herramientas manuales, que es lo que se pretende solicitar. Si algún hábito o enfermedad deben asociarse serán aquellas que estén reconocidas como factor de riesgo en la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren, como son el tabaquismo, enolismo, diabetes mellitus y epilepsia [2][5][6][7].



Centrándonos en la enfermedad que estudiamos y en los casos analizados, encontramos una ausencia de criterios uniformes en cuanto a la descripción de la forma de presentación en cada enfermo, la importancia de la mano afectada y la dominancia del paciente, el grado de afectación funcional y, sobre todo, la irreversibilidad del proceso que esta determinado no solo por la naturaleza de la enfermedad, sino también por los tratamientos aplicados y el éxito o fracaso de los mismos [8].

La edad media de los pacientes estudiados es más temprana que la de las series publicadas [9][10][11], lo cual puede tener su justificación en que nuestro estudio, abarca únicamente población en edad laboral y sobre la que sobreviene una situación potencial de incapacidad.

El modo de instauración de la enfermedad es importante por ser momento generador de consulta médica y de periodos de incapacidad temporal, que a su vez desembocarán, según la evolución, en una situación de incapacidad permanente para el trabajo habitual o incluso para todo tipo de trabajo. Será el estadio en que se encuentre la mano antes de la cirugía o tras la recidiva si ésta se produce, el que determinará la torpeza de la mano. Son cuatro las fases de agravación [4][12], evolucionando desde la presencia del nódulo sin contractura (estadio 0) o una contractura a nivel de la articulación metacarpo-falángica del 4º dedo (estadio I), hasta contracturas que ocasionan flexión de las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos cubitales, de las interfalángicas proximales de los dedos 4º y 5º y en las fases más avanzadas, también extensión de las articulaciones interfalángicas distales del 4º y 5º (estadio 5). No obstante, en ocasiones, la contractura queda confinada a la palma de la mano y no progresa suficientemente como para ocasionar flexión de los dedos y por tanto incapacidad.

Tan solo ocho de las sentencias analizadas mencionan los dedos afectados, coincidiendo con la generalidad de la literatura médica [10] en la frecuencia de presentación de los mismos. El más afectado es el 4º dedo, seguido del 5º y, después, por el 3º. Cuando está comprometido un dedo, la reclamación se ha desestimado; por el contrario, la participación de varios dedos o la bimanualidad han justificado al juzgador para estimar la reclamación, sobre todo si en ella se solicitaba una revisión por agravamiento [1].

La revisión del grado de incapacidad, debe siempre tener en cuenta que la evolución no sigue un curso lineal ni siempre progresivo [9]. Algunas lesiones se estabilizan, otras avanzan por brotes y otras menguan. Según Alnot et al [13], son factores pronósticos de mala evolución la aparición en edad temprana, la presentación bilateral, la existencia de almohadillas en el lado dorsal y los factores hereditarios.

El que afecte a la mano dominante es primordial en la valoración del grado de incapacidad al privar al trabajador de la destreza necesaria para desarrollar con suficiente grado de profesionalidad y rendimiento su oficio. Ninguna de las sentencias analizadas mencionaba si el trabajador era diestro, zurdo o ambidextro. Sí especificaban, por el contrario, la mano enferma, siendo la afectación bimanual la más frecuente, como se ha descrito en la literatura [5][10].

Es lógico pensar que, en la justificación de la sentencia por parte del juzgador, se haga constar el binomio grado de enfermedad y requerimientos laborales. Este es el núcleo del criterio valorador; no debe olvidarse que la incapacidad va referida al ámbito laboral y será su magnitud lo que afecte la enfermedad al trabajo, el que defina el grado de incapacidad. Pero nuevamente debemos puntualizar que en ninguna sentencia se menciona la etapa de presentación de la enfermedad, la cual asociada a los requerimientos del puesto de trabajo constituyen la base de la valoración de la incapacidad.

