

## Degüello Homicida.

*Homicidal incised wounds of the throat.*

---

---

P. Martínez-García<sup>1</sup>, A. Sibón Olano<sup>2</sup>, MJ. Toribio Muñoz<sup>2</sup>,  
MA. Vizcaya Rojas<sup>3</sup> y JL. Romero Palanco<sup>4</sup>

---

---

### RESUMEN

El degüello es la herida incisa que con más frecuencia provoca lesiones mortales; no obstante es la menos usual en nuestro medio. El mayor problema que plantea el degüello desde el punto de vista médico forense es el diagnóstico diferencial entre el homicidio y el suicidio. La dirección, profundidad, localización y el número de las heridas tienen gran importancia para ayudar a reconocer la etiología. En este número presentamos un caso de degüello homicida y se describen las lesiones más características que presentaba.

**Palabras clave:** Degüello homicida. Lesiones en cuello. Heridas incisas.

*Cuad Med Forense* 2005; 11(42):327-330

### ABSTRACT

Throat cut is the incise wound that most frequently causes mortal injuries; nevertheless is the less common in our means. The main problem of throat cut in forensic setting is de differential diagnosis between suicide and homicide. The direction, depth, site and number of the injuries have particular importance in helping us to recognize the ethiology. In this paper we present a case of homicidal incised wounds of the throat and the most characteristic injuries are described.

**Key words:** Throat cut, throat injuries, incised wounds.

---

**Correspondencia:** Dr. Pedro Martínez-García. Servicio de Clínica Médico Forense. IML de Cádiz. c/ Sanchez Barcaiztegui, nº 3-2º Cádiz. Tfno: 956 203 145-146

<sup>1</sup> Médico Forense, Servicio de Clínica Forense, IML de Cádiz.

<sup>2</sup> Médico Forense, Servicio de Patología, IML de Cádiz.

<sup>3</sup> Profesor Titular de Medicina Legal y Forense Universidad de Cádiz.

<sup>4</sup> Catedrático de Medicina Legal y Forense Universidad de Cádiz.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se trata de un varón joven que fallece como consecuencia de hemorragia aguda secundaria a heridas incisas en el cuello.

En la cara palmar de la mano izquierda se aprecian cuatro heridas incisas, localizadas en los dedos 2º-3º-4º y 5º, situadas a nivel de la articulación de la primera falange en los dedos 2º y 3º, en la segunda falange en el dedo 4º y en el pulpejo del dedo 5º (Fig. 1). En la cara palmar de la mano derecha se observan dos heridas incisas a nivel de los dedos 2º y 3º, estando situadas las incisiones a nivel de la articulación interfalángica distal en el segundo dedo y entre la segunda y tercera a nivel del tercer dedo. Las heridas de ambas manos se consideran de defensa.

En la región cervical se observa una gran herida cortante que secciona el cuello (degüello) de 16 cm de longitud con cola de ataque en mastoides derecha (Fig. 2) y cola de salida en región laterocervical izquierda (Fig. 3). La incisión secciona la membrana cricotiroides poniendo al descubierto el vestíbulo de la laringe y quedando el asta inferior derecha del hioides en el colgajo seccionado. Esta herida tiene una muesca de salida de corte (cola de ataque) a nivel del ángulo de la rama horizontal con la vertical de la mandíbula en su lado derecho y, posteriormente, una cola de ataque secundaria a nivel mastoideo derecho (por rectificación del trazo de corte de salida o corte en dos tiempos). Paralela a la anterior, existen numerosos cortes de tanteo que no llegan a profundizar en el tejido celular subcutáneo y quedan localizados en piel como erosiones longitudinales.



Fig. 1.- Heridas de defensa en mano izquierda.



Fig. 2.- Herida incisa en la región laterocervical derecha que secciona la laringe.

Las lesiones que se encuentran tras la disección de la zona son las siguientes (Fig. 4): Sección del músculo esternocleidomastoideo derecho, sección de la arteria carótida primitiva derecha a unos 2 cm de su bifurcación, sección de vena yugular derecha y sección completa de laringe a nivel de membrana cricotiroides, con apertura de vestíbulo laríngeo, quedando el asta inferior derecha de tiroides seccionada.

### DISCUSIÓN:

Las heridas incisas están producidas por instrumentos provistos de filo (cuchillos, navajas, bisturíes) y de sección triangular. Actúan separando o dislacerando los tejidos afectados adoptando una morfología diferente en función de la forma de ataque del instrumento y de la zona anatómica

sobre la que actúe. Estas lesiones pueden ser:

**a) Lineales:** El instrumento penetra de forma perpendicular a la piel, produciéndose una solución de continuidad que se abre en ojal, el cual será mayor o menor dependiendo del sentido de la sección y ulterior retracción de las fibras elásticas de la dermis (líneas de Langer) y de las fibras musculares, si se llegase a ellas. Típico de éstas son las "colas" (de entrada y de salida; esta última es más larga), que corresponden a los extremos de las heridas, siendo frecuentemente más superficiales que el resto de la herida y que expresan los puntos donde se inicia y se acaba la herida. En la zona de entrada puede haber marcas de tanteo. Los bordes suelen ser limpios y regulares, no existiendo componente contusivo; las paredes son lisas y limpias, y normalmente respeta los planos óseos subyacentes.

