

Suicidio por arma de fuego.

Suicide by firearm.

M. Soriano Maldonado¹ y P. Martínez-García¹

RESUMEN

El mecanismo elegido para cometer el suicidio depende de numerosos factores personales y sociales. En este número presentamos una imagen del tipo de suicidio más mediático, aunque no por ello el más frecuente en nuestro medio. La variabilidad en la forma de los orificios de entrada y salida por arma de fuego depende de la distancia, tipo de arma y región anatómica por lo que puede presentar una morfología muy variada. Es por ello que, aunque ya se han publicado varias imágenes de suicidio por otro tipo de armas, aportamos un caso de suicidio típico por arma corta con especial descripción de las lesiones que se originan en cráneo.

Palabras clave: Arma de fuego, Orificio de entrada, Orificio de salida, Suicidio.

Cuad Med Forense 2005; 11(39):63-67

ABSTRACT

The mechanism chosen for suicide depends upon various personal and social factors. In this paper, we present an image of the more mediatic type suicide, although not the most frequent in our means. The variability in the entrance and exit orifices by firearm depends on the distance, type of weapon and anatomical region; for that reason they can present/display a wide morphology. Although several images of suicide by another type of arms have been published already, today we contributed with a case of typical suicide by handgun, paying special attention to the injuries affecting the skull.

Key words: Firearms, entrance Hole, exit Hole, Suicide.

Correspondencia: Servicio de Clínica Médico Forense. IML de Cádiz. c/ Sanchez Barcaiztegui nº 3-2º Cádiz.
Tfno: 956 203 145

¹ Médico Forense, Servicio de Clínica Forense, IML de Cádiz.

CASO ACTUAL:

El caso que traemos hoy a colación, es el de un varón con una edad aproximada de cuarenta años, miembro de las Fuerzas de Seguridad del Estado, que ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital en estado agónico, presentando dos heridas localizadas en región parietal izquierda y derecha respectivamente.

En la región parietal derecha se observa una herida contusa, irregular, estrellada, con una cavidad anfractuosa debida al despegue de los tegumentos, con algunos depósitos negruzcos.



Foto 1. Orificio de entrada.

En la zona parietofrontal izquierda hay otra herida ovalada, de un centímetro de diámetro aproximado y los bordes ligeramente evertidos. Otras lesiones asociadas son hematoma en gafas y epistaxis.



Foto 2. Orificio de salida.

En la realización de la autopsia, se objetiva una fractura radial del parietal derecho, que converge sobre un orificio redondeado con bordes cortantes en la tabla externa del hueso. La tabla interna biselada a modo de cono truncado con la base hacia el interior del cráneo.

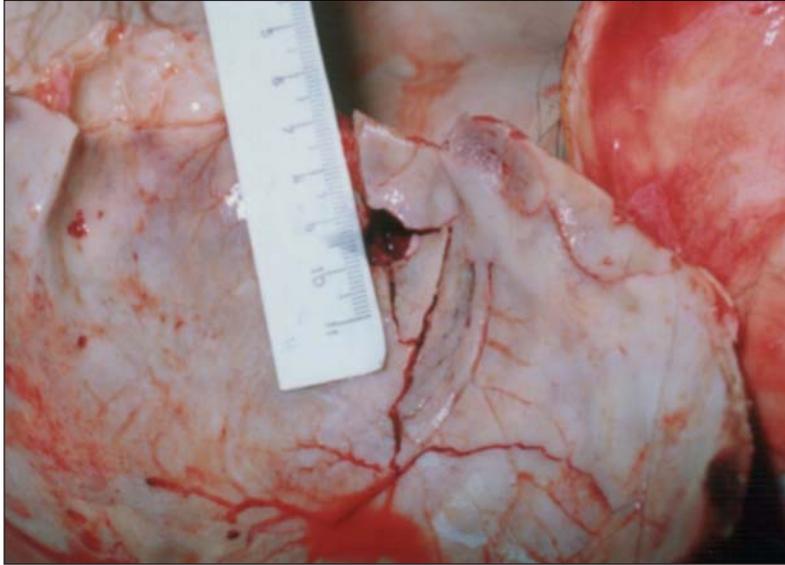


Foto 3. Examen de la tabla interna del parietal derecho.

