

Doble mecanismo de estrangulación. A propósito de un caso

Double mechanism of strangulation. Apropos of a case

Dra. Diana Rosa Bayona Santana^{1*,**}  <https://orcid.org/0000-0001-6652-3558>

Dra. Lilibeth Villalonga Costa^{1,***}  <https://orcid.org/0000-0002-4007-8908>

¹Hospital 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 del 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. La estrangulación puede definirse como la constricción del cuello mediante la aplicación de una fuerza activa, ajena al peso del cuerpo, que actúa por intermedio de un lazo, las manos, el antebrazo o cualquier otra estructura rígida. En la estrangulación antebraquial, la constricción del cuello se lleva a cabo normalmente rodeando al individuo con el brazo y el antebrazo. Cuando el mecanismo de la compresión del cuello es lateral, no se afectan las vías aéreas, la compresión de las arterias carótidas hace que se produzca una isquemia cerebral y pérdida de conocimiento en 10-15 segundos. El mecanismo de muerte en estos casos será la anoxia cefálica. Si la compresión del cuello es anterior, actúa ocluyendo las vías aéreas, la presión sobre los cartílagos tiroides y cricoides puede producir fracturas y el mecanismo de muerte será la obstrucción respiratoria. El presente trabajo constituyó un caso poco común de estrangulación, donde se utilizó un mecanismo combinado que llevó al occiso al deceso final. Para la realización de la discusión del caso se tuvo en cuenta los elementos del lugar del hecho, el examen del exterior y el interior del cadáver.

Palabras clave: asfixia mecánica; estrangulación antebraquial; estrangulación a mano.

ABSTRACT

Mechanical asphyxias are those resulting from the mechanical obstruction of the air penetration in the airways. They are usually classified according to the nature of the mechanical mean producing it and the way it performs. Strangulation may be defined as neck constriction through the application of an active force not proper to the body weight, acting by means of a knot, hands, forearm or any stiff structure. In ante brachial strangulation, neck constriction is normally performed surrounding the individual with the arm and forearm. When the neck constriction mechanism is lateral, the airways are not affected: carotid arteries constriction produces a brain stroke and loss of consciousness in 10-15 s. The death mechanism in these cases will be cephalic anoxia. If the neck compression is anterior, it occludes the airways; the pressure on thyroidal and cricoid cartilages may produce fractures and death mechanism will be respiratory obstruction. The current work deals with an uncommon strangulation case, where a combined mechanism led the person to the final decease. For the case discussion the authors took into account the elements of the place, and the examination of the exterior and the inside of the corpse.

Key words: mechanical asphyxia; ante brachial strangulation; strangulation by hands.

Recibido: 01/08/18.

Aceptado: 18/02/20.

INTRODUCCIÓN

El significado de la palabra asfixia se ha ido modificando con el tiempo. 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 médico-legal. 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 se clasifican atendiendo a la naturaleza del medio mecánico que las ocasionan y al modo de actuar. Para fines médico-legales se clasifican en asfixias por acción mecánica externa, (ahorcamiento, estrangulación, sofocación por oclusión de orificios respiratorios y compresión toracoabdominal). La otra clasificación son las asfixias por penetración de sustancias extrañas en vías respiratorias; sólidos:

aspiración de cuerpos extraños, enterramiento, líquidos: sumersión y gases: confinamiento.

De todas las asfixias, la estrangulación reviste una gran importancia como mecanismo de muerte homicida, de hecho, algunos autores plantean que la misma debe considerarse siempre como un homicidio, hasta que se pueda demostrar lo contrario. Es un diagnóstico delicado si las huellas son discretas, como ocurre en ocasiones.^(4,5)

La estrangulación no va a ser más que la constricción del cuello mediante la aplicación de una fuerza activa ajena al peso del cuerpo; que actúa por intermedio de un lazo, las manos, el antebrazo o cualquier otra estructura rígida.⁽⁶⁾

En la estrangulación antebraquial, la constricción del cuello se realiza cuando se sujeta al individuo entre el brazo y el antebrazo. Si el mecanismo de la compresión del cuello es lateral, (*Carotid Sleeper*) cuando se sitúa la laringe en el pliegue de flexión del codo y se flexiona el antebrazo, el mecanismo de muerte será la anoxia cefálica por compresión vascular y/o inhibición vagal. Si la compresión del cuello es anterior, (*Choke hold*) aplicando el antebrazo sobre la laringe, el mecanismo de muerte será la obstrucción respiratoria.