Las profesiones de los enfermos eran manuales con requerimientos de asir pequeñas herramientas mediante los movimientos complejos de garra o empuñadura. La progresiva retracción de la fascia palmar y flexión de los dedos, sin cirugía o tras ella, impedirán dichos movimientos, el agarre de las herramientas empleadas en el trabajo y, por tanto, generarán la incapacidad, bien porque son incapaces de trabajar o porque el menoscabo físico eleva el riesgo de accidentes [7][8].

El factor profesional, como elemento desencadenante del proceso por microtraumatismos que originaría las lesiones de la fascia palmar características en la enfermedad de Dupuytren [11], ha sido discutido pero, hasta la fecha, legalmente obviado, como lo demuestra que no figure la enfermedad en la lista de enfermedades profesionales [14]. Pero sí es importante precisar, que aunque el 31,91% de los pacientes solicitaron la incapacidad cuando estaban activos, en mayor número (58,27%) lo hicieron cuando gozaban de una incapacidad permanente en grado de total, es decir, cuando les sobrevino una incremento de discapacidad, porque se afectaran las dos manos o porque recidivara la enfermedad antigua dejando ahora una mano no funcional.

Los criterios que deben considerarse en la valoración de la incapacidad laboral son la profesión, la mano afectada y la lateralidad del paciente, la ocupación de la palma de la mano por la flexión de uno o varios dedos y la recidiva del proceso que lo convierte en patología permanente. Siendo de escasa entidad valoradora, el dedo afectado, la edad, la etiología y el sexo. ■



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Torre Moraga R. Valoración de la incapacidad laboral en traumatología. En: Guía de Valoración del menoscabo permanente I. Madrid: INSMT, 1998. p 76.
2. Carpio González M. Manual de la incapacidad permanente. Córdoba: Editorial Almuzara, 2007.
3. Real decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
4. Rayan GM. Dupuytren disease: anatomy, pathology, presentation and treatment. *J Bone Joint Surg (Am)* 2007; 89-A:189-98.
5. Reilly RM, Stern PJ, Goldfarb ChA. A retrospective review of the management of Dupuytren's nodules. *J Hand Surg* 2005; 30A:1014-118.
6. Burke FD, Proud G, Lawson IJ, McGeoch KL, Miles JN. An Assessment of the effects of exposure to vibration, smoking, alcohol, and diabetes on the prevalence of Dupuytren's disease in 97.537 miners. *J Hand Surg* 2007; 32A:400-6.
7. Al-Qattan MM. Factors in the pathogenesis of Dupuytren's contracture. *J Hand Surg* 2006; 31A:1527-34.
8. Draviraj KP, Chakrabarti I. Functional outcome after surgery for Dupuytren's contracture. A prospective study. *J Hand Surg* 2004; 29A:804-8.
9. Early PF. Population studies in Dupuytren's contracture. *J Bone Joint Surg (Br)* 1962; 44-B:602-13.
10. Loos B, Puschkin V, Horch RE. 50 years experience with Dupuytren's contracture in the Erlangen University Hospital. A retrospective analysis of 2919 operated hands from 1956-2006. *BMC Musculoskeletal Disord* 2007; 8:60.
11. Zerajic D, Finsen V. Dupuytren's disease in Bosnia and Herzegovina. An epidemiological study. *BMC Musculoskeletal Disord* 2004; 5:10.
12. Herrera Rodríguez A, Pérez García JM: Enfermedad de Dupuytren. En: Hernandez Vaquero D, Torre Alonso JC (eds). Monografías médico-quirúrgicas del aparato locomotor (Mano y muñeca). Barcelona: Editorial Masson; 1999. p.39-56
13. Alnot JY, Morane LJ. Appreciation des facteurs de risque evolutif dans la maladie de Dupuytren. En: Tubiana R, Hueston JT (eds). La maladie de Dupuytren. Paris: Expansion Scientifique Française, 1986.
14. Real decreto 1299/2006, de 10 de noviembre por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

**Conflicto de intereses**

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.