

Presentación de Caso

Ahorcamiento con sogá. Presentación de un caso atípico

Hanging with rope. Presentation of an atypical case

Dra. Diana R. Bayona Santana^{1*}
Dra. Lilibeth Villalonga Costa¹

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Provincial Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: dianar.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Las asfixias mecánicas son aquellas que resultan de un impedimento mecánico a la penetración del aire en las vías respiratorias. Suelen clasificarse atendiendo a la naturaleza del medio mecánico que las origina, y a su modo de actuar. El ahorcamiento no es más que la constricción del cuello, ejercida por un lazo sujeto a un punto fijo, sobre el cual ejerce tracción el propio peso del cuerpo. La muerte, según las circunstancias del caso, puede ocurrir por un mecanismo asfíctico, circulatorio, inhibitorio o por lesión medular (caso raro de presentación). El presente trabajo constituyó un caso atípico de ahorcamiento. El ciudadano que resultó fallecido, al dejarse caer bruscamente del balcón de su vivienda, con el dogal en el cuello (soga) y quedar pendiendo el cuerpo, ocasionó un traumatismo raquímedular severo; lo que trajo como consecuencia que se produjera una fractura de la 3ra vértebra cervical, y una contusión medular que lo llevó a la muerte de forma instantánea por el shock medular ocasionado. Para la discusión del caso se tuvo en cuenta los elementos del lugar del hecho, y el examen del cadáver externa e internamente.

Palabras clave: ahorcamiento; traumatismo raquímedular; shock medular.

ABSTRACT

Mechanical asphyxias are those resulting from a mechanical interruption of air penetration to the respiratory tract. They are usually classified according to the nature of the mechanical mean originating them and the way they perform. Hanging is no more than the neck constriction, executed by a lace attached to a fixed point, on which the proper weight of the body applies traction. Death, according to the circumstances of the case, may occur by an asphyxiating, circulatory, inhibitory mechanism or by medullar lesion (a rare case of presentation). The current work reports a case of atypical hanging. The person who died, when abruptly jumped down the balcony of his house with the rope around the neck and the body was left pending, suffered a severe spinomedullar trauma, causing a fracture of the 3rd cervical vertebra, and a medullar contusion causing an instantaneous death due to the medullar shock. To discuss the case, the authors took into account elements of the location where it took place, and the external and internal examination of the body.

Key words: hanging; spinomedullar trauma; medullar shock.

Recibido: 02/04/2018.

Aceptado: 25/04/2019.

INTRODUCCIÓN

La palabra asfixia surgió en la época galénica para designar las muertes repentinas acompañadas de parada cardíaca, pero su significado se ha ido modificando con el tiempo. En el lenguaje médico se plantea que ha sido sustituida por los términos de anoxia y anoxemia.

Se define como el síndrome patológico, eventualmente terminado con la muerte, producido por la anoxemia e hipercapnia resultantes de la dificultad o supresión de la función respiratoria.⁽¹⁾

No todas las variedades de asfixia tienen interés medicolegal, las únicas que entran en el dominio de esta ciencia, son aquellas que resultan de un impedimento brusco a la entrada del aire en las vías respiratorias, de causa fortuita y violenta.^(2,3)

Las asfixias mecánicas suelen clasificarse atendiendo a la naturaleza del medio mecánico que las ocasiona y al modo de actuar. Por ello, para fines médico-legales se

clasifican en asfixias por acción mecánica externa (ahorcamiento, estrangulación, sofocación por oclusión de orificios respiratorios, y compresión toracoabdominal). Las asfixias por penetración de sustancias extrañas en vías respiratorias, que pueden ser: sólidas, (aspiración de cuerpos extraños); enterramiento; líquidas, (sumersión); gases (confinamiento).^(4,5)

El ahorcamiento no va a ser más que la constricción del cuello por un lazo sujeto a un punto fijo, sobre el cual ejerce tracción el propio peso del cuerpo.⁽⁶⁾ Se clasifica según el peso del cuerpo, en ahorcamientos completos (cuando todo el cuerpo queda suspendido en el aire sin hacer contacto con ninguna superficie), e incompletos (cuando alguna porción del cuerpo hace contacto con alguna superficie).