Desde el punto de vista médicolegal, lo más importante en los casos de estrangulación antebraquial, es la ausencia de lesiones externas. Estas en caso de existir, suelen ser escasas. Es frecuente que el diagnóstico de muerte por estrangulación se realice tras la autopsia y no se sospeche en el examen externo del cadáver, en el momento del levantamiento.⁽⁷⁻⁹⁾

En la estrangulación a mano se observan lesiones traumáticas que aparecen porque la víctima se defiende, como son los estigmas ungueales, las equimosis redondeadas por huellas digitales, las excoriaciones y arañazos. También existen infiltraciones hemorrágicas (hematomas múltiples en planos profundos), lesiones carotídeas, fracturas y luxaciones de los cartílagos laríngeos (tiroides y cricoides. Es fundamental el estudio del hueso hioides donde es muy frecuente la rotura de sus astas.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Se presenta un caso poco común de estrangulación, donde se utilizó un mecanismo combinado que llevó al occiso al deceso final.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El día 19 de junio de 2018, los médicos de guardia del Servicio Provincial de Medicina Legal de Matanzas, son llamados para realizar el levantamiento del cadáver de un adulto mayor, de 74 años de edad. Según los datos aportados por la instrucción penal actuante, fue hallado sin vida en el piso del cuarto de su vivienda, encima de una mácula de sangre, con una equimosis grande en la región del cuello y la parte alta del tórax. Se conoció en el lugar que el occiso era un alcoholíco y con anterioridad al hecho en curso, había sido golpeado por un individuo.

En el acto de levantamiento del cadáver, se obtuvo como dato de interés que, el que resultó fallecido hubo de sostener una discusión con un individuo que visitaba la vivienda. La misma se encontraba sucia, desorganizada y presentaba varias máculas hemáticas por contacto y escurrimiento, que se localizaban desde la parte de afuera del baño hasta la puerta de entrada del dormitorio donde estaba el occiso.

El examen del exterior del cadáver como datos generales mostró un cadáver con rasgos predominantes del grupo racial europeo. Tenía cabello corto, sucio, lacio, canoso, con amplia alopecia frontoparietal bilateral, barba y bigote canosos, ambos faltos de higiene, ojos con iris de color pardo claro. Cuello corto, propio de su biotipo. Normolíneo, panículo adiposo disminuido.

Presentaba en los signos tanatológicos rigidez de cuello y mandíbula. Conservaba calor en axila, abdomen y periné. Buena respuesta a la estimulación mecánica de ambos bíceps braquiales. Livideces en la región de la espalda, que desaparecían a la digitopresión y reaparecían rápidamente. No presentaba mancha verde abdominal. Data de muerte estimada entre 2 y 4 h, más próxima a las 4 h.

Como signos de violencia presentaba una equimosis alargada en la región inframandibular del lado derecho, que se extendía desde la línea media del mentón hasta la región retroauricular derecha. Una equimosis amplia de color rojo violáceo, uniforme, de bordes mal definidos, que abarcaba desde la parte anterolateral del cuello por debajo de la mandíbula hasta la parte alta del tórax, y desde el hombro izquierdo hasta el hombro derecho, sobre la que se observaron múltiples lesiones equimóticas de color rojo negruzco; que predominaban en la región alta del tórax. Una equimosis en la mucosa interna del labio inferior y el pabellón auricular izquierdo, múltiples equimosis y excoriaciones en el cuerpo; equimosis redondeadas en la región lateral derecha del cuello, (impresiones digitales). Excoriaciones lineales pequeñas paralelas entre sí, en la región infraclavicular derecha (estigmas ungueales). Aumento de volumen sobre base equimótica, localizada en la región parieto occipital izquierda. En los signos patológicos no violentos se detecta cianosis distal y facial marcada.

En los signos terapéuticos y quirúrgicos no presentó nada de interés médico forense. En otros signos mostraba suciedad de la piel y en los orificios naturales presentaba otorragia derecha, salida de sangre por nariz y boca, relajación de esfínter anal y protrusión de la lengua.