En hemicráneo izquierdo se aprecia otro orificio en la región parietofrontal con la tabla externa biselada con la zona más ancha hacia el exterior. La tabla interna presentaba los bordes del orificio cortantes.

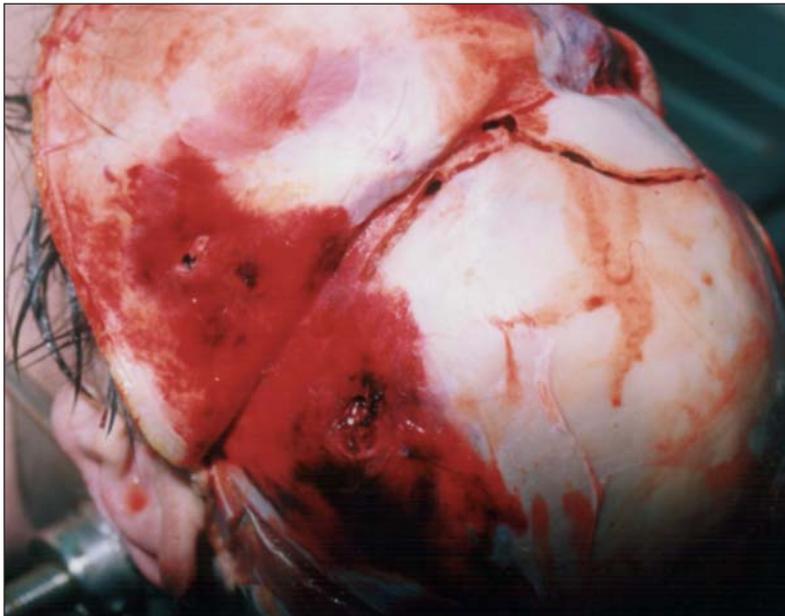


Foto 4. Cara externa parietofrontal izquierda.

COMENTARIO:

En España, la tasa de suicidios en el decenio comprendido entre 1990 y 1999 era de 4,63 por cien mil habitantes [1], siendo la cuarta causa de muerte entre jóvenes varones con edades comprendidas entre los 25 y 34 años [2].

La modalidad de suicidio depende de numerosos factores; entre los que se encuentran la disponibilidad y fácil acceso a los medios a utilizar, patología previa, influencia del medio, etc. Smith [3] encuentra una relación positiva entre la accesibilidad a las armas de fuego con la proporción de suicidios causados con tales armas.

En relación a la patología, una editorial de la Revista Panamericana de Salud [4] indica como factores de mayor riesgo para el suicidio el consumo de drogas, el alcoholismo, los trastornos de personalidad, la esquizofrenia en hombres y las psicosis orgánicas en mujeres.

La influencia del medio juega, así mismo, una gran importancia, ascendiendo la proporción de suicidios al 50,3% en jóvenes hispanos residentes en USA utilizando armas de fuego[5], y ascendiendo del 0,1% en asiáticos residentes en su continente al 45,3% en asiáticos residentes en Estados Unidos para el grupo de edades comprendido entre 20 y 39 años [6].

Hay diversos indicios que nos permiten etiquetar una muerte como suicida en el caso de las heridas por arma de fuego. Entre ellos encontramos la localización de la herida, el número de heridas, la dirección del disparo, señales de pólvora en la mano y la distancia a la que se realizó el disparo [7].

Para considerar una muerte suicida el disparo ha de estar realizado a corta distancia, con una trayectoria compatible con el acceso de la mano. La configuración del orificio de entrada va a proporcionar datos valiosísimos para determinar la distancia del disparo.

