

# Decapitación por ahorcamiento suicida.

## *Decapitation by suicidal hanging.*

---

---

E. Barbería Marcalain<sup>1</sup> y F. Miró García<sup>1</sup>

---

---

### RESUMEN

La ahorcadura es el mecanismo suicida empleado con mayor frecuencia. Dentro de este tipo de muertes es una rareza que se produzca una decapitación completa, existiendo pocos casos documentados en la bibliografía. En este trabajo hacemos una revisión de los mecanismos determinantes de la decapitación por ahorcadura así como de las peculiaridades específicas del cuadro con el fin de realizar un análisis comparativo con nuestros hallazgos, siendo factores coincidentes: la caída libre, la resistencia y delgadez de la cuerda, y el peso importante del sujeto. Como factor no coincidente con los artículos revisados encontramos el nivel de decapitación occipito-atloidea, que aunque descrito como posibilidad en algún tratado, no lo hemos encontrado en los casos revisados. Por último se apuntan algunas sugerencias que consideramos útiles a la hora de analizar y evaluar este tipo de muertes.

**Palabras clave:** ahorcadura, decapitación, suicidio, autopsia, occipito-atloidea.

### ABSTRACT

Most suicides are by hanging. In this type of death, complete decapitation is very rarely produced, few cases being documented in the literature. In this paper we review the determinant mechanisms for decapitation in hanging, as also the specific peculiarities of the picture, so as to carry out a comparative analysis of our findings, coincidental factors being: free fall, the resistance and thinness of the rope, and the significant weight of the subject. A factor which does not coincide in the reviewed articles is the level of occipital-atloid decapitation, which we have not found in the cases reviewed, although it is described as a possibility in some texts. Finally we make a few suggestions which we consider useful when analysing and evaluating deaths of this type.

**Key words:** hanging, decapitation, suicide, autopsy, occipital-atloid.

---

Fecha de recepción: 27.FEB.02

Fecha de aceptación: 28.JUN.02

Correspondencia: Eneko Barbería Marcalain. Av. Marià Fortuny, 73. 43204 REUS. Tfno: 977 34 42 19

<sup>1</sup> Médico Forense. Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción de Reus (Tarragona).

## **INTRODUCCIÓN:**

La ahorcadura es el mecanismo empleado con mayor frecuencia en las muertes de etiología suicida, tal y como lo avalan los datos publicados en diferentes trabajos nacionales e internacionales [1,2]. Sin embargo es excepcional que a resultas de la misma se produzca una decapitación completa, existiendo escasas referencias bibliográficas que recojan estos casos [1,3-10].

Las variables que aparecen en la decapitación por ahorcadura han sido ya analizadas por diversos autores, destacando la revisión de Rothschild y Schneider [3] que analizaron los diferentes casos publicados valorando edad, peso del cadáver (desde 63 Kg hasta 144 kg), tipo de cuerda (de nylon, sintética, de cáñamo y cable de acero), la altura de la caída (desde 1,8 m hasta 10 m), la anchura de la cuerda (desde 5 mm hasta 20 mm) y el nivel cervical de separación (únicamente C1-C2 o C2-C3).

Creemos interesante la descripción de este caso, no solo para incrementar la casuística, y contribuir al mejor conocimiento de sus peculiaridades, si no también para reforzar la idea de que es posible la decapitación suicida por ahorcamiento. En este sentido hemos observado en nuestro medio decapitaciones accidentales producidas por las barreras "quita-miedos" en accidentes de motocicleta, así como producidas por maquinaria en accidentes laborales, con mayor frecuencia hemos tenido casos de decapitación autolítica en la vía férrea. En todos ellos la etiología medico-legal parecía más o menos orientada desde un primer momento, quedando esclarecida al completar el estudio de cada caso. La decapitación completa, especialmente cuando ambas partes no se encuentran simultáneamente, resulta siempre inquietante, e induce a sospechar una etiología homicida. El estudio detallado del caso y el conocimiento de las peculiaridades de casos similares, son definitivos para su correcta resolución.

Por ello los objetivos de este artículo se centrarán fundamentalmente en la presentación descriptiva del caso, remarcando las similitudes y diferencias con los ya descritos, y en la propuesta de una pauta de actuación que "a posteriori" consideramos de utilidad para el estudio de casos similares.

## **CASO CLÍNICO:**

### CONTEXTO DEL SUCESO

Dos motociclistas de "motocross" encontraron una cabeza colgando de una cuerda en un cañón rocoso ubicado en la provincia de Tarragona, al que se accede en vehículo a través de una pista de montaña de unos 1.000 metros debiendo continuar caminando por un sendero entre árboles y maleza.