Por la posición del nudo se clasifican en ahorcamientos simétricos (cuando el nudo se encuentra en la región anterior del cuello o la nuca), y asimétricos (cuando el nudo se encuentra en la región lateral del cuello). De acuerdo a la tipicidad se clasifican en ahorcamientos típicos (con presencia del nudo en la región de la nuca) y atípicos (cuando el nudo se localiza en cualquier otra región).⁽⁷⁻⁹⁾

La muerte por ahorcamiento no siempre tiene lugar por el mismo mecanismo. De acuerdo a las circunstancias del caso, pueden intervenir aislados o conjuntamente. El mecanismo de anoxia anóxica o asfíctico causado por la compresión del cuello con el dogal, que desplaza hacia atrás el hioides y origina la retropulsión de la lengua, la cual ocluye el orificio superior de la laringe, impidiendo la entrada de aire a los pulmones. El mecanismo de anoxia encefálica o circulatorio, originado por la compresión de los vasos sanguíneos cervicales que provoca disminución del flujo sanguíneo al encéfalo y por tanto, el aporte de oxígeno y nutrientes indispensables para su funcionamiento. Por último, un mecanismo nervioso por acción vagal, se produce estimulación sobre los neumogástricos, por acción inhibitoria refleja al estimular el seno carotideo y por acción sobre la porción cervical de la médula o el bulbo. Este último mecanismo descrito se presenta de forma exclusiva a consecuencia de luxaciones o fracturas cervicales.⁽¹⁰⁻¹²⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

El día 21 de diciembre de 2017, los médicos de guardia del Servicio Provincial de Medicina Legal de Matanzas, realizan la necropsia del cadáver de un adulto mayor de 74 años de edad, según los datos aportados por la instrucción penal actuante, fue hallado por un vecino, pendiendo de una soga que se encontraba atada al balcón de su vivienda.

Se constató el antecedente de haber perdido a su esposa hacía dos meses, y al hermano hacía dos días. Días atrás manifestó al hijastro que él sabía lo que tenía que hacer con su vida.

Surge la interrogante sobre la etiología médico legal en este caso, al tener en cuenta los hallazgos del levantamiento y lo encontrado en el exterior y el interior del cadáver: ¿estamos ante un homicidio, un suicidio o un accidente?

Como antecedentes patológicos personales no se recogieron datos de interés.

En el acto de levantamiento del cadáver, se obtuvo como dato importante que el fallecido hubo de colocar una silla en el piso, al lado del balcón de su vivienda, al cual ató el dogal utilizado. Posteriormente, se subió al balcón y se dejó caer al vacío, una porción del cuerpo hacía contacto con la pared externa del balcón. La vivienda se encontró completamente cerrada y en perfecto orden.

Como datos generales, el examen exterior del cadáver mostró un cadáver de adulto mayor de 74 años, del sexo masculino, con rasgos predominantes del grupo racial europeo, cabello corto, lacio, canoso y ojos con iris de color pardo oscuro. Cuello corto, propio de su biotipo. Normolíneo, panículo adiposo conservado.

Presentaba en los signos tanatológicos frialdad cadavérica generalizada, rigidez incipiente de mandíbula y cuello, buena respuesta a la estimulación mecánica de ambos bíceps braquiales, livideces en el plano posterior que desaparecen a la digitopresión y reaparecen rápidamente. No mancha verde abdominal. Data de muerte estimada entre 4 y 6 h, más próxima a las 4 h.

Como signos de violencia presentaba en el cuello un surco único, de 1.5 cm de ancho, de bordes equimóticos, apertiginados, suprahioideo, oblicuo ascendente; de delante hacia detrás. Más profundo en la región anterior y lateral izquierda del cuello, que se interrumpía en la región retroauricular derecha. Se apreciaron presencia de vesículas grasas pequeñas en la región lateral izquierda. La piel excoriada y arrugada en la región latero superior izquierda del surco, una excoriación en placa de 12 x 7 cm, localizada en la parrilla costal izquierda, a 8 cm de la tetilla, a 2 cm del apéndice xifoides y a 13 cm del ombligo. Una excoriación en placa de 1,5 x 3,5 cm ubicada en el tercio superior anterior de la tibia izquierda, múltiples excoriaciones lineales pequeñas situadas a 5 cm de la excoriación, en placa descrita anteriormente. Una excoriación en placa redondeada, con pérdida de la epidermis, de 1,5 x 1,5 cm, localizada en el tercio medio de la región posterior del antebrazo izquierdo. Múltiples excoriaciones en placa pequeñas (en número de cinco), que comprendían todo el antebrazo derecho y el codo. En la rodilla una excoriación en placa de 4 x 1,5 cm derecha, múltiples excoriaciones en placa de pequeño tamaño, paralelas entre sí, que abarcaban desde el tercio superior anterior de la pierna derecha hasta el borde interno de la rodilla.

En los signos patológicos no violentos se detectó cianosis distal, onicomiosis en el 1er y 2do dedos de ambos pies. Manchas seniles en ambos miembros superiores, várices y microvárices en ambos miembros inferiores, hallus valgus en el pie izquierdo. Lesiones de dermatitis en la región anterior de ambas piernas.