**b) En colgajo:** El instrumento actúa de forma tangencial, dando lugar a la formación de un colgajo de forma triangular, localizándose el vértice en el punto de contacto inicial del arma con el cuerpo.

**c) Mutilantes:** El arma actúa sobre una parte saliente del cuerpo (oreja, pezón, punta de la



Fig. 3.- Herida en la región laterocervical izquierda.

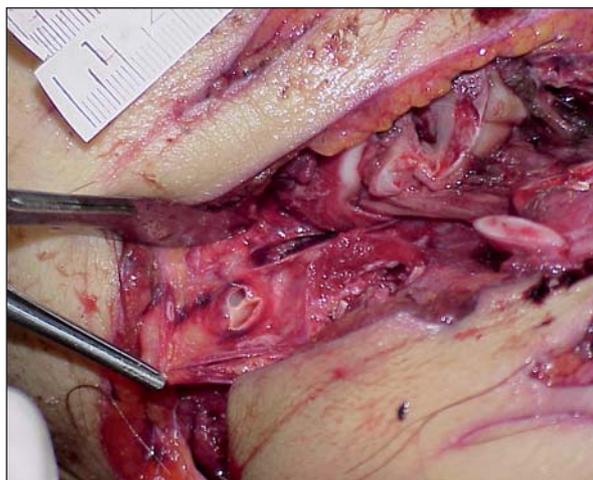


Fig. 4.- Detalle de las estructuras afectadas por el degüello.

nariz), sufriendo la ablación total. Pueden dar lugar a lesiones graves, sobre todo cuando la lesión asienta sobre zonas muy vascularizadas.

Además de las lesiones anteriores pueden aparecer otras heridas atípicas: *Erosivas* que inciden tangencialmente sin llegar a penetrar en la dermis, *en puente o en zigzag* interrumpida por zonas de piel íntegra e indemne (michelines, brazo en flexión en actitud de defensa, etc).

El pronóstico de estas heridas, en general, es favorable. Una de las excepciones está constituida por las heridas en el cuello las cuales pueden producir la muerte por hemorragia, por embolia

gaseosa o por asfixia, al penetrar la sangre procedente de los vasos seccionados en las vías respiratorias [1]. A veces se pueden complicar con infecciones o con la lesión de troncos nerviosos que dan lugar a secuelas irreversibles.

El degüello es la herida incisa que con más frecuencia provoca lesiones mortales; sin embargo es la menos usual en nuestro medio. Flores [2] solo la describe en el 1,1 % de las autopsias realizadas en el trienio comprendido entre 1991 y 1993.

El diagnóstico etiológico del degüello se realiza por el estudio de la herida y lesiones concomitantes:

1.- En el suicidio, en los sujetos diestros, generalmente la lesión empieza en la línea latero-posterior izquierda del cuello, dirigiéndose hacia delante y hacia abajo, alcanzando la línea media anterior del cuello, sobrepasándola a veces. La cola de entrada es más corta que la de salida, y la penetración es más profunda en la entrada. Son frecuentes las heridas de tanteo, que aparecen como heridas superficiales, paralelas entre sí y a la herida principal, las cuales no suponen un riesgo para la vida de la víctima [3]. En un suicida diestro, además de las lesiones anteriores encontraríamos la mano derecha ensangrentada.

2.- En los homicidios es posible ver heridas similares a las de tanteo al defenderse la víctima, pero éstas suelen ser irregulares y se deslizan hacia fuera en ángulo con el corte principal [4]. La víctima también sufre heridas en las manos al intentar defenderse, localizadas sobre todo en las palmas de las manos, articulaciones interfalángicas (al pretender agarrar el cuchillo) y en antebrazos [5]. También son frecuentes las heridas en el mentón y en la región supraesternal al flexionar la víctima el cuello en un intento de ofrecer resistencia [6]. Otras características del degüello homicida son la presencia de heridas más profundas que en el suicidio, lesiones aberrantes y bordes dentados [7].

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Gisbert Calabuig JA. Lesiones por Arma Blanca. En: Villanueva Cañadas E. Medicina Legal y Toxicología de Gisbert Calabuig. 6ª Edición. Edit Masson. Barcelona 2004. pp 383-393.
- 2.- Flores Sandi G. Investigación médico legal en la escena de la muerte. Med. Leg. Costa Rica 1998;15(1-2):35-43.
- 3.- Rautji R et al. An unusual suicide with a safety razor blade. A case report. Forensic Sci Int 2004;142(1):33-35.
- 4.- Knight B. Medicina Forense de Simpson. Edit Manual Moderno. Mexico 1999. pp 92-93.
- 5.- Di Maio VJM y Dana SE. Manual de Patología Forense. Edit Díaz de Santos. Madrid 2003. pp 99-109.
- 6.- Herbstein J A. Armas Blancas. En: Vazquez Fanego H O. Investigación Medicolegal de la muerte. Edit Astrea. Buenos Aires 2003. pp 181-192.
- 7.- Simonin C. Medicina Legal Judicial. Edit Jims. Barcelona 1962. pp 71-108.