En el examen del interior del cadáver, en la cavidad craneana el encéfalo presentaba aplanamiento de las circunvoluciones y estrechamiento de los surcos, (edema cerebral ligero). Presencia de infiltrado hemorrágico galeal y subgaleal en las regiones temporales derecha e izquierda y en la región occipital (más acentuado del lado izquierdo). De focos contusivos múltiples en la región frontal, temporal derecha, parietal izquierda, occipital del lado derecho y en cerebelo. Se observó en el cuello infiltrado hemorrágico de los músculos de la región anterior, lateral del cuello, retrofaríngeo, de la base de la lengua, del tiroides, del cricoides y del hioides; con fractura del asta mayor del mismo y de su porción anterior e infiltrado hemorrágico de la adventicia de ambas carótidas. Columna cervical sin alteraciones.

En la cavidad torácica tenía infiltrado hemorrágico amplio de la musculatura de la región anterior del tórax, fractura del esternón a nivel de su tercio medio, de los arcos costales anteriores y del cuerpo de la 4ta vertebra torácica. Presencia de mancha de

Tardieu y sección transversal parcial de la tráquea. En la cavidad abdominopelviana no se observaron alteraciones de interés médico-legal.

Se realizó exploración músculoesquelética y se apreció infiltrado hemorrágico de la musculatura de la región escapular izquierda próxima al hombro, a nivel del codo izquierdo y de la región paravertebral cervical y torácica.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista médico-legal, valorando los antecedentes aportados por la instrucción penal actuante, el acto de levantamiento, el examen del exterior y el interior del cadáver, los peritos médicos se pronuncian por la existencia de un doble mecanismo de estrangulación la antebraquial y a mano.

Se excluyó la posibilidad de la ocurrencia de un accidente, ya que esta etiología no es probable en este tipo de estrangulación.

En este caso el suicidio se descartó dado el mecanismo de producción de la estrangulación y las múltiples lesiones traumáticas presentes en el cadáver, por lo que se planteó el homicidio como única etiología médico-legal. Basado en el mecanismo utilizado para la estrangulación, el antecedente aportado por la instrucción penal de haber sido golpeado por un individuo, de observarse en el lugar del hecho; la casa desorganizada, con presencia de máculas de sangre que indicaban dinámica en los hechos ocurridos. Además, por presentar múltiples lesiones en el exterior y el interior del cadáver que apunta a favor de esta etiología.

Por todos los elementos anteriormente descritos, se planteó estar en presencia de una muerte violenta relacionada con un doble mecanismo de estrangulación.

Las causas de la muerte están relacionadas con la asfixia mecánica ocasionada por la constricción del cuello, producto de la estrangulación antebraquial y manual utilizada para ocasionar la muerte.

Según el cuadro lesional descrito en la región del cuello, los peritos médicos presumen que, en la producción de las lesiones pudo haberse utilizado un mecanismo combinado de estrangulación (antebraquial y a mano), lo que justifica las equimosis, estigmas ungueales e impresiones digitales descritas con anterioridad. Así como los signos encontrados en el interior del cadáver en la región del cuello como el infiltrado hemorrágico de los músculos de la región anterior y lateral del mismo, retrofaríngeo, de la base de la lengua, del tiroides, del cricoides y del hioides; con fractura del asta mayor del mismo y de su porción anterior, de la musculatura de la región anterior del tórax y la sección parcial de la tráquea.

Las lesiones descritas en el exterior e interior del cadáver son vitales y presentaron una data reciente, (menos de 3 días). Las mismas guardaban relación con el antecedente aportado por la instrucción, indicando que hubo dinámica en el hecho y que pudieron haber sido provocadas por un agente contundente.

La presencia de máculas de sangre por contacto y por escurrimiento presentes en la vivienda del occiso (dormitorio y pared del baño) hablan a favor de la existencia de dinamismo en los hechos.

Las fracturas costales, de esternón y cuerpo vertebral torácico, pueden guardar relación con un traumatismo ocasionado con algún agente contundente en la misma dinámica del hecho.

Los agentes contundentes son armas o instrumentos destinados a obrar por contusión o golpe, por ejemplo palos, mazas, piedras y las manos. Pueden ser duros, elásticos o no, romos y desprovistos de puntas, aristas o filos. Provocan atrición de la piel (contusiones superficiales) y de las partes profundas, (contusiones profundas) donde la piel por su elasticidad escapa de la acción traumática, traducándose en lesiones internas como fracturas óseas y traumatismos craneoencefálicos.