En los signos terapéuticos, quirúrgicos y en otros signos, no presentó nada a señalar de interés médico legal. En los orificios naturales, se observó saliveo por la comisura labial del lado izquierdo, protrusión de la lengua, edentia total en la hemiarcada superior y parcial en la hemiarcada inferior, y salida de líquido seminal por uretra.

En el examen del interior del cadáver, en la cavidad craneana el encéfalo presentó aplanamiento de las circunvoluciones y estrechamiento de los surcos (edema cerebral ligero). Al examinar el agujero Magnus se apreció movilidad anormal de la columna cervical. En el cuello se disecó por planos y se observó infiltrado hemorrágico de los músculos de la región anterior y lateral izquierda del mismo.

En los vasos y en el paquete vasculo-nervioso, se apreció infiltrado hemorrágico de la adventicia de la arteria carótida izquierda, a la apertura de la misma se comprobó desgarro transversal de 1 cm en la túnica íntima. Presentó además, infiltrado hemorrágico a nivel de la tiroides y el hioides, con presencia de fractura del asta mayor izquierda del mismo.

Columna cervical con presencia de infiltrado hemorrágico a nivel de la 3ra vértebra cervical y movilidad anormal de la columna a ese nivel.

En la cavidad torácica y abdominopelviana no se observaron alteraciones de interés médico legal.

Se realizó exploración del músculo esquelético al examinar la región posterior del cuello, se observó infiltrado hemorrágico de la musculatura a ese nivel y fractura del proceso espinoso de la 3ra vértebra cervical, con infiltrado hemorrágico a nivel de la médula espinal.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista médico legal, según los antecedentes aportados por la instrucción penal actuante, el acto de levantamiento, el examen del exterior y el interior del cadáver, contribuyeron de manera correcta a esclarecer la interrogante sobre la etiología médico legal en este caso, se pudo explicar la disyuntiva de sí se estaba ante la ocurrencia de un suicidio, un accidente o en presencia de un homicidio.

Se excluyó la posibilidad de la ocurrencia de un accidente ya que esta es muy rara y en la práctica suele darse por cuatro eventualidades: la accidental propiamente es cuando el sujeto se encuentra realizando alguna actividad sobre un plano elevado y se enreda la cabeza con alguna cuerda o correa; pierde el equilibrio y cae, quedando suspendido el cuerpo por el cuello). Los experimentadores se someten a la experiencia del ahorcamiento sin tomar las precauciones necesarias, para determinar personalmente la sintomatología). Los degenerados realizan el acto para provocar sensaciones eróticas de gran voluptuosidad. Los acróbatas, fundamentalmente en los acróbatas circenses. El caso estudiado no corresponde a ninguno de los casos anteriormente descritos.^(1,10)

El homicidio se descarta en este caso por constituir este un procedimiento de excepción, ya que ningún individuo puede ahorcar a otro de igual fuerza y disfrutando de pleno conocimiento. No existían evidencias de desorden en el lugar del hecho, y en el exterior del cadáver no aparecieron signos de lucha o defensa.⁽¹⁾

Se planteó el suicidio como etiología médico legal ya que existen antecedentes aportados por la instrucción de ideas suicidas y pérdidas familiares. En el sitio el hecho se observó la presencia de una silla en el suelo al lado del balcón, que sirvió al sujeto para subirse al mismo y dejarse caer al vacío. El sujeto vivía solo, la casa se encontraba cerrada y en perfecto orden. Se observaron signos de vitalidad en el cadáver, que hablan a favor de haberse producido el ahorcamiento en vida, además de

las características del surco. Se concluyó estar en presencia de una muerte violenta relacionada con un ahorcamiento con soga.

Las causas de la muerte están en relación con el shock medular ocasionado, como consecuencia de la fractura de la columna cervical (3ra vértebra), y la contusión medular que presentó, producto del traumatismo raquímedular severo, tras haberse dejado caer del balcón y quedar pendiendo el cuerpo con el dogal en el cuello. Por ello, el mecanismo de muerte que se invoca es el mecanismo nervioso; por acción sobre la porción cervical de la médula espinal, y la fractura de la vértebra cervical que ocasionó la lesión medular severa.

En el exterior del cadáver y durante el acto de la necropsia, se comprobó la presencia de signos propios del ahorcamiento, como son:

- Lesiones producidas por el dogal en el cuello (surco).
- Presencia de las vesículas grasas pequeñas, en la región lateral izquierda (signo de Lesser).
- Piel excoriada y arrugada en la región superior del surco en el lado izquierdo (signo de Needing).
- Infiltrados hemorrágicos en los músculos de la región anterior y lateral izquierda del cuello.
- Infiltrado hemorrágico de la adventicia de la arteria carótida izquierda (signo de Martin).
- Desgarro de la túnica íntima de la arteria carótida de ese mismo lado (signo de Amussatt).
- Fractura del asta mayor izquierda del hioides.
- Presencia de movilidad anormal de la columna cervical, con fractura a nivel de la 3ra vértebra.