En líneas generales, el orificio de entrada de un proyectil suele ser circular u ovoide de pequeño tamaño salvo en los siguientes casos [8]:

- Disparos a cañón tocante o muy cercanos en una zona situada sobre un plano óseo.
- Disparos en la cabeza con un cartucho de alta velocidad (con gran energía cinética) o con proyectiles de caza o semiblindados.
- Con el proyectil desestabilizado antes de impactar sobre la víctima; ya sea por rebote o por interposición de algún material.

Cuando el disparo se produce a cañón tocante, el orificio de entrada está constituido por una herida contusa, irregular, estrellada, y sobre una cavidad anfractuosa debida al despegue de los tegumentos: es el cuarto de mina, cuyas paredes están tapizadas por restos negruzcos compuestos de humo, partículas metálicas, granos de pólvora y restos tejidos mezclados con sangre [9]. En la configuración de la herida también influye la presión de los gases y el sobreestiramiento de la piel [10].

Por último la dirección del disparo ha de ser compatible con el mecanismo suicida. Un sujeto diestro habitualmente se dispara de derecha a izquierda. La configuración del orificio de entrada y de salida en el hueso va a ser primordial para la interpretación de la dirección del disparo. Cuando el proyectil atraviesa el cráneo la confrontación de los orificios constituye un fiel índice de cual es el orificio de entrada y cual, el de salida. En el estudio de las dos tablas del diploe craneal, la segunda atravesada presenta un orificio mayor y más irregular, adoptando la típica imagen de cono truncado con la base señalando la salida del proyectil [11]. □

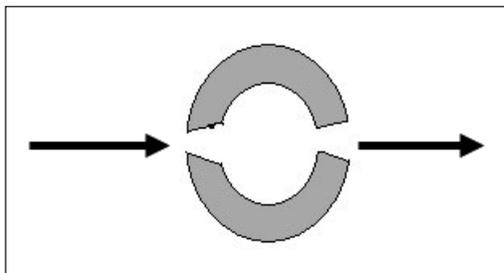


Figura 1.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Instituto Nacional de Estadística. <http://ine.es/inebase/cgi/axi>.
- 2.-Martínez de Aragón M V, Llacer A. Mortalidad en España en 1994. *Bol Epidemiol Semanal* 1997;5(7):57-68.
- 3.-Smith T, Stevens B R. Una investigación transnacional sobre la disponibilidad de armas de fuego y la violencia letal. *Eur J Psychiat* 2003;17(1):33-37.
- 4.-Hiroeh U et al. Muertes por homicidio, suicidio y accidentes en pacientes con trastornos mentales. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(1):32-33.
- 5.-Editorial. CDC. Suicide among Hispanics-United States, 1997-2001. *Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53(22):478-471.
- 6.-Ojima T, Nakamura Y, Detels R. Comparative study About Methods of suicide between Japan and the United States. *J Epidemiol* 2004;14(6):187-192.
- 7.-Navarro E, Ros T, Pérez E. Suicidio atípico (a propósito de un caso). *Cuad Med Forense* 2003;34:35-41.
- 8.-Valero Abad C y cols. Problemática de los orificios de salida atípicos. *Cuad. Med Forense* 2000; 20:31-37.
- 9.-Simonin C: Heridas por arma de fuego. En: *Medicina Legal Judicial*. Reimp 2ª ed. Edit JIMS. Barcelona, 1976. pp 123-150.
- 10.-Thali MJ, Kneubuehl BP, Dirnhofer R, Zollinger U. The dynamic development of the muzzle imprint by contact gunshot: high-speed documentation utilising the "skin-skull-brain model". *Forensic Sci Int* 2002;127:168-173.
- 11.-Gisbert Calabuig JA, Castellano Arroyo M. Lesiones por Arma de Fuego y Explosiones. En: Villanueva E. *Medicina Legal y Toxicología de Gisbert Calabuig*. 6ª edición. Edit Masson SA. Barcelona 2004. pp 394-408.