El cañón a modo de desfiladero es muy conocido por las personas que se dedican al senderismo y en el que habitualmente se suelen realizar prácticas de "rappel". La garganta superior tiene una anchura aproximada de 4-5 metros, siendo su profundidad de unos 30 metros.

El cuerpo del cadáver se encontraba en el fondo del barranco en posición de decúbito prono. Durante los días que mediaron entre la desaparición y el levantamiento del cadáver hizo un tiempo muy húmedo con abundantes nieblas (principios de octubre), encontrándose el cuerpo en una zona boscosa, sin fotoproyección directa a una altitud aproximada de unos 1.000 m y con temperaturas bajas (entre 5 °C y 10 °C aproximadamente).

La cuerda se encontraba anudada a un árbol situado a unos 5 m del precipicio y seguía un trayecto rectilíneo hasta el precipicio, continuando unos 5-6 metros más en caída libre. En su extremo final encontramos la cabeza del cadáver con un nudo corredizo en torno a un muñón de piel situado en la parte posterior del cuello.

Se trataba de una cuerda de gran consistencia, de las utilizadas para la práctica del alpinismo, con un grosor de 1 cm y de material sintético (poliamida). Tanto el nudo del árbol como el nudo

del cuello son nudos complejos, siendo el del cuello un nudo corredizo.

En cuanto a las circunstancias personales del cadáver, la información que se pudo recoger es que se trataba de un varón de 41 años, con un ánimo depresivo desde hacía dos años aproximadamente, sintomatología por la que se había negado a acudir al médico y que 48 horas antes del levantamiento del cadáver había tenido una fuerte discusión con la mujer, tras la cual se había ido de casa con la amenaza de "quitarse de en medio". También se pudo saber que era una persona que practicaba frecuentemente el senderismo y que su desaparición había sido denunciada por su cónyuge 24 h. después de la discusión.

Entre otros elementos de interés destacaba la presencia al final de la pista, justo donde comenzaba el sendero, del automóvil todoterreno, abierto y con las llaves puestas en el contacto. En su interior había artículos periodísticos referentes a rutas de senderismo y los parachoques frontales del todoterreno tenían señales en la pintura propias de conducir por caminos de montaña. Junto al árbol al que estaba atada la cuerda encontramos otra de las mismas características enrollada, dos mosquetones y una linterna.

#### **HALLAZGOS DE AUTOPSIA**

Se trata del cadáver de un varón de 41 años, de 176 cm. de longitud, muy robusto, con un peso aproximado de 90 kg. Se encontraba vestido con unos pantalones caqui de loneta utilizados en la práctica de senderismo, con varios bolsillos laterales, botas de monte y dos camisetas de manga corta.

Dentro de los fenómenos cadavéricos destacaba una rigidez máxima de los miembros superiores en flexión (rigidez que sigue las leyes de Nysten), livideces fijadas de escasa intensidad en el plano declive del cadáver (en este caso el plano anterior del tronco), no existía la mancha verde abdominal pero, sin embargo, sí se encontró el depósito de múltiples huevos de díptero en la zona anterior de la camiseta, en la región testicular, en los párpados y en las fosas nasales. Así mismo se identifican pequeñas larvas en torno al muñón de piel cervical.

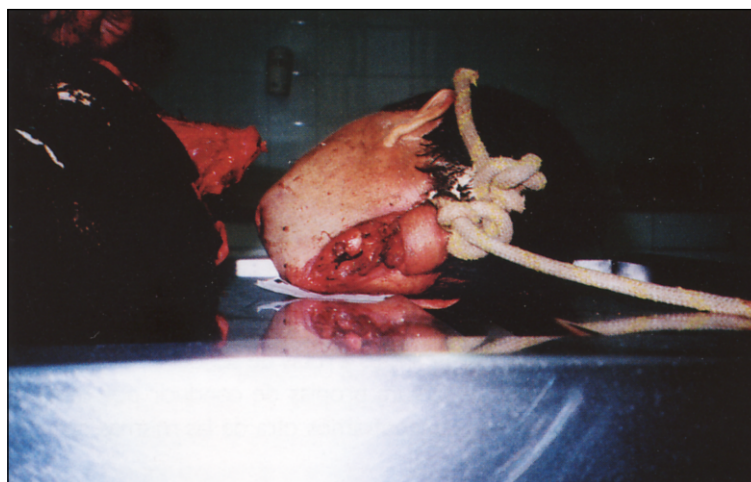
La cabeza estaba totalmente separada del tronco. Apreciándose una única línea de decapitación, siguiendo esta una dirección ascendente en sentido antero-posterior hacia el nudo, el cual está situado en la región cervical posterior en su zona media (ahorcadura típica). (Fig. 1)

El plano de decapitación pasa a la altura de las astas superiores del cartílago tiroideo fracturando estas por debajo del hueso hioides, atraviesa la articulación occipito-atloidea, observándose las carillas articulares superiores del atlas en el tronco junto con el desgarramiento de la médula espinal. Las láminas del cartílago tiroideo pueden visualizarse en la superficie de decapitación del tronco, en su tercio anterior.