Todas las lesiones fueron vitales y guardan relación con el antecedente aportado por la instrucción penal actuante.

Según la clasificación del ahorcamiento, los peritos médicos plantearon estar en presencia de un ahorcamiento incompleto, atípico y asimétrico.

El mecanismo de muerte ocasionado por lesión medular constituye un caso atípico de ahorcamiento, pero no infrecuente. Según bibliografía consultada, autores como Calabuig,⁽¹⁾ plantean que, en casos de suplicio y ahorcamientos suicidas o accidentales, donde se produzca una caída libre del cuerpo hasta que el elemento de suspensión se tensa, se originan graves lesiones vertebrales con lesión medular concomitante que ocasionan una muerte rápida. Resulta más frecuente la lesión cervical a nivel de C2-C3, lesiones que coincidieron con el caso estudiado.

Los autores consideran que la investigación adecuada y profunda es la que permite el conocimiento de los hechos, las circunstancias y las causas que los originan, lo que contribuye a su esclarecimiento desde el punto de vista científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calabuig, G. Medicina Legal y Toxicología. 6 ta ed. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 2004. 1416 p.
2. Simonin C. Medicina Legal Judicial [Internet]. Barcelona: Edit JIMS; 1966 [citado 12/02/2018]. 1145 p. Disponible en: <http://www.escipol.cl/spa/cultura/biblioteca/pdfs/Medicina%20legal%20judicial%20SIMONIN%20CAMILO.PDF>
3. Dorado Fernandez E, Rodes Lloret F. Suicidio por ahorcadura en el Partido Judicial de Cambados (1989-1998). Estudio epidemiológico y comparativo. Cuad Med For. 2000; (19):9-19.
4. Effendi B, Roy D, Cornish B, et al. Fractures of the ring of the axis. A classification based on the analysis of 131 cases. J Bone Joint Surg Br. 1981;63-B(3):319-27. Citado en PubMed; PMID: 7263741.
5. Williams TG. Hangman´s fracture. J Bone Joint Surg. 1975;57-B:82-8. Citado en PubMed; PMID: 7263741.
6. Acevedo González JC, Varón LF, Berbeo Calderón ME, et al. Avances fisiopatológicos para el entendimiento de la lesión medular traumática. Revisión bibliográfica. Rev Col Or Tra [Internet]. 2018 [citado 12/02/2018];22(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Juan_Carlos_Acevedo_Gonzalez/publication/242635962_Avances_fisiopatologicos_para_el_entendimiento_de_la_lesion_medular_traumatica/revision_bibliografica/links/55e2f6bf08ae2fac471fa64a.pdf
7. Duarte Misol DR, Rubiano AM, Moscote-Salazar LR. Choque neurogénico: Fisiopatología , diagnóstico y tratamiento. Rev Traum Amér Lat [Internet]. 2016 [citado 12/02/2018];6(1):27–30. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=107372&id_seccion=4513&id_ejemplar=10447&id_revista=292
8. Padilla-Zambrano H, Ramos-Villegas YC, Alvis Miranda ER, et al.Revisión Trauma raquimedular. Rev Mex de Neuroci [Internet]. 2017 [citado 12/02/2018];18(5):46-53. Disponible en: [http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2017/09/RevMexNeuroci_2017_18\(5\)-46-53-\(R\).pdf](http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2017/09/RevMexNeuroci_2017_18(5)-46-53-(R).pdf)
9. Moreno García S. Trauma raquimedular. Morfolia [Internet]. 2015 [citado 12/02/2018];7(1):48–54. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/morfolia/article/view/50590>
10. Galeiras Vázquez R, Ferreiro Velasco ME, Mourel Fariña M, et al. Actualización en lesión medular aguda postraumática. Parte 1. Med Intensiva [Internet]. 2017 [citado 12/02/2018];41(4):237-47. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021056911630239X>

11. Mataliotakis GI, Tsirikos AI. Spinal cord trauma: pathophysiology, classification of spinal cord injury syndromes, treatment principles and controversies. *Orthopaedics and Trauma* [Internet]. 2016 [citado 12/02/2018]; 30(5):440–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877132716300860>

12. Caballero Chacón S, Nieto S. Fisiopatología de la lesión medular. Revisión de literatura. *Vet Méx* [Internet]. 2005 [citado 12/02/2018]; 36(1). Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rvm/vol36-01/RVM36107.pdf>

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Bayona Santana DR, Villalonga Costa L. Ahorcamiento con soga. Presentación de un caso atípico. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2019 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 41(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2708/4399>