Relacionado con la posición víctima-victimario, los peritos médicos plantean que durante los hechos la víctima le ofreció varios planos al victimario. Al efectuarse la maniobra de estrangulación antebraquial, la víctima le ofreció al victimario el plano posterior, no ocurrió así en el momento de realizar la estrangulación manual, donde le ofreció el plano anterior.

La estrangulación tiene gran importancia médicolegal porque su etiología es habitualmente criminal. La estrangulación antebraquial, descrita en la literatura, constituye un mecanismo poco frecuente, que generalmente no deja huellas visibles en la piel, motivo por el cual no se sospecha en el examen del exterior del cadáver en el momento del levantamiento.^(1,2) Por ello, la importancia de un minucioso examen durante el acto de la necropsia, buscando fundamentalmente alteraciones a nivel del hueso hioides, que suele lesionarse en estos casos al ser un hueso con mucha movilidad y fragilidad al tener áreas cartilagosas.

La estrangulación manual, por el contrario, muestra signos más evidentes y constantes, relacionados con las lesiones traumáticas presentes en la víctima al intentar defenderse, como estigmas ungueales, impresiones digitales y excoriaciones; además de las lesiones vasculares y de los cartílagos laríngeos.

La suma de estos aspectos relacionados con anterioridad fue lo que condujo a los autores a considerar el doble mecanismo de estrangulación presente en este caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calabuig, G. Medicina Legal y Toxicología[Internet]. 6a ed. Barcelona: Editorial Masson SA; 2004[citado 22/05/18]. Disponible en:

<https://www.marcialpons.es/libros/medicina-legal-y-toxicologia/9788445814154/>

2. Simonin C. Medicina Legal Judicial[Internet]. Barcelona: Edit JIMS; 1966[citado 22/05/18]. 211-21. Disponible en: <https://www.iberlibro.com/primer-edicion/MEDICINA-LEGAL-JUDICIAL-Simonin-C-Editorial/21654502339/b>

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[Internet]. 2000[citado 22/05/18]; 19: 9-19. Disponible en: <http://www.cuadernosdemedicinaforense.es/revistasanteriores/cm019/revista19art01.htm>
4. Duarte Misol DR, Rubiano AM, Moscote-Salazar LR. Choque neurogénico: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Rev Traum Amér Lat[Internet]. 2016[citado 22/05/18]; 6(1): 27–30. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Andres_Rubiano_Escobar/publication/306018954_Shock_neurogenico_Fisiopatologia_diagnostico_y_tratamiento/links/5830cc8108ae004f74c0f70d/Shock-neurogenico-Fisiopatologia-diagnostico-y-tratamiento.pdf
5. Padilla-Zambrano H, Ramos-Villegas YC, Alvis-Miranda HR, et al. Revisión Trauma raquimedular Rev Mexicana de Neurociencia[Internet]. 2017 Sep-Oct[citado 22/05/18]; 18(5): 46-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2017/rmn175e.pdf>
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]. 2015[citado 22/05/18]; 22(4): 272–81. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-639004>
7. 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.
8. Williams TG. Hangman´s fracture. J Bone Joint Surg Br. 1975 Feb; 57(1): 82-8. Citado en PubMed; PMID: 1117027
9. Moreno García S. Trauma raquimedular. Morfolia[Internet]. 2015[citado 22/05/18]; 7(1): 48–54. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/morfolia/article/viewFile/50590/51096>
10. Galeiras Vázquez R, Ferreiro Velasco ME, Mourelo Fariña M, et al. Actualización en lesión medular aguda postraumática. Parte 1. Med Intensiva[Internet]. 2017[citado ; 41(4): 237-47. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-actualizacion-lesion-medular-aguda-postraumatica--articulo-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 22/05/18]; 30(5): 440–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877132716300860>
12. Caballero Chacón S, Nieto Sampedro M. Fisiopatología de la lesión medular. Revisión de literatura. Vet Méx[Internet]. 2005[citado 22/05/18]; 36 (1) Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Manuel_Nieto-Sampedro/publication/26611564_Fisiopatologia_de_la_lesion_medular_Revision_de_literatura/links/00b7d51768502f253b000000/Fisiopatologia-de-la-lesion-medular-Revision-de-literatura.pdf

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

** Dra. Diana Rosa Bayona Santana: participó en la redacción general del artículo.

*** Dra. Lilibeth Villalonga Costa: contribuyó a la búsqueda de referencias bibliográficas y participó en la discusión del caso.