Los bordes de la línea de decapitación son suaves, invertidos, con un ribete contusivo uniforme excepto en la región posterior, donde en un trayecto de 2 cm. los bordes de la línea son irregulares por el desgarramiento.

Destaca también la existencia de desgarramientos de vasos cervicales junto con la infiltración hemorrágica de todos los planos musculares que rodean la línea de decapitación, así como el empapamiento sanguíneo de las ropas del cadáver por abundante hemorragia.

El aspecto facial es congestivo sin protusión lingual, no se evidencian fracturas craneales, a nivel mentoniano presenta una herida contusa y otra en región orbitaria izquierda. En el tronco existen abundantes erosiones y hematomas con múltiples fracturas de la parrilla costal posterior izquierda, de las primeras costillas anteriores derechas y de la clavícula derecha. Destacan varios hematomas redondeados en torno a la espina ilíaca antero-superior izquierda y múltiples



▲ Figura 1

erosiones y hematomas con pequeñas heridas contusas en las prominencias óseas de las extremidades (sobre todo en cabezas de metacarpianos y articulaciones interfalángicas y en cara interna de rodilla derecha) sin fracturas

#### **DISCUSIÓN:**

Tras realizar una revisión bibliográfica sobre la ahorcadura con decapitación completa, los escasos trabajos publicados confirman la rareza del hallazgo [1,3,6,7,8], de hecho solo hemos localizado una referencia en nuestro país [9,10], siendo el presente el primero de estas características que encontramos en nuestra zona.

Esta excepcionalidad junto con el hecho de que las decapitaciones se puedan también producir por degüello homicida, suponen que ante un caso como este surjan dudas acerca de si se trata de un verdadero suicidio o si, por el contrario, se trata de un homicidio que ha intentado ser disimulado como un suicidio. Las sospechas de criminalidad crecen cuando además (como ocurrió en nuestro caso) se produce una precipitación secundaria del cuerpo decapitado desde una altura importante, causando lesiones traumáticas mas o menos graves, indistinguibles de las premortales.

Es por ello que consideramos de especial interés realizar un estudio sistemático y exhaustivo, comenzando por una observación minuciosa del lugar de los hechos, antes de pasar al estudio necrópsico propiamente dicho. Ello nos permitirá llegar a reproducir la secuencia teórica de los actos llevados a cabo por el suicida. En nuestro caso la secuencia de actos fue: llegar con el coche por una pista forestal a un paraje montañoso, caminar por un sendero hasta un barranco, atar un extremo de la cuerda al árbol, atar el otro extremo en torno al cuello, lanzarse/saltar al vacío, decapitación del cadáver y caída del cuerpo al barranco golpeando con salientes de roca hasta quedar en decúbito prono a una profundidad de unos 25-30 metros.

Todos los trabajos consultados coinciden en los factores que determinan la decapitación en un ahorcamiento, pudiéndose concretar los siguientes: la caída libre del cuerpo, una escasa elasticidad y alta resistencia de la cuerda (cuyo lazo debe ser consistente), y por último la delgadez de la cuerda cuyo diámetro debe ser inferior a 25 mm [1]. Nokes et al. [7] indicaron que además de las variables analizadas, existían otras como la resistencia del cuello, y la posición y tipo de nudo. El peso de la víctima juega sin duda un papel importante.

En nuestro caso se cumplen todos ellos, con una caída libre de unos 5-6 metros, una cuerda de escasa elasticidad y gran resistencia, con un grosor relativamente pequeño (10 mm). El peso del sujeto era de 90 kg y el nudo corredizo estaba situado a nivel posterior (ahorcadura simétrica posterior). Pensamos como indican otros autores [3], que el mecanismo por el que se produce la decapitación es la combinación de la tracción axial y de la presión radial del lazo.

Respecto al estudio del cadáver cabe destacar que el ribete contusivo circular de la línea de decapitación es un hallazgo constante en todos los casos publicados [3]. En nuestro caso también está presente, sus características (bordes invertidos) son el elemento capital para el diagnóstico diferencial con un degüello por arma blanca.

La serie analizada por Rothschild y Schneider muestra que en el 40% la separación es a nivel C1-C2, el 30% a nivel C2-C3 y el otro 30% se desconoce [3]. Estos porcentajes discrepan de la serie de Vanezis [5] en donde los niveles de lesión medular más frecuente eran C2-C3 (39%) y C3-C4 (33,5%). En este sentido el plano de separación en el presente estudio es occipito-atloideo, y aunque esta posibilidad ya es recogida por Knight [8], no se menciona en el resto de artículos consultados.

Otro hallazgo constatado en las decapitaciones por ahorcadura fue la exanguinación del cadáver [3], también presente en nuestro caso; sin embargo, la ausencia de protusión lingual no se refiere como característico en la bibliografía analizada.

Fenómenos curiosos como la duradera e intensísima rigidez cadavérica que observamos, así como la colonización por insectos antes de iniciarse los primeros cambios putrefactivos, creemos que pueden guardar una relación indirecta con el tipo de muerte, aunque no hemos encontrado referencias específicas sobre el tema.

Se tratará de individualizar los cuadros lesionales que presenta el cadáver (en nuestro caso la decapitación completa y politraumatismo), la simultaneidad o independencia de los mismos, confirmar la vitalidad de todos ellos. Hacer el diagnóstico diferencial con otras causas de decapitación (ej: con el degüello atendiendo a los bordes de la herida y a las lesiones cervicales acompañantes, fractura de cartílago laríngeo y hematomas musculares importantes). No hay que olvidar algunas formas atípicas de decapitación suicida, como la resultante de la conducción y aceleración brusca de un vehículo de motor, habiendo ligado el conductor previamente un extremo de la cuerda a un punto fijo y la sogá a su cuello para producir una auto-estrangulación [1].

Resumiendo y a modo de conclusiones, creemos interesante en casos similares, tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Análisis exhaustivo de la escena (incluyendo las circunstancias personales del cadáver) con medición de distancias (particularmente la altura de la caída libre) y reconstrucción lógica de la secuencia de actos llevada a cabo por la persona.
2. Estudio sistemático de las características de la cuerda: longitud, grosor, material, elasticidad y consistencia junto con el tipo y localización del nudo.
3. Constatación de las características físicas del cadáver: longitud, complexión, peso, edad y posibles fenómenos degenerativos a nivel raquídeo.
4. Descripción de la línea de decapitación: vitalidad, nivel cervical anterior, nivel cervical posterior, dirección y especial atención a los bordes de la línea que deben ser invertidos y con presencia de un ribete contusivo. ▣

**AGRADECIMIENTOS:**

Deseamos manifestar nuestra gratitud al Dr. Teijeira Álvarez por su colaboración en la localización de artículos bibliográficos.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Tracqui A, Fonmartin K, Gerault, Pennera D, Doray S, Ludes : Suicidal hanging resulting in complete decapitation: a case report. *Int J Leg Med.* 1998;112:55-57.
- 2.- Corbella J: El suicidio. En: Gisbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología.* 4ª ed. Salvat. Barcelona, 1991. pp 262-268.
- 3.- Rothschild MA, Schneider V: Decapitation as a result of suicidal hanging. *Forensic Sci Int.* 1999;106:55-62.
- 4.- Concheiro L: Asfixias mecánicas. En: Gisbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología.* 4ª ed. Salvat. Barcelona, 1991;376-396.
- 5.- Teijeira R: Autopsia macroscópica en la compresión extrínseca del cuello. *Cuad Med For.* 1999;16-17:39-60.
- 6.- Raja U, Sivaloganathan S. Decapitation. A rare complication in hanging. *Med Sci Law.* 1997;37:81-83.
- 7.- Nokes LD, Roberts A, James DS: Biomechanics of judicial hanging: a case report. *Med Sci Law.* 1999;39:61-64.
- 8.- Knight B: Fatal pressure on the neck. En: Knight B. *Forensic Pathology.* 2ª ed. Arnold. London, 1996. pp 361-389.
- 9.- Sanchez de León MS: Hallazgos microscópicos en la autopsia del cuello: casuística del Instituto de toxicología en casos de ahorcadura, estrangulación y otras lesiones cervicales. *Cuad Med For.* 2001;23:31-47.
- 10.- Nores M, Vilella M: Muerte por decapitación: ahorcadura suicida. En: *Cinques Jornades Catalanes D'actualització en Medicina Forense.* Barcelona 18, 19 y 20 de noviembre de 1999. Barcelona, generalitat de Catalunya ed; 2001.p. 129-134.